

Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz

Schlussbericht

Im Auftrag
des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Abteilung Gesundheitsberufe
Frau Maria Hodel, Co-Leiterin Sektion Gesundheitsberuferegister

Dr. Philipp Dubach, Kilian Künzi, Thomas Oesch, Dr. Laure Dutoit, Livia Bannwart

Bern, 25. August 2014

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
1 Ausgangslage und Fragestellung	1
2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft	3
2.1 Neu verliehene und anerkannte Facharztstitel	3
2.1.1 Neu verliehene eidgenössische Facharztstitel	3
2.1.2 Bedeutung der Zuwanderung für den Fachärztemix	10
2.2 Gesamte Ärzteschaft	17
2.2.1 Fachärztemix	17
2.2.2 Geographische Verteilung	24
2.3 Versorgungssituation: Einschätzungen und Informationslage	26
2.4 Zusammenfassung	29
3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen	31
3.1 Fachrichtungsentscheidungen	31
3.1.1 Zeitpunkt der Fachrichtungswahl	31
3.1.2 Faktoren bei der Fachrichtungswahl	32
3.2 Niederlassungsentscheid und geographische Verteilung	39
3.3 Zusammenfassung	42
4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes	44
4.1 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen in der Ausbildung	48
4.1.1 Zugang zum Medizinstudium	48
4.1.2 Praktische Erfahrungen im Medizinstudium	49
4.1.3 Ausbildungsinhalte im Medizinstudium	51
4.1.4 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen in der Ausbildung	53
4.2 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen in der Weiterbildung	53
4.2.1 Einführung neuer Facharztstitel	54
4.2.2 Angebot an Weiterbildungsstellen	54
4.2.3 Zugang zu Weiterbildungsstellen	57
4.2.4 Inhaltliche und formale Ausgestaltung der Weiterbildungsprogramme	58
4.2.5 Praktische Organisation der Weiterbildung	58
4.2.6 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen in der Weiterbildung	60
4.3 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung	61
4.3.1 Übergang in die freie Praxistätigkeit	61
4.3.2 Einkommen von Fachärzt/innen	63
4.3.3 Prestige einer Fachrichtung	64
4.3.4 Zuwanderung von Ärzt/innen	65
4.3.5 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung	66
4.4 Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung	66
4.5 Fazit	69
5 Literatur	74
6 Anhang	78

Dank

Die vorliegende Studie zur Steuerung der ärztlichen Weiterbildung wäre ohne die tatkräftige Unterstützung zahlreicher Personen nicht entstanden. Wir bedanken uns bei den interviewten Expertinnen und Experten, die sich für die ausführlichen Gespräche Zeit genommen und ihr Wissen mit uns geteilt haben. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) haben uns freundlicherweise die Daten des Medizinalberuferegisters und der Ärztestatistik zur Verfügung gestellt. Reto Bolliger (BAG) und Esther Kraft (FMH) danken wir für die Beantwortung aller Fragen, die im Laufe der Auswertungen aufgekommen sind. Den Mitgliedern der Steuergruppe sind wir für den wertvollen Austausch und ihre Anregungen zu Dank verpflichtet: Dr. med. Werner Bauer (SIWF), Nuria Del Rey (BAG), Dr. Nico van der Heiden (VSAO), Prof. Dr. med. Hans Hoppeler (MEBEKO), Dr. Stéphane Luyet (GDK), Dr. med. Ryan Tandjung (VSAO), Marcel Widmer (Obsan) und Nina Wyss (BAG). Als externer Experte hat Herr Prof. Dr. med. Albert Urwyler das Projekt begleitet, für seine wichtigen Rückmeldungen und Einschätzungen sind wir ihm dankbar. Der Projektleiterin des BAG, Maria Hodel, danken wir für ihr Engagement und die umsichtige Führung des Projekts.

Bern, im August 2014

Philipp Dubach, Kilian Künzi, Thomas Oesch, Laure Dutoit, Livia Bannwart

Zusammenfassung

Einleitung

Die **Steuerung der ärztlichen Weiterbildung** wird in vielen Ländern intensiv diskutiert. Es wird befürchtet, dass sich ohne steuernde Eingriffe ein Fachärztemix etabliert, der durch eine zu starke Spezialisierung auf Kosten der Grundversorgung gekennzeichnet ist. Zudem droht in gewissen ländlichen oder peripheren Gebieten eine Unterversorgung an medizinischen Fachkräften.

Vor diesem Hintergrund hat die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» des BAG zwei Berichte in Auftrag gegeben. Der erste Bericht dokumentiert die Mechanismen zur Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in anderen Staaten (Berchtold u.a. 2014). Der zweite – hier vorliegende – Bericht beschreibt den **Ist-Zustand in der Schweiz**. Sein Hauptziel besteht darin, die impliziten und expliziten Steuerungsmechanismen zu untersuchen, die für das Zustandekommen des heutigen Fachärztemixes sowie die regionale Verteilung verantwortlich sind. Zudem soll er die wichtigsten Fakten zur Ärztedemographie in der Schweiz zusammenzutragen und die Frage zu untersuchen, ob es heute bzw. morgen fachliche und regionale Fehlverteilungen in der Schweiz gibt oder geben könnte.

Dies geschieht in **drei Schritten**:

- **Erstens** wird mit statistischen Daten die Entwicklung des Fachärztemixes und der regionalen Verteilung der Ärzteschaft in den letzten zehn bis zwanzig Jahren beschrieben.
- **Zweitens** werden die Motive beleuchtet, welche junge Ärzt/innen bei der Wahl ihrer Fachrichtung und ihres Niederlassungsstandorts bewegen.
- **Drittens** werden die bestehenden Steuerungsmechanismen beschrieben, die zur fachlichen und geographischen Verteilung der Ärzteschaft in der Schweiz beitragen.

Methodisch beruht der Bericht auf statistischen Auswertungen von Individualdaten des Medizinberuferegisters und der Ärztestatistik der FMH, einer Literatur- und Dokumentenanalyse sowie leitfadengestützten Expertengesprächen mit 19 Vertreter/innen von Institutionen, die zumindest potenziell an der Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz beteiligt sind.

Fachliche und regionale Verteilung

Entwicklung der Ärztezah

Von 2003 bis 2013 ist die Zahl der berufstätigen Ärzt/innen gemäss der Ärztestatistik der FMH

um gut einen Fünftel auf 33'200 Personen gestiegen. 17'600 dieser Ärzt/innen waren 2013 im ambulanten Sektor und 15'600 im Spital tätig. Weil etliche Assistenzärzt/innen (noch) nicht Mitglied von Ärzteorganisationen sind, dürfte die tatsächliche Zahl der Spitalärzt/innen höher liegen. Gemäss der Krankenhausstatistik, die auf administrativen Daten der Spitäler beruht, waren 2012 rund 21'900 Ärzt/innen an Schweizer Spitälern angestellt.

Veränderung des Fachärztemixes

Inwieweit sich die fachliche Zusammensetzung der **gesamten Ärzteschaft** in den letzten zehn bis zwanzig Jahren verändert hat, ist mit den verfügbaren Quellen schwierig zu beurteilen. Bei den **neu verliehenen eidgenössischen Facharzttiteln** zeichnen sich hingegen gewisse längerfristige Trends ab. Sie dürften einerseits vom medizinisch-technischen Fortschritt getrieben sein, andererseits vom Bedürfnis der jüngeren Ärztegenerationen nach stärker geregelten und besser planbaren Arbeitszeiten («controllable lifestyle»). Fachrichtungen mit einem überdurchschnittlich starken Wachstum an eidgenössischen Facharzttiteln seit 1990 sind beispielsweise die Neurochirurgie, Nephrologie, Medizinischen Onkologie, Radiologie, Anästhesiologie, Neurologie und Psychiatrie.

«Feminisierung» und Fachärztemix

Auch die «Feminisierung» der Medizin hat einen Einfluss auf den Fachkräftemix, doch ist zu beachten, dass die **Fachpräferenzen der Geschlechter** nicht zwingend stabil bleiben. Sehr klar auf die stärkere Präsenz der Frauen zurückzuführen ist das überdurchschnittliche Wachstum an eidgenössischen Facharzttiteln in der Kinder- und Jugendmedizin. Umgekehrt wählen die Frauen gewisse Fachrichtungen seltener als noch vor fünfzehn bis zwanzig Jahren. Dies gilt beispielsweise für die Psychiatrie und die Anästhesiologie. Häufiger entscheiden sich die jüngeren Ärzt/innen für die Chirurgie, in der sie allerdings nach wie vor deutlich untervertreten sind.

Insgesamt ist der **Anteil der Frauen an den berufstätigen Ärzt/innen** von 2003 bis 2013 von 32% auf 39% gestiegen. Während er im stationären Bereich weitgehend stabil geblieben ist (ca. 43%), hat er sich im ambulanten Bereich von 23% auf 35% erhöht. Konkret blieb die Zahl der Männer im ambulanten Bereich von 2003 bis 2013 unverändert bei 11'400, die Zahl der Frauen hingegen hat sich nahezu verdoppelt – von 3500 auf 6100. Mit Blick auf die Versorgungslage sind die Angaben zur Zunahme der Ärztezah deshalb mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen: Frauen arbeiten häufiger Teilzeit, weil sie im Durchschnitt stärker ins Familienleben

eingebunden sind als ihre männlichen Kollegen. Aber auch die Männer äussern häufiger als früher den Wunsch nach reduzierten Erwerbsspensen. Das Wachstum des Arbeitspensums im ambulanten Bereich dürfte deshalb unter den 18% liegen, die man bei einer Rechnung «nach Köpfen» erhält.

Zuwanderung und Fachärztemix

Die Zahl der Fachärzt/innen, die vom Ausland in die Schweiz gekommen sind, ist in den letzten Jahren ungleich stärker gestiegen als die Zahl der Fachärzt/innen, die Studium und Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben. Dies gilt sowohl für die Spitäler als auch für den ambulanten Bereich: An den Spitätern sank der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen allein von 2008 bis 2013 von 73% auf 62%; unter den niedergelassenen Arzt/innen nahm der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen im selben Zeitraum von 87% auf 77% ab.

Dieser Sachverhalt belegt grundsätzlich eine **steigende Auslandsabhängigkeit** in der medizinischen Versorgung der Schweiz. In den Expertengesprächen weisen Vertreter/innen einzelner Spezialdisziplinen aber auch auf **Gefahren einer Überversorgung** hin. Dabei ist zu beachten, dass es zwei Gruppen von ausländischen Fachärzt/innen gibt:

- solche, welche das Medizinstudium im Ausland und den Facharztstitel in der Schweiz gemacht haben, und
- solche, welche als «fertige» Fachärzt/innen in die Schweiz kommen.

In der Diskussion um eine mögliche Überversorgung ist die zweite Gruppe entscheidend: Sie ist überproportional oft in chirurgischen Spezialdisziplinen und nur selten in «Grundversorgungs-Disziplinen» tätig. Das konkrete Ausmass der Zuwanderung von «fertigen» Fachärzt/innen ist allerdings unklar. Seit der Aufhebung des Zulassungsstopps ist die Zahl der Anerkennungen von ausländischen Facharzttiteln massiv angestiegen. In der Ärztestatistik der FMH ergibt sich jedoch ein etwas anderes Bild: Zwar zeigt sich auch dort ein Wachstum dieser Herkunftsgruppe, doch fällt dieses insgesamt um einiges bescheidener aus. Fachrichtungen, in denen sich die Anzahl der niedergelassenen Ärzt/innen mit einem ausländischen Facharzttitel von 2010 bis 2013 mindestens verdoppelt hat, sind gemäss der Ärztestatistik der FMH die Orthopädische Chirurgie, die Plastische Chirurgie, die Urologie, die Oto-Rhino-Laryngologie, die Kardiologie, die Gastroenterologie und die Psychiatrie.

Beurteilung der Versorgungssituation

In welchem Ausmass derzeit oder in naher Zukunft in gewissen Fachgebieten oder Regionen ein Unter- oder Überversorgung besteht, lässt sich nicht abschliessend festhalten. Breit wahrgenommen werden in erster Linie die Herausforderungen im Bereich der Grundversorgung und die geringe Ärztedichte in ländlichen und peripheren Gebieten. In den Expertengesprächen gibt es zudem Hinweise auf sich abzeichnende Engpässe in der Pädiatrie und Psychiatrie, auch werden Rekrutierungsschwierigkeiten von Spitätern in gewissen Spezialdisziplinen registriert.

Für eine kontinuierliche Analyse der bestehenden und zukünftigen Versorgungslage **fehlt eine Datengrundlage**, welche die Angaben zu Angebotsentwicklung mit Informationen zur Nachfrage oder zum Bedarf verbinden würde. Zwar gibt es diverse Einzelstudien, die teilweise von Fachgesellschaften oder medizinischen Institutionen in Auftrag gegeben worden sind. Aber es mangelt an einem Monitoring- und Prognosesystem, das eine Kontinuität und ganzheitliche Perspektive gewährleisten würde.

Damit **fehlt auch die Basis für eine eigentliche Steuerung** der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft. Sie zu schaffen, setzt den Willen zum Dialog und ein starkes Engagement der gesundheitspolitischen Akteure voraus. Entsprechende Anstrengungen wären sehr zu begrüssen. Weil sich keine vollständig objektiven Schwellenwerte der Über- oder Unterversorgung definieren lassen, wäre dabei ein partizipatives und konsensuelles Vorgehen sehr wichtig. Die Entwicklung solcher Grundlagen könnte erheblich zur Versachlichung der Debatte, Identifikation konkreter Handlungsfelder und Konzeption von wirksamen Massnahmen beitragen.

Motive bei Fachwahl und Niederlassung

Fachrichtungswahl

Gut die Hälfte der angehenden Ärzt/innen trifft bereits während des Studiums den **Entscheid für eine Fachrichtung**, wobei diese Wahl nicht abschliessend sein muss. Bis zum vierten Weiterbildungsjahr haben sich die meisten Ärzt/innen auf einen spezifischen Facharztstitel festgelegt.

Aus Sicht der Expert/innen sind während des **Studiums** die konkreten Erfahrungen während Praktika und im Wahlstudienjahr für die Ausbildung von Fachpräferenzen entscheidend. Dies deckt sich mit Befragungen von Studierenden im sechsten Studienjahr, die zusätzlich die Vielseitigkeit eines Fachgebiets, den Patientenkontakt sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als wichtige Faktoren bei der Fachrichtungswahl nennen.

In der **Weiterbildungszeit** kommt den praktischen Erfahrungen an den Weiterbildungsstätten eine Schlüsselrolle zu. Nach Einschätzung der Expert/innen gewinnen die Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in dieser Phase weiter an Gewicht. Sie beschäftigen Frauen tendenziell stärker als Männer, aber insgesamt lässt sich diesbezüglich für die ganze jüngere Ärztegeneration ein tiefgreifender Wertewandel registrieren.

Zur Bedeutung **finanzieller Anreize** liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. Medizinstudierende stufen sie in Befragungen gering ein, die befragten Expert/innen messen ihnen während der Weiterbildung eine gewisse, aber nicht ausschlaggebende Bedeutung zu. Eine Ausnahme bilden die Hausarztmedizin und die Psychiatrie, bei denen vermutet wird, dass die relativ geringen Einkommenschancen attraktivitätsmildernd wirken. Ökonomische Studien sehen dagegen einen relativ starken Zusammenhang zwischen Einkommenschancen und Fachrichtungswahl. Auch hier gilt aber, dass die Arbeitsbedingungen und insbesondere die erwartete zeitliche Belastung eine vergleichbare, wenn nicht gar wichtigere Rolle spielen.

Niederlassung und Standortwahl

Zum **Niederlassungsentscheid** und der Standortwahl liegen für die Schweiz nicht sehr viele Informationen vor. Untersuchungen zeigen, dass während der Weiterbildung ungefähr ein Viertel konstant eine Laufbahn in der freien Praxis, ein Viertel eine Spitalkarriere und ein kleiner Teil eine akademische Karriere anstrebt. Bei den übrigen wechseln die Laufbahnpläne, gegen Ende der Weiterbildung dürften sie sich zu ähnlich grossen Teilen für die Praxis und das Spital entscheiden. Von manchen Expert/innen wird ein klar sinkendes Interesse an der Niederlassung wahrgenommen. Breit belegt ist der Wunsch nach **Gemeinschaft- und Gruppenpraxen**, nur eine kleine Minderheit der jüngeren Ärzt/innen strebt eine Einzelpraxis an.

Bezüglich der **Standortwahl** schreiben deutsche Studien den Rahmenbedingungen für die Familie die grösste Bedeutung zu, gefolgt von der Belastung durch Bereitschaftsdienste und administrativen Aufwand. Zudem erhöht eine ländliche Herkunft stark die Wahrscheinlichkeit, eine Niederlassung auf dem Land ins Auge zu fassen. Die Bedeutung finanzieller Anreize wird auch bei der Standortwahl unterschiedlich beurteilt; je nach Studie wird ihnen ein mittleres bis grosses Gewicht attestiert.

Steuerungsmechanismen

Die Bestandesaufnahme der Mechanismen zur Steuerung der fachlichen und regionalen Vertei-

lung der Ärzteschaft unterscheidet zwischen expliziten und impliziten Steuerungsmechanismen. Während **explizite Mechanismen** ausdrücklich die fachliche oder regionale Verteilung der Ärzteschaft zu beeinflussen versuchen, ist dies bei **impliziten Mechanismen** bloss eine indirekte oder unbeabsichtigte Folge. Beispiele für implizite Steuerungsmechanismen sind etwa eine allfällige Benachteiligung von jungen Erwachsenen mit Affinität zur Hausarztmedizin bei den Eignungstests des Numerus Clausus oder das Zustandekommen des gesamtschweizerischen Mixes an Weiterbildungsstellen aufgrund individueller Entscheidungen von Chefärzt/innen oder Spitalleitungen.

Bestehende explizite Mechanismen

Die Mehrzahl der dokumentierten Steuerungsmechanismen sind impliziter Natur. Explizite Steuerungsmechanismen verfolgen hauptsächlich ein Ziel: die **Stärkung der Grundversorgung und Hausarztmedizin**. Im Bereich der ärztlichen Weiterbildung, die im Fokus der vorliegenden Studie steht, wurden zu diesem Zweck vor allem zwei Massnahmen ergriffen: Erstens die Schaffung des Weiterbildungstitels «Allgemeine Innere Medizin» (mit Curriculum Hausarzt) und zweitens die Einführung der Praxisassistenten.

Parallel dazu kam es in anderen Bereichen zu Interventionen, die demselben Ziel dienen: In der Ausbildung sind dies die Gründung der Institute für Hausarztmedizin, die Einführung von Praktika in Hausarztpraxen, die stärkere Präsenz der Hausarztmedizin in der Ausbildung und die Überarbeitung des Lernzielkatalogs. Ausserhalb von Aus- und Weiterbildung sind mit der Revision des Tarmed und von Labortarifen finanzielle Anreize gesetzt worden, welche die Grundversorgung stärken. Zudem eröffnet der Zulassungsstopp den Kantonen zumindest theoretisch die Möglichkeit, den Fachärztemix zugunsten der Grundversorgung zu steuern.

Weniger prominent diskutiert als die Herausforderungen im Bereich der Grundversorgung werden mögliche **Tendenzen der Überversorgung in gewissen Spezialdisziplinen**. Dieses Thema wird vor allem von einzelnen Fachgesellschaften, teilweise auch von Kantonen aufgebracht – wobei letztere weniger den konkreten Fachärztemix als die allgemeine Entwicklung der Ärztezahlen im ambulanten Bereich im Auge haben. Die Fachgesellschaften ziehen dabei in Erwägung, den Zugang zur Weiterbildung stärker zu kontrollieren und durch die Anhebung von Qualitätskriterien einzugrenzen. Beim Übergang in die freie Praxis ist erneut der Zulassungsstopp als regulative Massnahme zu erwähnen.

Direkte Massnahmen zur **Steuerung der regionalen Verteilung der Ärzteschaft** bestehen nur ausserhalb der Aus- und Weiterbildung. Handlungsansätze auf Bundesebene gibt es dabei nur in sehr begrenztem Umfang, ausschlaggebend bleibt die Initiative der Kantone und Gemeinden, allenfalls auch von kantonalen Ärztesgesellschaften. Dabei geht es primär um die Ausgestaltung von Anreizstrukturen. Sie verfolgen das Ziel, die Arbeitsbedingungen und die Einkommenschancen der Praxistätigkeit in ländlichen oder peripheren Gebieten attraktiver zu machen.

Potenziale für eine präzisere Steuerung

Die identifizierten Steuerungsmechanismen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung setzen auf die Ausbildung von Kompetenzen sowie die Vermittlung von Erfahrung und Information. Diese Interventionstypen eignen sich nur sehr bedingt für Steuerungseingriffe, die kurz- bis mittelfristig Wirkung zeigen sollten.

Angesichts dessen **stellt sich die Frage, wie geeignet das bestehende System der ärztlichen Weiterbildung für eine präzisere Steuerung wäre**, die stärker regulativen Charakter besässe. Aufgrund der Expertengespräche sowie der Literatur- und Dokumentenanalyse ist dieses Potenzial **zurückhaltend zu beurteilen**. Dies aus mehreren, teilweise miteinander verflochtenen Gründen:

■ **Funktionale Bestimmung des Angebots an Weiterbildungsstellen:** Für eine Steuerung wäre es notwendig, dass die Anzahl und der Mix an Weiterbildungsstellen aufgrund des zukünftigen Bedarfs an Fachärzt/innen bestimmt werden können. Dies ist im bestehenden System der Weiterbildung nur sehr begrenzt möglich. Weil die Weiterbildung hauptsächlich an Spitälern stattfindet und sehr stark praxisbezogen ist, richtet sich das Angebot an Weiterbildungsstellen in erster Linie nach den funktionalen Bedürfnissen der Weiterbildungsstätten. Fraglich ist in diesem System insbesondere, inwieweit damit der zukünftige Bedarf an Fachärzt/innen im ambulanten Bereich angemessen abgedeckt wird.

■ **Freiheit in der individuellen Ausgestaltung der Weiterbildungslaufbahnen:** Die Weiterbildungsprogramme sind in der Schweiz verhältnismässig offen strukturiert, die jungen Ärzt/innen haben einen beträchtlichen Spielraum bei der persönlichen Gestaltung ihrer Weiterbildungskarrieren. Sie können im Prinzip auch frei wählen, zu welchem Zeitpunkt sie sich auf eine Fachrichtung festlegen. Damit wird eine Steuerung des Fachärztemixes während der Weiterbildung schwierig. Sie muss fast zwangsläufig zu einem späten Zeitpunkt in der Weiterbildungslaufbahn einsetzen.

■ **Fehlende zentrale Instanz mit versorgungsbezogenen Steuerungskompetenzen:** Die Konzeption und Durchführung der ärztlichen Weiterbildung liegt zu grossen Teilen in der Hand der Fachgesellschaften. Es wäre nicht zweckmässig, dass diese aus eigener Initiative eine Steuerung der ärztlichen Weiterbildung an die Hand nehmen, die sich an fachrichtungsübergreifenden, globalen Zielsetzungen orientiert. Das SIWF, das als zentrales Organ der FMH für die Weiterbildung zuständig ist, hat zwar durchaus Einfluss bei der Ausgestaltung von Weiterbildungsprogrammen und der Anerkennung von Weiterbildungsstätten. Es verfügt aber derzeit über keine ausdrücklichen Kompetenzen zur Steuerung des Fachärztemixes oder der regionalen Verteilung der Ärzteschaft.

■ **Qualität als massgebliches Kriterium:** Für Normsetzungen, Bewilligungen oder Selektionsentscheidungen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung ist Qualität das massgebliche Kriterium. Dies gilt nicht nur für das SIWF, sondern für alle Institutionen, die im Bereich der ärztlichen Weiterbildung tätig sind. Ergreifen sie Massnahmen zur Steuerung der fachlichen oder regionalen Verteilung der Ärzteschaft, so müssen sie diese über Qualitätsargumente legitimieren. Die Steuerungsmotive und Qualitätssicherungsmotive können übereinstimmen, müssen aber nicht. Versorgungsgeleitete Steuerungsentscheidungen in der ärztlichen Weiterbildung unterliegen deshalb tendenziell einem Legitimationsdefizit.

Angesichts der Schwierigkeiten, die fachliche Verteilung der Ärzteschaft im Rahmen der Weiterbildung wirksam zu steuern, haben einzelne Expert/innen in den Interviews die Idee formuliert, mit entsprechenden **Interventionen bereits in der Ausbildung anzusetzen**. Diese Steuerungsvariante ist unter den Expert/innen in hohem Masse umstritten. Konkret geht es dabei um die Frage, ob im Masterstudium bereits eine Spezialisierung stattfindet, welche auf der einen Seite die anschliessende Wahl der Weiterbildungsprogramme begrenzen und auf der anderen Seite regulierende Eingriffe bereits zu Beginn des Masterstudiums erlauben würde.

Gegner/innen halten den Zeitpunkt für solche Vorentscheidungen für zu früh und fürchten um das Gleichgewicht in der Reputation der Master-spezialisierungen. Fest steht, dass es sich auch hier um eine relativ grobe Steuerung handeln würde, die nicht das Verhältnis einzelner Fachrichtungen beeinflussen könnte. Dazu kommt, dass zwischen dem Zeitpunkt der Steuerungsintervention und dem Zeitpunkt, in dem sie relevante Auswirkungen auf den Fachärztemix hat, eine grosse Spanne von rund zehn Jahren liegt (Beginn Masterstudium bis Abschluss Weiterbildung).

Die einzige explizite Steuerungsmassnahme mit einer eindeutig regulativen Funktion ist derzeit der **Zulassungsstopp**. Grundsätzlich hätte der Zulassungsstopp das Potenzial, den Fachärztemix zu beeinflussen. Das Defizit an Datengrundlagen und breit abgestützten Schwellenwerten zur Unter- oder Überversorgung erschwert allerdings die Akzeptanz und eine wirksame Anwendung des Instruments: Ohne Konsens über die statistischen Grundlagen ist die Steuerung selber äusserst schwierig und besitzt ein grosses Konfliktpotenzial.

1 Ausgangslage und Fragestellung

Die **Steuerung der ärztlichen Weiterbildung** ist in vielen Staaten und Gesundheitssystemen ein intensiv diskutiertes Thema. Dies aus mehreren Gründen: Auf der einen Seite wird befürchtet, dass sich ohne steuernde Eingriffe ein Fachärztemix etabliert, der nicht den Bedürfnissen der zunehmend alternden Bevölkerung entspricht und durch eine zu starke Spezialisierung auf Kosten der Grundversorgung gekennzeichnet ist. Auf der anderen Seite droht in gewissen ländlichen oder peripheren Gebieten eine Unterversorgung an medizinischen Fachkräften. Dazu kommt, dass sich die Berufsbilder und Rollenverständnisse der jüngeren Ärzt/innen gewandelt haben, nicht zuletzt wegen des wachsenden Frauenanteils: Jüngere Ärzt/innen äussern häufiger den Wunsch, Teilzeit zu arbeiten und bevorzugen öfter Arbeit in Teamstrukturen.

Vor diesem Hintergrund hatte die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ein externes Mandat in Auftrag gegeben, das die Mechanismen zur Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in anderen Staaten dokumentiert (Berchtold u.a. 2014). Die Diskussion des Schlussberichts in der Plattform zeigte, dass eine zusätzliche **Darstellung des Ist-Zustandes in der Schweiz** erforderlich ist, bevor konkrete Vorschläge für das hiesige Gesundheitssystem entwickelt werden können. Diese Lücke füllt der vorliegende Bericht. Er verfolgt zwei unterschiedlich gewichtete Ziele:

- Das Hauptziel besteht darin, die in der Schweiz wirksamen **impliziten und expliziten Steuerungsmechanismen** zu untersuchen, die für das Zustandekommen des heutigen Fachärztemixes sowie die regionale Verteilung verantwortlich sind. Der Fokus liegt dabei auf der ärztlichen Weiterbildung, bleibt aber nicht darauf beschränkt. Um das Potenzial von Steuerungsmassnahmen in der ärztlichen Weiterbildung zu ermessen, werden auch Steuerungsmechanismen in den Blick genommen, die zu einem früheren oder späteren Zeitpunkt einsetzen – beispielsweise in der Ausbildung oder beim Übergang in die freie Praxis.

- Das untergeordnete Ziel besteht darin, die wichtigsten **Fakten zur Ärztedemographie in der Schweiz** zusammenzutragen und die Frage zu untersuchen, ob es heute bzw. morgen fachliche und regionale Fehlverteilungen in der Schweiz gibt oder geben könnte. Ausdrücklich nicht zum Mandat gehört es jedoch, darauf basierend Aussagen zum Steuerungsbedarf zu formulieren.

Die Entwicklung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig – zumal dann, wenn es auch die Migration über die Landesgrenzen und die Wirksamkeit von Steuerungsmassnahmen zu berücksichtigen gilt. Ein statistisches Erklärungsmodell zu entwickeln, das diesen Ansprüchen genügt, wäre ausgesprochen ambitiös gewesen und hätte den Rahmen des vorliegenden Mandats weit überschritten. In Absprache mit der Steuergruppe haben wir deshalb ein **pragmatisches Vorgehen in drei Schritten** gewählt. Nach diesen Schritten gliedert sich auch der Schlussbericht:

- **Kapitel 2** beschreibt mit statistischen Daten die Entwicklung des Fachärztemixes und der regionalen Verteilung der Ärzteschaft in den letzten zehn bis zwanzig Jahren. Dabei wird insbesondere untersucht, welche Bedeutung der Zuwanderung von ausländischen Ärzt/innen und der «Feminisierung» der Ärzteschaft für die medizinische Versorgung zukommt.

- **Kapitel 3** beleuchtet die Motive, welche junge Ärzt/innen bei der Wahl ihrer Fachrichtung und ihres Niederlassungsstandorts bewegen. Zur Beurteilung oder Entwicklung von Steuerungsmassnahmen in der ärztlichen Weiterbildung ist das Wissen um diese Motive zentral. Andernfalls riskieren die Massnahmen, falsche Anreize zu setzen oder wirkungslos zu verpuffen.

- **Kapitel 4** dokumentiert die bestehenden Steuerungsmechanismen, die zur fachlichen und geographischen Verteilung der Ärzteschaft in der Schweiz beitragen. Dabei werden nicht nur Massnahmen untersucht, die ausschliesslich zu diesem Zweck ergriffen wurden, sondern es wird auch danach gefragt, ob es

1 Ausgangslage und Fragestellung

Steuerungsmechanismen gibt, die unbeabsichtigt oder indirekt einen solchen Einfluss ausüben. Darauf gestützt wird abschliessend beurteilt, in welchem Ausmass man heute in der Schweiz von einer Steuerung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft sprechen kann und welche Bedeutung dabei den Steuerungsmassnahmen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung zukommt.

Die Untersuchung beruht methodisch auf drei Pfeilern:

■ **Statistische Auswertungen:** Die Analysen zur Entwicklung der Ärztedemographie in Kapitel 2 beruhen auf statistischen Auswertungen, die wir mit Individualdaten des Medizinalberuferegisters und der Ärztestatistik der FMH durchführten. Weitere statistische Angaben, die sich im Bericht finden, stützen sich auf publizierte und allgemein zugängliche Auswertungen oder wurden uns von den zuständigen Institutionen freundlicherweise zu Verfügung gestellt.

■ **Literatur- und Dokumentenanalyse:** Zum Erschliessen von Forschungsarbeiten, die sich mit der Fachrichtungswahl und den Niederlassungsentscheidungen junger Ärzt/innen auseinandersetzen, sowie zur Dokumentation von Steuerungsmechanismen wurde eine Literatur- und Dokumentenanalyse durchgeführt. Bei den Motiven der Fachrichtungswahl und von Niederlassungsentscheidungen stehen Untersuchungen zur Schweiz im Zentrum, zur Einordnung und bei Forschungslücken werden ergänzend auch internationale Studien herangezogen. Die Literatur- und Dokumentenanalyse zu den Steuerungsmechanismen konzentriert sich angesichts der umfassenden Studie von Berchtold u.a. (2014) ausschliesslich auf die Schweiz.

■ **Expertengespräche:** Mit 19 Vertreter/innen von Institutionen, die zumindest potenziell an der Steuerung der ärztlichen Weiterbildung beteiligt sind, wurden leitfadengestützte Expertengespräche durchgeführt. Acht Gespräche wurden mit Vertreter/innen von Fachgesellschaften geführt, die zum weiteren Bereich der Grundversorgung zählen (Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie), zu den grossen Fachrichtungen ausserhalb der Grundversorgung gehören (Chirurgie) oder als kleinere bis mittlere Spezialdisziplinen mit Steuerungsfragen konfrontiert sind (Orthopädie, Urologie). Zu den weiteren Expert/innen gehören Vertreter/innen eines Instituts für Hausarztmedizin, des Schweizerischen Instituts für Weiter- und Fortbildung (SIWF), der Medizinalberufekommission (MEBEKO), des Collège des Doyens der Medizinischen Fakultäten, des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt/innen (VSAO), der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor/innen (GDK), der Vereinigung der Kantonsärzt/innen (VKS) und der Direktion eines Universitätsspitals. Ein Verzeichnis der interviewten Expert/innen findet sich im Anhang.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Die Darstellung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft gliedert sich in zwei grosse Teile:

■ **Neu erworbene und anerkannte Facharztstitel:** Die Ärzt/innen, die in der Schweiz neu einen Facharztstitel erworben haben oder deren ausländischer Facharztstitel neu in der Schweiz anerkannt wurde, bilden gewissermassen den «frischen» Zustrom, der den Fachärztemix in der Schweiz prägt. Weil der Facharztstitel die Voraussetzung für eine selbständige Praxistätigkeit ist, speist sich aus ihnen gleichzeitig das Potenzial an Ärzt/innen, die in der ambulanten Versorgung tätig sein können. Trends in der Veränderung des Fachärztemixes lassen sich hier am besten identifizieren. Wir betrachten zunächst die Entwicklung der Facharztstitel, die von 1990 bis 2013 in der Schweiz erworben wurden, und befassen uns mit der Bedeutung der «Feminisierung» für das Wachstum einzelner Fachgebiete (Abschnitt 2.1.1). Anschliessend gehen wir ausführlich auf die Bedeutung der Zuwanderung für den Fachärztemix ein (Abschnitt 2.1.2).

■ **Gesamte Ärzteschaft:** Für die medizinische Versorgung ausschlaggebend bleiben der fachliche Mix und die geographische Verteilung der gesamten Ärzteschaft. Deren Entwicklung von 2002 bis 2012 wird anhand der Ärztestatistik der FMH dargestellt. Wir prüfen zuerst, wieweit sich die Trends bei der Vergabe und Anerkennung von Facharztstiteln in der gesamten Ärzteschaft spiegeln, wobei zwischen der Entwicklung im stationären und ambulanten Sektor unterschieden wird (Abschnitt 2.2.1). Danach befassen wir uns mit der geographischen Verteilung und berechnen Ärztedichten nach Kantonen, Gemeindetypen und Fachrichtungsgruppen (Abschnitt 2.2.2).

Abschliessend wird diskutiert, ob die vorhandenen statistischen Informationen genügen, um zuverlässige Aussagen zur **Über- oder Unterversorgung** in bestimmten Fachgebieten und geographischen Räumen zu machen – das heisst: ob eine ausreichende statistische Basis für eine Steuerung des Fachärztemixes und der ambulanten Versorgung besteht (Abschnitt 2.3).

2.1 Neu verliehene und anerkannte Facharztstitel

2.1.1 Neu verliehene eidgenössische Facharztstitel

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der eidgenössischen Facharztstitel, die von 1990 bis 2013 verliehen worden sind. Sie enthält zwei Informationen:

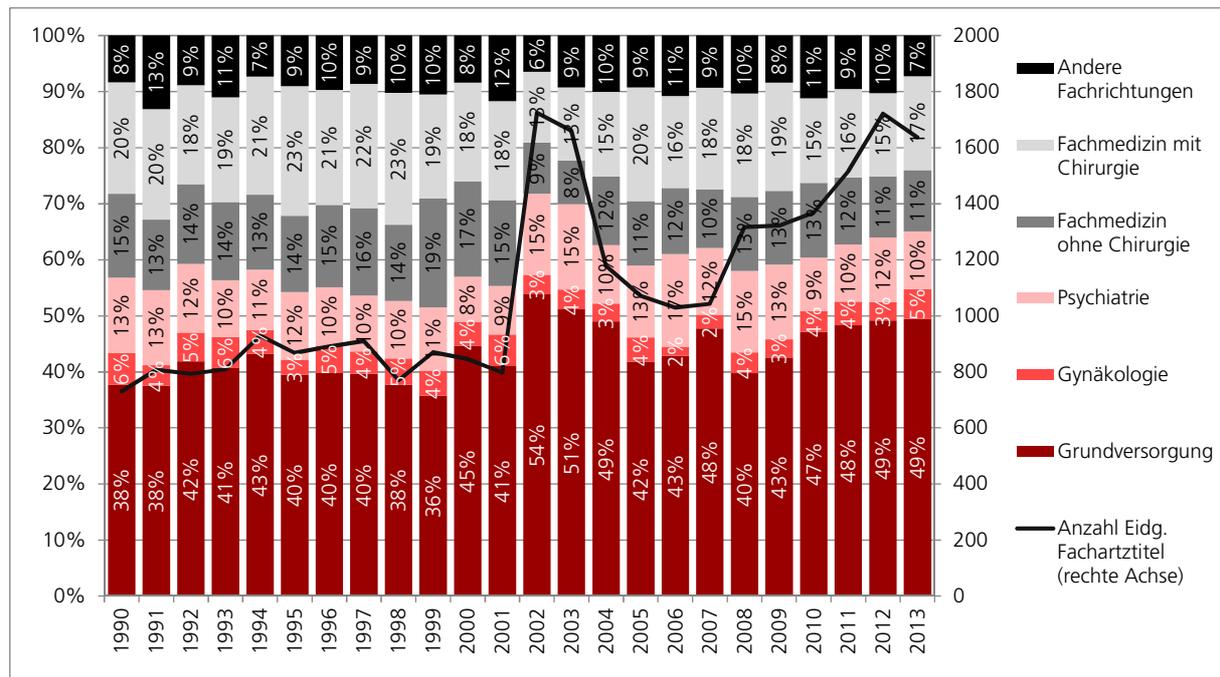
- Aus der schwarzen Linie kann man ablesen, wie sich die Zahl der Facharztstitel verändert hat (Skala auf der rechten vertikalen Achse);
- Die Säulen zeigen die Verteilung der Facharztstitel auf die verschiedenen Fachgebiete, die zu fünf Gruppen zusammengefasst sind (Skala auf der linken vertikalen Achse; zur Bildung der Fachrichtungsgruppen vgl. Tabelle 11 im Anhang)

Einheit der Abbildung sind die Weiterbildungstitel, nicht die Personen. Ärzt/innen können mehr als einen Weiterbildungstitel führen, bei den im Medizinalberuferegister verzeichneten Fachärzt/innen trifft dies auf 17% zu. Besonders häufig ist dies bei Allgemeinmediziner/innen und Praktischen Ärzt/innen der Fall. Weil der Weiterbildungstitel als Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin nach drei Jahren erworben werden kann, erlangen viele zu einem späteren Zeitpunkt noch einen weiteren Facharztstitel.

Von 1990 bis 2001 wurden pro Jahr regelmässig ungefähr 700 bis 900 Facharztstitel vergeben. Der abrupte Anstieg in den Jahren 2002 und 2003 ist dem damals neu in Kraft getretenen Medizinalberufegesetz geschuldet. Es führte ein Weiterbildungsobligatorium ein und erlaubte den bereits tätigen Ärztinnen und Ärzten, nachträglich zu erleichterten Bedingungen einen Facharztstitel zu erwerben. Bis 2004 war dieser Effekt weitgehend verpufft. Dass seit 2008 von Jahr zu Jahr mehr Facharztstitel vergeben werden, ist hauptsächlich der Zuwanderung von Ärztinnen und Ärzten geschuldet, die mit einem

ausländischen Ärztediplom in die Schweiz gekommen sind und hier den Facharztztitel erworben haben (vgl. dazu ausführlich Abschnitt 2.1.2).

Abbildung 1: Neu verliehene eidgenössische Facharztztitel 1990-2013



Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

Klammert man die beiden Jahre 2002 und 2003 aus, so hat sich die fachliche Zusammensetzung der neu verliehenen Facharztztitel nicht wesentlich verändert – zumindest nicht auf Niveau der hier gebildeten Fachrichtungsgruppen. Die auffälligste Entwicklung ist der im Vergleich zu den 1990er-Jahren grössere Anteil der Facharztztitel im Bereich der Grundversorgung. Dass er um nahezu zehn Prozentpunkte wächst, ist der Einführung des Titels «Praktischer Arzt / Praktische Ärztin» im Jahr 2002 zuzuschreiben.¹ Die Entwicklung ist deshalb mit Vorsicht zu interpretieren: Es wäre falsch anzunehmen, dass diese Personen später alle mit dem Profil des Praktischen Arztes oder der Praktischen Ärztin berufstätig sind.

Ebenso ist darauf hinzuweisen, dass die Kategorie «Grundversorger» hier eine Gruppe von Facharztziteln bezeichnet und nicht die Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin. Den Ärzt/innen, die einen solchen Grundversorgertitel erwerben, steht es grundsätzlich frei, eine Laufbahn im Spital, der freien Praxis oder auch eine akademische Karriere zu wählen. Gemäss einer 2007 durchgeführten Befragung von Assistenzärzt/innen im sechsten Weiterbildungsjahr hatten sich insgesamt nur 16% für eine Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin entschieden (Buddeberg-Fischer u.a. 2008).

Entwicklung der einzelnen Fachrichtungen

Welches Bild ergibt sich nun, wenn man die einzelnen Facharztztitel in den Blick nimmt? Dies zeigt **Tabelle 1**. Damit die Entwicklung bei kleinen Fachrichtungen nicht von Einzelfällen abhängt, fasst sie die jeweils neu verliehenen Facharztztitel aus fünf Jahren zusammen – von 1990 bis 1994 und von 2009 bis 2013. Berücksichtigt wurden alle Fachrichtungen, die mindestens in einer der beiden Phasen auf 20 oder mehr Facharztztitel kommen.

¹ Die Kategorie Grundversorgung umfasst die Facharztztitel «Allgemeinmedizin» (bis 2009), «Innere Medizin» (bis 2009), «Allgemeine Innere Medizin» (ab 2010), «Kinder- und Jugendmedizin» sowie «Praktische Ärztin / Praktischer Arzt».

Tabelle 1: Neu verliehene eidgenössische Facharztstitel 1990-94 und 2010-13

Fachrichtung	Anzahl Eidg. Facharztstitel		Veränderung	
	1990-94	2009-13	absolut	relativ
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	3	35	32	1067%
Neurochirurgie	8	33	25	313%
Nuklearmedizin	7	21	14	200%
Rechtsmedizin	7	20	13	186%
Nephrologie	25	70	45	180%
Medizinische Onkologie	44	114	70	159%
Kinder- und Jugendmedizin	170	430	260	153%
Radiologie	79	189	110	139%
Pathologie	27	51	24	89%
Anästhesiologie	205	380	175	85%
Neurologie	54	99	45	83%
Psychiatrie und Psychotherapie	390	701	311	80%
Plastische Chirurgie	23	41	18	78%
Kardiologie	97	172	75	77%
Intensivmedizin	135	229	94	70%
Orthopädische Chirurgie	130	214	84	65%
Endokrinologie-Diabetologie	26	41	15	58%
Allgemeine Innere Medizin	1'471	2'307	836	57%
Gynäkologie und Geburtshilfe	197	301	104	53%
Pneumologie	43	64	21	49%
Hämatologie	23	33	10	43%
Chirurgie	184	259	75	41%
Gastroenterologie	50	70	20	40%
Urologie	35	49	14	40%
Dermatologie und Venerologie	56	77	21	38%
Ophthalmologie	102	139	37	36%
Kinder- und Jugendpsychiatrie	95	128	33	35%
Allergologie und klinische Immunologie	30	36	6	20%
Oto-Rhino-Laryngologie	68	75	7	10%
Arbeitsmedizin	21	22	1	5%
Physikalische Medizin und Rehabilitation	33	33	0	0%
Angiologie	53	48	-5	-9%
Prävention und Gesundheitswesen	23	20	-3	-13%
Rheumatologie	84	60	-24	-29%
Infektiologie	0	63	63	
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	0	860	860	
Total	4'070	7'566		86%
Veränderung ohne Prakt. Ärzt/innen				65%

Basis: Alle Fachrichtungen mit mindestens 20 Facharztstiteln 1990 bis 1994 oder 2009 bis 2013.

Dieses Kriterium wird von folgenden Fachrichtungen nicht erfüllt: Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Kinderchirurgie, Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Genetik, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Pharmazeutische Medizin, Tropen- und Reisemedizin. Diese Fachrichtungen sind nicht eigens aufgeführt, aber im Total enthalten.

Gestrichelte Linie in Tabelle: Trennlinie für Fachrichtungen mit über- bzw. unterdurchschnittlicher Zunahme (durchschnittliche Zunahme berechnet inklusive Facharztstitel für Praktische Ärzt/innen: 86%).

Durchgezogene Linie in Tabelle: Trennlinie für Fachrichtungen mit über- bzw. unterdurchschnittlicher Zunahme (durchschnittliche Zunahme berechnet exklusive Facharztstitel für Praktische Ärzt/innen: 65%).

Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Die Zahl der neu verliehenen eidgenössischen Facharztstitel hat sich in dieser Zeit fast verdoppelt, ohne die dreijährigen Weiterbildungstitel für Praktische Ärzt/innen hat sie um zwei Drittel zugenommen. Das stärkste Wachstum verzeichnen sehr kleine Fachrichtungen wie die Radio-Onkologie, Neurochirurgie oder Nuklearmedizin. Es ist zu vermuten, dass in diesen Fällen dem **medizinisch-technischen Fortschritt** eine entscheidende Rolle zukommt.

Auch sich verändernde Einstellungen zum Verhältnis von Beruf und Privatleben dürften sich in der unterschiedlichen Entwicklung der einzelnen Fachrichtungen niederschlagen. Aus US-amerikanischen Studien ist bekannt, dass Disziplinen mit einem **«controllable lifestyle»** überproportional an Beliebtheit gewonnen haben – das heisst: Fachrichtungen, in denen Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit bestehen, die Arbeitszeiten verhältnismässig klar geregelt sind und wenige Bereitschafts- oder Notfalldienste anfallen (Dorsey/Jarjoura/Rutecki 2003; Dorsey/Jarjoura/Rutecki 2005). In dieses Muster passt beispielsweise die überdurchschnittliche Zunahme in der Medizinischen Onkologie, Radiologie, Anästhesiologie, Neurologie und Psychiatrie. Umgekehrt verzeichnen mehrere grosse Fachrichtungen ein schwaches Wachstum, für die hohe und schlecht kontrollierbare Arbeitszeiten typisch sind. Dies gilt etwa für die Chirurgie, die Gynäkologie oder die Allgemeine Innere Medizin.

Einen solchen Einstellungswandel registrieren auch zahlreiche Expert/innen, die für die Studie interviewt wurden. Er ist teilweise darauf zurückzuführen, dass immer mehr Frauen einen Facharztstitel erwerben und damit den Fragen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf eine grössere Bedeutung zukommt. Aber er lässt sich nicht darauf reduzieren: Denn zum einen haben sich auch bei den Männern die Rollenbilder und damit die Einstellung zum Verhältnis von Familie und Beruf gewandelt (Dorsey/Jarjoura/Rutecki 2005). Zum anderen registrieren mehrere Expert/innen unabhängig von der spezifischen Lebenssituation einen Wertewandel: Arzt oder Ärztin zu sein, sei zunehmend von einer Berufung zu einem Beruf geworden. Dies gelte sowohl für die Wahrnehmung von aussen wie auch für das Selbstverständnis der jüngeren Generation von Ärzt/innen. Aspekte der Lebensqualität und der Wunsch nach einem ausgeglicheneren Verhältnis von Beruf und Privatleben hätten sehr an Bedeutung gewonnen. Kleinere und spezialisierte Fachrichtungen würden diesen Bedürfnissen am besten entsprechen und legten deshalb stärker zu als die Generalistenfächer.

Bedeutung der Feminisierung für das Wachstum von Fachrichtungen

Die Zahl der Männer, die einen Facharztstitel erwerben, ist von der ersten Phase (1990-94) zur zweiten Phase (2009-13) um knapp ein Viertel gestiegen (+24%, von 3082 auf 3820), während sich die Zahl der Frauen nahezu vervierfacht hat (+279%, von 988 auf 3746). Wie hat sich die ungleich stärkere Präsenz der Frauen auf die Entwicklung der einzelnen Fachrichtungen ausgewirkt? In welchem Ausmass lässt sich eine überproportionale Zunahme dafür zurückführen, dass gewisse Fachrichtungen bei Frauen beliebter sind als bei Männern?

Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, weil man nicht ohne weiteres davon ausgehen kann, dass die Fachpräferenzen von Frauen und Männern über die Zeit gleich geblieben sind. **Tabelle 2** versucht diese beiden Effekte – das «allgemeine» Wachstum und die Veränderung von Fachpräferenzen – auseinanderzuhalten. Die Fachrichtungen sind dabei in derselben Reihenfolge wie in Tabelle 1 aufgeführt, also nach dem Ausmass ihres relativen Wachstums seit der Phase von 1990 bis 1994.² Weil sie eine hohe Informationsdichte besitzt, wird die Tabelle im Folgenden etwas ausführlicher diskutiert.

² Der besseren Lesbarkeit wegen ist diese Information nicht direkt in der Tabelle ersichtlich.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Tabelle 2: Neu verliehene eidgenössische Facharztstitel 1990-94 und 2010-13 – Beiträge der Frauen und Männer zur Entwicklung der Fachrichtungen

Fachrichtung	Anzahl Facharztstitel		Beitrag der Männer an die Veränderung				Beitrag der Frauen an die Veränderung			
	2009-13	Veränderung gegenüber 1990-94	Beitrag «allgemeines» Wachstum	Beitrag Präferenz-änderung	Beitrag total (%)	Beitrag total (N)	Beitrag «allgemeines» Wachstum	Beitrag Präferenz-änderung	Beitrag total (%)	Beitrag total (N)
Radio-Onkologie/Strahlentherapie	35	32	2%	42%	44%	14	0%	56%	56%	18
Neurochirurgie	33	25	8%	68%	76%	19	0%	24%	24%	6
Nuklearmedizin	21	14	9%	63%	71%	10	40%	-11%	29%	4
Rechtsmedizin	20	13	11%	4%	15%	2	21%	63%	85%	11
Nephrologie	70	45	10%	34%	44%	20	37%	18%	56%	25
Medizinische Onkologie	114	70	11%	35%	46%	32	52%	2%	54%	38
Kinder- und Jugendmedizin	430	260	8%	4%	13%	33	84%	4%	87%	227
Radiologie	189	110	13%	38%	52%	57	43%	5%	48%	53
Pathologie	51	24	16%	26%	42%	10	128%	-70%	58%	14
Anästhesiologie	380	175	18%	19%	37%	65	120%	-57%	63%	110
Neurologie	99	45	23%	10%	33%	15	68%	-2%	67%	30
Psychiatrie und Psychotherapie	701	311	19%	8%	28%	86	126%	-53%	72%	225
Plastische Chirurgie	41	18	24%	26%	50%	9	78%	-28%	50%	9
Kardiologie	172	75	28%	43%	71%	53	37%	-8%	29%	22
Intensivmedizin	229	94	30%	-4%	27%	25	48%	26%	73%	69
Orthopädische Chirurgie	214	84	37%	20%	57%	48	3%	40%	43%	36
Endokrinologie-Diabetologie	41	15	30%	-70%	-40%	-6	130%	10%	140%	21
Allgemeine Innere Medizin	2'307	836	33%	-46%	-13%	-107	103%	10%	113%	943
Gynäkologie und Geburtshilfe	301	104	28%	-82%	-55%	-57	207%	-52%	155%	161
Pneumologie	64	21	44%	-16%	29%	6	53%	18%	71%	15
Hämatologie	33	10	38%	-8%	30%	3	195%	-125%	70%	7
Chirurgie	259	75	55%	-63%	-8%	-6	45%	63%	108%	81
Gastroenterologie	70	20	55%	-10%	45%	9	56%	-1%	55%	11
Urologie	49	14	60%	-10%	50%	7	0%	50%	50%	7
Dermatologie und Venerologie	77	21	32%	1%	33%	7	372%	-306%	67%	14
Ophthalmologie	139	37	44%	-36%	8%	3	257%	-165%	92%	34
Kinder- und Jugendpsychiatrie	128	33	32%	-71%	-39%	-13	431%	-292%	139%	46
Allergologie und klinische Immunologie	36	6	92%	-192%	-100%	-6	326%	-126%	200%	12
Oto-Rhino-Laryngologie	75	7	195%	-324%	-129%	-9	439%	-210%	229%	16
Arbeitsmedizin	22	1	431%	-831%	-400%	-4	837%	-337%	500%	5
Physikalische Medizin und Rehabilitation	33	0								
Angiologie	48	-5	225%	-525%	-300%	-15	335%	-135%	200%	10
Prävention und Gesundheitswesen	20	-3	120%	-486%	-367%	-11	744%	-478%	267%	8
Rheumatologie	60	-24	65%	-152%	-88%	-21	221%	-233%	-13%	-3
Infektiologie	63	63	0%	48%	48%	30	0%	52%	52%	33
Praktische Ärztin / Praktischer Arzt	860	860	0%	51%	51%	441	0%	49%	49%	419
Total	7'566	3'496								

Basis: Alle Fachrichtungen mit mindestens 20 Facharztstiteln 1990 bis 1994 oder 2010 bis 2013. Dieses Kriterium wird von folgenden Fachrichtungen nicht erfüllt: Herz- und thorakale Gefässchirurgie, Kinderchirurgie, Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Medizinische Genetik, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Pharmazeutische Medizin, Tropen- und Reisemedizin. Diese Fachrichtungen sind nicht eigens aufgeführt, aber im Total enthalten. – Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

Als **Beispiel** wählen wir die **Medizinische Onkologie**, die Fachrichtung mit dem sechstgrössten Wachstum. In dieser Fachrichtung wurden 2009 bis 2013 insgesamt 70 Weiterbildungstitel mehr vergeben als 1990 bis 1994. In welchem Ausmass lässt sich dieses Wachstum nun damit erklären, dass Frauen in den letzten zwanzig Jahren mehr und mehr Facharzttitel erworben haben? Zu diesem Zweck werden für beide Geschlechter **zwei Effekte** unterschieden:

■ **Beitrag des «allgemeinen» Wachstums:** Erstens die Zunahme, die zu erwarten ist, weil 2009 bis 2013 mehr Männer (+24%) und mehr Frauen (+279%) einen Facharzttitel erworben haben als 1990 bis 1994. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von einem «allgemeinen» Wachstumseffekt. Gemeint ist damit das zu erwartende Wachstum, wenn die Fachpräferenzen der Männer und Frauen über den ganzen Zeitraum hin stabil geblieben wären.

■ **Beitrag der geänderten Präferenzen:** Zweitens die Veränderungen, die darauf zurückzuführen sind, dass sich die Männer und Frauen 2009 bis 2013 häufiger oder seltener für bestimmte Fachrichtungen entschieden haben als 1990 bis 1994.

In der medizinischen Onkologie wurden von 2009 bis 2013 114 Facharzttitel vergeben. Gegenüber der Phase von 1990 bis 1994 entspricht dies einer Zunahme um 70 Facharzttitel. Welche Rolle spielen dabei die beiden Effekte?

■ **Erster Schritt:** 1990-94 gingen 31 Facharzttitel in Medizinischer Onkologie an Männer. Angenommen, die Fachpräferenzen der Männer wären unverändert geblieben: Dann wären 2009-13 38 Facharzttitel an Männer gegangen («allgemeines» Wachstum: +24%). Gegenüber 1990-94 hätte dies eine Zunahme um 7 Facharzttitel bedeutet. Dies sind 10% des Wachstums von 70 Facharzttiteln in der Medizinischen Onkologie, die es zu erklären gilt (vierte Spalte in Tabelle 2: Beitrag «allgemeines» Wachstum der Männer; der Wert beträgt dort wegen Rundungsdifferenzen 11%).

■ **Zweiter Schritt:** Faktisch gingen 2009-13 aber nicht bloss 38, sondern 63 Facharzttitel in Medizinischer Onkologie an Männer. Diese Differenz von 25 Facharzttiteln ist darauf zurückzuführen, dass sich die Männer 2009-13 häufiger für die Medizinische Onkologie entschieden als noch 1990-94. Bezogen auf das Wachstum von 70 Facharzttiteln sind dies 35%, die man den veränderten Fachpräferenzen der Männer zuschreiben kann (fünfte Spalte in Tabelle 2: Beitrag Präferenzänderung der Männer).

■ **Zwischenfazit:** Die Zunahme der Facharzttitel in der Medizinischen Onkologie lässt sich zu 11% darauf zurückführen, dass allgemein mehr Männer einen Facharzttitel erworben haben («allgemeiner Wachstumseffekt») und zu 35% darauf, dass sich Männer häufiger als 1990-94 für die Medizinische Onkologie entschieden haben («Effekt veränderter Fachpräferenzen»). Zusammen sind dies 46% des Gesamtwachstums oder 32 von 70 Facharzttiteln (sechste und siebte Spalte in Tabelle 2: Beitrag total in Prozent und Anzahl).

■ **Dritter Schritt:** 1990-94 hatten 13 Frauen einen Facharzttitel in Onkologie erworben. Bei gleichbleibenden Fachpräferenzen wäre zu erwarten gewesen, dass sich diese Zahl um 36 Facharzttitel auf 49 erhöht, was einem Beitrag von 52% an das Gesamtwachstum entsprechen würde (achte Spalte in Tabelle 2: Beitrag «allgemeines» Wachstum der Frauen).

■ **Vierter Schritt:** Faktisch gingen 2009-13 nicht 36, sondern 38 zusätzliche Facharzttitel an Frauen. Diese Differenz von zwei Facharzttiteln ist den veränderten Präferenzen der Frauen zuzuschreiben. Sie machen 2% des Gesamtwachstums in der Medizinischen Onkologie aus (neunte Spalte in Tabelle 2: Beitrag Präferenzänderung der Frauen).

■ **Schlussfazit:** Am starken Wachstum in der Medizinischen Onkologie sind Frauen und Männer in vergleichbarem Mass beteiligt (Männer: +32 Facharzttitel, Frauen: +38 Facharzttitel). Aber die Gründe dafür sind verschieden: Während die Zunahme bei den Männern mehrheitlich auf veränderte Fachpräferenzen

zurückzuführen ist, handelt es sich bei den Frauen fast ausschliesslich um einen «allgemeinen» Wachstumseffekt.

Bei Fachrichtungen, die **negative Anteile** bzw. Effekte aufweisen, verlieren die Werte etwas an Anschaulichkeit. Dies deshalb, weil die positiven Werte dann einen «Überschuss» an Facharzttiteln enthalten, die faktisch gar nie vergeben wurden. Beispielsweise in der Pathologie: Dort haben die Frauen 2009 bis 2014 insgesamt 14 Facharzttitel mehr erworben als 1990 bis 1994, dies entspricht einer Zunahme von 58%. Es hätten aber noch viel mehr sein sollen, wenn die Fachpräferenzen unverändert geblieben wären – nämlich 31 Facharzttitel oder eine Zunahme um 128%. Weil die Pathologie unter den Ärztinnen an Beliebtheit verloren hat, reduziert sich die Zunahme von potenziellen 128% («allgemeines» Wachstum) um 70 Prozentpunkte auf die faktisch erzielten 58%. Wichtiger als diese detaillierte Lesart ist aber die grundlegende Information, welche der Vergleich dieser beide Grössen vermittelt: Ist die Veränderung hauptsächlich einem «allgemeinen» Wachstumseffekt oder gewandelten Fachpräferenzen geschuldet? Wurde ein mögliches Wachstum durch veränderte Fachpräferenzen gebremst?

Vergleicht man pro Fachrichtung den **Gesamtbeitrag der Männer und den Gesamtbeitrag der Frauen** (blaue vs. rote Spalte), so überwiegen die Frauen fast immer. Das ist nicht erstaunlich, weil ihre Zahl insgesamt viel stärker gestiegen ist als diejenige der Männer. Ausnahmen gibt es bei einigen wenigen Fächern, die sehr stark männerdominiert sind (Neurochirurgie, Nuklearmedizin, Kardiologie).

Der «allgemeine» Wachstumseffekt dominiert auch, wenn man **allein für die Frauen prüft, wie ihre Gesamtbeiträge an die Veränderung einer Fachrichtung zustande kommen**. Ausnahmen bilden die Allgemeine Chirurgie, Orthopädische Chirurgie, Neurochirurgie, Urologie, Radio-Onkologie und Rechtsmedizin. In allen diesen Fachrichtungen waren die Frauen 1990 bis 1994 nur schwach oder gar nicht vertreten. Weil das «allgemeine» Wachstumspotenzial gering war, fallen Veränderungen in den Fachpräferenzen rasch ins Gewicht.

In der Mehrzahl der Fachrichtungen, in denen für die Frauen der Effekt des «allgemeinen» Wachstums überwiegt, lassen sich grob drei Muster unterscheiden:

■ **Der Wachstumseffekt wird durch Präferenzveränderungen gebremst:** Dies ist ein weit verbreiteter Effekt, der sich beispielsweise in der Anästhesiologie, Psychiatrie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Dermatologie oder Pathologie zeigt. Teilweise sind dies Fachrichtungen, die bereits 1990 bis 1994 verhältnismässig hohe Frauenanteile hatten. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass sich die Geschlechterstereoptype allgemein, aber auch die Selbstbilder der Frauen verändert haben, während gleichzeitig ehemals männergeprägte Fachrichtungen offener geworden sind. Zu beachten ist zudem, dass sich mit der Einführung neuer Facharzttitel die Optionen erweitert haben, was fast zwangsläufig zu Gewichtsverlagerungen (insbesondere hin zu den Praktischen Ärztinnen) führt.

■ **Die Zunahme ist ein reiner Wachstumseffekt, die Präferenzen sind weitgehend unverändert geblieben:** Neben dem bereits diskutierten Beispiel der Medizinischen Onkologie ist dies insbesondere der Fall bei der Kinder- und Jugendmedizin, der Radiologie, der Neurologie und der Gastroenterologie sowie tendenziell bei Allgemeinen Inneren Medizin und der Endokrinologie.

■ **Wachstumseffekt und Präferenzveränderungen verstärken sich gegenseitig:** Diese Situation ist selten, sie zeigt sich in der Intensivmedizin, Nephrologie und Pneumologie. Ähnlich verhält es sich in der Chirurgie, wobei dort aber der «Präferenz-Effekt» dominiert.

Nimmt man die **Männer** genauer in den Blick, so verhält es sich tendenziell umgekehrt: Weil sie insgesamt nicht viel mehr Facharzttitel erworben haben als 1990 bis 1994, ist bei zwei Drittel der Fachrichtungen der Effekt von Präferenzänderungen grösser als der «allgemeine» Wachstumseffekt. Hauptsächlich auf eine steigende Beliebtheit zurückzuführen ist die Zunahme der Facharzttitel in der Radiologie, Nukle-

armedizin, Radio-Onkologie, Medizinischen Onkologie, Neurochirurgie, Kardiologie und Nephrologie. Verlieren Fachrichtungen bei den Männern dagegen an Attraktivität, so kann es sogar sein, dass 2009 bis 2013 weniger Facharztstitel verliehen wurden als 1990 bis 1994. Dies trifft auf rund ein Dutzend Fachrichtungen zu, darunter die Allgemeine Innere Medizin, die Chirurgie und die Gynäkologie.

Wenn bei den Männern der Effekt des «allgemeinen» Wachstums deutlich überwiegt, handelt es sich meistens um Fachrichtungen, die insgesamt klar unterdurchschnittlich zugelegt haben oder bei denen der Beitrag der Männer an das Wachstum eher bescheiden ausfällt (z.B. Intensivmedizin, Ophthalmologie, Dermatologie, Hämatologie, Pneumologie, Urologie).

2.1.2 Bedeutung der Zuwanderung für den Fachärztemix

Der Mix an Fachärzt/innen in der Schweiz wird nicht allein durch die Ärzt/innen beeinflusst, die hier einen Weiterbildungstitel erwerben. Seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens haben ausländische Ärzt/innen grundsätzlich gleichberechtigten Zugang zum Schweizer Arbeitsmarkt, wenn sie über die relevanten Qualifikationen verfügen. Für eine selbständige Berufsausübung muss ihr ausländischer Weiterbildungstitel anerkannt sein. Allerdings wurde den Kantonen gleichzeitig mit der Personenfreizügigkeit die Möglichkeit in die Hand gegeben, mittels eines Zulassungsstopps die Zahl der frei praktizierenden Ärzt/innen zu regulieren. Von Anfang 2012 bis Mitte 2013 war der Zulassungsstopp ausser Kraft. Die aktuelle Variante benachteiligt Ausländer/innen insofern, als Fachärzt/innen, die mindestens drei Jahre ihrer Weiterbildungszeit in der Schweiz verbracht hatten, vom Zulassungsstopp ausgenommen sind (vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 4.3.1).

Abbildung 2 zeigt die Bedeutung der Zuwanderung für die Gruppe von Ärzt/innen, die neu mit einem Facharztstitel im Schweizer Gesundheitssystem tätig sind. Der rote und der hellgraue Säulenabschnitt ergeben zusammen die Anzahl **eidgenössischer Facharztstitel** aus Abbildung 1. Neu wird nun aber unterschieden, ob diese Ärzt/innen ihr Staatsexamen bzw. Ärztediplom in der Schweiz oder im Ausland erworben haben. Dabei wird deutlich: Die Zahl der Facharztstitel, die an **Ärzt/innen gingen, die bereits ihr Medizinstudium in der Schweiz absolvierten**, hat mehr oder weniger stagniert (roter Säulenabschnitt).³

Die Zunahme der eidgenössischen Facharztstitel, die vor allem zwischen 2007 und 2012 stattfindet, ist fast ausschliesslich auf die Zuwanderung von **Ärzt/innen mit einem ausländischen Diplom** zurückzuführen (hellgrauer Säulenabschnitt). Die Zahl der Facharztstitel, die an diese Personengruppe gehen, hat in dieser Phase kontinuierlich zugenommen und sich insgesamt verdreifacht. Dass erst ab 2008 eine deutliche Steigerung zu beobachten ist, dürfte unter anderem damit zu tun haben, dass die ausländischen Ärzt/innen ihren Facharztstitel in der Regel erst nach einer gewissen Weiterbildungszeit in der Schweiz erwerben. Eine Mindestdauer an Schweizer Weiterbildungsstätten ist in vielen Weiterbildungsprogrammen ausdrücklich gefordert (vgl. auch Abschnitt 4.4).

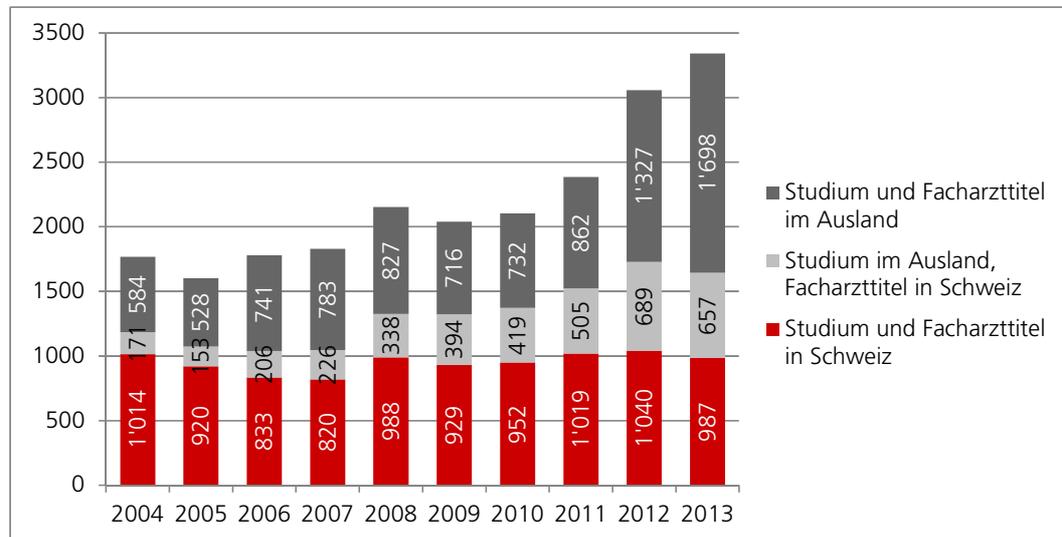
Der dunkelgraue Säulenabschnitt zeigt zusätzlich die Zahl der **ausländischen Facharztstitel, die im betreffenden Jahr neu anerkannt worden sind**. Das heisst, es handelt sich um Personen, die gewissermassen als «fertig» gebildete Fachärzt/innen in die Schweiz kommen. Von 2004 bis 2011 zeigen sich hier keine grossen Veränderungen, danach aber schnell ihre Zahl markant in die Höhe. Es liegt nahe, dass sich darin die Aufhebung des Zulassungsstopps auf Anfang 2012 spiegelt. Allenfalls wäre auch möglich, dass

³ Eine sehr kleine Gruppe von Personen hat das Medizinstudium in der Schweiz absolviert und sich einen ausländischen Facharztstitel anerkennen lassen (2004 bis 2013: total 56 Fälle, maximal 10 Fälle pro Jahr). Diese Fälle wurden ebenfalls den «Schweizer» Fachärzt/innen zugerechnet (roter Säulenabschnitt).

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

an gewissen Spitälern wegen der Einführung der 50-Stunden-Woche ein zusätzlicher Bedarf an Oberärzt/innen entstand, der auf diese Weise gedeckt wurde.⁴

Abbildung 2: Neu verliehene eidgenössische Facharzttitel und neu anerkannte ausländische Facharzttitel nach Herkunft der Titelträger/innen, 2004-2013



Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

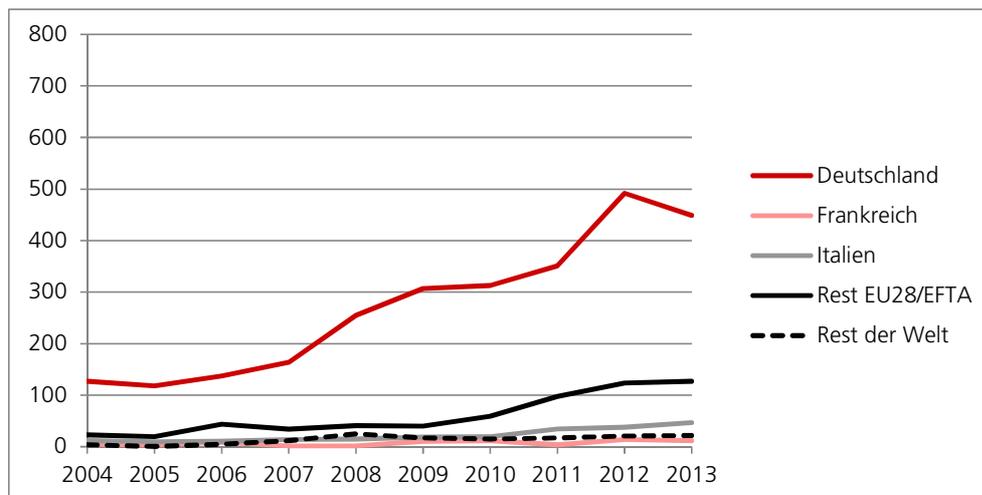
Aus welchen **Herkunftsstaaten** kommen diese Personen? Die Ärzt/innen, die aus dem Ausland in die Schweiz gezogen sind und hier ihren Weiterbildungstitel erworben haben, stammen zu ungefähr drei Vierteln aus Deutschland. Etwa fünf Prozent haben ihr Medizinstudium in Italien abgeschlossen, während Frankreich als «Zubringerstaat» praktisch keine Rolle spielt. Die meisten anderen Fachärzt/innen mit einem ausländischen Studienabschluss und einem eidgenössischen Weiterbildungstitel stammen aus den übrigen EU- und EFTA-Staaten. Diese Verhältnisse sind von 2004 bis 2013 weitgehend stabil geblieben, obwohl die Zahl der eidgenössischen Facharzttitel, die an Ärzt/innen mit einem ausländischen Studienabschluss gingen, stark zugenommen hat (vgl. **Abbildung 3**).

Etwas anders verhält es sich bei den neu anerkannten ausländischen Facharzttiteln (**Abbildung 4**). Auch hier stammt zwar die grösste Gruppe von Fachärzt/innen aus Deutschland. Vor allem Ärzt/innen aus Frankreich stellen aber viel häufiger Gesuche um die Anerkennung von Facharzttiteln, als dass sie eidgenössische Facharzttitel erwerben. Sehr selten ist dagegen die Anerkennung von Facharzttiteln ausserhalb des EU-/EFTA-Raums. Zudem haben sich die Verhältnisse im Verlauf der Zeit verändert: Während 2006 und 2007 fast drei Viertel der anerkannten Facharzttitel von Ärzt/innen in Deutschland erteilt worden waren, waren es 2013 weniger als die Hälfte. Der Anteil der anerkannten Facharzttitel aus Italien, Frankreich und den übrigen EU-/EFTA-Staaten ist im Vergleich dazu überproportional stark gestiegen.

⁴ Das Arbeitsgesetz, das die 50-Stunden-Woche vorschreibt, ist zwar bereits seit Anfang 2005 für Assistenzärzt/innen verbindlich. Teilweise konnte die Spitäler aber erst mit einer gewissen Verzögerung darauf reagieren und ihre Anstellungspolitik entsprechend anpassen.

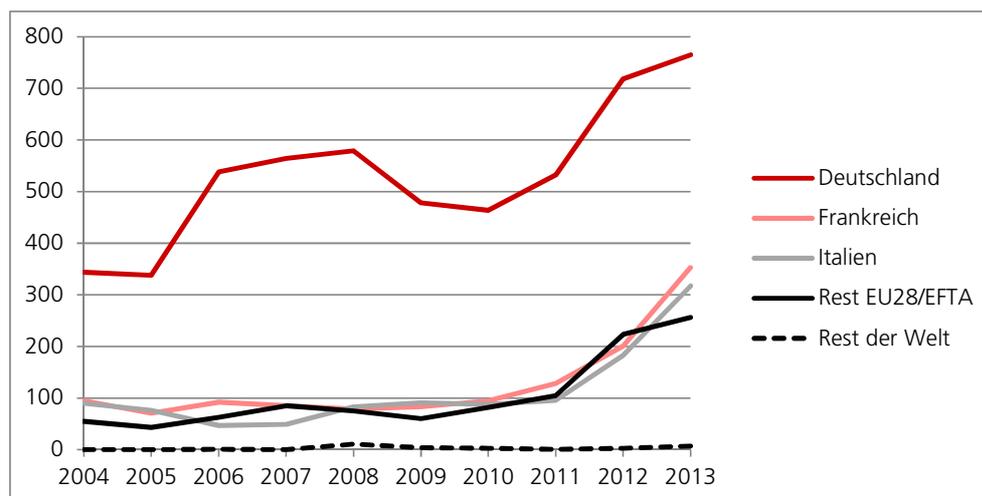
2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Abbildung 3: Neu verliehene eidgenössische Facharzttitel für Personen mit Studienabschluss im Ausland nach Herkunftsstaat, 2004-2013



Definition Herkunftsstaat: Staat, in dem der Studienabschluss erworben wurde.
Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

Abbildung 4: Neu anerkannte ausländische Facharzttitel nach Herkunftsstaat der Titelträger/innen, 2004-2013



Definition Herkunftsstaat: Staat, in dem der Facharzttitel erworben wurde.
Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

Bevor wir näher auf das Profil der zugewanderten Fachärzt/innen eingehen, ist grundsätzlich auf einige **Grenzen des Datenmaterials und Informationslücken** aufmerksam zu machen, die es bei der Interpretation zu berücksichtigen gilt:

■ **Tatsächliche Berufstätigkeit in der Schweiz:** Angesichts des massiven Anstiegs an anerkannten ausländischen Facharzttiteln stellt sich die Frage, ob diese Ärzt/innen tatsächlich alle in der Schweiz berufstätig sind. Aufgrund der Daten des Medizinalberuferegisters lässt sich dies nicht eindeutig feststellen. Bekannt ist jedoch, ob die betreffenden Personen eine kantonale Berufsausübungsbewilligung erhalten haben. Auch diese kann bekanntlich «auf Vorrat» eingeholt werden und ist in erster Linie für die freie Praxistätigkeit erforderlich. Insgesamt kann ein Vergleich der Berufsausübungsbewilligungen aber zumindest grobe Hinweise darauf geben, ob es sich bei den Titelanerkennungen um ein reines Artefakt handelt, das wenig bis gar nichts mit der tatsächlichen Berufsausübung in der Schweiz zu tun hat. Unsere Auswer-

tungen zeigen nun, dass Ärzt/innen mit Medizinstudium und Facharzttitel in der Schweiz zwar häufiger über eine Berufsausübungsbewilligung verfügen als Ärzt/innen, die das Ärztediplom oder den Facharzttitel im Ausland erworben haben. Der Unterschied ist jedoch nicht so gross, als dass man bezüglich der anerkannten ausländischen Facharzttitel von einem blossen Artefakt sprechen könnte.⁵ Es ist davon auszugehen, dass ein grosser Teil der ausländischen Fachärzt/innen zumindest ernsthaft in Erwägung zieht, ihren Beruf für eine gewisse Zeit in der Schweiz auszuüben.

■ **Zeitpunkt der Zuwanderung:** Der Zeitpunkt der Zuwanderung lässt sich aus den Daten nicht ableiten. Bei den Ärzt/innen, die das Medizinstudium im Ausland abgeschlossen und den Facharzttitel in der Schweiz erworben haben, ist dies offensichtlich. Aber auch bei Ärzt/innen mit einem ausländischen Facharzttitel muss der Zeitpunkt der Anerkennung nicht mit dem Zeitpunkt der Zuwanderung identisch sein (sofern diese Ärzt/innen überhaupt in die Schweiz kommen, vgl. obigen Punkt). Es ist zu vermuten, dass viele aus Sicherheitsgründen den Titel bereits kurz vor der Zuwanderung oder für Bewerbungen anerkennen lassen. Daneben dürfte es etliche ausländische Fachärzt/innen geben, die zuerst an einem Spital tätig sind und mit der Titelanerkennung zuwarten, bis sie eine Niederlassung in der Schweiz in Betracht ziehen.

■ **Aufenthaltsdauer:** Es ist nicht bekannt, wie lange sich die ausländischen Fachärzt/innen in der Schweiz aufhalten bzw. ob sie wieder zurückwandern. Aufschlüsse darüber können allenfalls Auswertungen des Zentralen Migrationsinformationssystems (ZEMIS) ergeben (vgl. dazu Abschnitt 6.2 im Anhang).

■ **Auswanderung von Schweizer Ärzt/innen:** Der Zuwanderung in die Schweiz steht eine Auswanderung von Ärzt/innen mit einem Schweizer Diplom entgegen. Sie ist nicht einfach zu erfassen, ein Indiz bilden Anträge auf Diplomübersetzungen, die erforderlich sind, um im Ausland berufstätig zu sein oder Zugang zu einer Bildungsinstitution zu erhalten. Wie eine Studie zeigt, wurden von Mai 2011 bis Mai 2012 rund 220 solche Anträge eingereicht, in den meisten Fällen (ca. 90%) verbunden mit einer tatsächlichen Auswanderungsabsicht. Rund die Hälfte dieser Personen plante mehrjährige Aufenthalte, bei den übrigen war die Aufenthaltsdauer kürzer oder sie wussten es zum Befragungszeitpunkt noch nicht (Hodel/Kauer 2012).

Ausmass der Zuwanderung nach Fachrichtung

In welchen Fachrichtungen sind die Ärzt/innen tätig, die vom Ausland in die Schweiz gekommen sind? Welchen Einfluss üben sie auf den Fachärztemix in der Schweiz aus? **Abbildung 5** zeigt die Verteilung nach Fachrichtungsgruppen für die letzten fünf Jahre (2009-2013). Erneut wird unterschieden zwischen:

- Ärzt/innen, welche die Aus- und Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben (roter Balken)
- Ärzt/innen, die das Medizinstudium im Ausland abgeschlossen und ihren Facharzttitel in der Schweiz erworben haben (hellgrauer Balken)
- Ärzt/innen, die ihre Aus- und Weiterbildung im Ausland bestritten haben ihren Facharzttitel in der Schweiz anerkennen liessen (dunkelgrauer Balken).

Die Summe der gleichfarbigen Balkenabschnitte ergibt jeweils 100%. Das heisst: Die Balken zeigen, wie sich die Facharzttitel einer jeden Herkunftskategorie auf die verschiedenen Fachrichtungen verteilen.

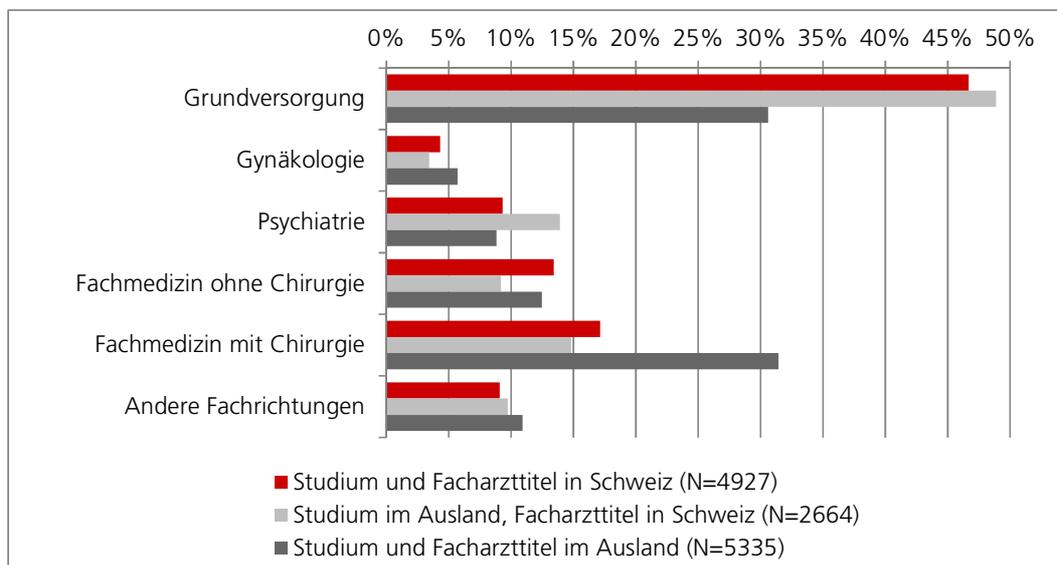
Zunächst einmal fällt auf, dass die Unterschiede zwischen den **«Schweizer/innen»** und den **«Ausländer/innen» mit einem Schweizer Facharzttitel** relativ gering sind. Eine Abweichung besteht darin, dass die «Ausländer/innen» häufiger einen eidgenössischen Facharzttitel in Psychiatrie erwerben (14% vs.

⁵ Unter den ausländischen Facharzttiteln, die von 2009 bis 2013 anerkannt wurden, verfügten bis Mitte 2014 43% der Titelträger/innen über eine Berufsausübungsbewilligung. Unter den eidgenössischen Facharzttiteln, die an Ärzt/innen mit Medizinstudium im Ausland gingen, sind es 42%; unter den eidgenössischen Facharzttiteln, die an Ärzt/innen mit Medizinstudium in der Schweiz gingen, sind es 54%. Der Vergleich mit den älteren Titeljahrgängen zeigt, dass dieser Anteil bei den Titelträger/innen mit einem Studium in der Schweiz noch steigen dürfte (auf ca. 75% bis 80%), während bei den «Ausländer/innen» keine grösseren Veränderungen mehr zu erwarten sind.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

9%). Wie zusätzliche Auswertungen zeigen, war dies früher noch stärker ausgeprägt (2004-2008: 22% vs. 11%).

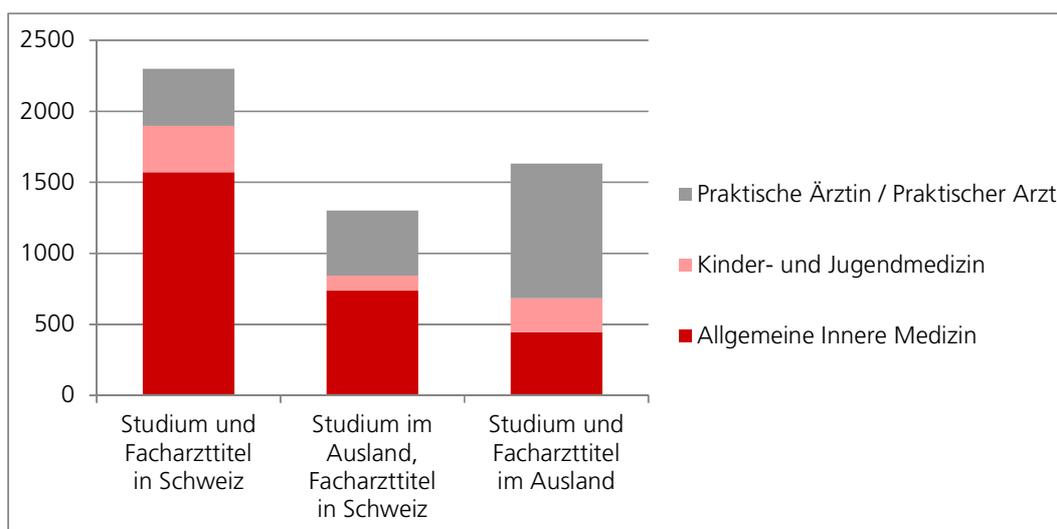
Abbildung 5: Verteilung der neu verliehenen und anerkannten Facharzttitel nach Herkunft der Titelträger/innen und Fachrichtungsgruppen, 2009-2013



Lesehinweis: Die Summe aller gleichfarbigen Balkenabschnitte ergibt jeweils 100%.
Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

Der markanteste Unterschied betrifft jedoch die **neu anerkannten ausländischen Facharzttitel**: Bei rund einem Drittel handelt es sich um chirurgische Disziplinen – dieser Anteil ist ungefähr doppelt so hoch wie bei den übrigen Ärzt/innen. Dafür ist der Anteil Facharzttitel in der Grundversorgung ungleich kleiner. Auch setzen sich diese Grundversorger-Titel anders zusammen: Während die meisten «Schweizer» Grundversorger/innen einen Facharzttitel in Allgemeiner Innerer Medizin besitzen, sind die Grundversorger/innen mit einem ausländischen Facharzttitel überwiegend Praktische Ärzt/innen (**Abbildung 6**).

Abbildung 6: Anzahl Facharzttitel in der Grundversorgung nach Herkunft der Titelträger/innen und Fachrichtungen, 2009-2013



Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Während sich die ausländischen Ärzt/innen, die in der Schweiz ihren Facharzttitel erwerben, zu ähnlichen Teilen wie die hier ausgebildeten Ärzt/innen auf Grundversorger- und Spezialdisziplinen verteilen, sind die Ärzt/innen, die ausländische Facharzttitel anerkennen lassen, überproportional häufig in chirurgischen Spezialdisziplinen tätig.

Was dies für die **einzelnen Fachrichtungen** bedeutet, zeigt **Abbildung 7**. Sie enthält für jede Fachrichtung die von 2009 bis 2013 neu verliehenen und anerkannten Facharzttitel und zeigt auf, wie sich diese auf die drei Herkunftsgruppen verteilen. Die Fachrichtungen sind nach dem Anteil der neu anerkannten ausländischen Facharzttitel geordnet. Dies zum einen deshalb, weil sich das Profil dieser Herkunftsgruppe am stärksten von den anderen abhebt. Zum anderen hat diese Gruppe besondere Implikationen, was den Steuerungsbedarf und die Steuerungsmöglichkeiten im Bereich der ärztlichen Weiterbildung betrifft. Denn Fachärzt/innen, die bereits als «fertige» Fachärzt/innen in die Schweiz kommen, entziehen sich naturgemäss Steuerungsmechanismen, die in der Weiterbildung ansetzen.

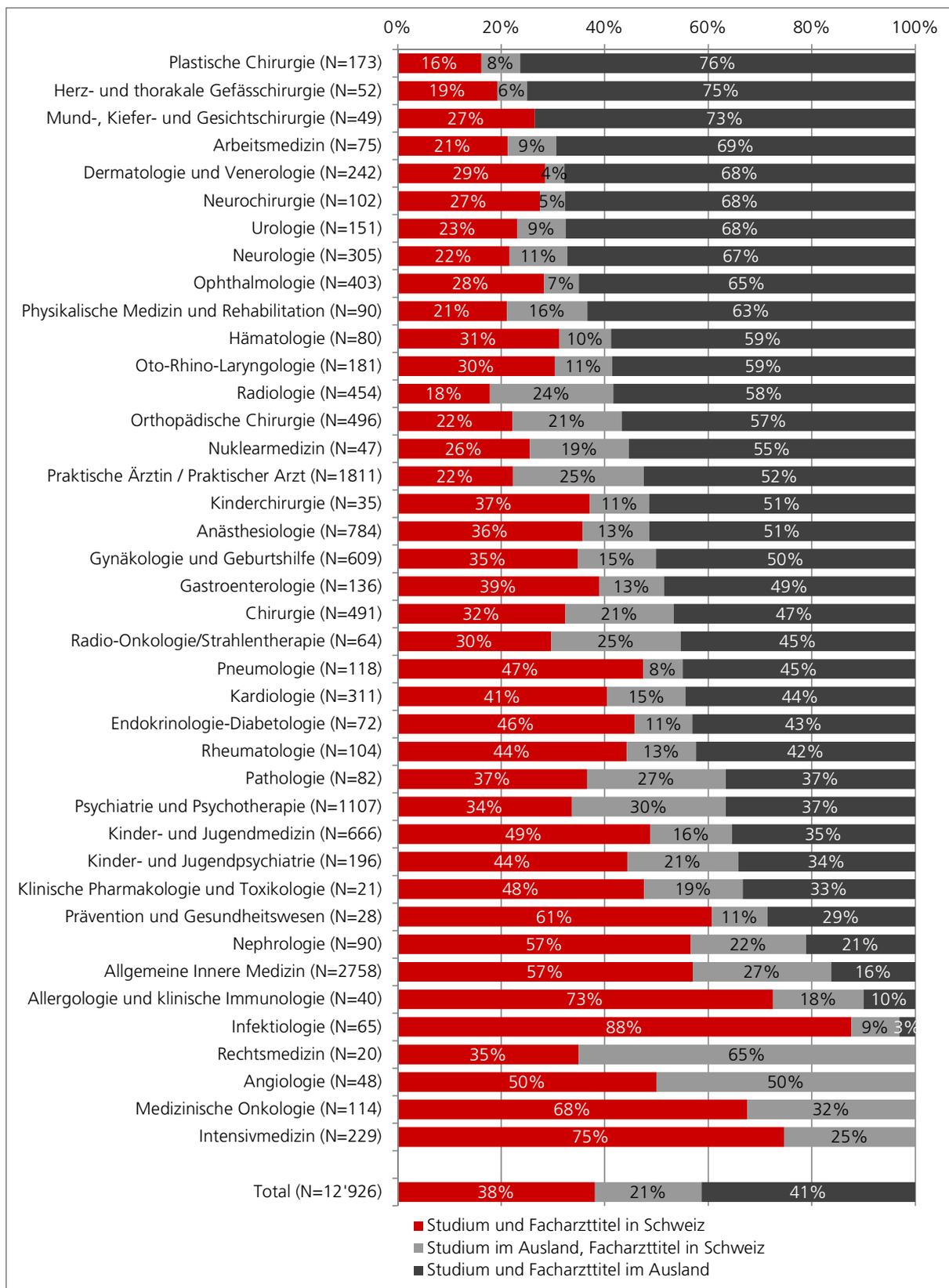
Die Abbildung verdeutlicht die grosse Bedeutung, welche den Ärzt/innen mit einem neu anerkannten ausländischen Facharzttitel in vielen kleineren und hoch spezialisierten Disziplinen zukommt. Gerade in chirurgischen Disziplinen machen sie häufig mehr als zwei Drittel aus. Aber auch in grösseren Fachrichtungen wie der Anästhesiologie oder der Gynäkologie stellten sie von 2009 bis 2013 mehr als die Hälfte der Ärzt/innen, die in der Schweiz neu einen entsprechenden Facharzttitel führen. Den **ausländischen Ärzt/innen, die in der Schweiz ihren Weiterbildungstitel erworben haben**, kommt in nahezu keiner Fachrichtung ein vergleichbares Gewicht zu. Allerdings sind auch die Grössenverhältnisse und die absoluten Zahlen zu betrachten: In dieser Perspektive darf ihre Bedeutung insbesondere in der Psychiatrie (212 von 917 «neuen» Facharzttiteln) und in der Allgemeinen Inneren Medizin (247 von 2044) und nicht unterschätzt werden.

Wie ist diese Entwicklung insgesamt zu beurteilen? Ein pauschales Urteil, das für alle Fachrichtungen gleichermaßen gültig wäre, lässt sich nicht fällen. Grundsätzlich ist festzuhalten: Die Zunahme an «neuen» Fachärzt/innen in den letzten zehn Jahren ist fast ausschliesslich auf die Zuwanderung zurückzuführen. Dieser Sachverhalt spricht insgesamt für eine **beträchtliche Auslandsabhängigkeit** des Schweizerischen Gesundheitssystems. Jedoch lässt sich dieses Urteil nicht unbesehen auf alle Fachrichtungen übertragen. In den Expertengesprächen weisen mehrere Vertreter/innen von Spezialdisziplinen auf **Tendenzen zur Überversorgung** und damit einhergehende Steuerungsprobleme hin (vgl. Abschnitt 2.3). Der starke Anstieg der anerkannten ausländischen Facharzttitel nach Aufhebung des Zulassungsstopps stützt solche Einschätzungen tendenziell. Allerdings bestehen recht grosse Unsicherheiten darüber, wie viele der Fachärzt/innen mit einem anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel tatsächlich in der Schweiz berufstätig sind und wie lange sie sich hier aufhalten (vgl. auch Abschnitt 2.2.1).

Schliesslich äussern mehrere Expert/innen gewisse **Sorgen zur Qualität von medizinischen Leistungen** und Indikationen – auch solche, die für ihre Fachgebiete oder generell keine Tendenzen zu einer Überversorgung konstatieren. Diese Aussagen beziehen sich nicht pauschal auf die Zuwanderung, sondern auf persönliche Erfahrungen und Einzelbeobachtungen, die mutmasslichen Motive gewisser zugewanderter Fachärzt/innen, das Weiterbildungsniveau einzelner Disziplinen in gewissen Herkunftsländern oder spezifische Formen der Leistungserbringung in der Schweiz.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Abbildung 7: Neu verliehene und anerkannte Facharztstitel pro Fachrichtung nach Herkunft der Titelträger/innen, 2009-14



Basis: Alle Fachrichtungen mit mindestens 20 neu verliehenen oder anerkannten Facharzttiteln 2009 bis 2013.

Dieses Kriterium wird von folgenden Fachrichtungen nicht erfüllt: Tropen- und Reisemedizin, Medizinische Genetik, Pharmazeutische Medizin. Diese Fachrichtungen sind nicht eigens aufgeführt, aber im Total enthalten.

Quelle: Medizinalberuferegister/BAG; Berechnungen: BASS.

2.2 Gesamte Ärzteschaft

Die bisherigen Auswertungen haben sich auf diejenigen Ärzt/innen konzentriert, die neu mit einem Facharztstitel im Gesundheitssystem der Schweiz tätig sind. Welches Bild ergibt sich nun aber, wenn man die gesamte Ärzteschaft in den Blick nimmt? Wir zeigen dies zunächst mit Bezug auf den Fachärztemix und untersuchen dabei die Bedeutung der «Feminisierung» und der Zuwanderung für die medizinische Versorgung (Abschnitt 2.2.1). Anschliessend befassen wir uns mit der geographischen Verteilung der Ärzteschaft (Abschnitt 2.2.2).

Die Auswertungen beruhen auf der **Ärztestatistik der FMH**. Diese gilt für den ambulanten Bereich als sehr zuverlässig, während sie den Spitalbereich etwas weniger umfassend abdeckt. Dies zeigt auch ein Vergleich mit der Krankenhausstatistik, die auf administrativen Daten der Spitäler beruht:⁶ 2012 verzeichnet diese rund 45% Ärzt/innen mehr als gemäss der Ärztestatistik der FMH im stationären Bereich angestellt sind. Ein grosser Teil des Unterschieds dürfte auf Assistenzärzt/innen zurückzuführen sein, die (noch) nicht Mitglied einer Ärzteorganisation sind (vgl. dazu die Ausführungen in Abschnitt 2.2.1).

Weil sich unsere Auswertungen in erster Linie auf die Fachärzt/innen und den ambulanten Bereich konzentrieren, ist diese Sachverhalt nicht weiter problematisch. Wo angezeigt, werden für präzisere Aussagen zum stationären Bereich die Angaben der Krankenhausstatistik herangezogen. Deren aktuellste verfügbare Daten bezogen sich zum Zeitpunkt der Berichterstattung auf das Jahr 2012.

2.2.1 Fachärztemix

Abbildung 8 zeigt, wie sich die berufstätigen Ärzt/innen auf die Fachrichtungsgruppen verteilen. Anders als im vorherigen Abschnitt beziehen sich die Auswertungen nun nicht mehr auf die Facharztstitel, sondern auf die einzelnen Personen. Zudem lässt sich aus der Ärztestatistik erschliessen, in welchem Sektor ein Arzt oder eine Ärztin tätig ist (ambulanter Sektor, stationärer Sektor und andere Sektoren wie etwa Versicherungen oder Verbände). Für die Abgrenzung von ambulantem und stationärem Sektor ist dabei die Art der medizinischen Tätigkeit entscheidend, nicht der Ort, an dem die medizinische Leistung erbracht wird.

Die Abbildung ist grundsätzlich gleich aufgebaut wie Abbildung 1 in Abschnitt 2.1.1. Zur Interpretation der Daten ist es wichtig zu wissen, dass **die Ärztestatistik 2008 grundlegend revidiert wurde**. Dies mahnt zur Vorsicht bei der Zeitvergleichen, die weiter zurück als bis zum «Revisionsjahr» 2008 reichen. Die konzeptionellen Veränderungen betreffen hauptsächlich die folgenden Punkte:

■ **Fachrichtung:** Seit 2008 geben die Ärzt/innen das Hauptfachgebiet an, in dem sie tätig sind. Bis 2007 liegen einzig Angaben zu den Facharztstiteln vor. Bei Ärzt/innen, die mehr als einen Facharztstitel besitzen, wurde der zuletzt erworbene Facharztstitel gewählt, um für die Jahre 2003 bis 2007 das Hauptfachgebiet zu bestimmen. Der Sprung bei den Ärzt/innen ohne Facharztstitel im ambulanten Sektor, der sich 2008 ereignet, dürfte auf die Revision der Ärztestatistik zurückzuführen sein und ein Artefakt bilden.

■ **«Andere Sektoren»:** Bis 2007 ist einzig eine Unterscheidung zwischen Ärzt/innen mit und ohne Praxistätigkeit möglich, seit 2008 wird zwischen ambulantem Sektor, stationärem Sektor und anderen Sektoren unterschieden. Um die Daten vergleichbar zu halten, haben wir die beiden Kategorien «stationär» und «andere» nach 2007 zusammengefügt. Das Gewicht der anderen Sektoren ist dabei gering: Die Zahl der dort tätigen Ärzt/innen bewegt sich zwischen 459 (2008) und 561 (2013) Personen.

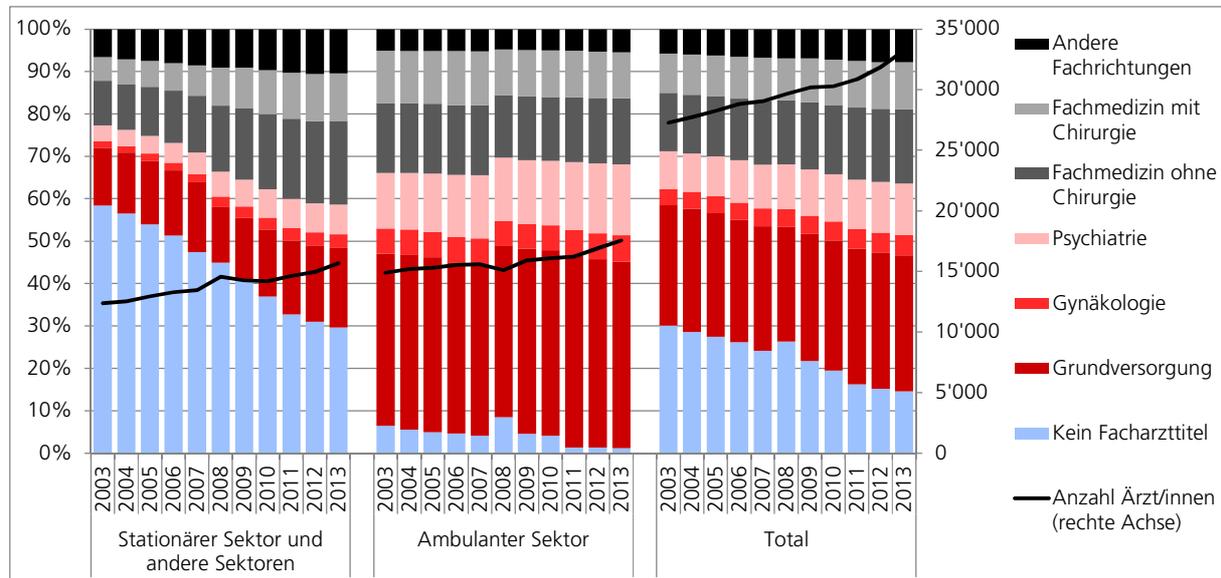
■ **Tätigkeit in mehreren Sektoren:** Seit 2008 geben die Ärzt/innen an, in welchem Sektor sie hauptsächlich tätig sind. Zuvor gehörten zu den Ärzt/innen mit Praxistätigkeit alle Ärzt/innen, die in eigener medizinischer Verantwortung Patient/innen behandelten, sowie Ärzt/innen mit Spitaltätigkeit, die ihr Ein-

⁶ <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/01.html> (eingesehen am 19.8.2014).

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

kommen ganz oder teilweise aus Patientenhonoraren bezogen. Wie die Entwicklung der Ärztezahlen im ambulanten Sektor zeigt, scheinen sich diese beiden Definitionen weitgehend zu entsprechen. Allerdings gibt es einen kleinen Einbruch im Jahr 2008, der offensichtlich auf die Umstellung bei der Revision der Ärztestatistik zurückzuführen ist und ein statistisches Artefakt bildet. Spiegelbildlich zeigt sich bei den Ärzt/innen im stationären Sektor zu diesem Zeitpunkt ein sprunghafter Anstieg.

Abbildung 8: Berufstätige Ärzt/innen nach Sektor und Facharzttitel, 2003-2013



Quelle: Ärztestatistik FMH; Berechnungen: BASS.

Auffällig ist schliesslich, dass **der Anteil der Ärzt/innen ohne Facharzttitel im stationären Sektor** von Jahr zu Jahr markant abnimmt. In absoluten Zahlen entspricht dies einem Rückgang von rund 7200 auf 4600 Personen. Die Zahl der Assistenzarztstellen an den Spitälern erhöhte sich im selben Zeitraum von rund 8000 (2003) auf 10'1000 Stellen (2013).⁷ Dies bestätigt, dass die Angaben der FMH-Statistik zum stationären Sektor gewisse Lücken aufweisen, die in erster Linie die Assistenzärzt/innen betreffen. Gerade für ausländische Assistenzärzt/innen, die sich womöglich nur für eine kurze Zeit in der Schweiz aufhalten, ist der Anreiz zum Eintritt in eine Schweizer Ärzteorganisation nicht sehr gross. Ihre Zahl ist im beobachteten Zeitraum von rund 2460 (2003) auf 4560 (2013) gestiegen.⁸

Entwicklung der Ärztezahl

Betrachtet man zunächst die Entwicklung der Ärztezahlen, so ist festzuhalten, dass die **gesamte Zahl der berufstätigen Ärzt/innen** in der Schweiz von 2003 bis 2013 um etwas mehr als einen Fünftel zugenommen hat – von 25'800 Ärzt/innen auf 33'200 Ärzt/innen. 2013 waren rund 17'600 dieser Ärzt/innen im ambulanten Sektor und 15'600 im Spital tätig (inkl. andere Sektoren). Die tatsächliche Zahl der Spitalärzt/innen dürfte aber um einiges höher liegen. Gemäss der Krankenhausstatistik waren 2012 an den Schweizer Spitälern rund 21'900 Ärzt/innen angestellt.⁹

⁷ Angaben gemäss der Ärztedemographie an Weiterbildungsstätten (<http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung/allgemein/weiterbildungsqualitaet.html>; eingesehen am 19.8.2014). Die Angaben der Krankenhausstatistik zur Zahl der Assistenzärzt/innen sind nahezu identisch.

⁸ Angaben gemäss der Ärztedemographie an Weiterbildungsstätten.

⁹ Ohne Unterassistenzärzt/innen (Medizinstudierende), die in der Krankenhausstatistik ebenfalls eine Ärztegruppe bilden.

Die Entwicklung in den beiden Sektoren verlief unterschiedlich. An den **Spitälern** war das Wachstum insgesamt grösser; gemäss der Ärztestatistik der FMH betrug es von 2003 zu 2013 plus 27%.¹⁰ Viele der interviewten Expert/innen machen darauf aufmerksam, dass die Assistenzärzt/innen seit 2005 dem **Arbeitsgesetz** unterstellt sind und ihre Arbeitswoche damit auf 50 Stunden begrenzt ist. Dies hatte an vielen Spitälern einen Stellenausbau zur Folge, der jedoch teilweise – je nach Umsetzung des Arbeitsgesetzes und gewählter Strategie – erst verzögert einsetzte.

Geringer war das Wachstum im **ambulanten Bereich** (+18%). Vermutlich wegen der Aufhebung des Zulassungsstopps hat der ambulante Sektor aber in den Jahren 2012 und 2013 überproportional stark zugelegt. Fast die Hälfte des ambulanten Gesamtwachstums seit 2003 fand in diesen beiden Jahren statt.

Entwicklung des Fachärztemixes im ambulanten Sektor

Wie hat sich nun der Fachärztemix im ambulanten Sektor entwickelt? Wegen der Revision der Ärztestatistik lassen sich auch hier nur wenige gesicherte Aussagen machen. Unter den **Fachrichtungsgruppen**, die die Abbildung 8 zeigt, beobachtet man im Zeitraum von 2003 bis 2013 die folgenden Veränderungen:

- Der Anteil der Psychiater/innen erhöht sich von 13% auf 17%.
- Der Anteil der Ärzt/innen ohne Facharzttitel sinkt von 6% auf 1%. Dass der Rückgang vor allem von 2010 zu 2011 stattfindet, legt einen Zusammenhang mit der Aufhebung des Zulassungsstopps nahe. Es dürfte sich mehrheitlich um Fachärzt/innen handeln, die ihren ausländischen Weiterbildungstitel erst anerkennen liessen, nachdem sicher war, dass der Zulassungsstopp 2012 nicht mehr verlängert wird.
- Der Anteil der Grundversorger/innen steigt von 41% auf 44%. Genauere Auswertungen zeigen, dass dies einem plötzlichen Anstieg in der Inneren Medizin vom Jahr 2008 zum Jahr 2009 geschuldet ist. Dies dürfte mit der Revision der Ärztestatistik in Zusammenhang stehen und ein Artefakt bilden. Eine tatsächliche Veränderung im Fachärztemix erscheint wenig wahrscheinlich.

Auf Ebene der **einzelnen Fachrichtungen** zeigt sich im ambulanten Sektor in mehreren Fällen ein verhältnismässig kontinuierliches und überdurchschnittliches Wachstum: Neben der Psychiatrie gilt dies etwa für die Dermatologie, die Ophthalmologie, die Plastische Chirurgie und die Neurologie. Bei den meisten anderen Fachrichtungen fällt es schwer, über einen längeren Zeitraum stabile Trends auszumachen, weil ihre Ärztezahlen um 2008 «revisionsbedingt» entweder leicht nach oben springen oder einknicken (vgl. Tabelle 12 im Anhang).

«Feminisierung» der Medizin und ambulante Versorgung

Mit Blick auf die Versorgung ist die «Feminisierung» der Medizin von erheblicher Bedeutung. Wie Sonderauswertungen der Ärztestatistik der FMH zeigten, **kommen Männer im Durchschnitt auf höhere Arbeitspensen als Frauen** (Hostettler/Laffranchi/Kraft 2013). Diese Unterschiede sind aber nicht fix gegeben, sondern lebenslaufbedingt: Während Teilzeitarbeit in der Weiterbildungsphase bei beiden Geschlechtern eine Ausnahme ist, reduzieren Frauen das Pensum häufiger auf Stufe Oberärztin und Leitende Ärztin. Es ist zu vermuten, dass dafür meistens familiäre Gründe ausschlaggebend sind. Auch im ambulanten Bereich sind die durchschnittlichen Erwerbspensen der Frauen in allen Fachrichtungsgruppen geringer als die der Männer: Während die Männer 2012 im Durchschnitt zwischen 8.4 Halbtagen (Chirurgie) und 9.2 Halbtagen (Grundversorger) arbeiteten, bewegten sich die Pensien der Frauen zwischen 6.7 Halbtagen (Grundversorgerinnen) und 7.6 Halbtagen (Fachmedizin ohne Chirurgie).

Die Daten zu den Arbeitspensen, die seit der Revision der Ärztestatistik erhoben werden, lassen sich noch nicht im Längsschnitt vergleichen. Einfach zu ermitteln sind aber die Veränderungen der Geschlechterver-

¹⁰ Die Krankenhausstatistik erlaubt keine Vergleiche über diesen Zeitraum, weil die Angaben vor 2010 neben den Ärzt/innen auch andere am Spital angestellte Akademiker/innen umfassen.

hältnisse. Dabei zeigt sich: Der **Frauenanteil unter den berufstätigen Ärzt/innen** ist von 32% im Jahr 2003 auf 39% im Jahr 2013 gestiegen. Besonders bemerkenswert ist die Entwicklung im **ambulanten Sektor**. Dort blieb die Zahl der Männer von 2003 bis 2013 stabil bei 11'400 Personen, während sich die Zahl der Frauen nahezu verdoppelte – von 3500 auf 6100. Mit Blick auf die Versorgungssituation im ambulanten Bereich sind die reinen Ärztezahlen deshalb zu relativieren: Das tatsächliche Wachstum des Arbeitsvolumens dürfte klar geringer sein als die Zunahme an Personen, zumal auch Männer häufiger als früher bekunden, dass sie gerne Teilzeit arbeiten möchten.

Insgesamt betrug der Frauenanteil 2013 im stationären Sektor (inkl. andere) 43%,¹¹ im ambulanten Sektor 35%. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendmedizin sowie der Gynäkologie und Geburtshilfe sind mehr als die Hälfte der frei praktizierenden Ärzt/innen Frauen (vgl. Tabelle 12 im Anhang). Auffällig gering – unter einem Achtel – liegt der Frauenanteil dagegen in der Allgemeinen Chirurgie und einigen anderen chirurgischen Disziplinen, der Gastroenterologie, der Kardiologie, der Pharmazeutischen Medizin und der Urologie.

Bedeutung der Zuwanderung für fachliche Verteilung der gesamten Ärzteschaft

Welche Bedeutung hat nun die Zuwanderung, wenn man nicht allein die neu verliehenen und anerkannten Facharztstitel, sondern alle Fachärzt/innen betrachtet? **Abbildung 9** zeigt die Zusammensetzung aller Fachärzt/innen für den stationären Sektor (inkl. andere Sektoren) und den ambulanten Sektor. Es werden erneut die drei bekannten Gruppen unterschieden:

- Fachärzt/innen mit Studium und Weiterbildung in der Schweiz (roter Balken)
- Fachärzt/innen mit Studium im Ausland und Facharzttitel in der Schweiz (hellgrauer Balken)
- Fachärzt/innen mit Studium und Weiterbildung im Ausland (dunkelgrauer Balken).¹²

Bei Fachärzt/innen mit mehreren Weiterbildungstiteln wurde der erste Titel berücksichtigt. Assistenzärzt/innen und andere Ärzt/innen ohne Facharzttitel sind in der Abbildung nicht enthalten. Weil für die Zeit vor der Revision der Ärztstatistik der FMH keine Angaben zum Ausstellungsort des Ärztediploms und des Facharzttitels verfügbar sein, konzentriert sich die Abbildung auf die Phase von 2008 bis 2013.

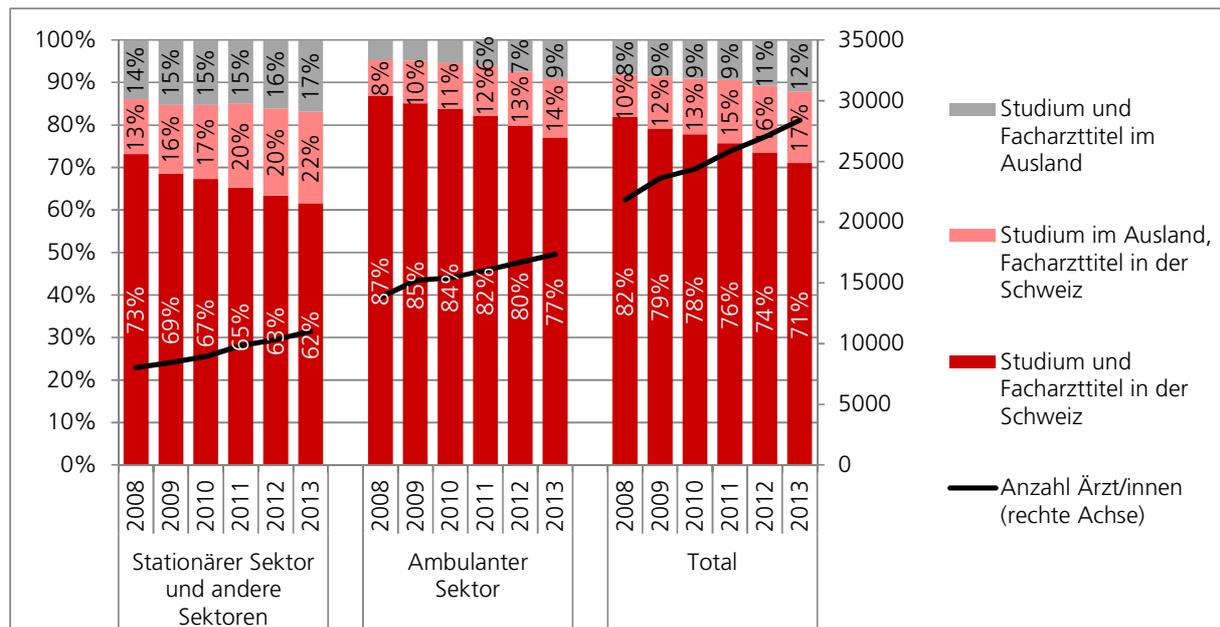
Insgesamt ergibt sich ein deutliches Bild: In den betrachteten sechs Jahren ist der **Anteil «Schweizer» Fachärzt/innen** sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich um ungefähr zehn Prozentpunkte gesunken. Dabei sind die «Schweizer» Ärzt/innen im **ambulanten Bereich** an sich stark präsent, ihre Zahl wuchs aber viel schwächer als diejenige der Fachärzt/innen, die das Ärztediplom oder den Weiterbildungstitel im Ausland erworben haben und anschliessend in die Schweiz gekommen sind.

An den **Spitälern** ging der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen von 73% (2008) auf 62% (2013) zurück. Aus der Statistik der Weiterbildungsstätten ist bekannt, dass unter den Assistenzärzt/innen ein ähnlicher Prozess stattfand. Er war in den Jahren zuvor sogar noch etwas stärker ausgeprägt: 2003 hatte der Anteil der Assistenzärzt/innen mit einem Schweizer Ärztediplom 69% betragen, 2008 waren es 60% und 2013 55% (vgl. auch SWTR 2007). Diese Entwicklung schlug sich vermutlich mit einer gewissen Verzögerung in der Zusammensetzung der Fachärzt/innen an den Spitälern nieder.

¹¹ Gemäss Krankenhausstatistik, welche die Assistenzärzt/innen besser erfasst, waren es 2012 47%.

¹² Wie bei den Auswertungen zu den neu verliehenen und anerkannten Facharzttiteln gibt es auch hier eine sehr kleine Gruppe von Ärzt/innen, die das Medizinstudium im Ausland abgeschlossen hat und sich in der Schweiz einen ausländischen Weiterbildungstitel anerkennen liess (maximal 21 Fälle pro Jahr). Diese Fälle wurden erneut den «Schweizer» Fachärzt/innen zugerechnet (roter Säulenabschnitt).

Abbildung 9: Berufstätige Fachärzt/innen nach Sektor und Herkunft, 2013



Säulenabschnitte mit Werten unter 6% sind nicht beschriftet.
Quelle: Ärztestatistik FMH; Berechnungen: BASS.

Bemerkenswert ist nun allerdings, dass die Zunahme der **Fachärzt/innen, die direkt mit einem ausländischen Weiterbildungstitel in die Schweiz gekommen sind**, deutlich geringer ausfällt, als man aufgrund der anerkannten Facharzttitel vermuten würde (vgl. Abschnitt 2.1.2). Zwar hat sich ihre Zahl gemäss der Ärztestatistik der FMH ungefähr verdoppelt, von rund 1770 im Jahr 2008 auf 3450 im Jahr 2013. Doch im selben Zeitraum wurden in der Schweiz nicht weniger als 6160 ausländische Facharzttitel neu anerkannt. Auch wenn man in Rechnung stellt, dass vermutlich ein Teil der 1770 ausländischen Fachärzt/innen des Jahres 2008 seither die Berufstätigkeit aufgegeben hat, ist diese Abweichung markant. Sie dürfte auf mehrere Ursachen zurückzuführen sein, deren Gewicht sich aber nur annäherungsweise abschätzen lässt:

■ **Keine Aufnahme einer Berufstätigkeit in der Schweiz:** Wie bereits in Abschnitt 2.1.2 ausgeführt, ist zu vermuten, dass etliche ausländische Ärzt/innen zwar ihren Facharzttitel haben anerkennen lassen, aber seither nie in der Schweiz berufstätig waren. Immerhin 2690 Titelträger/innen der 6160 anerkannten Facharzttitel haben aber eine Berufsausübungsbewilligung erlangt, dazu kommen Spitalärzt/innen, die keine solche Bewilligung benötigen. Zudem ist zu beachten: Dieser Anteil an Berufsausübungsbewilligungen (44%) entspricht demjenigen der ausländischen Ärzt/innen mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel (45%). Bei dieser zweiten Gruppe von «Ausländer/innen» besteht aber keine vergleichbare Differenz zwischen der Anzahl neu erworbener Facharzttitel und der Zunahme von Fachärzt/innen gemäss Ärztestatistik der FMH.¹³

■ **Kurze Berufstätigkeit in der Schweiz:** Eine hohe Fluktuation könnte erklären, weshalb die Zahl der Fachärzt/innen mit ausländischem Weiterbildungstitel viel weniger stark steigt, als man aufgrund der Titelanerkennungen vermuten würde.

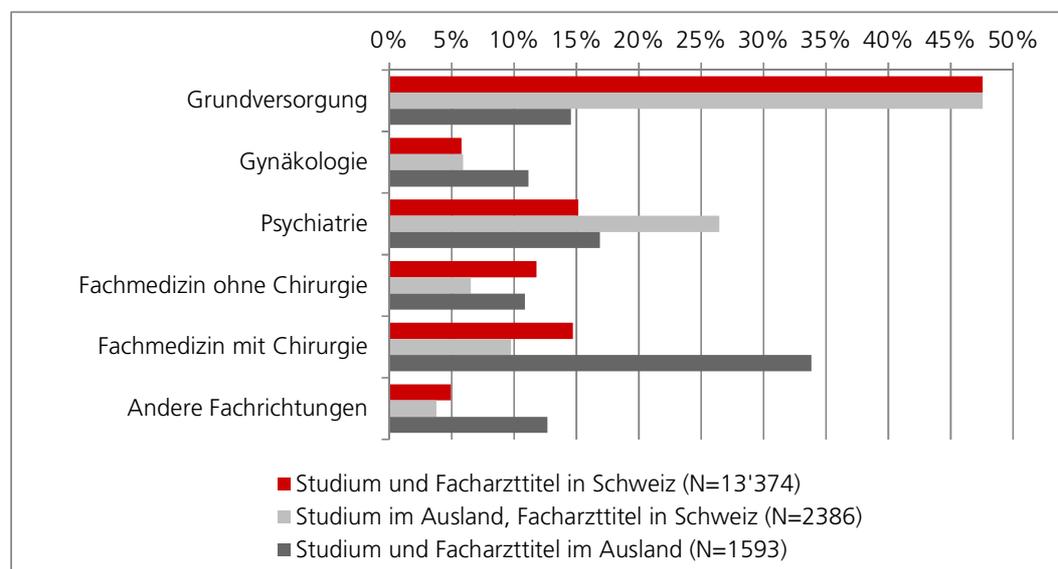
■ **Titel- und Personensicht:** Die Ärztestatistik der FMH zählt Personen, diese besitzen aber teilweise mehrere Weiterbildungstitel. Das Phänomen ist aber nicht derart verbreitet, dass es den Hauptgrund für die beobachteten Differenzen bilden könnte.

¹³ Anzahl neu erteilte Facharzttitel von 2008 bis 2013: rund 3000; Wachstum der Fachärzt/innen in derselben Phase von 2200 auf rund 4700 Personen.

■ **Keine Mitgliedschaft in der FMH:** Es wäre möglich, dass «fertige» Fachärzt/innen, die aus dem Ausland in die Schweiz kommen, sich der hiesigen Ärzteschaft weniger verpflichtet fühlen und sich deshalb öfter gegen eine Mitgliedschaft entscheiden. Dem widersprechen allerdings die Erfahrungen von Vertreter/innen der FMH, die feststellen, dass gerade ausländischen Ärzt/innen sehr daran gelegen sei, sich als Mitglied der FMH ausweisen zu können.

Was die **fachlichen Präferenzen** der drei Herkunftsgruppen betrifft, so unterscheidet sich das Bild der Ärzteschaft im ambulanten Bereich (**Abbildung 10**) kaum von demjenigen der neu verliehenen und anerkannten Facharzttitel (vgl. Abbildung 5 in Abschnitt 2.1.2): Die als «fertige» Fachärzt/innen zugewanderten Ausländer/innen sind ungleich häufiger als Ärzt/innen mit einem eidgenössischen Facharzttitel in chirurgischen Disziplinen tätig, umgekehrt sind sie viel seltener in «Grundversorgungs-Disziplinen» aktiv. Ausländer/innen, die für die Weiterbildung in die Schweiz gekommen und anschliessend hier geblieben sind, haben sich überdurchschnittlich oft für die Psychiatrie entschieden. Hingegen sind sie in den übrigen Spezialdisziplinen mit und ohne Chirurgie schwächer vertreten.

Abbildung 10: Verteilung der berufstätigen Fachärzt/innen im ambulanten Bereich nach Herkunft und Fachrichtungsgruppen, 2013

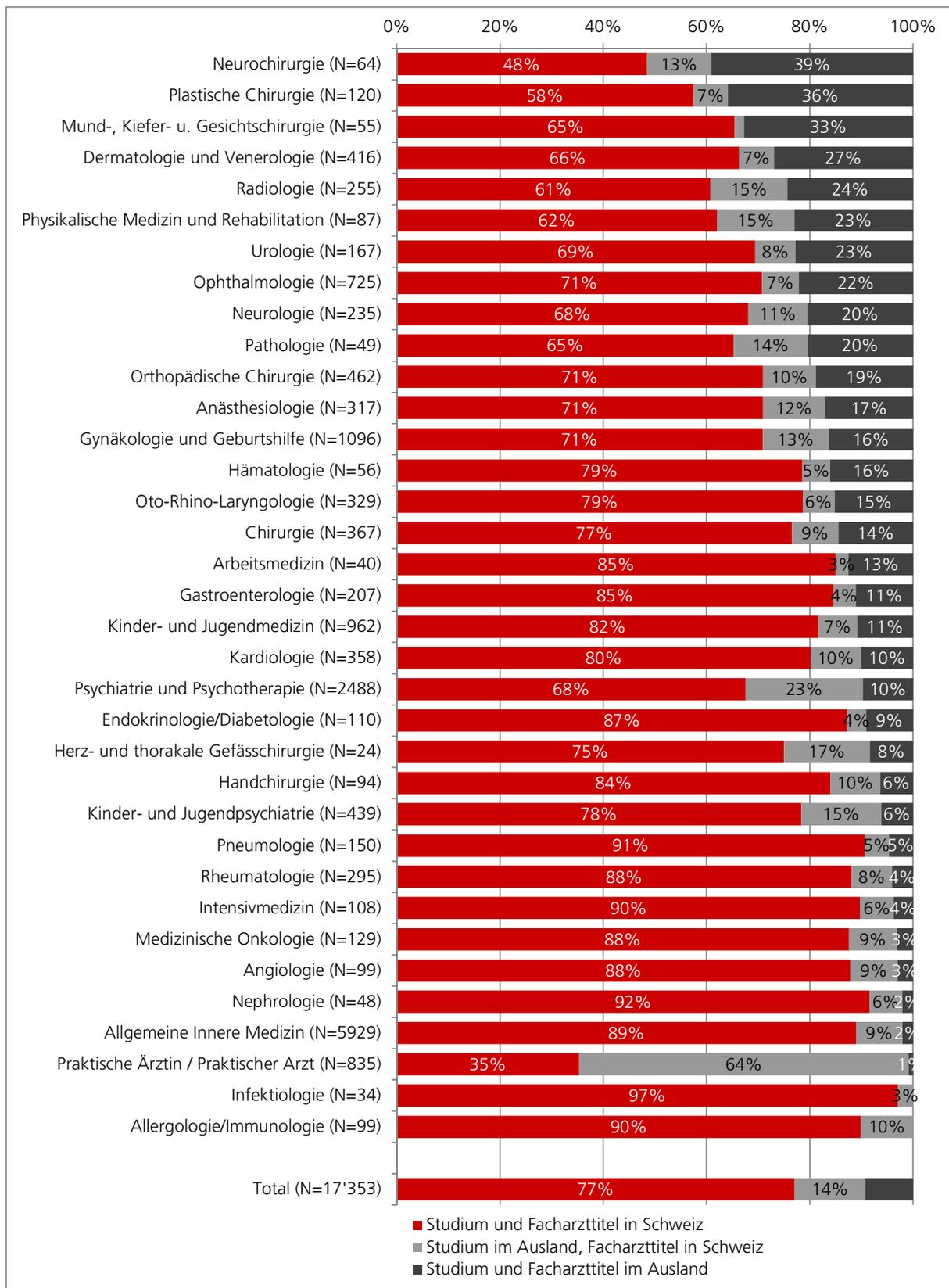


Lesehinweis: Die Summe aller gleichfarbigen Balkenabschnitte ergibt jeweils 100%.
Quelle: Ärztestatistik FMH; Berechnungen: BASS.

Auch der **Vergleich der einzelnen Fachrichtungen im ambulanten Bereich** bestätigt in der Tendenz das Bild, das für die neu verliehenen und anerkannten Facharzttitel gezeichnet worden ist – mit dem entscheidenden Unterschied, dass der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen hier ungleich grösser ist (**Abbildung 11**). Nur in ganz wenigen Fällen stellen sie die Minderheit. Dies vorausgesetzt, gilt jedoch: Die Fachrichtungen, die in der ambulanten Versorgung einen relativ hohen Anteil an direkt zugewanderten ausländischen Fachärzt/innen haben, sind meistens dieselben, bei denen es auch auffällig viele Anerkennungen von ausländischen Facharzttiteln gibt. Eine auffällige Ausnahme bilden die Praktischen Ärzt/innen: Hier dürfte eine entscheidende Rolle spielen, dass dieser Titel selten allein, sondern meistens zusammen mit anderen Weiterbildungstiteln geführt wird.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Abbildung 11: Berufstätige Fachärzt/innen im ambulanten Bereich pro Hauptfachgebiet nach Herkunft, 2013



Basis: Alle Hauptfachgebiete mit mindestens 20 Fachärzt/innen. Dieses Kriterium wird von folgenden Fachrichtungen nicht erfüllt: Rechtsmedizin, Kinderchirurgie, Prävention und Gesundheitswesen, Tropen- und Reisemedizin, Medizinische Genetik, Pharmazeutische Medizin, Nuklearmedizin, Pharmakologie und Toxikologie, Radio-Onkologie/Strahlentherapie, Neuropathologie. Diese Fachrichtungen sind nicht eigens aufgeführt, aber im Total enthalten. – Quelle: Ärztstatistik FMH; Berechnungen: BASS.

Wegen der Revision der Ärztestatistik der FMH sind **zeitliche Entwicklungen in einzelnen Fachrichtungen** mit grosser Vorsicht zu interpretieren. Vergleicht man im ambulanten Sektor die Phase vor und nach der Aufhebung des Zulassungsstopps, so zeigt sich, dass sich die Zahl der Ärzt/innen mit einem ausländischen Facharztstitel in den folgenden Fachrichtungen von 2010 bis 2013 mindestens verdoppelt hat: Orthopädische Chirurgie, Oto-Rhino-Laryngologie, Plastische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie, Kardiologie und Gastroenterologie.¹⁴

2.2.2 Geographische Verteilung

Die geographische Verteilung der Ärzteschaft wird häufig anhand von Kantonsvergleichen illustriert. Dies hat den Nachteil, dass sich ein Teil der Unterschiede gewissermassen von selbst erklärt und anderes verdeckt bleibt. Weil die Kantone räumlich sehr verschieden strukturiert sind, liegt auf der Hand, dass Stadtkantone wie Basel-Stadt oder Genf als Ausreisser mit einer sehr hohen Ärztedichte erscheinen. Umgekehrt lassen sich aus dem Vergleich von grossen und räumlich heterogen strukturierten Kantonen wenig Erkenntnisse über die geographische Verteilung der Ärzteschaft gewinnen.

Aus diesem Grund haben wir die Ärztedichten im ambulanten Sektor auf der Basis der **Gemeindetypologie des Bundesamtes für Statistik (BFS)** berechnet. Die Zuordnung zum Gemeindetyp fand anhand der Angaben zum Praxisstandort in der Ärztestatistik der FMH statt. Die Gemeindetypologie des BFS orientiert sich an einem Zentrum-Peripherie-Modell und klassifiziert die Gemeinden nach folgenden Kriterien: Pendlerbewegungen, Beschäftigungssituation, Wohnverhältnisse, Reichtum, Tourismus, Bevölkerung, Zentrumsfunktionen. Dabei werden die folgenden **neun Gemeindetypen** unterschieden:

- Zentren
- Suburbane Gemeinden (in Agglomerationsgürtel, meistens nahe am Stadtzentrum gelegen: Arbeitsplatzgemeinden oder Gemeinden mit hohem Anteil an grossen Wohngebäuden)
- Einkommensstarke Gemeinden (in Agglomerationsgürtel)
- Periurbane Gemeinden (in Agglomerationsgürtel, aber weder suburbane Gemeinden noch einkommensstarke Gemeinden)
- Touristische Gemeinden
- Industrielle und tertiäre Gemeinden
- Ländliche Pendlergemeinden (ausserhalb Agglomerationsgürtel)
- Agrar-gemischte Gemeinden (ausserhalb Agglomerationsgürtel)
- Agrarische Gemeinden (ausserhalb Agglomerationsgürtel)¹⁵

Diese Lösung ist immer noch nicht perfekt, weil die Gemeinden oft kleine räumliche Einheiten sind. Die Gemeindetypologie beruht zwar auf einer Kontextbetrachtung, doch wissen wir in Bezug auf die Ärztedemographie nicht, wie die Situation im Nachbardorf beschaffen ist oder wie gross die Distanz zum nächsten Zentrum ist. Dieser Vorbehalt vermag aber die grossen Vorzüge gegenüber einem reinen Kantonsvergleich nicht zu überdecken (für Vergleiche nach MS-Regionstypen vgl. Jaccard Ruedin u.a. 2007).

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse. Betrachtet man zunächst allein die **Ärztedichte insgesamt** – ohne Unterscheidung nach Fachrichtungen –, so sind die Unterschiede enorm. An der Spitze stehen mit grossem Abstand die Zentren, gefolgt von den einkommensstarken Gemeinden. Die übrigen Gemeindetypen teilen sich in zwei Gruppen:

¹⁴ Nur Fachrichtungen mit mindestens 10 direkt zugewanderten Fachärzt/innen im Jahr 2010.

¹⁵ Wegen ihrer geringen Einwohnerzahl wurden die agrarischen Gemeinden für die vorliegenden Auswertungen mit den agrarisch-gemischten Gemeinden zusammengefasst.

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

■ Die zentrumsnahen (suburbanen) Gemeinden, die touristischen Gemeinden sowie die industriellen und tertiären Gemeinden mit unterdurchschnittlichen Ärztedichten.

■ Die entfernteren Agglomerationsgemeinden (periurbane Gemeinden) sowie die – ausserhalb der Agglomerationsgürtel gelegenen – ländlichen Pendlergemeinden und agrarisch(-gemischten) Gemeinden mit stark unterdurchschnittlichen Ärztedichten.

Konzentriert man sich auf die **Grundversorgung**, so bleibt die Reihenfolge der Gemeindetypen weitgehend unverändert. Jedoch verringern sich die Abstände. Sie bleiben zwar immer noch markant, bewegen sich aber doch in anderen Dimensionen: In den Zentren ist die Dichte der Grundversorger/Innen ungefähr drei- bis viermal grösser als in der entfernteren Agglomeration oder in ländlichen Gebieten. Und: Die Gruppe der zentrumsnahen, touristischen und industriell-tertiären Gemeinden liegt nun genau im Durchschnitt – sie verfügen über die typische Dichte an Grundversorger/Innen.

Tabelle 3: Niedergelassene Ärzt/Innen pro 100'000 Einwohner/Innen nach Gemeindetyp und Fachrichtung, 2012

Gemeindetyp	Grundversorgung	Gynäkologie	Psychiatrie	Fachmedizin ohne Chirurgie	Fachmedizin mit Chirurgie	Andere Fachrichtungen	Total	Anzahl Einwohner/Innen
Zentren	135	29	85	55	75	26	409	2'386'784
Suburbane Gemeinden	88	9	19	15	20	7	161	2'335'869
Einkommensstarke Gemeinden	110	14	39	20	42	17	246	353'158
Periurbane Gemeinden	56	1	6	2	7	3	76	863'861
Touristische Gemeinden	93	6	7	12	14	4	140	263'801
Industrielle und tertiäre Gemeinden	88	6	9	7	8	2	122	756'554
Ländliche Pendlergemeinden	34	1	2	1	4	1	45	499'825
Agrar. und agrar-gemischte Gemeinden	47	1	3	0	4	0	57	579'208
Total	94	13	35	23	32	11	210	8'039'060

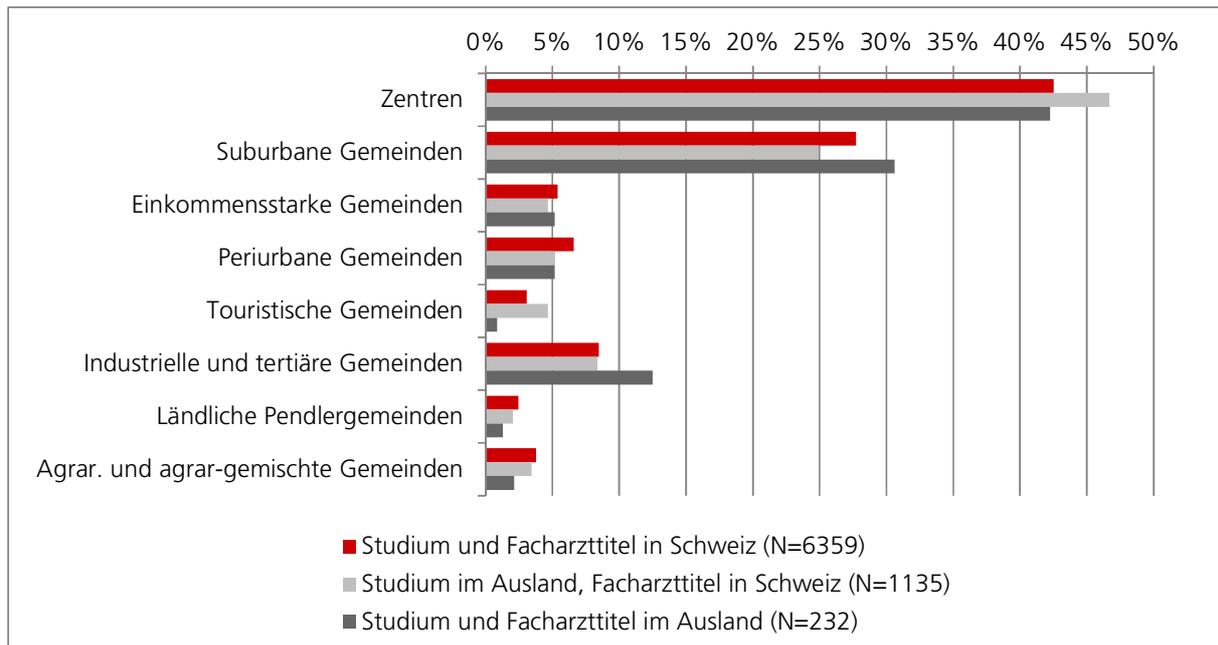
Quellen: Ärztestatistik FMH, STATPOP/BFS; Berechnungen: BASS.

Äusserst ungleich verteilt sind die **Spezialist/Innen**. Über allen Spezialistengruppen hinweg stehen hier die Zentren mit grossem Abstand an der Spitze, gefolgt von den einkommensstarken Gemeinden. Bei letzteren fällt eine bemerkenswert hohe Dichte an Spezialist/Innen in chirurgischen Disziplinen auf.

Die Gemeindetypen mit einer durchschnittlichen Grundversorgerdichte unterscheiden sich interessanterweise in ihrem Spezialistenprofil: Die zentrumsnahen (suburbanen) Gemeinden weisen in allen Spezialistengruppen eine gewisse – wenn auch unterdurchschnittliche – Dichte auf, die touristischen Gemeinden in der Fachmedizin mit und ohne Chirurgie. Die industriellen und tertiären Gemeinden dagegen unterscheiden sich in ihrem Spezialistenprofil kaum mehr von den entfernteren Agglomerationsgemeinden. Die ländlichen Pendlergemeinden und agrarischen(-gemischten) Gemeinden müssen nahezu ohne Spezialist/Innen auskommen, am ehesten noch finden sich hier Chirurg/Innen oder Psychiater/Innen.

Keinen Einfluss auf die regionale Verteilung hat die **Zuwanderung von Ärzt/Innen aus dem Ausland**. Wie **Abbildung 12** für die «Grundversorger-Fachrichtungen» zeigt, haben sie bei der Standortwahl sehr ähnliche Präferenzen wie die Ärzt/Innen, die ihr Ärztediplom und ihren Facharztstitel in der Schweiz erworben haben.

Abbildung 12: Verteilung der niedergelassenen Ärzt/innen mit Grundversorger-Facharzttitel nach Gemeindetyp, 2012



Lesehinweis: Die Summe aller gleichfarbigen Balkenabschnitte ergibt jeweils 100%.
 Quellen: Ärztestatistik FMH; Berechnungen: BASS.

2.3 Versorgungssituation: Einschätzungen und Informationslage

Angesichts der regional unterschiedlichen Ärztedichten liegt die Frage nahe, in welchem Ausmass und in welchen Gebieten es zu einer Über- oder Unterversorgung kommt. Dies lässt sich allein aus den Ärztedichten nicht zuverlässig erschliessen. Eine entscheidende Rolle spielen auch die Arbeitspensen der Ärzt/innen, ihre Altersstruktur, die Zusammensetzung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt oder die Frage, in welchen Versorgungsmodellen ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zusammenarbeiten (vgl. Adler/Knesebeck 2011; Berchtold u.a. 2014; Spycher 2005).

In den Expertengesprächen für diese Studie wurden die Gesprächspartner/innen gefragt, ob sie Anzeichen für eine bestehende oder zukünftige Über- oder Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten oder Regionen sehen. Gleichzeitig wurden sie gebeten, die Quellen und Indizien zu nennen, auf die sie ihre Einschätzungen stützen.

Einschätzungen zu fachlichen oder regionalen Fehlverteilungen

Bezüglich einer möglichen **Unterversorgung** kommen die meisten Expert/innen auf die **Grundversorgung** zu sprechen. Viele halten fest, dass es zurzeit erst punktuelle Anzeichen einer Unterversorgung in bestimmten Regionen gäbe, dass aber – wegen der Altersstruktur der heute praktizierenden Hausärzt/innen – in naher Zukunft grössere Lücken drohten. Häufig wird aber auch darauf aufmerksam gemacht, dass letztlich die Wahl des Versorgungsmodells in der Grundversorgung entscheidend sei. Insofern ist der Handlungsbedarf unstrittig, doch lässt sich allein daraus nicht unmittelbar ein präziser zukünftiger Bedarf an Hausärzt/innen ableiten.

Mehr als ein Drittel der Expert/innen erwähnt drohende Versorgungsprobleme in der **Psychiatrie**, wobei auf ein starkes Gefälle zwischen städtischen Zentren mit Anzeichen auf Überversorgung und ländlichen Gebieten mit erheblichen Lücken hingewiesen wird. Mehrfach genannt werden zudem die **Pädiatrie**, die **Internist/innen** und die **Dermatologie**. Einige Expert/innen machen zusätzlich auf Ungleichverteilungen

zwischen den Sektoren und medizinischen Institutionen aufmerksam: So falle es Ausbildungsspitalern teilweise schwer, Spezialist/innen an sich zu binden, weil diese die Arbeit an Privatspitalern oder in der freien Praxis wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen bevorzugten. Konkret genannt werden in diesem Zusammenhang die Kardiologie und die Urologie, ebenso wird bezüglich der Herzchirurgie und Thoraxchirurgie auf Rekrutierungsprobleme von Spitalern hingewiesen.

Auf mögliche Situationen von **Überversorgung** kommen nur wenige Expert/innen zu sprechen. Eine Ausnahme bilden die Vertreter/innen zweier Fachgesellschaften: Seitens der **Orthopädie** und der **Urologie** wird mit grossem Nachdruck vor einem Überangebot gewarnt. Damit verbunden ist auch eine Sorge um die Qualität der medizinischen Leistungen und der Indikationen.

Die Diskussion um **regionale Fehlverteilungen** konzentriert sich auf die **Situation in ländlichen und entlegenen Gebieten**. Die Ungleichverteilung zwischen städtischen und ländlichen Räumen ist dabei unbestritten, wird aber als unterschiedlich problematisch empfunden. Mehrere Expert/innen, die zwar grundsätzlich Handlungsbedarf sehen, machen gleichzeitig darauf aufmerksam, dass die Versorgungsdichte nach wie vor sehr hoch sei. Vereinzelt wird versucht, die eigentlich kritischen Situationen präziser abzugrenzen: Eine Interviewperson erachtet die flächendeckende Gewährleistung des Notfalldienstes als ausschlaggebend, was heute nicht mehr immer und lückenlos der Fall sei. Eine andere sieht die Problematik regionaler Fehlverteilungen auf entlegene Täler reduziert, die auf dem Flugweg nicht immer erreichbar sind. Auch die Konzentration von Spezialist/innen in Zentrumsgebieten wird unterschiedlich bewertet: Während mehrere Expert/innen diesen Sachverhalt als weitgehend unproblematisch empfinden und sich nicht zuletzt eine stärkere Mobilitätsbereitschaft der Patient/innen wünschen, warnt eine andere Interviewperson mit Bezug auf die Zentren für hochspezialisierte Medizin (ZHM) vor einer heiklen Verschärfung des Stadt-Land-Gegensatzes und Rekrutierungsproblemen für kleinere bis mittlere Spitäler.

Informationsquellen zur Versorgungssituation

Auf welche Informationsquellen stützen sich die Expert/innen in ihren Einschätzungen? Häufig sind es persönliche Erfahrungen bei der Personalrekrutierung, die Durchsicht von Stellenausschreibungen, Beobachtungen zum Bedarf an ausländischen Fachärzt/innen oder auch die allgemeine Zeitungslektüre. Eher selten werden statistische Grundlagen genannt. Sofern dies geschieht, lassen sich folgende Quellen unterscheiden:

■ **Einzelstudien öffentlicher Ämter**, welche Angaben zur Entwicklung des Angebotes an medizinischen Leistungen mit Szenarien zur Nachfrage- oder Bedarfsentwicklung kombinieren. Bezugspunkt bilden hier insbesondere die Prognosen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums zur Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen (Seematter-Bagnoud u.a. 2008).

■ **Einzelstudien im Auftrag von Fachgesellschaften oder von fachmedizinischen Instituten**, die sich mit der Entwicklung einzelner Fachrichtungen beschäftigen. Für die Wahrnehmung der Probleme in der Grundversorgung waren die «Workforce»-Studien des Instituts für Hausarztmedizin der Universität Basel wegweisend (vgl. Tschudi 2009). Auch in einzelnen Fachrichtungen werden teilweise Prognosen und Bedarfsabschätzungen vorgenommen, beispielsweise in der Dermatologie (Billotte/Ruppanner 2012) oder – beschränkt auf die Romandie – in der Radiologie (Meuli u.a. 2010).

■ **Regelmässig publizierte Kennzahlen zur Ärztedemographie in der Schweiz**: Diese erlauben allerdings keine direkten Aussagen zur Versorgungslage, weil sie keinen Bezug zur Bedarfssituation herstellen. Deshalb werden indirekt Schlüsse gezogen, indem man kantonale Vergleiche anstellt oder – mit Blick auf zukünftige Entwicklungen – den Status quo als «Normalzustand» festsetzt.

■ **Regelmässige publizierte Kennzahlen zu medizinischen Behandlungen und Eingriffen in der Schweiz:** Auch hier dienen kantonale Vergleiche oder Längsschnittanalysen als Verfahren, um Hinweise auf Situationen der Über- oder Unterversorgung zu gewinnen. In einem Forschungsprojekt wurden zudem die zeitlichen und regionalen Schwankungen von Knie- und Hüftoperationen untersucht (Widmer u.a. 2009). Dabei wurden markante Unterschiede festgestellt, die unter anderem auf unterschiedliche Versorgungsangebote und Verhaltensweisen der Patient/innen zurückzuführen sein dürften.

■ **Regelmässig publizierte internationale Kennzahlen zur Ärztedemographie und medizinischen Behandlungen:** In diesem Fall werden durch den Vergleich mit anderen Staaten Hinweise auf Situation der Über- oder Unterversorgung in der Schweiz gewonnen. Auf solche Vergleiche stützen insbesondere die Vertreter/innen der Orthopädie und Urologie ihre Einschätzungen zur sich abzeichnenden Überversorgung.

Mehrere Expert/innen stellen fest, dass es an allgemein zugänglichen und regelmässig publizierten Informationen zur Versorgungssituation mangelt. Bloss Angaben zur Ärztedemographie oder zu Behandlungshäufigkeiten reichen hierzu nicht aus. Berthold u.a. (2014) unterscheiden **drei Typen von Analyseansätzen:**

- Angebotsprojektionen (supply projection oder trend model)
- Nachfrage- oder bedarfsorientierte Ansätze (demand-based)
- Bedürfnisorientierte Ansätze (need-based)

Solche Informationen bestehen in der Schweiz in Form von Einzelstudien, nicht aber als regelmässig aktualisierte und fachgebietsübergreifende Steuerungsgrundlagen. Zwar sind durchaus Anstrengungen unternommen worden, eine konzeptionelle Grundlage für eine umfassende Statistik zur ärztlichen Versorgung in der Schweiz zu schaffen (Bertschi 2005; Jaccard Ruedin u.a. 2007; Spycher 2005; Guggisberg/Spycher 2005). Jedoch werden bisher nicht systematisch entsprechende Kennzahlen publiziert. Auch gibt es keine Verständigung darüber, was Schwellenwerte einer Über- oder Unterversorgung wären (vgl. auch Sager/Rüefli/Wälti 2010).

Exemplarisch zeigt sich dies in den Höchstzahlen, die in der aktuellen Verordnung zum Vollzug der Niederlassungsbeschränkung für praktizierende Ärzt/innen pro Kanton und Fachrichtung festgelegt sind (vgl. zum sogenannten «Zulassungsstopp» ausführlicher Abschnitt 4.3.1): Sie entsprechen den Leistungserbringern im ambulanten Bereich im November 2012 gemäss dem Zahlstellenregister von Santésuisse (BAG 2013). Weil es sich dabei nur um sehr grobe Richtgrössen handelt, räumt die Verordnung den Kantonen die Kompetenz ein, selbständig von diesen Werten abzuweichen.

Eine perfekte statistische Grundlage zur Steuerung der regionalen und fachlichen Verteilung der Ärzteschaft lässt sich nicht bilden – dazu sind die Anforderungen zu komplex. Wie die Länderanalysen von Berchtold u.a. (2014) zeigen, ist es deshalb von entscheidender Bedeutung, **dass sich die gesundheitspolitischen Akteure gemeinsam auf eine Methodik und die zu definierenden Schwellenwerte von Über- oder Unterversorgung einigen**. Nur auf diese Weise können Steuerungsgrundlagen gewonnen werden, welche die aktuelle Informationsbasis verbessern und Aspekte miteinbeziehen, die über bloss Dichtezahlen hinausgehen. Mit Blick auf die Grundversorgung ist dabei ebenfalls entscheidend, dass auch die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe miteinbezogen werden. Nicht erwartet werden darf, dass allein die Objektivität oder «Faktizität» solcher Schwellenwerte die Steuerung hinreichend legitimiert. Angesichts der Komplexität der Aufgabe können sie immer angezweifelt werden. Verbindlichkeit schafft erst die Bereitschaft der beteiligten Akteure, sich unter den gegebenen Voraussetzungen auf die bestmöglichen Kennzahlen zu einigen.

2.4 Zusammenfassung

Die **Zahl der berufstätigen Ärzt/innen** ist gemäss der Statistik der FMH von 2003 bis 2013 um gut einen Fünftel auf 33'200 Personen gestiegen. 17'600 dieser Ärzt/innen waren 2013 im ambulanten Sektor und 15'600 im Spital tätig (inkl. andere Sektoren). Die tatsächliche Zahl der Spitalärzt/innen dürfte aber noch um einiges höher liegen – hauptsächlich deshalb, weil etliche Assistenzärzt/innen (noch) nicht Mitglied von Ärzteorganisationen sind. Gemäss der Krankenhausstatistik, die auf administrativen Daten der Spitäler beruht, waren 2012 an den Schweizer Spitälern rund 21'900 Ärzt/innen angestellt.

An den Spitälern fiel das Wachstum stärker aus als im ambulanten Bereich. Gemäss der Ärztestatistik der FMH stieg die Zahl der **Spitalärzt/innen** von 2003 bis 2013 um 27%. Dabei spielt unter anderem eine Rolle, dass die Assistenzärzt/innen seit 2005 dem Arbeitsgesetz unterstellt sind, das eine maximale Wochenarbeitszeit von 50 Stunden vorschreibt. Im **ambulanten Bereich** hat die Zahl der berufstätigen Ärzt/innen im selben Zeitraum um 18% zugenommen.

Inwieweit sich die **fachliche Zusammensetzung und Spezialisierung der Ärzteschaft** in den letzten zehn bis zwanzig Jahren verändert hat, ist mit den verfügbaren Quellen schwierig zu beurteilen. In Bezug auf die gesamte Ärzteschaft sind Aussagen heikel, weil die fachliche Spezialisierung seit 2008 in etwas anderer Form erfasst wird. Bei der Vergabe eidgenössischer Facharztstitel lassen sich im Verhältnis von Grundversorger/innen und Spezialist/innen seit 1990 keine markanten Verschiebungen feststellen.

Auf Ebene der **einzelnen Fachrichtungen** dagegen zeichnen sich bei den **neu verliehenen eidgenössischen Facharzttiteln** gewisse längerfristige Trends ab. Sie dürften einerseits – gerade bei stark spezialisierten Fachrichtungen – vom medizinisch-technischen Fortschritt getrieben sein, andererseits vom Bedürfnis der jüngeren Ärztegenerationen nach stärker geregelten und besser planbaren Arbeitszeiten («controllable lifestyle»). Fachrichtungen mit einem überdurchschnittlich starken Wachstum an eidgenössischen Facharztstiteln seit 1990 sind beispielsweise die Neurochirurgie, Nephrologie, Medizinischen Onkologie, Radiologie, Anästhesiologie, Neurologie und Psychiatrie.

Auch die **«Feminisierung» der Medizin** hat einen Einfluss auf den Fachkräftemix, doch ist zu beachten, dass die Fachpräferenzen der Geschlechter nicht zwingend stabil bleiben. Sehr klar auf die stärkere Präsenz der Frauen zurückzuführen ist das überdurchschnittliche Wachstum in der Kinder- und Jugendmedizin. Umgekehrt wählen die Frauen gewisse Fachrichtungen seltener als noch vor fünfzehn bis zwanzig Jahren. Dies gilt beispielsweise für die Psychiatrie, die Anästhesiologie oder – in geringerem Ausmass – auch die Gynäkologie. Häufiger entscheiden sich die jüngeren Ärzt/innen für die Chirurgie, in der sie allerdings nach wie vor deutlich untervertreten sind.

Insgesamt ist der Anteil der Frauen an den berufstätigen Ärzt/innen von 2003 bis 2013 von 32% auf 39% gestiegen. Während er im stationären Bereich weitgehend stabil geblieben ist (ca. 43%), hat er sich im ambulanten Bereich von 23% auf 35% erhöht. Konkret blieb die Zahl der Männer im ambulanten Bereich von 2003 bis 2013 unverändert bei 11'400, die Zahl der Frauen hingegen hat sich nahezu verdoppelt – von 3500 auf 6100. Mit Blick auf die Versorgungslage sind die Angaben zur Zunahme der Ärztezahls deshalb mit einer gewissen Vorsicht zu geniessen: Frauen arbeiten häufiger Teilzeit, weil sie im Durchschnitt stärker ins Familienleben eingebunden sind als ihre männlichen Kollegen. Aber auch die Männer äussern häufiger als früher den Wunsch nach reduzierten Erwerbspensen. Das Wachstum des Arbeitspensums im ambulanten Bereich dürfte deshalb unter den 18% liegen, die man bei einer Rechnung «nach Köpfen» erhält.

Die Zahl der **Fachärzt/innen, die vom Ausland in die Schweiz gekommen sind**, ist in den letzten Jahren ungleich stärker gestiegen als die Zahl der Fachärzt/innen, die Studium und Weiterbildung in der

2 Fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft

Schweiz absolviert haben. Dies gilt sowohl für die Spitäler als auch für den ambulanten Bereich. An den Spitälern sank der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen allein von 2008 bis 2013 von 73% auf 62%, bei den Assistenzärzt/innen zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Unter den niedergelassenen Arzt/innen nahm der Anteil der «Schweizer» Fachärzt/innen im selben Zeitraum von 87% auf 77% ab.

Dieser Sachverhalt deutet grundsätzlich auf eine **steigende Auslandsabhängigkeit** in der medizinischen Versorgung der Schweiz. Daneben weisen Vertreter/innen einzelner Spezialdisziplinen aber auch auf **Gefahren einer Überversorgung** hin. Dabei ist zu beachten, dass es zwei Gruppen von ausländischen Fachärzt/innen gibt: Solche, welche das Medizinstudium im Ausland und den Facharztstitel in der Schweiz gemacht haben und solche, welche als «fertige» Fachärzt/innen in die Schweiz kommen. In der Diskussion um eine mögliche Überversorgung ist die zweite Gruppe entscheidend: Sie ist überproportional oft in chirurgischen Spezialdisziplinen und nur selten in «Grundversorgungs-Disziplinen» tätig. Unklar ist nun aber das konkrete Ausmass der Zuwanderung: Während die Anerkennungen ausländischer Facharztstitel seit der Aufhebung des Zulassungsstopps sehr stark angestiegen sind, zeigt sich in der Ärztestatistik der FMH zwar auch ein Wachstum, doch fällt dieses um einiges bescheidener aus.

In welchem Ausmass derzeit oder in naher Zukunft in gewissen Fachgebieten oder Regionen eine **Unter- oder Überversorgung** besteht, lässt sich nicht abschliessend festhalten. Breit wahrgenommen werden in erster Linie die Herausforderungen im Bereich der Grundversorgung und die geringe Ärztedichte in ländlichen und peripheren Gebieten. In den Expertengesprächen gibt es zudem Hinweise auf sich abzeichnende Engpässe in der Pädiatrie und Psychiatrie, auch werden Rekrutierungsschwierigkeiten von Spitälern in gewissen Spezialdisziplinen registriert.

Für eine kontinuierliche Analyse der bestehenden und zukünftigen Versorgungslage **fehlt eine Datengrundlage**, welche die Angaben zu Angebotsentwicklung mit Informationen zur Nachfrage oder Bedarf verbinden würde. Zwar gibt es diverse Einzelstudien, die teilweise von Fachgesellschaften oder medizinischen Institutionen in Auftrag gegeben worden sind. Aber es mangelt an einem Monitoring- und Prognosesystem, das eine Kontinuität und ganzheitliche Perspektive gewährleisten würde. Damit **fehlt auch die Basis für eine eigentliche Steuerung** der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft. Sie zu schaffen, würde ein starkes Engagement der gesundheitspolitischen Akteure voraussetzen, einen Konsens zur Methodik und zu den Kennzahlen zu finden, die als Schwellenwerte für eine medizinische Unter- oder Überversorgung dienen könnten.

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

Massnahmen, welche die fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft zu beeinflussen suchen, können ihre Wirkung grundsätzlich auf zwei verschiedene Weisen entfalten: Erstens kann es sich um regulative Massnahmen handeln, welche zugunsten der Zielerreichung den Handlungsspielraum von Medizinstudierenden oder Ärzt/innen einschränken – beispielsweise, indem sie Höchstzahlen oder Kontingente für bestimmte Facharztstitel festschreiben. Zweitens kann es sich um Massnahmen handeln, welche den Handlungsspielraum der Ärzt/innen unberührt lassen, aber die Umweltbedingungen oder auch die Präferenzen der Ärzt/innen so zu ändern versuchen, dass sich diese im gewünschten Sinn verhalten. Versucht man auf die zweite Art zu steuern, so ist es notwendig, überhaupt zu wissen, wann und wie die Entscheidungen zustande kommen, die man beeinflussen möchte. Mit diesem Thema beschäftigt sich das vorliegende Kapitel.

Wir gehen zunächst auf die Entstehung von Fachrichtungsentscheidungen ein. Abschnitt 3.1.1 diskutiert, zu welchen Zeitpunkten im Medizinstudium oder während der Weiterbildung Fachrichtungsentscheidungen getroffen werden. Abschnitt 3.1.2 befasst sich ausführlicher mit den Motiven und Faktoren, die dabei eine Rolle spielen. Daran anschliessend wird erörtert, welche Aspekte bei der Wahl eines Praxisstandorts ausschlaggebend sind (Abschnitt 3.2). Die Ausführungen beruhen hauptsächlich auf Studien zu Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen von Medizinstudierenden und Ärzt/innen in der Schweiz sowie Ergebnissen der Expertengespräche. Ergänzend werden internationale Studien herangezogen.

3.1 Fachrichtungsentscheidungen

3.1.1 Zeitpunkt der Fachrichtungswahl

Die Expert/innen stimmen weitgehend überein, dass nur eine kleine Minderheit von Studierenden zu **Beginn des Studiums** bereits eine klare Vorstellung hat, in welcher Fachrichtung sie später einmal praktizieren möchte. Sofern sie Anteile schätzen, bewegen sich diese bei ungefähr einem Fünftel der Studienanfänger/innen. Eher möglich ist es allerdings, dass die Studierenden bereits eine Prädisposition für gewisse grundlegende Ausrichtungen haben – also beispielsweise wissen, ob sie ein Flair für operative Disziplinen besitzen oder ob sie der Hausarztmedizin zuneigen. Zwei Expert/innen vermuten, dass es zu Beginn des Studiums vor allem eine Negativselektion gibt: Man weiss, was man nicht will. Insofern bedeutet die Unentschiedenheit keine vollständige Offenheit (zur Entwicklung der allgemeineren Berufsziele von Medizinstudierenden vgl. Halter u.a. 2005).

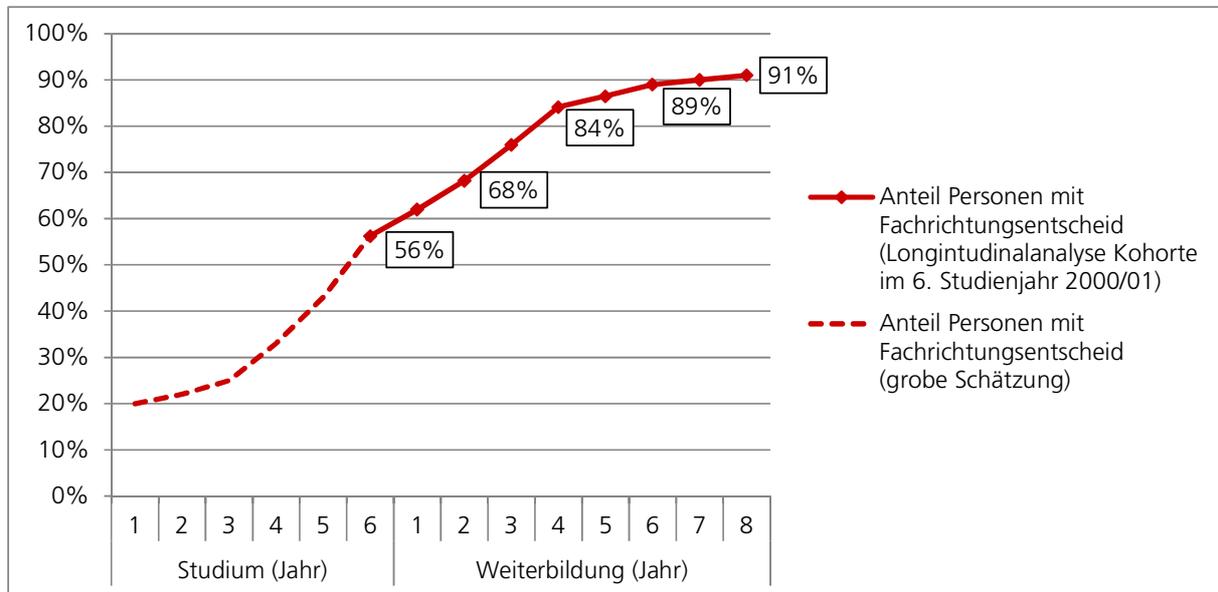
Die **zeitliche Entwicklung der Fachrichtungsentscheidungen** lässt sich anhand der SwissMedCareer-Studie rekonstruieren – einer Längsschnittstudie, welche mit den Personen durchgeführt wurde, die sich 2001 im sechsten Studienjahr an einer Deutschschweizer Universität befanden. Sie wurden in Abständen von zwei Jahren zu ihrem Karriereverlauf befragt, wobei sich 50% bis 70% von ursprünglich 1004 Studierenden beteiligten. **Abbildung 13** zeigt den Anteil der Medizinstudierenden und Ärzt/innen mit einem Fachrichtungsentscheid im Zeitverlauf, wobei die Studiumsphase aufgrund der Angaben aus den Expertengesprächen grob beurteilt und mit einer gestrichelten Linie eingetragen wurde.

Aus «Steuerungssicht» erscheint bemerkenswert, dass sich **Ende des Studiums** bereits 56% für eine Fachrichtung entschieden haben. Frauen tun dies deutlich häufiger als Männer (61% vs. 52%) – womöglich deshalb, weil sie schon früh feststellen, dass eine umsichtige Planung notwendig ist, um Karriere und Familie zu vereinbaren (Buddeberg u.a. 2003).

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

Der hohe Anteil wird auch durch die Befragungen bestätigt, welche die Unité de Développement et de Recherche en Education Médicale (UDREM) der Universität Genf seit 2007 regelmässig bei Studierenden des sechsten Studienjahres der Universitäten Genf, Lausanne, Bern und Zürich durchführt. Dort liegt der Anteil sogar noch etwas höher bei 55% bis 66% (Vu/Germond 2008-2012).

Abbildung 13: Studierende und Assistenärzt/innen mit Fachrichtungsentscheid, Kohorte 2000/01 (6. Studienjahr)



Quelle: Buddeberg u.a. 2006; Buddeberg u.a. 2011; Buddeberg/Klaghofer/Stamm 2011; Expertengespräche

Wie stabil sind die einmal getroffenen Entscheidungen? Bleiben die Personen, die sich bis zum Studienende entschieden haben, anschliessend ihrer favorisierten Fachrichtung treu oder revidieren viele im Verlauf der Weiterbildung diesen Entscheid?

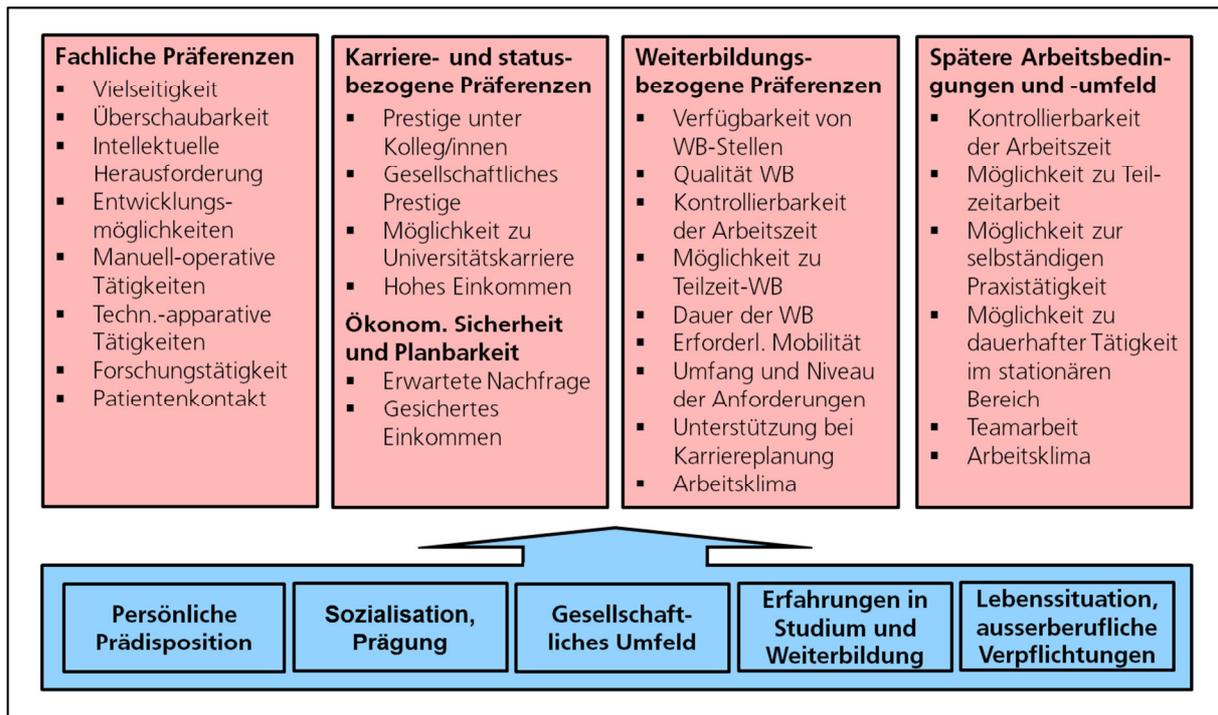
Diejenigen **Expert/innen**, die sich zur entsprechenden Frage äussern, gehen mehrheitlich davon aus, dass die Fachrichtungsentscheidungen Ende des Studiums verhältnismässig instabil sind. Eine Ausnahme bildet die Psychiatrie. Einzelne Expert/innen verweisen darauf, dass zu diesem Zeitpunkt wohl die Negativselektion (unerwünschte Fächer) oder die grundsätzliche Ausrichtung (z.B. operative oder internistische Disziplinen) ziemlich klar bestimmt seien – nicht aber die eigentliche Fachrichtung. Diesbezüglich sei zu Beginn der Weiterbildung noch vieles möglich. Vor allem die Frauen machen darauf aufmerksam, dass nicht selten – antizipierte oder bereits bestehende - Vereinbarkeitsprobleme zu einer Abkehr von der ursprünglichen Fachrichtung führen. Aus Sicht der Hausarztmedizin bildet die Offenheit der Weiterbildungsprogramme eine gewisse Herausforderung: Es wird vermutet, dass etliche Assistentzärzt/innen, die vielseitig interessiert sind und eine Affinität zur Hausarztmedizin aufweisen, im dritten oder vierten Weiterbildungsjahr von anderen Fachrichtungen abgeworben werden.

3.1.2 Faktoren bei der Fachrichtungswahl

Ein Modell zur Erklärung von Fachrichtungsentscheidungen

Gestützt auf die Expertengespräche und die Literatur zeigt **Abbildung 14** ein Modell zur Erklärung von Fachrichtungsentscheidungen. Unterschieden wird dabei zwischen den Präferenzen der Studierenden und Assistentzärzt/innen einerseits und den Faktoren, welche diese Präferenzen prägen, andererseits.

Abbildung 14: Modell zur Erklärung von Fachrichtungsentscheidungen



WB: Weiterbildung.
Darstellung: BASS.

Die Präferenzen sind in fünf Gruppen geteilt:

■ **Fachliche Präferenzen**, die sich unmittelbar auf die medizinische Tätigkeit beziehen. Dazu gehört auch die Frage, ob die angehenden (Fach-)Ärzt/innen auf die Vielseitigkeit einer Fachrichtung Wert legen oder ob sie eine überschaubare und damit «bewältigbare» Disziplin vorziehen. Das Stichwort «Entwicklungsmöglichkeiten» verweist darauf, dass Fachrichtungen unterschiedlichen Dynamiken unterliegen und damit auch ein unterschiedliches Potenzial an fachlicher Weiterentwicklung für die betreffenden Ärzt/innen haben.

■ **Karriere- und statusbezogene Präferenzen**, die vor allem die Reputation unter Kolleg/Innen und in der Gesellschaft sowie die Verdienstmöglichkeiten betreffen.

■ **Überlegungen zur ökonomischen Sicherheit und Planbarkeit** sind davon zu unterscheiden. Sie sind nicht auf einen Aufstieg, sondern primär auf eine Risikominimierung gerichtet. Beispiele wären etwa die Wahl einer Fachrichtung, bei der die Konkurrenz von Kolleg/innen relativ gering ist oder von der man weiss, dass die Kosten einer Praxiseröffnung relativ niedrig sind.

■ **Weiterbildungsbezogene Präferenzen** implizieren, dass die Fachrichtungswahl vor allem mit Blick auf die Weiterbildungsphase oder aufgrund von Erlebnissen in der Unterassistenten- oder Assistentenzeit getroffen wird. Die Palette an Entscheidungskriterien ist dabei sehr breit. Sie umfasst die Zugänglichkeit der Stellen, die Qualität der Weiterbildung, die Arbeitsbedingungen und Mobilitätsanforderungen, aber auch das Arbeitsklima und eine mögliche individuelle Förderung und Unterstützung bei der Laufbahnplanung.

■ **Überlegungen zu späteren Arbeitsbedingungen und zum späteren Arbeitsumfeld** nehmen viele Aspekte auf, die auch bezüglich der Weiterbildung relevant sind, sich wegen des längeren Zeithorizonts aber womöglich noch dringender stellen. Neu dazu kommt die Frage, in welchem Ausmass die Fachrichtung Möglichkeiten zur selbständigen Praxistätigkeit oder zur dauerhaften Arbeit im stationären Bereich eröffnen soll. Sie stellt sich in der Schweiz nicht zuletzt auch aufgrund des Zulassungsstopps.

Die blau eingefärbten Formen in Abbildung 14 veranschaulichen, dass diese Präferenzen sich auf sehr verschiedene Weise ausbilden und unterschiedlich beeinflussbar sind. Einige dürften fast unveränderbar «gegeben» sein, etliche durch Sozialisation und frühe Prägungen bestimmt sein. Andere wiederum sind formbarer und verändern sich im Verlauf des Studiums und der Assistenzarztzeit – teilweise aufgrund direkter Erfahrungen in Aus- und Weiterbildung, teilweise aufgrund veränderter Lebensumstände.¹⁶

Angesichts dessen **können Steuerungsmassnahmen an unterschiedlichen Punkten einsetzen**: Sie können versuchen, die Umwelt so zu verändern, dass sich Studierende und Assistenzärzt/innen im gewünschten Sinn verhalten – beispielweise durch eine Umgestaltung von Weiterbildungsprogrammen in gewissen Disziplinen oder durch das Setzen finanzieller Anreize. Gerade in Studium und Weiterbildung können sie aber auch primär das Vermitteln von Erfahrungen und Information setzen – in der Hoffnung, dass die Studierenden und Assistenzärzt/innen eine Fachrichtung von ihren attraktiven Seiten her kennenlernen. Dies kann soweit führen, dass die Präferenzen selber beeinflusst werden und die angehenden (Fach-)Ärzt/innen nach einem Praktikum oder einem Weiterbildungsjahr die Gründe für die Fachrichtungswahl anders gewichten also noch zuvor.

Wichtige Faktoren bei der Fachrichtungswahl: Befragungen von Studierenden

Welche der aufgeführten Einflussfaktoren sind nun bei der Fachrichtungswahl besonders relevant – und welche weniger? Für die Schweiz ist aus zwei unterschiedlichen Quellen bekannt, welche Faktoren die Fachrichtungswahl von Studierenden im sechsten Studienjahr leiten. Die erste Quelle ist die SwissMed-Career-Studie für das Jahr 2001, die zweite Quelle die UDREM-Befragung für die Jahre 2009 bis 2102.¹⁷

Abbildung 15 zeigt die Gründe von rund 700 Studierenden, die sich **2001 im sechsten Studienjahr an einer Deutschschweizer Universität** befanden und sich bereits für eine Fachrichtung entschieden hatten. Die Reihenfolge der Gründe orientiert sich dabei an den Präferenzgruppen in Abbildung 14.

Vier Gründe waren für die meisten – jeweils mehr als vier Fünftel – dieser Studierenden ausschlaggebend:

- Die Vielseitigkeit des Fachgebiets und ein intensiver Patientenkontakt als die beiden wichtigsten fachlichen Präferenzen
- Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Positive Erfahrungen während des Studiums

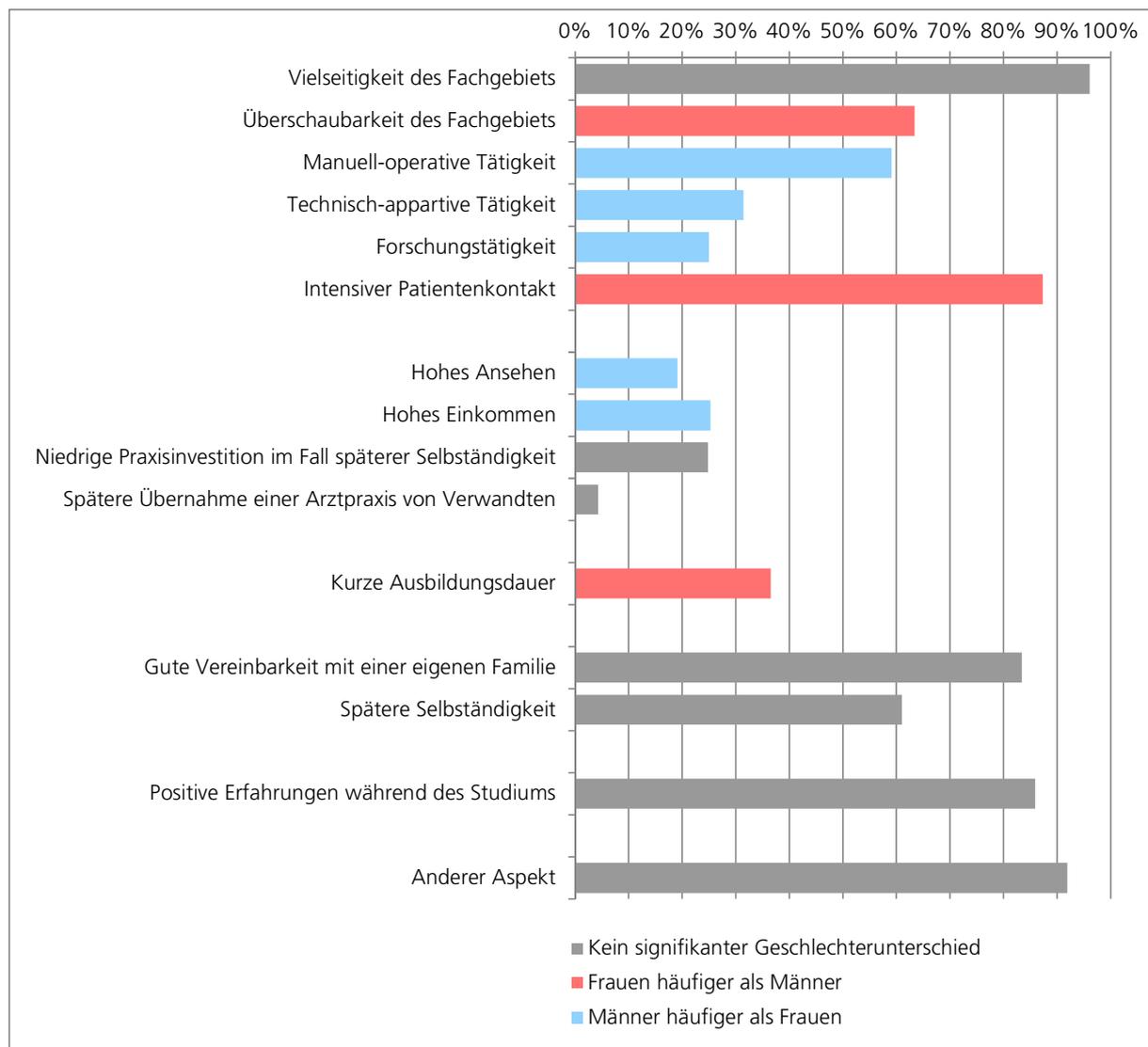
Die Abbildung zeigt zugleich, welche Gründe von **Männern und Frauen** signifikant unterschiedlich gewichtet werden. Bezüglich der fachlichen Präferenzen haben Männer ein deutlich stärkeres Interesse an manuell-operativen und technisch-apparativen Tätigkeiten und fühlen sich der Forschung stärker verbunden. Dasselbe gilt für die stärker Karriereorientierung der Männer, die sich insbesondere in einem ausgeprägteren Streben nach Prestige und Einkommen niederschlägt.

¹⁶ In der Forschungsliteratur werden teilweise auch andere Einflussfaktoren auf die Fachrichtungswahl aufgeführt, insbesondere das Geschlecht. In der vorliegenden Darstellung verbirgt sich dieses gewissermassen hinter den blau markierten Grössen, welche die «Fachrichtungswahl-relevanten» Präferenzen bestimmen. Wir gehen davon aus, dass nicht das Geschlecht als solches die Fachrichtungswahl bestimmt, sondern geschlechtsspezifische Präferenzen in unterschiedlichen Voraussetzungen, Erfahrungen, Prägungen und gesellschaftlichen Erwartungen begründet sind.

¹⁷ Andere Publikationen, welche das Gewicht einzelner Faktoren für Fachrichtungsentscheide in der Weiterbildungszeit bestimmen würden, sind uns für die Schweiz nicht bekannt (vgl. aber die Diskussion der Studie von van der Horst u.a. 2010 im nächsten Abschnitt).

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

Abbildung 15: Gründe für die Fachrichtungswahl, Medizinstudierende im 6. Studienjahr 2000/01



Basis: Studierende im 6. Studienjahr der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
 Quelle: Buddeberg 2003; Darstellung: BASS.

Frauen legen umgekehrt ein grösseres Gewicht auf einen intensiven Patientenkontakt – wie bei den Männern scheinen hier klassische Rollenbilder und Geschlechterstereotype durch. Der stärkere Wunsch nach einem überschaubaren und damit auch bewältigbaren Fachgebiet könnte allenfalls mit dem grösseren Bedürfnis nach einer kurzen Ausbildungsdauer zusammenhängen: Ähnlich wie der frühere Fachrichtungsentscheid deutet dies darauf hin, dass Frauen vermutlich mit Blick auf die Familienphase stärker an einer effizienten Planung gelegen ist. Bemerkenswert ist allerdings, dass Vereinbarkeit als einer der wichtigsten Gründe von beiden Geschlechtern ähnlich häufig genannt wird. Das unterstreicht, dass die wachsende Bedeutung eines «controllable lifestyle» und eines besseren Ausgleichs zwischen Beruf und Privatleben nicht einfach einer «Feminisierung» der Medizin geschuldet ist, sondern ebenso auf einen Wertewandel und veränderte Rollenbilder der Männer zurückgeht (vgl. Dorsey/Jarjoura/Rutecki 2003; Dorsey/Jarjoura/Rutecki 2005).

Die Befragungen von **Studierenden im sechsten Studienjahr, die von 2009 bis 2012 an den Universitäten Genf, Lausanne, Bern und Zürich** durchgeführt worden sind, bestätigen dieses Bild über weite Strecken (Vu/Germond 2009-2012). Unter den fachlichen Präferenzen spielen auch hier die Vielfalt eines

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

Fachgebiets und der Patientenkontakt eine wichtige Rolle; noch öfter genannt werden die – recht allgemeinen – Motive der «Leidenschaft» und des «Interesses» für die Medizin.

Die Erfahrungen im Verlauf des Studiums – insbesondere während Praktika oder im Wahlstudienjahr – wurden vor allem in den Befragungen 2011 und 2012 stark gewichtet und gehören zu den am häufigsten genannten Gründen für die Fachrichtungswahl. Deutlich geringer wird der Einfluss einzelner Personen (Dozenten, Vorgesetzte) oder von Seiten der Familie beurteilt. Auch persönliche Erlebnisse wie Krankheiten oder Unfälle scheinen eine geringe Rolle zu spielen.

Vereinbarkeit und Arbeitsbedingungen sind wichtig, haben aber in den jüngeren Befragungen etwas an Bedeutung verloren. Dasselbe gilt für den Wunsch, innerhalb eines Teams zu arbeiten. Allenfalls wäre möglich, dass diese Bedürfnisse einen zunehmend allgemeinen Charakter haben und weniger stark die Wahl zwischen einzelnen Fachrichtungen leiten.

Im sechsten Studienjahr noch kaum ins Gewicht fallen Karriere- und Verdienstmöglichkeiten oder das Motiv, sich mit der Fachrichtungswahl ein finanzielles Auskommen zu sichern. Auch in diesem Punkt stimmen die UDREM-Befragungen mit der SwissMedCareer-Studie überein.

Wichtige Faktoren bei der Fachrichtungswahl: Einschätzungen der Expert/innen

In den Experteninterviews wurden die Einflussfaktoren auf den Fachrichtungsentscheid ebenfalls thematisiert und dabei zwischen dem Medizinstudium und der Weiterbildungszeit unterschieden. Im **Medizinstudium** zeigt sich ein grosser Konsens: Ausnahmslos alle Expert/innen betonen die grosse Bedeutung **der Erfahrungen in den Praktika und im Wahlstudienjahr**. Im Detail spielen dabei unterschiedliche Aspekte eine Rolle: Die Studierenden erhalten genauere Einblicke in das Fach, sie lernen die Arbeitsbedingungen kennen und sehen, wie die Kontakte und der Austausch mit den Patient/innen stattfinden.

Daneben gibt es aber auch Aspekte dieser praktischen Erfahrungen, die nur bedingt einen Bezug zum Fachlichen haben: Die Stimmung und das Arbeitsklima im Praktikumsfeld, die Qualität des Teachings, die Ausstrahlung von Vorgesetzten sowie die Aufmerksamkeit und Unterstützung, die man von ihnen erfährt. Die Mehrheit der Expert/innen betont die grosse **Bedeutung von «Role models»** für die Medizinstudierenden. Eine Interviewperson stuft die persönlichkeitsbezogenen Momente letztlich als wichtiger ein als die fachbezogenen: Man fühle sich zu der Fachrichtung hinzugezogen, in der einen Persönlichkeiten unter Lehrer/innen oder Dozierenden faszinieren würden. Eine andere sieht einen Zusammenhang zwischen Fachrichtung und Persönlichkeitstyp: In den Praktika erfahre man rasch und eindrücklich, was einem besser entspreche bzw. zu welcher Fachrichtung man selber passe.

Die meisten Expert/innen sind der Ansicht, dass die konkreten Praxiserfahrungen und «Role models» auch in der **Weiterbildungszeit** für den Fachrichtungsentscheid wichtig sind. Daneben gewinnen jedoch Aspekte an Bedeutung, die nach Einschätzung der Expert/innen im Medizinstudium noch weniger Platz einnehmen: Die **Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben**, die Abstimmung mit dem Partner oder der Partner/in sowie Einkommensfragen.

Rund die Hälfte der Expert/innen erwähnt die **Verdienstmöglichkeiten** als Faktor der Fachrichtungswahl, die Aussagen sind aber relativ zurückhaltend. Niemand behauptet, Fachrichtungsentscheide seien in erster Linie einkommensgetrieben. Zwei Expert/innen orten ein Problem in der Hausarztmedizin sowie der Psychiatrie und sind überzeugt, dass höhere Einkommenschancen deren Attraktivität erheblich erhöhen würden. Eine andere Interviewperson vermutet, dass die relativ geringen Verdienstmöglichkeiten viele von einer Forschungskarriere abhalten würden. Eine Interviewperson, die dem Einkommensaspekt grundsätzlich ein grosses Gewicht beimisst, sieht dessen Bedeutung weniger bei der Fachrichtungswahl als vielmehr bei der anschliessenden Wahl der Subspezialisierung.

Zwei weitere Aspekte werden ebenfalls von rund der Hälfte der Expert/innen angeführt: Zum einen das **Prestige einer Fachrichtung** unter Kolleg/innen oder allgemein in der Gesellschaft, zum anderen unterschiedliche fachliche Interessen und Neigungen. Bei den **fachlichen Interessen** ist die Bedeutung für den Fachrichtungsentscheid insofern nicht ganz einfach zu ermessen, als sie ihre Wirkung auf verschiedenen Ebenen entfalten können. Mehrere Expert/innen machten darauf aufmerksam, dass man unterscheiden müsse zwischen der grundsätzlichen Affinität für gewisse Disziplinen und dem Entscheid für eine konkrete Fachrichtung. Erste sei vermutlich häufig in einer nicht weiter begründbaren «fachlichen Faszination» oder einem «genuine interest» begründet, beim zweiten kämen jedoch andere Gründe mit hinzu.

Nach Einschätzung einiger Expert/innen kann bei kleineren und beliebten Fachrichtungen auch die **Anzahl und die Zugänglichkeit von Weiterbildungsstellen** einen Einfluss auf den Fachrichtungsentscheid ausüben. Andere Expert/innen halten diesen Aspekt für wenig relevant oder stellen fest, dass sich mit einer gewissen Hartnäckigkeit erfahrungsgemäss die gewünschte Stelle finden lasse. Diese Aussagen gelten für die Weiterbildungsphase. Nur selten wird bereits für das Medizinstudium geltend gemacht, dass das Angebot und der Mix an Praktikumsstellen die Fachrichtungsentscheidungen beeinflusse (vgl. dazu auch Abschnitt 4.1.2).

Zustandekommen des Fachrichtungsentscheids

Welcher Zusammenhang besteht nun aber zwischen den Präferenzen und der eigentlichen Fachrichtungswahl? Welche Präferenzen leiten die Wahl zu welchen Fachrichtungen? Auskunft darüber geben Antworten von rund 5000 Assistenzärzt/innen, die sich 2006 an der jährlichen Befragung zur Qualität der Weiterbildung beteiligten (van der Horst u.a. 2010). Die Befragung enthielt ein Modul, in dem die Assistenzärzt/innen die Bedeutung einzelner Gründe für ihre – bereits getroffene oder noch hängige – Fachrichtungswahl angeben konnten. In einer Faktorenanalyse wurden zunächst drei Dimensionen von Motiven unterschieden:

- **Arbeits- und zeitbezogene Motive** (z.B. geregelte Arbeitszeiten, Möglichkeit zur Teilzeitarbeit, Work-Life-Balance, wenige Nacht- und Wochenendschichten)
- **Karrierebezogene Motive** (z.B. Einkommen, Möglichkeit zur Übernahme einer Leitungsfunktion, Einfluss von Mentor/innen oder Lehrer/innen, Gelegenheit zur Forschung)
- **Patientenbezogene Motive** (z.B. Gesprächsführung als wichtiger Teil der Patientenbeziehung, Langzeitbetreuung von Patient/innen, breite Palette von Erkrankungen)

Anschliessend wurde geprüft, wie sich diese Motive auf die konkrete Fachrichtungswahl auswirken. Die Ergebnisse sind in **Tabelle 4** wiedergegeben. Weil sich herausstellte, dass Frauen und Männer in einzelnen Fachrichtungen die arbeits- und zeitbezogenen Motive unterschiedlich gewichten, ist diese Dimension für beide Geschlechter getrennt dargestellt. Die in der Tabelle aufgeführten Werte bezeichnen die Mittelwerte der jeweiligen Faktorenwerte. Ein positives Vorzeichen bedeutet, dass die Motive überdurchschnittlich wichtig sind, ein negatives Vorzeichen, dass sie eine unterdurchschnittliche Bedeutung haben. Zur einfacheren Lesbarkeit sind mittlere bis stärkere Abweichungen farblich hervorgehoben.

In Übereinstimmung mit anderen Studien zeigt sich, dass **karrierebezogene Motive** vor allem in der Chirurgie und orthopädischen Chirurgie stark ausgeprägt sind. Gleichzeitig messen die Assistenzärzt/innen, welche diesen Fachrichtungen zuneigen, den arbeits- und zeitbezogenen Motiven sowie der Patientenorientierung nur eine geringe Bedeutung bei. Wichtig ist die **Patientenorientierung** dagegen in der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin sowie der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie.

Tabelle 4: Bedeutung der Faktoren für die Fachrichtungswahl pro Fachrichtung, 2006

Fachrichtung	Anzahl	Arbeits- und zeitbezogene Aspekte		Karriere-bezogene Aspekte	Patienten-orientierung
		Männer Faktorwert (Mittelwert)	Frauen Faktorwert (Mittelwert)	Faktorwert (Mittelwert)	Faktorwert (Mittelwert)
Chirurgie	274	- 0.62	- 0.66	0.59	- 0.35
Orthopäd. Chirurgie	217	- 0.36	- 0.59	0.50	- 0.62
Anästhesiologie	251	- 0.31	- 0.14	- 0.02	- 0.75
Radiologie	300	0.31	0.47	- 0.10	- 0.13
Innere Medizin	597	- 0.07	0.07	0.02	0.51
Allgemeinmedizin	352	0.06	0.23	- 0.39	0.34
Pädiatrie	225	- 0.38	- 0.04	- 0.05	0.47
Gynäkologie	273	- 0.29	- 0.31	0.05	- 0.01
Kinderpsychiatrie	341	- 0.05	0.40	- 0.27	0.62
Psychiatrie	414	0.39	0.52	- 0.53	0.22
Andere	1794	- 0.11	0.16	0.11	- 0.21

Basis: Teilnehmer/innen der Umfrage zur Weiterbildungsqualität 2006

Blaue Markierung: durchschnittlicher Faktorwert ≥ 0.3 ; rote Markierung: durchschnittlicher Faktorwert ≤ -0.3

Quelle: van der Horst u.a. 2010.

Arbeits- und zeitbezogene Aspekte sind vor allem in der Psychiatrie und der Radiologie bedeutsam, für Frauen tendenziell mehr als für Männer. Hauptsächlich von Frauen genannt werden arbeits- und zeitbezogene Motive in der Kinderpsychiatrie.

Bei zwei Fachrichtungen – der Gynäkologie und Anästhesiologie – wird aus der Analyse nicht ganz deutlich, welches eigentlich die Pull-Motive sind, welche die Assistenzärzt/innen zu diesen Fachrichtungen hinziehen. Bei der Gynäkologie dürften geschlechtsspezifische Überlegungen zu den Patientenbedürfnissen eine wichtige Rolle spielen. Zudem gilt sie als sehr anforderungsreiches Fach, das sich in mancher Hinsicht mit den chirurgischen Disziplinen vergleichen lässt, aber viel weniger durch eine männerspezifische Arbeitskultur und Umfangsformen geprägt ist. Bei der Anästhesiologie liegt womöglich eine komplexe Kombination von Faktoren vor: Die Anästhesiologie gilt als ein prestigeträchtiges Fach mit guten Karriere-möglichkeiten (vgl. Creed/Searle/Rogers 2010), das gleichzeitig relativ geregelte Arbeitszeiten kennt und ein breites Spektrum an medizinischen Problemen umfasst. Das mag erklären, weshalb keine der drei Dimensionen klar hervorsticht (vgl. auch van der Horst u.a. 2010).

In der Diskussion um die Steuerung des Fachärztemixes spielen **finanzielle Anreize** eine wichtige Rolle. Darüber erfährt man in den zitierten Untersuchungen für die Schweiz wenig. In den Befragungen der Medizinstudierenden im sechsten Studienjahr führen ungefähr 10% bis 25% an, dass die Höhe des Einkommens oder finanzielle Sicherheit bei der Wahl der Fachrichtung eine Rolle spielen. Dies scheint ein geringer Anteil, der mit dem Alter und der Lebenssituation zusammenhängen dürfte, teilweise womöglich auch mit der Einschätzung zur sozialen Erwünschtheit der Antwort – man möchte sich nicht als Person verstanden wissen, die ihre Berufstätigkeit vor allem nach pekuniären Aspekten ausrichtet.

Die befragten Expert/innen gehen davon aus, dass finanzielle Überlegungen im Verlauf der Weiterbildung und später bei der Subspezialisierung immer mehr an Bedeutung gewinnen. In diese Richtung deuten auch Untersuchungen zur Hausarztmedizin: In einer Befragung von Assistenzärzt/innen im sechsten Weiterbildungsjahr war das verhältnismässig tiefe Realeinkommen der am häufigsten genannte Faktor, der aus Sicht der Assistenzärzt/innen gegen die Hausarztmedizin sprach, an dritter Stelle folgten die finanziellen Risiken der Selbständigkeit (Buddeberg u.a 2008).

Studien aus anderen Ländern zeigen: Befragungen zur Fachrichtungswahl, die das Einkommen als möglichen Grund miteinschliessen, bescheinigen diesem zwar meistens ein Einfluss, aber in der Regel nur einen bescheidenen. Daneben gibt es Untersuchungen, die mit ökonomischen Methoden arbeiten und sich spezifisch der Frage annehmen, welche Bedeutung fachspezifisch unterschiedliche Einkommenschancen auf die Fachrichtungswahl haben. Jüngere Analysen aus dem Vereinigten Königreich, den USA, Kanada und Australien belegen einen solchen Zusammenhang meistens sehr deutlich (Scott 2001; Sivey u.a. 2012; Gagné/Léger 2005; Nicholson 2002; Thornton/Esposito 2003). Der Einkommensaspekt sollte aber nicht isoliert betrachtet werden: Sofern die Untersuchungen zusätzliche Aspekte der Fachrichtungswahl berücksichtigen, erweisen sich die Arbeitsbedingungen ebenfalls als äusserst wichtig. In einer Analyse von Fachrichtungsentscheidungen US-amerikanischer Assistenzärzt/innen der Jahre 1988 bis 1998 gelangen Thornton und Esposito (2003) zum Schluss, dass sowohl den Einkommenschancen wie auch der erwarteten Wochen- und Jahresarbeitszeit sowie der Regelmässigkeit der Arbeitszeit eine grosse Bedeutung zukommt, die Assistenzärzt/innen aber bezüglich der Einkommenschancen mehr Unsicherheiten in Kauf nehmen. Entsprechend empfehlen sie, zu Steuerungszwecken in erster Linie bei den Arbeitsbedingungen anzusetzen. In Befragungen, in denen Ärzt/innen experimentell zwischen verschiedenen Fachrichtungen, Einkommen und Arbeitsbedingungen wählen konnten, kommen Scott (2001) und Sivey u.a. (2012) übereinstimmend zum Schluss, dass den ausserplanmässigen Arbeitseinsätzen das grösste Gewicht zukommt.

3.2 Niederlassungsentscheid und geographische Verteilung

Bei der geographischen Verteilung der Ärzt/innen interessiert vor allem der ambulante Bereich. Es stellen sich somit zwei Fragen: Erstens, wie viele Ärzt/innen sich für die Niederlassung in der freien Praxis entscheiden und welche Formen sie dabei bevorzugen, und zweitens, wo sie den Praxisstandort wählen.

Entscheid zur Niederlassung

Untersuchungen zu Niederlassungsentscheidungen sind – verglichen mit den Studien zur Fachrichtungswahl – eher selten. Weil die Niederlassungsberechtigung je nach Staat sehr unterschiedlich geregelt ist, sind auch internationale Vergleiche relativ heikel.

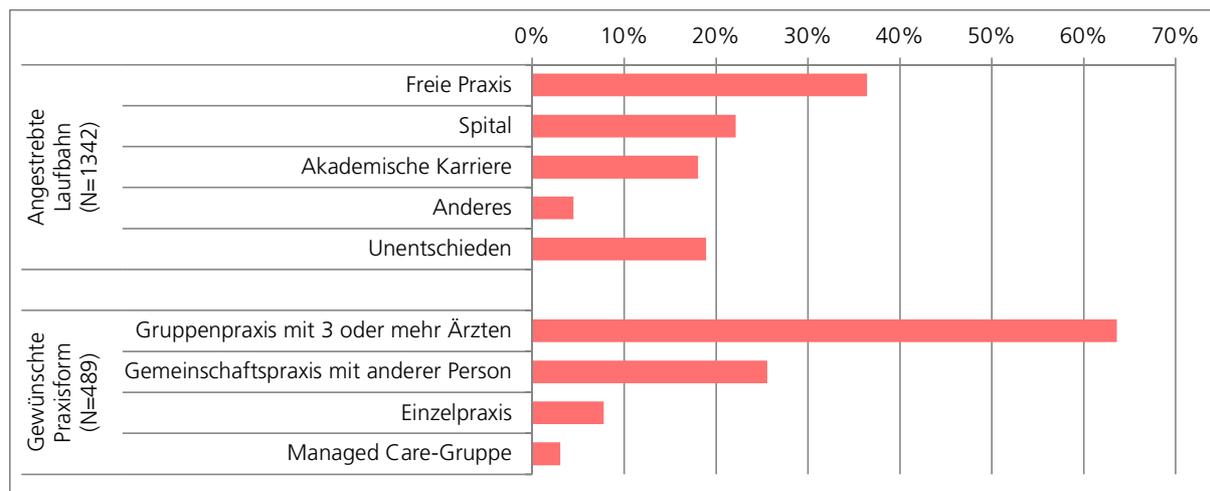
Für die **Schweiz** ist Folgendes bekannt: In den Befragungen der **Medizinstudierenden des sechsten Studienjahres** an den Universitäten Genf, Lausanne, Bern und Zürich¹⁸ gaben von 2009 bis 2012 etwas mehr als ein Drittel an, dass sie in die freie Praxis gehen möchten, etwas mehr als ein Fünftel hatte sich zu dem Zeitpunkt für die Spitalmedizin entschieden und ebenfalls knapp ein Fünftel für eine akademische Karriere – ein Anteil, der überraschend hoch erscheint (**Abbildung 16**). Die übrigen Medizinstudierenden waren mehrheitlich unentschieden oder strebten eine andere Laufbahn an, etwa in der Pharmaindustrie.

Bezüglich der bevorzugten Praxisform ist das Ergebnis eindeutig: Weniger als ein Zehntel der Studierenden im sechsten Studienjahr, die sich später niederlassen möchten, kann sich vorstellen, eine Einzelpraxis zu betreiben. Die überwiegende Mehrheit möchte in einer Gruppenpraxis mit drei oder mehr Ärzt/innen tätig sein.

¹⁸ Die Universität Basel führt eigene Befragungen der Medizinstudierenden durch; siehe dazu Halter u.a. 2005.

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

Abbildung 16: Laufbahnpläne und gewünschte Niederlassungsform von Medizinstudierenden im 6. Studienjahr, 2009-2012



Basis: Studierende im 6. Studienjahr der Universitäten Genf, Lausanne, Bern und Zürich
Quelle: Vu/Germond 2009-2012; Darstellung: BASS.

Im Rahmen der SwissMedCareer-Studie, der **Longitudinalanalyse des Abschlussjahrgangs 2000/01**, wurde für rund 360 Assistenzärzt/innen, die sich in der Weiterbildungsphase an allen Befragungen beteiligt hatten, eine Clusteranalyse zu den Karriereverläufen durchgeführt (Buddeberg/Stamm/Klaghofer 2010). Dabei kristallisierten sich vier Gruppen heraus:

- Ein Viertel verfolgte von Beginn weg das Ziel, in der freien Praxis tätig zu sein.
- Ein Viertel war von Beginn weg auf die Spitalmedizin orientiert.
- Ein Zehntel strebte eine akademische Karriere an.
- Bei den übrigen zwei Fünfteln wechselten sich unterschiedliche Laufbahnziele ab. Im achten Weiterbildungsjahr neigten die meisten dieser Gruppe zu ungefähr gleichen Teilen zur Tätigkeit in der freien Praxis und zur Spitalmedizin.

Die Verteilung der einzelnen Fachrichtungen auf diese vier Gruppen entspricht den Erwartungen: Assistenzärzt/innen aus Grundversorger-Fachrichtungen finden sich hauptsächlich in der Gruppe der frei praktizierenden Ärzt/innen, Anästhesist/innen hauptsächlich unter den Spitalmediziner/innen und Vertreter/innen der chirurgischen Disziplinen unter den Spitalmediziner/innen und den «Akademiker/innen». Die übrigen Fachrichtungen gehören mehrheitlich der Gruppe mit wechselnden Laufbahnzielen an.

Präferenzen zur Praxisform sind aus der Befragung im sechsten Weiterbildungsjahr bekannt und fallen auch hier deutlich aus: Unter den Assistenzärzt/innen, die eine Praxis anstreben, sehen sich 88% in einer Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis (Buddeberg-Fischer u.a. 2008).

Die **Expertengespräche**, die für die vorliegende Studie geführt wurden, enthielten keine explizite Frage zur Niederlassungsbereitschaft. Sofern die Expert/innen darauf zu sprechen kamen, orten sie aber eine abnehmende Neigung. Dafür machten sie in erster Linie die damit verbundenen finanziellen Risiken, einen schwindenden «Unternehmergeist» und die bisweilen hohe zeitliche Beanspruchung in der freien Praxis verantwortlich. Eine Gesprächsperson stellt einen generellen Bezug zu den Statusveränderungen als Arzt oder Ärztin her: Die zunehmende Verlagerung von Steuerungskompetenzen an nichtärztliche Manager/innen im Gesundheitswesen und die enorme Bedeutung von Controllingssystemen hätten den Beruf gerade für Personen mit grosser Eigeninitiative unattraktiver gemacht.

In **Deutschland** führte eine 2007 durchgeführte Befragung unter rund 5000 jüngeren Ärzt/innen ohne Facharztstitel zu Tage, dass sich gut die Hälfte eine Tätigkeit in der freien Praxis vorstellen konnte – am häufigsten in der Allgemeinmedizin, Ophthalmologie und Dermatologie (Stengler u.a. 2012). Dieser Anteil wird als Erfolg gewertet und insbesondere mit der Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie erweiterten Flexibilisierungs- und Kooperationsmöglichkeiten im Vertragsarztrecht in Zusammenhang gebracht.

Geographische Verteilung

Welche Gründe entscheiden darüber, wo sich frei praktizierende Ärzt/innen niederlassen? Die ungleiche Verteilung zwischen Stadt und Land ist zunächst wenig überraschend: Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass urbane Räume für Ärzt/innen aus ähnlichen Gründen attraktiv sind wie für andere Bevölkerungsschichten. Dazu kommen **berufsspezifische Aspekte**, die häufig – aber nicht immer – ebenfalls eher gegen ländliche oder periphere Gebiete sprechen. In den Expertengesprächen werden namentlich folgende berufsbezogenen Punkte aufgeführt, die bei der Standortwahl eine wichtige Rolle spielen:

- Der Patientenstamm oder die Möglichkeit, sich diesen dank einer Praxisübernahme zu sichern
- Die Organisation der Notfall- und Wochenenddienste
- Die Möglichkeit, in einer Gruppenpraxis zu arbeiten
- Die Spitalnähe und das Netzwerk an Spezialist/innen, wobei bevorzugt eine Region gewählt wird, mit der man aus der Zeit als Assistenzarzt oder -ärztin vertraut ist
- Für invasiv tätige Ärzt/innen die Möglichkeit, an einem Spital als Belegarzt oder Belegärztin zu wirken

Einkommensmöglichkeiten werden lediglich von zwei Expert/innen genannt. Eine Interviewperson macht darauf aufmerksam, dass bei Hausärzt/innen nicht zuletzt unterschiedliche fachliche Interessen oder Rollenbilder die Standortwahl steuern: Während der typische Landhausarzt mit einem sehr breiten Spektrum an Krankheiten konfrontiert ist, deckt der typische Stadthausarzt tendenziell einen kleineren Bereich ab und ist verhältnismässig häufig mit psychosozialen Problemen beschäftigt.

Welches Gewicht nehmen diese berufsbezogenen Faktoren bei der Standortwahl ein – und **wie verhalten sie sich zu den ausserberuflichen Motiven?** Für die Schweiz liegen unseres Wissens keine ausführlicheren Befragungen zur Standortwahl vor. Ein statistisches Modell zur Erklärung der unterschiedlichen Entwicklung kantonaler Ärztedichten von 1960 bis 2005 kommt zum Schluss, dass Spezialist/innen vor allem Kantone mit einer guten medizinischen Infrastruktur, einem überdurchschnittlichen Bevölkerungswachstum und einer verhältnismässig alten Bevölkerung bevorzugen. Sie scheinen Kantone mit einer hohen Spezialistendichte eher zu meiden und bisweilen Allgemeinmediziner/innen aus städtischen Zentren zu verdrängen (Wanzenried/Nocera 2008).

Die oben erwähnte Befragung von rund 5000 deutschen Ärzt/innen unterscheidet sechs Gruppen von Beweggründen zur Niederlassung und Standortwahl (Roick u.a. 2012). Klar an der Spitze stehen dabei die Rahmenbedingungen für die Familie, gefolgt von der Belastung durch Bereitschaftsdienste und administrativen Aufwand. An dritter Stelle folgen die finanziellen Bedingungen. Die beruflichen Kooperationsmöglichkeiten und die Arbeitsbedingungen (Autonomie bei der Behandlung von Patient/innen, Behandlungszeit pro Patient/in) werden im Durchschnitt nur noch als «einigermaßen wichtig» eingestuft. Ganz am Schluss steht die Lebensqualität im Umfeld (z.B. Freizeitmöglichkeiten).

Diese Ergebnisse stehen in einem gewissen Spannungsverhältnis zu anderen Analysen, die aus derselben Befragung stammen. Die Teilnehmenden waren zusätzlich aufgefordert worden, in diversen Niederlassungsszenarien jeweils den für sie besten und schlechtesten Aspekt anzukreuzen. Die ökonomische Analyse der Antworten ergibt unter anderem, dass ein zusätzliches Einkommen von monatlich 9000 Euro

den Nachteil aufwiegt, dass eine Praxis im ländlichen statt urbanen Raum liegt. Andere Aspekte haben einen geringeren Einfluss auf die Standortwahl. Insbesondere ein gutes Angebot zur Kinderbetreuung und eine geringe Belastung durch Notfall- und Bereitschaftsdienste reduzieren jedoch den finanziellen Betrag, der zur Kompensation des ländlichen Standortnachteils erforderlich ist (Günther u.a. 2009).

In globaler Perspektive haben vor allem grossflächige Staaten mit heterogener Siedlungsdichte wie Australien, Kanada oder die USA teilweise sehr grosse Anstrengungen unternommen, um die medizinische Versorgung ländlicher Regionen sicherzustellen. Die Evaluationen der entsprechenden Programme erlauben dabei auch Rückschlüsse auf persönliche Merkmale, welche die Standortwahl beeinflussen. Übereinstimmend zeigt sich in den meisten Untersuchungen, dass ein «rural background» die Chance erhöht, dass Ärzt/innen positiv auf diese Anreize und Massnahmen ansprechen. Teilweise wird auch ein positiver Einfluss nachgewiesen, wenn der Partner oder die Partnerin ländlicher Herkunft ist oder die Ärzt/innen eine Phase ihrer Ausbildungs- oder Weiterbildungszeit in ländlichen Gebieten verbringen (Grobler u.a. 2009). Diese Ergebnisse bestätigt eine Befragung von rund 500 Ärzt/innen in Weiterbildung in Deutschland: Die Vorstellung, sich auf dem Land niederzulassen, hängt in erster Linie von den Faktoren «ländliche Herkunft» und «familienfreundliches Umfeld» ab. Daneben spielen die Arbeitsmöglichkeiten für den Partner oder die Partnerin eine Rolle (Steinhäuser u.a. 2013).

3.3 Zusammenfassung

Gut die Hälfte der angehenden Ärzt/innen trifft bereits während des Studiums den **Entscheid für eine Fachrichtung**, wobei diese Wahl nicht abschliessend sein muss. Mehrere Expert/innen gehen davon aus, dass in dieser Phase vor allem die generelle Ausrichtung bestimmt ist (z.B. manuell-operative Tätigkeit), weniger aber die konkrete Fachrichtung. Bis zum vierten Weiterbildungsjahr haben sich dann die meisten Ärzt/innen auf einen spezifischen Facharztstitel festgelegt.

Aus Sicht der Expert/innen sind während des **Studiums** die konkreten Erfahrungen in Praktika und im Wahlstudienjahr für die Ausbildung von Fachpräferenzen entscheidend. Dies deckt sich mit Befragungen von Studierenden im sechsten Studienjahr, die zusätzlich die Vielseitigkeit eines Fachgebiets, den Patientenkontakt sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie als wichtige Faktoren bei der Fachrichtungswahl nennen.

In der **Weiterbildungszeit** kommt den praktischen Erfahrungen an den Weiterbildungsstätten eine Schlüsselrolle zu. Nach Einschätzung der Expert/innen gewinnen die Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben in dieser Phase weiter an Gewicht. Sie beschäftigen Frauen tendenziell stärker als Männer, aber insgesamt lässt sich diesbezüglich für die jüngere Ärztegeneration ein tiefgreifender Wertewandel registrieren.

Zur Bedeutung **finanzieller Anreize** liegen unterschiedlich Einschätzungen vor. Medizinstudierende stufen sie in Befragungen gering ein, die befragten Expert/innen messen ihnen während der Weiterbildung eine gewisse, aber nicht ausschlaggebende Bedeutung zu. Eine Ausnahme bilden die Hausarztmedizin und die Psychiatrie, bei denen vermutet wird, dass die relativ geringen Einkommenschancen attraktivitätsmildernd wirken. Ökonomische Studien, welche sich spezifisch mit dem Verhältnis von Einkommen und Fachrichtungswahl auseinandersetzen, sehen dagegen einen relativ starken Zusammenhang. Auch hier gilt aber, dass die Arbeitsbedingungen und insbesondere die erwartete zeitliche Belastung eine vergleichbare, wenn nicht gar wichtigere Rolle spielen.

Je nachdem, welche Faktoren für sie wichtig sind, wählen die jungen Ärzt/innen **unterschiedliche Fachrichtungen**. Wert auf einen intensiven Patientenkontakt legen vor allem Assistenzärzt/innen in der der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin sowie der Pädiatrie und Kinderpsychiatrie, arbeits- und zeitbezo-

3 Motive bei Fachrichtungs- und Niederlassungsentscheidungen

gene Aspekte kommen besonders beim Entscheid für die Psychiatrie und Radiologie zum Tragen. In der Chirurgie und orthopädischen Chirurgie sind karrierebezogene Motive vergleichsweise stark ausgeprägt, während die Patientenorientierung und sowie arbeits- und zeitbezogene Aspekte von untergeordneter Bedeutung sind. Diese Faktoren werden von Frauen und Männern tendenziell unterschiedlich gewichtet, wodurch sich die bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Fachrichtungswahl ergeben: Während für Frauen – im Vergleich zu den Männern – der Patientenkontakt und die Überschaubarkeit eines Fachgebiets wichtiger sind, gilt dies bei den Männern für Prestige, Einkommen und Forschungsmöglichkeiten sowie die Bedeutung von manuell-operativen und technisch-apparativen Tätigkeiten.

Zum **Niederlassungsentscheid und der Standortwahl** liegen für die Schweiz nicht sehr viele Informationen vor. Es ist davon auszugehen, dass während der Weiterbildung ungefähr ein Viertel konstant eine Laufbahn in der freien Praxis, ein Viertel eine Spitalkarriere und ein kleiner Teil eine akademische Karriere anstrebt. Bei den übrigen wechseln die Laufbahnpläne, gegen Ende der Weiterbildung dürften sie sich zu ähnlich grossen Teilen für die Praxis und das Spital entscheiden. Von manchen Expert/innen wird ein klar sinkendes Interesse an der Niederlassung wahrgenommen.

Bezüglich der Standortwahl schreiben deutsche Studien den Rahmenbedingungen für die Familie die grösste Bedeutung zu, gefolgt von der Belastung durch Bereitschaftsdienste und administrativen Aufwand. In Übereinstimmung mit Studien aus Australien, den USA oder Kanada wird festgestellt, dass eine ländliche Herkunft die Wahrscheinlichkeit stark erhöht, eine Niederlassung auf dem Land ins Auge zu fassen. Die Bedeutung finanzieller Anreize wird auch hier unterschiedlich eingestuft, wobei der Methodenwahl eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zukommen dürfte. Dass finanzielle Anreize zumindest von mittlerer Bedeutung sind, dürfte aber unstrittig sein – offen steht, ob sie vor der Familie und der Belastung durch Notfall- und Bereitschaftsdienste stehen.

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

Welche Massnahmen bestehen nun aktuell in der Schweiz, um die fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft zu steuern? Wir unterscheiden in der folgenden Bestandesaufnahme **vier Typen von Interventionen**:

- Vermittlung von Informationen und Erfahrungen
- Fördern von Kompetenzen und Fähigkeiten
- Setzen von Anreizen
- Regulative Massnahmen

Die ersten beiden Typen von Steuerungsmaßnahmen sind in der Realität häufig ineinander verflochten, zumal die ärztliche Weiterbildung in der Schweiz stark praxisorientiert ist: Erfahrungen zu machen – beispielsweise während einer Praxisassistentz in einer Randregion – bedeutet häufig auch, spezifische Kompetenzen und Fähigkeiten auszubilden. Es gibt jedoch auch Massnahmen, bei welchen klar eines der beiden Momente dominiert – etwa bei Informationsveranstaltungen im Rahmen des Medizinstudiums oder bei der Neukonzeption von Weiterbildungsprogrammen.

Die vier Typen von Steuerungsinterventionen unterscheiden sich darin, wie stark sie **in die Entscheidungsfreiheit von Einzelpersonen eingreifen**. Die ersten drei Typen lassen die individuelle Entscheidungsfreiheit bei der Wahl der Fachrichtung oder des Praxisstandorts in der Regel unberührt, auch wenn sie womöglich gewisse Elemente von Zwang beinhalten (z.B. Verpflichtung zu Praktika in Hausarztmedizin während des Studiums). Dagegen grenzen regulative Massnahmen diese Freiheit ein, indem sie den freien Zugang zu bestimmten Fachdisziplinen oder Praxisstandorten begrenzen. Aus diesem Grund besitzen sie auch das höchste Konfliktpotenzial und sind politisch häufig umstritten.

Es gehört zum ausdrücklichen Auftrag des Mandats, **nicht nur explizite, sondern auch implizite Steuerungsmechanismen** zu dokumentieren. Gemeint sind damit einerseits Steuerungsmaßnahmen, die zu anderen Zwecken ergriffen wurden und indirekte oder unbeabsichtigte Folgen auf die fachliche und regionale Zusammensetzung der Ärzteschaft haben. Andererseits zählen dazu auch Folgen, die sich aus individuellen Handlungen unterschiedlicher Akteure im Gesundheitssystem ergeben, ohne dass für diese Handlungen explizit übergeordnete und allgemein verbindliche Steuerungsziele vorgegeben wären (z.B. schweizweites Angebot an Weiterbildungsstellen als Folge individueller Entscheidungen von Chefärzt/innen und Spitaldirektionen).

Ob ein Sachverhalt als impliziter Steuerungsmechanismus gelten soll, ist mitunter schwierig zu beurteilen. Bei expliziten Steuerungsmechanismen fällt die Entscheidung leicht, weil man sich an das ausdrücklich formulierte Steuerungsziel halten kann. Bei impliziten Steuerungsmechanismen ist diese Voraussetzung definitionsgemäss nicht gegeben, es kommt vielmehr auf die Wirkung von einzelnen Massnahmen oder bestimmten Handlungsmustern an. Diese ist ungleich schwieriger festzustellen. Wir müssen uns deshalb häufig auf subjektive Einschätzungen oder auch Mutmassungen stützen. Der Status dieser Überlegungen ist im Text jeweils kenntlich gemacht.

Tabelle 5 vermittelt einen Überblick aller Steuerungsfelder und Steuerungsmechanismen, die im Folgenden näher betrachtet werden. Die Kategorisierung der einzelnen Mechanismen wird im Verlauf des Kapitels näher begründet. Grundsätzlich ist festzuhalten: Die Bestandesaufnahme und die Einstufung der einzelnen Steuerungsmechanismen beruhen auf Einschätzungen der Verfasser/innen der Studie. Diese Einschätzungen stützen sich einerseits auf die geführten Expertengespräche, andererseits auf eine Dokumenten- und Literaturanalyse. Die Expert/innen wurden in den Interviews zu einzelnen Steuerungsmechanis-

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

men befragt und gebeten, sich darüber zu äussern, wie man die fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft beeinflussen könnte. Nicht Thema der Gespräche war die Kategorisierung der Steuerungsmechanismen nach Interventionstyp oder Wirkungsart (direkt, indirekt).

Die Bestandesaufnahme gliedert sich in **fünf Abschnitte**: Die ersten drei Abschnitte befassen sich mit Mechanismen zur Steuerung des Fachärztemixes – Abschnitt 4.1 behandelt Steuerungsmechanismen in der Ausbildung, Abschnitt 4.2 solche in der Weiterbildung und Abschnitt 4.3 diskutiert Steuerungsmechanismen ausserhalb dieser beiden Bereiche. Abschnitt 4.4 behandelt summarisch die Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung. In jedem dieser Abschnitte werden verschiedene Steuerungsfelder definiert, d.h. Sachverhalte oder Handlungszusammenhänge, in denen Steuerungsinterventionen ergriffen werden können – beispielsweise den Zugang zum Medizinstudium, die Ausgestaltung von Weiterbildungsprogrammen oder die Zulassung zur Berufsausübung. Entlang dieser Steuerungsfelder werden die expliziten und impliziten Mechanismen zur Steuerung der fachlichen und geographischen Verteilung der Ärzteschaft dokumentiert. Für jeden Bereich werden die Ergebnisse abschliessend in tabellarischer Form zusammengefasst.

Abschnitt 4.5 zieht ein abschliessendes Fazit der Bestandesaufnahme. Es widmet sich insbesondere der Frage, inwieweit heute in der Schweiz eine gezielte Steuerung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft stattfindet und welche Bedeutung dabei den Steuerungsmassnahmen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung zukommt.

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

Tabelle 5: Überblick über die bestehenden Mechanismen zur Steuerung der fachlichen und räumlichen Verteilung der Ärzteschaft (Fortsetzung auf nächster Seite)

Bereich	Steuerungsfeld	Mechanismus/Massnahme	Verteilung	Wirkungsart	Interventionstyp
Ausbildung	Zugang zum Medizinstudium	Numerus clausus	Fachärztemix	Indirekt	Regulative Massnahme
		Selektion im 1. und 2. Studienjahr	Fachärztemix	Indirekt	Regulative Massnahme
	Praktische Erfahrungen im Medizinstudium	(Block-)Praktika allgemein: Regelung, Angebot	Fachärztemix	Indirekt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen
		(Block-)Praktika in Hausarztpraxen	Fachärztemix	Direkt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen
		Wahlstudienjahr allgemein: Regelung, Angebot	Fachärztemix	Indirekt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen
		Wahlstudienjahr-Praktika in Hausarztpraxen: Regelung, Angebot	Fachärztemix	Direkt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen
	Ausbildungsinhalte im Medizinstudium	Lernzielkatalog	Fachärztemix	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen
		Vorlesungs- und Kursthemen, Prüfungsinhalte	Fachärztemix	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen
		Vorlesungen und Kurse in Hausarztmedizin	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen
		Curricula und Abschlüsse: Möglichkeiten zur Spezialisierung	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen, ev. Anknüpfungspunkt für regulative Massnahmen
Weiterbildung	Einführung neuer Facharztstitel	Einführung neuer Facharztstitel allgemein	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen
		Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin»	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen
	Angebot an Weiterbildungsstellen	Schaffung/Anerkennung von Weiterbildungsstätten allgemein	Fachärztemix	Indirekt	Regulative Massnahme (bei Begrenzung); Ausbildung von Kompetenzen (bei Erweiterung)
		Schaffung/Anerkennung von Weiterbildungsstätten für Praxisassistenten	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen
		Erweiterung oder Einschränkung an Weiterbildungsstellen	Fachärztemix	Indirekt	Regulative Massnahme (bei Begrenzung); Ausbildung von Kompetenzen (bei Erweiterung)
		Arbeitsgesetz (u.a. 50-Stunden-Woche)	Fachärztemix	Indirekt	Regulative Massnahme
	Zugang zu Weiterbildungsstellen	Koordination der (Nicht-)Zulassungen unter Weiterbildungsstätten	Fachärztemix	Indirekt / Direkt	Regulative Massnahme
	Ausgestaltung Weiterbildungsprogramme	Anheben oder Senken der Anforderungen	Fachärztemix	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen
		Grad der Strukturierung	Fachärztemix	Indirekt	Anreiz
		Möglichkeit zu Teilzeitarbeit	Fachärztemix	Indirekt	Anreiz
Prakt. Organisation Weiterbildung	Information und Coaching Ende Studium	Fachärztemix	Indirekt	Information und Erfahrung	
	Weiterbildungsnetzwerke	Fachärztemix	Indirekt	Information und Erfahrung; Anreiz	

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

Tabelle 5: Überblick über die bestehenden Mechanismen zur Steuerung der fachlichen und räumlichen Verteilung der Ärzteschaft (Fortsetzung)

Bereich	Steuerungsfeld	Mechanismus/Massnahme	Verteilung	Wirkungsart	Interventionstyp
Steuerung ausserhalb von Aus- und Weiterbildung	Übergang in die freie Praxistätigkeit	Reduktion der finanziellen Risiken bei Praxisgründung	Regionale Verteilung	Direkt	Anreiz
		Zulassungsstopp	Fachärztemix	Direkt	Regulative Massnahme
	Arbeitsbedingungen in freier Praxis	Förderung von Gemeinschaftspraxen, Gesundheitszentren u.a.	Regionale Verteilung	Direkt	Anreiz
		Organisation Notfalldienst	Regionale Verteilung	Direkt	Anreiz
	Lebensqualität in freier Praxis	Infrastruktur, Kinderbetreuung u.a.	Regionale Verteilung	Indirekt	Anreiz
	Einkommen von Fachärzt/innen	Revision Tarifsysteme allgemein	Fachärztemix	Indirekt	Anreiz
		Revision Tarmed	Fachärztemix	Indirekt/Direkt	Anreiz
		Revision Labortarife («transAL»)	Fachärztemix	Indirekt	Anreiz
		Entschädigung für höhere Arbeitsbelastung (z.B. Notfalldienst) oder Einkommensausfall bei Tätigkeit in peripheren Gebieten	Regionale Verteilung		Anreiz
	Prestige	Akademische Verankerung Hausarztmedizin	Fachärztemix	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen; Information und Erfahrung
	Zuwanderung von Ärzt/innen	Pflichtzeit an schweiz. Weiterbildungsstätten für eidg. Facharzttitel	Fachärztemix	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen
		Pflichtzeit an schweiz. Weiterbildungsstätten für Aufnahme in Fachgesellschaft	Fachärztemix	Direkt	Regulative Massnahme
Ausnahme von Zulassungsstopp bei schweiz. Pflichtzeit an Weiterbildungsstätten		Fachärztemix	Direkt	Regulative Massnahme	

Darstellung: BASS.

4.1 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen in der Ausbildung

Für das Medizinstudium werden drei Steuerungsfelder unterschieden, in denen einzelne Massnahmen und gemeinsame Handlungsmuster die fachliche Verteilung der Ärzteschaft beeinflussen können:

- Steuerungsmechanismen beim Zugang zum Medizinstudium
- Steuerungsmechanismen bei der Vermittlung von Praxiserfahrungen während des Studiums
- Steuerungsmechanismen bei der Konzeption der Ausbildungsinhalte

4.1.1 Zugang zum Medizinstudium

In der Schweiz sind viel mehr Menschen an einem Medizinstudium interessiert als dieses tatsächlich abschliessen können. Die **Selektion** verläuft in der Deutschschweiz und in der Romandie unterschiedlich: Während in der Deutschschweiz ein Numerus clausus besteht, ist der Studienzugang in der Romandie grundsätzlich unbeschränkt, doch gibt es stark selektierende Prüfungen im 1. und 2. Studienjahr.

Diese Selektionsverfahren stehen innerhalb der Ärzteschaft teilweise in Kritik, und es wird die **Sorge geäussert, dass sie den Fachärztemix ungünstig beeinflussen**. Weil die Verfahren soziale Kompetenzen weitgehend unberücksichtigt liessen, würden sie genau diejenigen Personen benachteiligen, «die wir im Moment am meisten brauchen: Praktiker mit Intuition und Empathie, die den Nachwuchs in der medizinischen Grundversorgung sichern» (de Haller 2014, dort auch die folgenden Zitate). Das Auswahlssystem liege deshalb «weit von dem entfernt, was unser Gesundheitssystem wirklich» benötige: «mehr Haus- und Allgemeinärzte und nicht mehr akademische Fachleute». Am Numerus clausus wird zusätzlich ausgesetzt, dass sein primäres Ziel darin besteht, Personen zu selektieren, die das Studium erfolgreich absolvieren – was nicht notwendig die «guten Ärzte» seien.

Die Kritiker/innen fordern weniger einen vollständigen Ersatz als vielmehr eine **Ergänzung der bestehenden Tests**. Zur Diskussion stehen namentlich zwei Varianten: Erstens ein System von Multiplen Mini-Interviews (MMI), das an der kanadischen MacMaster-Universität entwickelt worden ist und die Kandidierenden in einem Mix von Workshops mit Simulationspatient/innen und offenen Fragen beurteilt (de Haller 2014). Zweitens in Belgien entwickelte «Situational Judgement Tests», in denen die Kandidierenden mit schriftlichen oder gefilmten Szenen konfrontiert werden und ausgehend von einer Liste mit möglichen Reaktionen eine Lösung wählen müssen. Dieses Verfahren hat nicht zuletzt den Vorteil, wesentlich kostengünstiger auszufallen als mit Simulationspatient/innen durchgeführte Tests (Baroffio/Gerbase/Nendaz 2014).

Darüber, in welchen nicht getesteten Kompetenzen und Persönlichkeitsstrukturen sich die erfolgreichen und nicht erfolgreichen Kandidierenden unterscheiden, liegen **kaum gesicherte Informationen** vor. Abhilfe wird die 2011 an der Universität Genf initiierte Studie CAPA (Contexte d'Apprentissage et Parcours Académique) schaffen, die zwei Kohorten Medizinstudierende über die Dauer ihrer Ausbildung verfolgt und dabei – unter anderem – die Selektionseffekte der Prüfungen im ersten Studienjahr untersucht. Vorläufige Ergebnisse der ersten Kohorte belegen keine Benachteiligung von Studierenden mit Eigenschaften, die für die Beziehungsqualität künftiger Ärzt/innen als potenziell wichtig eingestuft werden (Baroffio/Gerbase/Nendaz 2014).

In seiner Reaktion auf die Kritik am Prüfungsverfahren für den Numerus clausus verweist das Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik der Universität Freiburg, das die Tests entwickelt und durchführt, hauptsächlich auf zwei Sachverhalte (Hänsgen 2014): Erstens, dass es – von sehr allgemeinen Einschätzungen abgesehen – kaum einen Konsens, geschweige denn gesicherte Erkenntnisse darüber gäbe, welche konkreten sozialen Kompetenzen einen guten Arzt oder eine gute Ärztin ausmachten. Zweitens, dass es nicht

ausreiche, dass die Tests konsistent und verfälschungssicher (keine sozial erwünschten Antworten) seien. Damit die Selektion gerecht sei, müssten sie auch das Zielverhalten ausreichend genau vorhersagen. Das heisst: Es muss nachgewiesen werden, dass Kandidierende, die wegen bestimmter sozialer Kompetenzen den Test bestehen, sich auch später in diesen Aspekten von den erfolglosen Kandidierenden unterscheiden und deshalb die besseren bzw. gute Ärzt/innen sind. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt seien und das Verfahren bezahlbar sei, bestehe durchaus Offenheit für einen verstärkten Einbezug von «soft kills» – sei es im Eignungstest selber oder in einem zweistufigen Verfahren.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten: Es ist weitgehend unbestritten, dass die Selektionsverfahren nicht alle Dimensionen abdecken, die für eine erfolgreiche Berufsausübung als Arzt oder Ärztin entscheidend sind. Die Vermutung, dass damit Kandidierende mit einer Neigung zur Grundversorgung oder Hausarztmedizin benachteiligt werden, konnte aber bisher nicht belegt werden. Erste Untersuchungen zum Selektionsverfahren am Ende des ersten Studienjahrs haben sie nicht bestätigt. Gleichwohl angenommen, ein solcher Zusammenhang würde bestehen: In dem Fall wäre es möglich, dass eine Ergänzung der Tests das Verhältnis von Studierenden mit Neigung zur Grundversorgung und solchen mit Neigung zu Spezialdisziplinen beeinflusst. Für eine präzisere Steuerung des Fachärzttemixes wäre die Massnahme allerdings kaum geeignet: Es wird auf diese Weise nicht möglich sein, ganz gezielt bestimmte Fachrichtungen zu stärken oder umgekehrt den Zuwachs bei anderen Disziplinen zu bremsen.

4.1.2 Praktische Erfahrungen im Medizinstudium

Gut die Hälfte der Ärzt/innen entscheidet sich im Verlauf des Studiums – in seltenen Fällen bereits vorher – für eine Fachrichtung. Bei dieser Wahl kommt den praktischen Erfahrungen, welche die Studierenden während der Ausbildung machen, eine entscheidende Bedeutung zu: Dies zeigen übereinstimmend die Befragungen von Medizinstudierenden und die Einschätzungen der interviewten Expert/innen (vgl. oben Abschnitt 3.1.2). In den medizinischen Studiengängen der Schweizer Universitäten lassen sich grundsätzlich zwei Formen solcher Praktika unterscheiden:

- **kleinere Praktikumseinsätze** (Blockpraktika), die über eine längere Phase des Studiums verteilt sind
- **das Wahlstudienjahr**, das im fünften oder sechsten Studienjahr stattfindet und zwischen sieben und zehn Monate Vollzeitpraktika an unterschiedlichen Krankenhäusern oder Arztpraxen umfasst

In welchen und wie vielen Fachrichtungen die Studierenden praktische Erfahrungen sammeln können, ist im Wesentlichen von zwei Faktoren abhängig: erstens von den Regeln, die für die Zusammenstellung und den Besuch dieser Praktika gelten, zweitens vom Angebot an Praktikums- und Unterassistentenstellen.

Regelungen zum Besuch von Praktika

Die Vorgaben zum Besuch von Praktika werden von den medizinischen Fakultäten verabschiedet. Die Studienphase, in der **kleinere Praktika** besucht werden, ihre Anzahl und der Anteil an frei wählbaren Praktika sind von Universität zu Universität verschieden. An den meisten Universitäten sind gezielte Massnahmen getroffen worden, um Studierenden mittels Praktika einen Einblick in die Hausarztmedizin zu verschaffen. Hier kann man von einer direkten Massnahme zur Steuerung der Fachrichtungswahl sprechen, die auf Information und Erfahrung setzt: Die Studierenden sollen Einblick in ein Setting ärztlicher Berufspraxis erhalten, das in der spitalmedizinzentrierten Ausbildung ansonsten kaum sichtbar wird. Der zeitliche Umfang und die Studienphase, in der solche Hausarzt-Praktika angeboten werden, unterscheiden sich von Universität zu Universität stark (Sommer/Ritter 2013).

Die Regelungsdichte für Praktika im **Wahlstudienjahr** unterscheidet sich ebenfalls zwischen den Universitäten: In Bern und Basel bestehen bestimmte Vorgaben, die darauf zielen, eine gewisse fachliche Bandbreite oder eine angemessene Berücksichtigung von Hauptfächern (Innere Medizin, Chirurgie) sicherzu-

stellen. In Lausanne und ab kommendem Jahr auch in Genf ist ein Monat Praktikum in einer Grundversorgerpraxis vorgeschrieben. Grundsätzlich frei bei der Zusammenstellung des Wahlstudienjahres sind die Medizinstudierenden der Universität Zürich.

Der Möglichkeit von Praktika in Hausarztpraxen und ihrem teilweise verbindlichen Charakter stehen die **befragten Expert/innen** weitgehend positiv bis sehr positiv gegenüber. Grössere Skepsis besteht gegenüber zusätzlichen Regelungen, teilweise auch einer Vereinheitlichung der unterschiedlichen Verbindlichkeit. Während einzelne Expert/innen schweizweit obligatorische Hausarzt-Praktika wünschen, befürchtet eine andere Interviewperson, dass damit die intrinsische Motivation der Studierenden geschwächt werde. Auch sei nach einer gewissen Zeit ein Sättigungsgrad erreicht und würden weitere Praktika im selben Setting nichts mehr an den bestehenden Präferenzen ändern. Andere Expert/innen machen darauf aufmerksam, dass die Praktika sehr wichtig sind, um fundierte Fachrichtungsentscheidungen zu treffen, dass der Zusammenhang aber nicht immer positiv ist – Praktika können auch Einblicke vermitteln, die einen von Fachrichtungen wegbringen (vgl. aber die Hinweise für einen grundsätzlich positiven Zusammenhang zwischen Einzeltutoraten in Hausarztpraxen und dem Berufsziel Hausarzt bei Halter u.a. 2005). Tendenziell sprechen sich die Expert/innen für eine möglichst grosse Vielfalt an Praktikumsplätzen und eine grosse Wahlfreiheit der Studierenden aus.

Angebot an Praktika

Grundsätzlich sind das Angebot und der Mix an Praktikumsstellen von der Bereitschaft von Spitälern und praktizierenden Ärzten abhängig, Studierende bzw. Unterassistent/innen für ein Praktikum aufzunehmen. Die Medizinischen Fakultäten nehmen dabei insofern eine aktive Rolle ein, als sie das Angebot koordinieren und auf ihre Studienpläne abstimmen müssen. Besondere Anstrengungen sind bei der Vermittlung von Praktika in Arztpraxen erforderlich.

An den **Spitälern** liegt die Entscheidungskompetenz zur Anstellung von Praktikant/innen und Unterassistent/innen bei den Chefärzt/innen, die Spitaldirektionen sind gemäss Aussagen der Expert/innen in der Regel nicht involviert. Ein zentrales Motiv der Chefärzt/innen zur Anstellung von Praktikant/innen besteht darin, dass sie auf diese Weise mögliche Bewerber/innen für eine spätere Assistentenstelle kennenlernen und besonders fähige Personen aktiv anwerben können. Auch weisen mehrere Expert/innen darauf hin, dass es sich bei den Unterassistent/innen um vergleichsweise billige Arbeitskräfte handelt.

Das Potenzial an Praktikumsplätzen ist abhängig von der funktionalen Arbeitsteilung – es müssen genügend Aufgaben vorhanden sein, welche die Studierenden übernehmen können. Zudem sollte eine ausreichende Betreuungssituation gewährleistet sein. Die Expert/innen sehen keinen bedeutenden Mangel an Praktikumsplätzen in Spitälern, der es interessierten Studierenden verunmöglichen würde, eine bestimmte Fachrichtung näher kennenzulernen. Die Möglichkeit, die Fachrichtungswahl über das Angebot an Praktikumsplätzen zu beeinflussen, beurteilen sie deshalb eher skeptisch: Eine Ausweitung des Angebots wird gerade für Fachrichtungen mit Nachwuchsproblemen als wenig effiziente Massnahme beurteilt. In der Psychiatrie zeige sich beispielsweise, dass etliche Praktikumsplätze mangels Interesse nicht besetzt werden könnten.

Anders ist die Situation bei **frei praktizierenden Ärzten**, denen es tendenziell schwieriger fällt, die Studierende in bestehende Arbeitsabläufe einzubinden. Die Organisation solcher Praktika bildet deshalb eine wichtige Aufgabe der Institute für Hausarztmedizin, die es an den meisten Medizinischen Fakultäten gibt (vgl. Abschnitt 4.1.3). Alle Universitäten bzw. Institute für Hausarztmedizin entrichten dabei finanzielle Entschädigungen an die ausbildenden praktischen Ärzt/innen (Sommer/Ritter 2013).

4.1.3 Ausbildungsinhalte im Medizinstudium

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) formuliert das **Kompetenzprofil**, über welches Absolvent/innen des Medizinstudiums in der Schweiz verfügen sollten, und auf dessen Basis die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission einen konkreten **Lernzielkatalog** erarbeitet und in regelmässigen Abständen aktualisiert. Bei der Entwicklung des MedBG wurden neben fachlichen gezielt auch kommunikative und soziale Kompetenzen verankert. In der Ausgestaltung der Studienpläne, die zur Vermittlung dieser Kompetenzen dienen, haben die Medizinischen Fakultäten grosse Freiheiten.

Alle medizinischen Fakultäten der Schweiz haben ihre **Studienpläne** in den letzten 15 Jahren grundlegend reformiert. Strukturell wurde das Studium dabei an die Anforderungen der Bologna-Deklaration angepasst und in ein Bachelor- und Masterstudium gegliedert. Die Schweiz gehört damit zu einer kleinen Gruppe von Unterzeichnerstaaten, welche die Bologna-Reform auch im Medizinstudium umgesetzt haben. Methodisch und inhaltlich setzen die neuen Studienpläne verstärkt auf ein selbständiges und problemorientiertes Lernen mit einer Vielzahl von Lehrveranstaltungsformen, wobei auf eine berufs- und praxisorientierte Einbindung Wert gelegt wird. Lerninhalte werden oftmals fächerübergreifend vermittelt; zudem besitzen die Studierenden an mehreren Universitäten die Möglichkeit, Vertiefungselemente frei zu wählen und somit eine gewisse fachliche Spezialisierung voranzutreiben, ohne dass aber damit die grundsätzliche Wahlfreiheit beim Übergang in die Weiterbildung in Frage gestellt wäre. Diese Neuorientierung in der Lehre kann für kleinere Fächer die Folge haben, dass ihre Exponent/innen am Universitätsspital weniger stark in die Ausbildung involviert sind und für die Studierenden an Sichtbarkeit verlieren.

Bei der Festlegung der Kompetenzen und Lernziele war es ein ausdrückliches Anliegen, diese **verstärkt auf die Bedürfnisse der Grundversorgung auszurichten** (Schweizerischer Bundesrat 2010 und 2011). Ebenso wurde angestrebt, die Präsenz der medizinischen Grundversorgung in der Ausbildung generell zu stärken. Ein wichtiges Instrument dazu war die Schaffung von **Instituten für Hausarztmedizin**, die mittlerweile an allen fünf Medizinischen Fakultäten mit einem vollen Medizinstudium bestehen. Sie übernehmen, wenn auch in unterschiedlicher Form, wichtige Aufgaben in der Lehre. Neben den bereits diskutierten Praktika gehören dazu beispielsweise Vorlesungen, Gruppenunterricht in Hausarztpraxen oder auf dem Campus stattfindende Seminare unter der Leitung von praktischen Ärzt/innen. Auch hier kann man von einer direkten Steuerung sprechen, die auf eine Stärkung der Grundversorgung zielt. Sie setzt – wie bei den Praktika – ebenfalls auf die Vermittlung von Information und Erfahrungen sowie die Ausbildung von Fähigkeiten und Kompetenzen. Die Wahlfreiheit der Studierenden beim Fachrichtungsentscheid wird nicht angetastet.

Die **interviewten Expert/innen** messen der **Präsenz einzelner Fachrichtungen in der Ausbildung** und dem Kontakt mit ihren Vertreter/innen ein gewisses Gewicht bei der Fachrichtungswahl zu – auch auf diese Weise kann das Interesse an einem Fach geweckt werden oder können Dozent/innen eine Funktion als «Role models» einnehmen. Die Bedeutung dieser Kontakte wird aber allgemein geringer eingestuft als diejenige der Praktika. Mehrfach hervorgehoben wird jedoch, gerade für kleinere Fächer sei es wichtig, dass während des Studiums über den konkreten Berufsalltag in den einzelnen Disziplinen informiert werde – und zwar noch vor dem Wahlstudienjahr. Teilweise bestehen bereits solche Veranstaltungen in Form von Informationsmessen. Konkret angeregt wird in den Expertengesprächen beispielsweise eine dreitägige Veranstaltungsreihe, in der Exponent/innen unterschiedlicher Fachrichtungen die Bandbreite der beruflichen und praktischen Tätigkeiten vorstellen können.

Kontrovers diskutiert wird unter den Expert/innen die Möglichkeit, **die Fachrichtungswahl über die Ausbildungsabschlüsse vorzuspüren**. Zurzeit haben einzelne Universitäten vorgesehen, dass sich die Medizinstudierenden bei der freien Wahl von Ausbildungselementen auf gewisse Schwerpunkte konzent-

rieren können, die als «Majors» (Universität Basel) oder «Tracks» (Universität Zürich) bezeichnet werden. Die Wahl eines solchen Schwerpunkts schränkt die Möglichkeiten der Fachrichtungswahl in der Weiterbildung aber nicht ein. Auch bleiben die Lerninhalte der Ausbildung und Weiterbildung klar voneinander getrennt.

Mehrere gesundheitspolitische Akteure erwägen, diese **Spezialisierung während des (Master-)Studiums** zu verstärken, indem die jeweiligen Tracks zu unterschiedlichen Abschlüssen führen (z.B. «Invasive Medizin», «Grundversorgung/Psychatrie», «Forschung»), welche auch die spätere Wahl der Fachrichtung einschränken würden. Ein zentrales Motiv besteht darin, Ineffizienzen in der Ausbildung zu vermeiden und zu verhindern, dass sich Studierende ein Spezialwissen aus fachfremden Bereichen aneignen müssen, die für ihre spätere Karriere und Berufspraxis wenig relevant sind. Gleichzeitig würde damit auch eine Möglichkeit für frühe Steuerungsinterventionen geschaffen, die nicht nur der Kompetenzbildung dienen, sondern einen regulierenden Charakter besitzen: Legen sich nämlich die Medizinstudierenden in der zweiten Hälfte des Studiums auf einen Schwerpunkt fest, so bestünde zumindest auf dem Papier die Möglichkeit, diese Verteilung über eine Kontingentierung von Studienplätzen zu steuern.

Sofern die Expert/innen auf diese Möglichkeit von spezialisierten Masterabschlüssen zu sprechen kommen, beurteilen sie diese sehr gegensätzlich. Einzelne Expert/innen sehen darin viel versprechendes Steuerungspotenzial. Andere sprechen sich dezidiert dagegen aus. Begründet wird dies mit zu starken Eingriffen in die Wahlfreiheit der Studierenden, Befürchtungen um die Motivation der Studierenden, dem grossen Zeitabstand zwischen Steuerungseingriff und tatsächlicher Praxisausübung («Yo-Yo-Effekt») sowie der Sorge, dass dies für das Ansehen der Grundversorgung kontraproduktiv sein könne, weil sie nicht mehr im selben Masse in die allgemeine Ausbildung eingebunden wäre. Auch würden sich Fragen beim Austausch innerhalb des EU-/EFTA-Raums ergeben, insbesondere wenn ausländische Assistenzärzt/innen ohne spezialisierten Studienabschluss zur Weiterbildung in die Schweiz kommen.

4.1.4 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen in der Ausbildung

Tabelle 6 vermittelt zusammenfassend einen Überblick über die bestehenden Steuerungsmechanismen in der Ausbildung. Massnahmen, welche direkt auf eine Beeinflussung des Fachärztemixes zielen, sind grau hervorgehoben.

Tabelle 6: Fachärztemix: Bestehende Steuerungsmechanismen in der Ausbildung

Steuerungsfeld	Mechanismus/ Massnahme	Akteure	Wirkungsart	Interventionstyp	Mögliche Wirkung
Zugang zum Medizinstudium	Numerus clausus	Kantone, Universitäten, Medizinische Fakultäten	Indirekt	Regulative Massnahme	Schwächung Grundversorgung
	Selektion im 1. und 2. Studienjahr	Medizinische Fakultäten	Indirekt	Regulative Massnahme	Schwächung Grundversorgung
Praktische Erfahrungen im Medizinstudium	(Block-)Praktika allgemein: Regelung, Angebot	Medizinische Fakultäten, Chefärzt/innen, praktische Ärzt/innen	Indirekt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Berücksichtigung der jeweiligen Fachrichtungen
	(Block-)Praktika in Hausarztpraxen	Institute für Hausarztmedizin, Hausarzt/innen	Direkt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen	Stärkung Grundversorgung
	Wahlstudienjahr allgemein: Regelung, Angebot	Medizinische Fakultäten, Chefärzt/innen, praktische Ärzt/innen	Indirekt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Berücksichtigung der jeweiligen Fachrichtungen
	Wahlstudienjahr-Praktika in Hausarztpraxen: Regelung, Angebot	Institute für Hausarztmedizin, Hausarzt/innen	Direkt	Erfahrung und Information; Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Berücksichtigung der jeweiligen Fachrichtungen
Ausbildungsinhalte im Medizinstudium	Lernzielkatalog	Interfakultätskommission, Medizinische Fakultäten	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Berücksichtigung der Kompetenzen
	Vorlesungs- und Kursthemen, Prüfungsinhalte	Medizinische Fakultäten	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Gewichtung der Fachrichtungen
	Vorlesungen und Kurse in Hausarztmedizin	Medizinische Fakultäten	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen	Stärkung Grundversorgung
	Curricula und Abschlüsse: Möglichkeiten zur Spezialisierung	Medizinische Fakultäten	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen, ev. Anknüpfungspunkt für regulative Massnahmen	Fachärztemix: je nach Definition der Spezialisierungen

Darstellung: BASS.

4.2 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen in der Weiterbildung

Die Steuerung der ärztlichen Weiterbildung bildet das zentrale Thema der vorliegenden Untersuchung. Wir unterscheiden im Folgenden fünf Steuerungsfelder, die einen Einfluss auf die fachliche Zusammensetzung der Ärzteschaft ausüben können:

- Steuerungsmechanismen bei der Einführung neuer Facharzttitel
- Steuerungsmechanismen bei der Ausgestaltung des Angebots an Weiterbildungsstellen
- Steuerungsmechanismen beim Zugang zu Weiterbildungsstellen
- Steuerungsmechanismen bei der inhaltlichen und formalen Ausgestaltung der Weiterbildungsprogramme
- Steuerungsmechanismen bei der praktischen Organisation der Weiterbildung

4.2.1 Einführung neuer Facharztstitel

Für die Akkreditierung von Weiterbildungsprogrammen und damit auch die Genehmigung neuer Facharztstitel ist das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) zuständig. Es ist 2002 als Organ der FMH gegründet worden. Das SIWF seinerseits wird in regelmässigen Abständen durch das Eidgenössische Department des Innern akkreditiert. Auf diese Weise sind die Weiterbildungsordnung und die Weiterbildungsprogramme öffentlich-rechtlich anerkannt.

Zurzeit gibt es in der Schweiz 44 anerkannte Facharztstitel. Ein zentrales Motiv bei der Einführung neuer Facharztstitel besteht darin, Innovationen in der medizinischen Forschung und Entwicklung zu institutionalisieren und sichtbar zu machen. Daneben können aber auch Überlegungen ausschlaggebend sein, die primär auf die medizinische Versorgung gerichtet sind. Der Stärkung der Hausarztmedizin diene die Einführung des neuen **Weiterbildungsprogramms «Allgemeine Innere Medizin»** im Jahr 2010, das zwei Ausrichtungen für Hausarzt/innen und Spitalinternist/innen kennt.

Die Einführung neuer Facharztstitel ist eine Massnahme, die sehr direkt und sehr wirksam die Ausbildung von Kompetenzen und Fähigkeiten fördert. Gleichzeitig liegt auf der Hand, dass sie als Steuerungsintervention nur sehr zurückhaltend eingesetzt werden kann und auch auf die Kongruenz mit den Facharztstiteln umliegender Staaten zu achten ist. Zudem bleibt offen, in welcher Hinsicht die Einführung des neuen Titels den Fachärztemix beeinflussen wird – das heisst, wie gross das Interesse sein wird und welche Facharztstitel im Gegenzug an Gewicht verlieren.

4.2.2 Angebot an Weiterbildungsstellen

Assistenzärzt/innen sind grundsätzlich frei darin, wie sie ihre Weiterbildungslaufbahn gestalten. Sie können selbständig entscheiden, welchen Facharztstitel sie anstreben und zu welchem Zeitpunkt sie sich darauf festlegen wollen. Voraussetzung ist allerdings, dass sie sich erfolgreich auf diejenigen Stellen bewerben, die zur Erfüllung des Weiterbildungsprogramms erforderlich sind.

Das Angebot und der fachliche Mix an Weiterbildungsstellen setzt sich aus zwei Grössen zusammen: Erstens der Anzahl Spitalabteilungen und Arztpraxen, die als Weiterbildungsstätten anerkannt sind; zweitens der Anzahl Weiterbildungsstellen, die sie anbieten. Insgesamt können die Prozesse, die zu schweizweiten Angebot an Weiterbildungsstellen führen, als Steuerungsmechanismen mit einem potenziell regulativen Charakter verstanden werden: Sie bestimmen mit, wie viele Assistenzärzt/innen sich in welchen Fachrichtungen weiterbilden können.

Mix an Weiterbildungsstätten

Damit sich eine Spitalabteilung oder eine Arztpraxis in der Weiterbildung von Ärzt/innen engagieren kann, muss sie über ein Weiterbildungskonzept verfügen und als Weiterbildungsstätte anerkannt sein. Je nach Grösse, Einrichtung und Qualität der vermittelten Weiterbildung wird sie einer bestimmten Kategorie zugeteilt. Die entsprechenden Anerkennungen spricht das SIWF aus.

Bei der **Anerkennung von Weiterbildungsstätten** sind ausschliesslich Qualitätskriterien massgeblich. Theoretisch wäre es möglich, dass das SIWF bei Anzeichen eines Überangebots keine neuen Anerkennungen ausspricht oder bei der Erneuerung von Anerkennungen restriktiv verfährt. Einen solchen Auftrag hat das SIWF aber derzeit nicht.

Keine Handlungsmöglichkeiten hat das SIWF bei einem Unterangebot an Weiterbildungsstätten. Es kann keine Institution verpflichten, sich in der ärztlichen Weiterbildung zu engagieren. Damit stellt sich die Frage nach den **Motiven, welche medizinische Institutionen dazu bewegen, Aufgaben in der Wei-**

terbildung zu übernehmen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Spitälern einerseits und frei praktizierenden Ärzt/innen andererseits.

Traditionellerweise findet die ärztliche Weiterbildung vorwiegend an **öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern** statt. Deren Engagement kann hauptsächlich auf drei Faktoren zurückgeführt werden:

- Erstens entspricht es allgemein dem Anspruch und Selbstverständnis der Ärzteschaft, den eigenen Nachwuchs selbständig weiterzubilden und zum Facharzttitel zu befähigen. Die Wahrung dieser Autonomie setzt voraus, dass die medizinischen Institutionen sich in ausreichender Zahl an der Weiterbildung beteiligen.
- Zweitens sind Weiterbildung und Berufspraxis eng miteinander verknüpft: Die Assistenzärzt/innen belasten die Spitäler nicht nur als Weiterzubildende, sondern sind gleichzeitig Arbeitskräfte, die in den alltäglichen Abläufen eine zentrale Rolle einnehmen.
- Drittens schliesslich wurden die Kosten der ärztlichen Weiterbildung an Spitälern lange Zeit gewissermassen stillschweigend von den Kantonen und Krankenversicherern getragen.

Mit der **neuen Spitalfinanzierung** und der Umstellung auf Fallpauschalen haben sich die Rahmenbedingungen der ärztlichen Weiterbildung allerdings in wesentlichen Punkten geändert. Denn die Fallpauschalen, über welche die stationären Spitalaufenthalte vergütet werden, dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen – und damit auch die Weiterbildung – enthalten. Kosten und Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung sind damit zu einem heiss diskutierten Thema geworden. Es werden Befürchtungen geäussert, dass sich die öffentlichen Spitäler aus Kostengründen stark aus der ärztlichen Weiterbildung zurückziehen könnten. Umstritten ist dabei insbesondere, in welchem Umfang Spitäler wegen der Weiterbildung zusätzliche Kosten erwachsen oder sie umgekehrt von den Assistenzärzt/innen als eher günstigen Arbeitskräfte profitieren. Eindeutig klären lässt sich die Frage kaum, weil der Anteil der praktischen Weiterbildung sehr hoch ist und die damit verbundenen Produktivitätseinbussen nicht präzise bestimmt werden können. Dazu kommt, dass sich die Situation je nach Weiterbildungsjahr, Fachrichtung und beruflichem Umfeld unterscheiden dürfte.

Kurzfristig ist der Handlungsspielraum der Spitäler begrenzt. Ein vollständiger Verzicht auf Assistenzärzt/innen wäre aufgrund der bestehenden Strukturen und Arbeitsabläufe nicht möglich: Wegen der Restriktionen des Arbeitsgesetzes (Begrenzung der Arbeitszeit) und des beschränkten Angebots an Spitalfachärzten könnten die Assistenzärzt/innen nicht ohne weiteres ersetzt werden. Auch wenn kein akuter Abbau von Weiterbildungsstellen in Spitälern droht, ist aber nicht auszuschliessen, dass es zu einer schleichenden Reduktion oder Qualitätseinbussen kommt (Themengruppe 2012). Zur Sicherung der ärztlichen Weiterbildung an Spitälern hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektor/innen (GDK) deshalb ein Modell genehmigt, wonach der Kanton die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte mit einem Pauschalbetrag entschädigt, dessen Höhe proportional zur Zahl der Assistenzärzt/innen ausfällt und der für die Spitäler bestimmt ist. Zudem arbeitet die GDK eine Interkantonale Vereinbarung aus, die Ausgleichszahlungen von Kantonen mit unterdurchschnittlicher Weiterbildungstätigkeit zu solchen mit überdurchschnittlicher Weiterbildungstätigkeit vorsieht.

Nachdem die ärztliche Weiterbildung lange Zeit fast ganz auf das Spital konzentriert war, haben mit der Stärkung der Hausarztmedizin die Praxisassistenzen bei **frei praktizierenden Ärzt/innen** an Bedeutung gewonnen. Mitte 2014 zählte man in der Schweiz rund 170 Praxisassistenten-Stellen.¹⁹ Bei vielen dieser

¹⁹ Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin: Übersichtstabelle über Praxisassistenten in der ganzen Schweiz (<http://www.whm-fmf.ch/LinkClick.aspx?fileticket=ysE0Pfw%2fOnM%3d&tabid=528&language=de-DE>; eingesehen am 5.8.2014)

Stellen wird der grössere Teil des Lohns (häufig drei Viertel) von den Kantonen finanziert, andere Stellen werden von der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin (WHM) getragen.

Mix an Weiterbildungsstellen

In den Spitälern liegt die Kompetenz zur Genehmigung der Anzahl Assistenzarztstellen, die an einer Weiterbildungsstätte bestehen, nach Aussage der meisten Expert/innen bei der Spitaldirektion. Sie dürfte dabei wirtschaftlichen Überlegungen eine wichtige Rolle einräumen. Orientiert sich die Spitaldirektion am Status quo, so kommt faktisch den Chefärzt/innen bzw. Leiter/innen der Weiterbildungsstätten eine Schlüsselrolle zu. Wenn sie die Anzahl der Assistenzärzt/innen bestimmen, sind **funktionale Überlegungen** zentral: Es werden so viele Assistenzärzt/innen angestellt, wie für den normalen Betriebsablauf notwendig sind. Dies setzt sowohl Grenzen nach oben wie gegen unten. Nach oben lässt sich die Zahl der Assistenzärzt/innen nicht beliebig ausdehnen, ohne dass der Klinikbetrieb an Effizienz verliert. In chirurgischen Disziplinen setzt der Operationskatalog eine zusätzliche Grenze, weil die betreffenden Abteilungen nur so viele Assistenzärzt/innen anstellen können, wie die Häufigkeit und Bandbreite der Eingriffe hergeben.

Limiten nach unten bestehen nach Einschätzung einer Interviewperson insofern, als die einschlägigen Aufgaben mehreren Personen zugeteilt werden müssen, um die arbeitsgesetzlichen Vorschriften einzuhalten. Zwar wäre es grundsätzlich möglich, anstelle von Assistenzärzt/innen auch Spitalfachärzt/innen anzustellen. Sofern die Gesprächspartner/innen darauf zu sprechen kommen, äussern sie sich aber meistens zurückhaltend. Tendenziell zweifeln sie daran, dass entsprechende Stellen auf Dauer attraktiv genug wären, um in grösserem Umfang Assistenzärzt/innen durch gut qualifizierte Spitalfachärzt/innen zu ersetzen.

Die funktionale Abhängigkeit hat zur Folge, dass sich der Mix an Weiterbildungsstellen aus den Personalbedürfnissen der Weiterbildungsstätten an öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitälern ergibt, ergänzt um die Praxisassistenzen. Weicht der zukünftige Bedarf an Fachärzt/innen im stationären und ambulanten Bereich davon ab, so werden Korrekturen schwierig. Umgekehrt können veränderte Rahmenbedingungen des Spitalbetriebs dazu führen, dass die Zahl der Assistenzarztstellen steigt oder sinkt – unabhängig davon, wie es um den zukünftigen Bedarf an Fachärzt/innen bestellt ist.

Viele Expert/innen kommen in diesem Zusammenhang auf das **Arbeitsgesetz** zu sprechen: Um die 50-Stunden-Woche und die damit verbundenen Auflagen einzuhalten, hätten etliche Spitäler die Assistenzarztstellen erhöht und – mangels Nachwuchs aus den eigenen Universitäten – zu grossen Teilen mit Ausländer/innen besetzt. Dieser Ausbau hatte jedoch keinen Bezug zu objektiv festgestellten Weiterbildungsbedürfnissen. Vorausgesetzt, dass die aus dem Ausland zugewanderten Assistenzärzt/innen in der Schweiz bleiben, ist es möglich, dass dank dieser Koinzidenz in gewissen Fachrichtungen ein zukünftiger Ärztemangel verhindert oder abgeschwächt wird. Ebenso ist es aber möglich, dass in anderen Fachrichtungen ein Überangebot provoziert worden ist.

Es wäre grundsätzlich denkbar, dass mit direkten Steuerungsinterventionen versucht wird, die Zahl der Assistenzarztstellen stärker am zukünftigen Bedarf an Fachärzt/innen auszurichten (sofern dieser bekannt ist). Zum einen wäre es möglich, dass die Kantone entsprechende **finanzielle Anreize setzen** und die Schaffung von Assistenzarztstellen je nach Fachrichtung mit unterschiedlichen finanziellen Beträgen unterstützen. Dieses Vorgehen wäre insofern legitimationsbedürftig, als sich die kantonalen Vergütungen auf diese Weise nicht – wie bisher gefordert – an den objektiven Kosten der ärztlichen Weiterbildung orientieren, sondern primär ein versorgungsbezogenes Steuerungsziel verfolgen würden.

Zum anderen könnte das SIWF nicht nur die Weiterbildungsstellen als solche anerkennen, sondern die **Anerkennung zusätzlich an Vorgaben betreffend der Anzahl Assistenzarztstellen binden**. Ob die

rechtlichen Grundlagen dazu ausreichend wären oder die Weiterbildungsordnung angepasst werden müsste, ist unklar. Fest steht aber, dass sich die Rolle des SIWF damit erheblich verändern würde: Es würde von einem Organ, das primär der Qualitätssicherung verpflichtet ist, zu einer Behörde, die gleichzeitig umfangreiche Steuerungsaufgaben übernimmt.

In beiden Varianten ist allerdings in Rechnung zu stellen, dass der Steuerungseffekt insofern begrenzt wäre, als sich vom Mix an Weiterbildungsstellen nicht direkt auf den zukünftigen Mix an Facharzttiteln schliessen lässt. Denn ungefähr ein Fünftel der Weiterbildungsstellen wird von Ärzt/innen besetzt, welche den Facharzttitel in einer anderen Fachrichtung erwerben und sich das betreffende Praktikum somit für ein fachfremdes Weiterbildungsprogramm anrechnen lassen. Dieser Anteil variiert zwischen den Fachrichtungen recht stark. Während die Steuerung der Weiterbildungsstellen in gewissen Fachrichtungen einen direkten Effekt auf die Zahl der Weiterbildungstitel hätte, wäre der Zusammenhang in anderen Fachrichtungen weniger eindeutig.

4.2.3 Zugang zu Weiterbildungsstellen

Wenn es darum geht, die Zahl der Ärzt/innen in einer Fachrichtung zu begrenzen, besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit, nicht die Anzahl Weiterbildungsstellen, sondern den **Zugang zu den einschlägigen Weiterbildungsprogrammen einzuschränken**. Einzelne Fachgesellschaften, die ein Überangebot befürchten, überlegen sich solche Massnahmen oder haben in der Vergangenheit solche Massnahmen ergriffen. Entscheidend ist dabei, wie weit es den Verfechter/innen einer Reduktion gelingt, die **Kontrolle über die «Eintrittsporten» eines spezifischen Weiterbildungsprogramms zu gewinnen**. Denn grundsätzlich steht es dem Leiter und der Leiterin einer jeden Weiterbildungsstätte frei, wie viele und welche Bewerber/innen er oder sie als Assistent/innen anstellt. Die Kontrolle des Zugangs setzt somit einen Informationsaustausch unter den Weiterbildungsstätten einer jeweiligen Fachrichtung voraus.

Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Die naheliegendste Variante bilden **Weiterbildungsnetzwerke**, in denen sich die Weiterbildungsstätten einer Region zusammenschliessen, um den Assistenzärzt/innen die Planung und den Ablauf der Weiterbildung zu erleichtern. Dies setzt in der Regel auch eine Koordination der Angaben von Ärzt/innen voraus, die sich auf Assistenzstellen innerhalb des Netzwerks bewerben. Personen, die sich erfolglos bewerben, sind zwar nicht in der ganzen Schweiz, wohl aber in den regionalen Weiterbildungsstätten des betreffenden Netzwerks vom Weiterbildungsprogramm ausgeschlossen.

Bestehen keine solchen Netzwerke, müssten sich die Weiterbildungsstätten bei Bedarf **anderweitig absprechen**. In sehr kleinen Fachrichtungen mag es möglich sein, dass unter allen Beteiligten ein Konsens gefunden wird. Bei grösseren Fachrichtungen wird es schwieriger. Jedoch könnten sich beispielsweise die Weiterbildungsstätten der relativ überschaubaren A-Spitäler über die Zulassung von Bewerber/innen verständigen. Dies hat vor allem dann Wirkung, wenn das betreffende Weiterbildungsprogramm eine Assistenzzeit an einem A-Spital zwingend vorschreibt. Solche Absprachen sind unseres Wissens aktuell nicht vorhanden, werden aber in Expertengesprächen vereinzelt erwogen. Ein Nachteil dieser Lösung wäre die späte Selektion, wenn von einem A-Spital abgewiesene Bewerber/innen bereits mehrere Weiterbildungsjahre an anderen Kliniken hinter sich haben.

Schwierigkeiten bei der Zugangsbegrenzung können sich insofern ergeben, als in einer Fachrichtung unter Umständen mehr Assistenzarztstellen bestehen als zukünftige Fachärzt/innen erwünscht sind. Die Besetzung dieser Stellen durch Spitalfachärzt/innen ist nicht zwingend die optimale Lösung, weil es aus übergeordneter Perspektive durchaus angezeigt sein kann, die Weiterbildungsstelle als solche zu erhalten – nur eben nicht als «Zugangsstelle» zum betreffenden Weiterbildungsprogramm. Einzelne Fachgesellschaften

diskutieren deshalb mit dem SIWF darüber, gewisse ihrer Weiterbildungsstellen unter der Voraussetzung zu besetzen, dass die entsprechenden **Weiterbildungsjahre für einen anderen Facharztstitel angerechnet werden**. Bisher hatten die Assistenzärzt/innen die freie Wahl, für welchen Facharztstitel sie sich die jeweiligen Weiterbildungsjahre anrechnen lassen – wobei sie sich in der Zusammenstellung ihrer «Weiterbildungslaufbahn» selbstverständlich an die Vorgaben der Weiterbildungsprogramme halten müssen. Neu würde es nun Weiterbildungsjahre an gewissen Weiterbildungsstätten geben, die einzig für fachfremde Weiterbildungstitel verwendet werden dürfen.

4.2.4 Inhaltliche und formale Ausgestaltung der Weiterbildungsprogramme

Die Weiterbildungsprogramme werden von den Fachgesellschaften entwickelt und durch das SIWF gutgeheissen. Richten sie den Blick auf die mögliche Attraktivität eines Programms, so stehen den Fachgesellschaften unterschiedliche Möglichkeiten offen, diese zu beeinflussen:

■ **Anforderungsniveau:** Gewisse Qualitätsstandards vorausgesetzt, können die Fachgesellschaften das Anforderungsniveau unterschiedlich hoch ansetzen oder auch gewisse «Flaschenhälse» einbauen wie eine vorgeschriebene Anzahl von Weiterbildungsjahren in A-Spitälern – oder eben darauf verzichten. Bei chirurgischen Disziplinen spielt der Umfang des Operationskatalogs eine wichtige Rolle.

■ **Grad der Strukturierung:** Im Vergleich mit anderen Ländern sind die Weiterbildungsprogramme in der Schweiz verhältnismässig offen formuliert. Sie enthalten die Anforderungen, überlassen es aber zu grossen Teilen den jungen Ärzt/innen selber, wie sie sich das Programm konkret zusammenstellen. Dieser grosse Handlungsspielraum hat seine Vorteile – unter anderem erlaubt er den jungen Ärzt/innen, sich erst auf eine Fachrichtung festzulegen, nachdem sie im ersten und zweiten Weiterbildungsjahr viele Einblicke und Erfahrungen gewonnen haben. Auf der anderen Seite kann er aber auch als Belastung empfunden werden und die Weiterbildungszeit stark in die Länge ziehen. Von Nachteil ist dies besonders für Personen mit bedeutenden ausserberuflichen Verpflichtungen (z.B. Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen). Angesichts der «Feminisierung» der Medizin und sich auch bei Ärzten wandelnden Wertvorstellungen über das Verhältnis von Beruf und Familie können klarer strukturierte Weiterbildungsprogramme daher viel zur Attraktivität einer Fachrichtung beitragen (Buddeberg u.a. 2010; Buddeberg/Stamm 2010).

■ **Möglichkeit zur Teilzeitarbeit:** Eng mit dem obigen Punkt verbunden ist die Frage, ob ein Weiterbildungsprogramm zumindest phasenweise auf Teilzeitstellen absolviert werden kann.

Angesichts der Tatsache, dass viele Ärzt/innen – und quer durch alle Fachrichtungen – eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie wünschen, stellt sich allerdings die Frage, ob es sinnvoll und angemessen ist, diesen Aspekt als Steuerungsinstrument einzusetzen, um die Fachrichtungen unterschiedlich attraktiv zu halten. Gleichzeitig ist anzumerken, dass sich in diesem Feld ohnehin keine zentrale Steuerung etablieren lässt, weil die Programme von den einzelnen Fachgesellschaften ausgearbeitet werden. Insofern ist eher eine Konvergenz zu erwarten, indem sich die Fachgesellschaften auf die Bedürfnisse ihres Nachwuchses einstellen – es sei denn, sie verfolgten dezidierte Abgrenzungsstrategien.

4.2.5 Praktische Organisation der Weiterbildung

Die oben aufgeführten Punkte der Strukturierung von Weiterbildungsprogrammen und der Möglichkeiten zu Teilzeitarbeit haben eine stark praktische Seite: Es geht nicht allein darum, wie die Weiterbildungsprogramme definiert sind, sondern insbesondere auch darum, wie die Weiterbildung konkret organisiert ist – wie viele Teilzeitstellen zur Verfügung stehen oder wie einfach sich der «Stellenparcours» zusammenstellen lässt. Eine Interviewperson weist hier auf die wichtige Bedeutung von **Informationen und Coachings am Ende des Studiums** hin, die man ihres Erachtens stark erweitern dürfte.

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

Während der Assistenzzeit können **Weiterbildungsnetzwerke** sehr wichtige Unterstützung bieten, indem sie den Assistenzärzt/innen eine «Weiterbildungskarriere» innerhalb einer regionalen Gruppierung von Weiterbildungsstätten ermöglichen und die Planbarkeit der Weiterbildungszeit erhöhen. Für Assistenzärzt/innen mit familiären Verpflichtungen kann dabei auch eine wichtige Rolle spielen, dass sich die Mobilitätsanforderungen in Grenzen halten.

Fehlende regionale Netzwerke und Strukturen können teilweise durch das **persönliche Engagement von Vorgesetzten** ausgeglichen werden. Mehrere Expert/innen berichten davon, dass Assistenzärzt/innen mitunter froh darum sind, wenn ihnen Vorgesetzte mit einer mentorähnlichen Funktion eine «Weiterbildungslaufbahn» massschneiden, und sich auf diese Weise auch an eine Fachrichtung binden lassen.

Die einzelnen Weiterbildungsstätten spielen auch in anderen Belangen eine ganz entscheidende Rolle bei Fachrichtungswahl: Das Arbeitsklima, die Arbeitsbedingungen, die Qualität des Teachings – sie sind bei Ärzt/innen, die sich noch nicht auf eine Fachrichtung festgelegt haben, von zentraler Bedeutung. Weil diese Umfeldbedingungen aber in erster Linie vom Engagement der Weiterbildungsstättenleiter/innen abhängen, kann man kaum von einem Steuerungsfeld oder -mechanismus bezüglich des Fachärztemixes sprechen. Wir vertiefen diese Aspekte, die nicht primär auf eine Fachrichtung als Ganzes, sondern auf die einzelnen Weiterbildungsstätten bezogen sind, deshalb nicht weiter.

4.2.6 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen in der Weiterbildung

Tabelle 7 vermittelt zusammenfassend einen Überblick über die bestehenden Steuerungsmechanismen in der ärztlichen Weiterbildung. Massnahmen, welche direkt auf eine Beeinflussung des Fachärztemixes zielen, sind grau hervorgehoben.

Tabelle 7: Fachärztemix: Bestehende Steuerungsmechanismen in der Weiterbildung

Steuerungsfeld	Mechanismus/ Massnahme	Akteure	Wirkungsart	Interventionstyp	Mögliche Wirkung
Einführung neuer Facharztstitel	Einführung neuer Facharztstitel allgemein	SIWF, Fachgesellschaften	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: je nach Art des neu eingeführten Titels
	Facharztstitel «Allgemeine Innere Medizin»	SIWF, Fachgesellschaften	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen	Stärkung Grundversorgung
Angebot an Weiterbildungsstellen	Schaffung/Anerkennung von WB-Stätten allgemein	Spitalleitungen, Chefärzt/innen, Ärzt/innen in freier Praxis, Fachgesellschaften, SIWF, Kantone	Indirekt	Regulative Massnahme (bei Begrenzung); Ausbildung von Kompetenzen (bei Erweiterung)	Fachärztemix: je nach Veränderung des Mixes an WB-Stätten
	Schaffung/Anerkennung von WB-Stätten für Praxisassistenten	Hausärzt/innen, SIWF, Kantone, WHM	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen	Stärkung Grundversorgung
	Erweiterung oder Einschränkung an WB-Stellen	Spitalleitungen, Chefärzt/innen, Ärzt/innen in freier Praxis, Fachgesellschaften, SIWF, Kantone	Indirekt	Regulative Massnahme (bei Begrenzung); Ausbildung von Kompetenzen (bei Erweiterung)	Fachärztemix: je nach Veränderung des Mixes an WB-Stellen
	Arbeitsgesetz (u.a. 50-Stunden-Woche)	Bund, Kantone, Spitalleitungen	Indirekt	Regulative Massnahme	Unklar (Zunahme WB-Stellen)
Zugang zu Weiterbildungsstellen	Koordination der (Nicht-)Zulassungen unter WB-Stätten	Chefärzt/innen, WB-Netzwerke, Fachgesellschaften	Direkt (falls nicht reine Qualitätssicherung)	Regulative Massnahme	Rückgang/Stagnation in betreffender Fachrichtung
Ausgestaltung Weiterbildungsprogramme	Anheben oder Senken der Anforderungen	Fachgesellschaften, SIWF	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen	Rückgang oder Zunahme in betreffender Fachrichtung
	Grad der Strukturierung	Fachgesellschaften, SIWF	Indirekt	Anreiz	Zunahme in betreffender Fachrichtung
	Möglichkeit zu Teilzeitarbeit	Fachgesellschaften, SIWF	Indirekt	Anreiz	Zunahme in betreffender Fachrichtung
Praktische Organisation der Weiterbildung	Information und Coaching Ende Studium	Medizinische Fakultäten	Indirekt	Information und Erfahrung	Unklar
	Weiterbildungsnetzwerke	Chefärzt/innen, Fachgesellschaften	Indirekt	Information und Erfahrung; Anreiz	Zunahme in betreffender Fachrichtung

WB: Weiterbildung.
Darstellung: BASS.

4.3 Fachärztemix: Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung

Der Fachärztemix kann selbstverständlich auch durch Steuerungsinterventionen beeinflusst werden, die nicht Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sind. Diese Massnahmen stehen zwar nicht im Zentrum der vorliegenden Studie. Um die Bedeutung und das Potenzial von Steuerungsmassnahmen im Bereich der Aus- und Weiterbildung abzuschätzen, ist es aber nötig, diese mit möglichen alternativen oder ergänzenden Mechanismen zu vergleichen. Denn es würde wenig Sinn ergeben, ein Steuerungssystem im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu etablieren, wenn man mit anderen Massnahmen besser oder effizienter steuern kann – oder wenn sich umgekehrt herausstellen sollte, dass die Wirkung der Steuerungsinterventionen in der Aus- und Weiterbildung verpufft, weil es in anderen Bereichen an Steuerung mangelt.

Wir nehmen dabei der Reihe nach die folgenden Steuerungsfelder in den Blick:

- Steuerungsmechanismen bei der Zulassung zur freien Berufsausübung
- Steuerungsmechanismen beim Einkommen der Fachärzt/innen
- Steuerungsmechanismen beim Prestige von Fachrichtungen
- Steuerungsmechanismen bei der Zuwanderung von Ärzt/innen

4.3.1 Übergang in die freie Praxistätigkeit

Die Bewilligung zur eigenständigen Berufsausübung ist gewissermassen der letzte Stufe nach der Erlangung des Facharztstitels, bei der Möglichkeiten zu einer strikt regulativen Intervention bestehen – einer Massnahme also, die nicht über Information oder Anreize zu steuern versucht, sondern direkten Einfluss auf die Anzahl Fachärzt/innen nimmt und damit auch den Fachärztemix unmittelbar beeinflussen kann.

Geht man nicht vom Interventionstyp, sondern den Steuerungsabsichten aus, lassen sich beim Übergang in die Berufspraxis grundsätzlich **zwei Motive** unterscheiden:

- Erstens das Motiv, gewisse Gruppen von Fachärzt/innen dazu zu bewegen, sich in der freien Praxis zu bestätigen und damit zur Sicherung der ambulanten Versorgung beizutragen. Dabei geht es in der Regel um die Gewährleistung der Grundversorgung ausserhalb der städtischen Zentren und speziell in peripheren oder ländlichen Gebieten. Wir diskutieren Steuerungsmechanismen dieser Art deshalb in Abschnitt 4.4.
- Das zweite Motiv besteht darin, die Zahl der frei praktizierenden Spezialist/innen in gewissen Fachrichtungen zu begrenzen, um das Wachstum der Gesundheitskosten zu bremsen. Im Zentrum steht hier der Zulassungsstopp für neue Leistungserbringer, den der Bundesrat erstmals 2002 in Kraft setzte. Wir erörtern im Folgenden etwas ausführlicher, welches Steuerungspotenzial er bezüglich des Fachärztemixes hat.

Zulassungsstopp

Der seinerzeit als Übergangslösung gedachte Zulassungsstopp wurde 2002 wegen Befürchtungen eingeführt, die Inkraftsetzung des Freizügigkeitsabkommens führe zu einer «Ärztenschwemme» und damit zu einer Kostensteigerung in der Krankenversicherung. Der Zulassungsstopp galt in seiner **ursprünglichen Variante** für alle Fachrichtungen bzw. Weiterbildungstitel, indem er pro Kanton und Weiterbildungstitel eine Höchstzahl von Ärzt/innen vorschrieb, die zulasten der obligatorischen Krankenversicherung abrechnen dürfen. War diese Höchstzahl erreicht, so mussten die Ärzt/innen ohne KVG-Zulassung entweder im Spital bleiben oder ihre Praxis mit Leistungen ausserhalb der obligatorischen Krankenversicherung betreiben. Allerdings stand es den Kantonen in mehrerlei Hinsicht frei, von den Vorgaben abzuweichen: Sie konnten die Höchstzahl für einzelne Weiterbildungstitel aufheben, bei einer zu hohen Versorgungsdichte vor dem Erreichen der Höchstzahl keine neuen Leistungserbringer mehr zulassen oder umgekehrt bei

einer Unterversorgung trotz erreichter Höchstzahl von einem Zulassungsstopp absehen. Insofern bestand zumindest in der Theorie die Möglichkeit einer kantonalen Aneignung, welche nicht bloss den Status quo konservierte, sondern den Fachärztemix aktiv beeinflusste.

In einer der Verlängerungen baute der Bund 2009 selber ein **«Fachärztemix-relevantes» Element** ein, indem er die Grundversorger/innen (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktischer Arzt oder Praktische Ärztin) vom Zulassungsstopp ausnahm und gleichzeitig den ambulanten Bereich von Spitälern einschloss. Diese Version des Zulassungsstopps lief Ende 2011 aus. Nach **anderthalb «stopffreien» Jahren** ist der Zulassungsstopp **Mitte 2013 wieder in Kraft getreten**. Die neue Version umfasst wiederum sämtliche Weiterbildungstitel, überlässt den Kantonen aber erneut die Möglichkeit von besonderen Anpassungen. Gegenüber der früheren Version weist er eine entscheidende Änderung auf: Alle Leistungserbringer, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte tätig waren, sind vom Zulassungsstopp ausgenommen. Damit dient der Zulassungsstopp in erster Linie zur **Regulierung der Zuwanderung von ausländischen Ärzt/innen**.

In welchem Ausmass der «ältere» Zulassungsstopp den Fachärztemix beeinflusst hat, ist bisher nicht vertieft untersucht worden. In der Evaluation der Anfangsphase wurde festgestellt, dass alle Kantone die Zulassungsbeschränkung **pauschal auf die ganze Ärzteschaft – und nicht einzelne Weiterbildungstitel – anwandten**, weil ihnen die Grundlagen für eine differenzierte Beurteilung der Versorgungssituation fehlten. Es fiel ihnen einfacher, «die Ärzteschaft als Ganzes der Zulassungsbeschränkung zu unterstellen und im Einzelfall über Ausnahmezulassungen wegen Unterversorgung zu entscheiden, als auf Verordnungsstufe nach Fachbereichen differenzierte Zulassungsregimes auszuarbeiten» (Rüefli/Monaco 2004, S. XIV).

Die Evaluation konnte angesichts des kurzen Beobachtungszeitraums noch keine Auswirkungen auf das ambulante Versorgungswesen feststellen, zumal viele Ärzt/innen vor dem Erlass der Zulassungsbeschränkung präventiv eine Berufsausübungsbewilligung beantragt hatten. Jedoch äusserte sie die Vermutung, «dass viele in Spitälern tätige Ärzte als Alternative zur Eröffnung einer eigenen Praxis ihre Weiterbildung fortsetzen und vertiefen, um sich so zusätzliche Qualifikationen zu erwerben, welche ihre künftigen Chancen auf dem Arbeitsmarkt erhöhen. Es wird allgemein erwartet, dass dadurch die bereits bestehenden Knappheiten in der ärztlichen Grundversorgung verstärkt werden, die fachliche Spezialisierung hingegen zunimmt» (Rüefli/Monaco 2004, S. 97; vgl. auch SWTR 2007). Diese Ansicht äussern auch einzelne Expert/innen, die für die vorliegende Studie interviewt worden sind. Betrachtet man allein die verliehenen Facharztstitel, so lässt sich die These allerdings kaum erhärten – hier ist sich keine markante Veränderung zulasten der Grundversorgung festzustellen (vgl. Abschnitt 2.1.1). Eine andere Frage ist allerdings, ob längere Tätigkeiten im Spital allenfalls die Bereitschaft zur Niederlassung in der freien Praxis reduzierten.

Weitere Wirkungsanalysen der Zulassungsbeschränkungen sind nach der Evaluation der Startphase nicht mehr durchgeführt worden. Angesichts der **unsicheren Kenntnislage über die Wirkungen der Zulassungsbeschränkungen von 2002 bis 2011** ist bei Aussagen über das Steuerungspotenzial der neuen Zulassungsbeschränkung Vorsicht geboten. Fest steht, dass sie den Kantonen – hauptsächlich bei zuwandernden Ärzt/innen – das rechtliche Instrumentarium für eine Steuerung des Fachärztemixes an die Hand gibt. Ob und in welchem Ausmass dieses auch genutzt wird, steht offen. Weil die neue Regelung nach Ansicht von Jurist/innen gegen die Stillhalteklausele und allenfalls auch das Diskriminierungsverbot des Freizügigkeitsabkommens verstösst, dürfte sie zudem nach ihrer dreijährigen Laufzeit nicht mehr verlängert werden. Mehrere Kantone verzichteten zurzeit auf eine Anwendung des Zulassungsstopps, darunter Zürich, Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Glarus und Zug.

Aufhebung des Kontrahierungszwangs

Eine grundsätzlich andere Variante, den Fachärztemix zu steuern, wäre die Aufhebung des Kontrahierungszwangs. Damit würde für die Patient/innen die freie Arztwahl aufgehoben und die Stellung der Krankenkassen gestärkt, die nicht mehr verpflichtet wären, mit allen Leistungserbringern einen Vertrag abzuschliessen. Es wäre zu erwarten, dass sich dies auf den Fachärztemix und die regionale Verteilung der Ärzteschaft auswirkt. Eine zielgerichtete und wirksame Steuerung würde allerdings eine ausreichende Koordination unter den Krankenversicherern voraussetzen. Zudem wird befürchtet, dass der derart ausgelöste wirtschaftliche Druck auch die freie Wahl der Behandlung einschränken könnte.

Politisch wäre diese Lösung kaum mehrheitsfähig: Das Parlament hat die Aufhebung des Kontrahierungszwangs mehrmals abgelehnt, ebenso hat das Volk in der Abstimmung zur Managed Care-Vorlage die grosse Bedeutung der freien Arztwahl unterstrichen. Im aktuellen Entwurf zur Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes verzichtet der Bundesrat deshalb ausdrücklich auf die Option «Vertragsfreiheit» zur Steuerung der ambulanten Versorgung (Schweizerischer Bundesrat 2014).

4.3.2 Einkommen von Fachärzt/innen

Dass Art und Ausmass ärztlicher Tätigkeit – wie in anderen Berufen auch – erheblich von finanziellen Anreizen abhängen, dürfte wenig strittig sein. Schwieriger ist die Frage, in welchem Ausmass finanzielle Überlegungen bereits die Wahl einer bestimmten Fachrichtung prägen. Einschlägige Untersuchungen zeigen zwar, dass das Gehalt und die zukünftigen Einkommensmöglichkeiten durchaus eine Rolle spielen, warnen aber auch davor, diese isoliert zu betrachten (vgl. Abschnitt 3.1.2). Gerade in der jüngeren Generation von Ärzt/innen und gerade bei Ärzt/innen mit Interesse an der Hausarztmedizin kommen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie der Planbarkeit und dem Umfang der Arbeitsarbeitszeit eine vergleichbare, wenn nicht grössere Bedeutung zu.

Finanzielle Anreize, die für unterschiedliche Fachärzt/innen unterschiedliche Auswirkungen haben sollen, müssen fast zwingend über die **Tarifsysteme** erfolgen, mit denen die Ärzt/innen ihre Leistungen abrechnen. Bei den frei praktizierenden Ärzt/innen sind dies hauptsächlich der Tarmed sowie die Labor- und Medikamententarife. Vor allem Fachärzt/innen in chirurgischen Spezialdisziplinen generieren zudem einen beträchtlichen Anteil ihres Einkommens durch Honorare aus Privat- und Halbprivatversicherungen. Derart begründete Einkommensunterschiede lassen sich durch Veränderungen von Tarifsystemen, die in der Grundversorgung relevant sind, nur sehr bedingt ausgleichen.

Ansatzpunkte im **Tarmed** bilden zum einen die eigentliche Tarifstruktur – d.h. die Definition und Abgrenzung der einzelnen Leistungen –, zum anderen die Taxpunkte, mit denen diese Leistungen bewertet werden. Ein gewisser Handlungsspielraum besteht auch bei den Dignitäten, d.h. fachlichen Qualifikationen, die darüber entscheiden, welche Leistungen ein Arzt oder eine Ärztin abrechnen darf. Sollen Veränderungen des Tarifsystems einen Einfluss auf den Fachärztemix haben, so müssen sie präzise diejenigen Leistungen betreffen, welche von den gewissen Fachärzt/innen häufig und von anderen selten bis nie verwendet werden. Bei den Dignitäten ist diese Verbindung gewissermassen definitionsgemäss gegeben, weil die Dignitäten über Facharztstitel, Schwerpunkte und Fähigkeitsausweise bestimmt werden.

Die Kompetenz, den Tarmed zu revidieren, liegt in erster Linie bei den vier Tarifpartnern – der FMH, dem Spitalverband H+, der Medizinaltarifkommission (MTK) und Santésuisse als Verband der Krankenversicherer. Können sich diese nicht einigen, so ist subsidiär der Bundesrat befugt, Änderungen des Tarmed anzuordnen. Er hat eine solche Änderung auf Mitte 2014 verfügt, um **die Grundversorger/innen um 200 Mio. Franken zu stärken**. Diese Massnahme bildet gleichzeitig einen Teil des Masterplans Hausarztmedizin. Parallel dazu arbeitet eine tripartite Kommission (FMH, H+, MTK) an einer **Gesamtrevision des Tarmed**.

Seitens der FMH wird der bundesrätliche Eingriff in die Tarifstruktur gerade deswegen kritisiert, weil es sich um eine Steuerungsmassnahme handle. Damit werde die gesetzliche Auflage verletzt, dass der Tarmed in erster Linie eine sachgerechte und betriebswirtschaftliche Vergütung spezifischer Leistungen zu gewährleisten habe. Auch sind nach Ansicht der FMH nicht nur die Grundversorger/innen, sondern auch weitere Spezialfachgebiete und Spezialtätigkeiten unterfinanziert. Die FMH stellt in Aussicht, dass es bei der Gesamtrevision des Tarmed aufgrund betriebswirtschaftlicher und medizintechnischer Anpassungen automatisch zu Umverteilungen von Taxpunktvolumina kommen werde, welche die Arbeiten und Tätigkeiten der Grundversorger/innen korrekter abbilden würden (Gähler 2013).

Ebenfalls Teil des Masterplans Hausarztmedizin bildet die Revision der **Labortarife**, nachdem die Reduktion der Taxwertpunkte für Laboranalysen in den hausärztlichen Praxislabors 2006 und der revidierte Labortarif 2009 die Einkommen der Hausärzt/innen geschmälert hatten. Im Projekt «transAL», das die Struktur der Analyzeliste überarbeitet, wurden deshalb die Arbeiten am Kapitel für «schnelle Analysen» vorgezogen. Die Tarifierung für das neue Kapitel sieht einen Mehrertrag für die Praxislabors von rund 35 Mio. Franken vor.

4.3.3 Prestige einer Fachrichtung

Mehrere Expert/innen vermuten, dass das Prestige einer Disziplin bei der Fachrichtungswahl eine Rolle spielt; teilweise weisen auch Untersuchungen in diese Richtung (Buddeberg u.a. 2008). Dabei sind zwei Aspekte zu unterscheiden: Zum einen das Ansehen in der breiten Öffentlichkeit, zum anderen das Prestige unter den «peers» und Fachkolleg/innen. Während das öffentliche Image bereits bei einer sehr frühen Fachrichtungswahl – und womöglich sogar beim Entscheid für das Medizinstudium – eine Rolle spielen kann, dürfte das Prestige innerhalb der Ärzteschaft vor allem bei Fachrichtungsentscheidungen zum Zug kommen, die später im Studium oder in der Weiterbildungsphase gefällt werden.

Beide Formen des Prestiges sind schwierig zu steuern, werden aber in den Expertengesprächen gleichwohl erwähnt. Bezüglich des **öffentlichen Images** wird mitunter die Sorge geäussert, dass die Medienberichterstattung über die Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten in der Hausarztmedizin dem Image der Grundversorger/innen wenig zuträglich ist. Einzelne Expert/innen weisen in einer Mischung von Amüsement und Machtlosigkeit darauf hin, dass kaum etwas das Image des Arztberufs und einzelner Disziplinen so stark prägen wie TV-Serien. Diese Eindrücke werden durch Beobachtungen aus US-amerikanischen Spitälern bestätigt, die Mitte der 1990er-Jahre nach dem Start von «Emergency Room» einen sichtlichen Anstieg von Immatrikulationen in der Notfallmedizin registrierten (Tschudi 2009, S. 160).

Bezüglich des **Prestiges innerhalb der Ärzteschaft** dürften nicht zuletzt die akademische Verankerung, Forschungstätigkeit und die Positionierung von Fachrichtungen in der medizinischen Ausbildung von Bedeutung sein. Für die Grundversorgung sind hier die Institute für Hausarztmedizin an den Medizinischen Fakultäten ein zentrales Element. Auch hat die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK) im Rahmen des Masterplans ein Programm zur Errichtung tragfähiger akademischer Strukturen in der Hausarztmedizin verabschiedet. Selbstverständlich zielen diese Massnahmen nicht primär auf eine Steigerung des Prestiges, sondern stärken das wissenschaftliche Element der Hausarztmedizin und unterstreichen die Bedeutung ihres Beitrag an die Lehre. Aus der Perspektive der Fachrichtungswahl, die hier im Zentrum steht, können sie aber wichtige Effekte auf das Image und die Wahrnehmung der Hausarztmedizin durch Studierende und junge Ärzt/innen haben. Dass solche Effekte aber schwierig zu steuern sind und allein die Massnahmen nicht legitimieren würden, versteht sich von selbst – es handelt sich um indirekte Wirkungen.

4.3.4 Zuwanderung von Ärzt/innen

Soweit es bei Steuerung des Fachärztemixes um eine Bekämpfung eines Überangebotes an Fachärzt/innen geht, äussern mehrere Expert/innen die Sorge, dass solche **Steuerungsbemühungen angesichts der Zuwanderung von ausländischen Ärzt/innen fruchtlos seien**. Es sei widersprüchlich, auf der einen Seite die eigene Nachwuchsförderung zu lenken und auf der andern Seite bei der Zuwanderung von Ärzt/innen aus dem Ausland auf eine Steuerung zu verzichten.

Gemäss der Personenfreizügigkeit zwischen der EU und der Schweiz sind Ärzt/innen aus dem EU-Raum in ihrer Berufsausübung grundsätzlich Schweizer Ärzt/innen gleichgestellt. Ihre Diplome und Weiterbildungstitel sind auch in der Schweiz anerkannt. Innerhalb dieses Rahmens besteht allerdings ein gewisser Handlungsspielraum:

■ **Pflichtzeit an Schweizer Weiterbildungsstätten für Facharzttitel:** Die Fachgesellschaften können die Vergabe von Weiterbildungstiteln davon abhängig machen, dass die Kandidierenden einen Teil der Weiterbildung in der Schweiz absolviert haben (häufig zwei Jahre). Teilweise wird diskutiert, solche Anforderungen auch für Schwerpunkte zu erheben. Solche Massnahmen dienen allerdings in erster Linie der Qualitätssicherung. Sie können unter Umständen eine gewisse prohibitive Wirkung haben, erlauben aber kaum eine aktive Steuerung des Fachärztemixes. Zudem berichten mehrere Expert/innen davon, dass die Anforderungen der hiesigen Weiterbildungsprogramme vereinzelt umgangen würden, indem die betreffenden Ärzt/innen den Weiterbildungstitel in ihrem Herkunftsstaat erwerben und anschliessend über eine Äquivalenz wieder in die Schweiz zurückkehren würden.

■ **Pflichtzeit an Schweizer Weiterbildungsstätten für Aufnahme in Fachgesellschaft:** Die Fachgesellschaften können die Aufnahme in die Fachgesellschaft davon abhängig machen, dass eine gewisse Zeit der Weiterbildung in der Schweiz verbracht wurde. Eine solche Anforderung stellt beispielsweise die Fachgesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Eigentliche Steuerungsmöglichkeiten eröffnen sich damit allerdings nicht, eher werden auf diese Weise Standards gesetzt und nach aussen manifestiert. Das Vorgehen hat zudem zur Konsequenz, dass die Fachgesellschaft eine beachtliche Minderheit der betreffenden Fachärzt/innen nicht mehr repräsentiert.

■ **Aktuelle Variante des Zulassungsstopps:** Die aktuelle Version des Zulassungsstopps gibt den Kantonen grundsätzlich ein Instrument in die Hand, die Erteilung von Berufsausübungsbewilligungen nach Facharzttiteln zu steuern. Weil alle Fachärzt/innen mit drei Jahren Weiterbildung vom Zulassungsstopp ausgenommen sind, funktioniert dieses Instrument vor allem bei der Zuwanderung. Nicht zuletzt, weil sie in rechtsstaatlicher Hinsicht kontrovers diskutiert wird, dürfte diese Version des Zulassungsstopps allerdings kaum von Dauer sein. Der Entwurf der KVG-Teilrevision betreffend Steuerung des ambulanten Bereichs sieht eine gesetzliche Verankerung des Zulassungsstopps ohne die Ausnahmeklausel für Personen mit dreijähriger Weiterbildung in der Schweiz vor.

4.3.5 Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung

Tabelle 8 vermittelt zusammenfassend einen Überblick über die bestehenden Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung. Massnahmen, welche direkt auf eine Beeinflussung des Fachärztemixes zielen, sind grau hervorgehoben.

Tabelle 8: Fachärztemix: Bestehende Steuerungsmechanismen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung

Steuerungsfeld	Mechanismus/ Massnahme	Akteure	Wirkungsart	Interventionstyp	Mögliche Wirkung
Übergang in die freie Praxistätigkeit	Zulassungsstopp	Bund, Kantone	Direkt	Regulative Massnahme	Fachärztemix: Veränderung je nach Handhabung; Stärkung Grundversorgung (2009-11)
Einkommen von Fachärzt/innen	Revision Tarifsysteme allgemein	Bund, FMH, H+, MTK, Santésuisse	Indirekt	Anreiz	Fachärztemix: Abhängig von Auswirkungen auf einzelne Fachrichtungen
	Revision Tarmed	FMH, H+, MTK, Santésuisse, Bundesrat	Indirekt und direkt (Bundesrat)	Anreiz	Stärkung Grundversorgung, evtl. auch andere Fachrichtungen
	Revision Labortarife («transAL»)	Bund	Indirekt	Anreiz	Stärkung Grundversorgung
Prestige	Akademische Veranstaltung Hausarztmedizin	Kantone, SUK	Direkt	Ausbildung von Kompetenzen; Information und Erfahrung	Stärkung Grundversorgung
Zuwanderung von Ärzt/innen	Pflichtzeit an schweiz. WB-Stätten für eidg. Facharztstitel	Fachgesellschaften, SIWF	Indirekt	Ausbildung von Kompetenzen	Fachärztemix: Weniger eidg. Facharztstitel in betreffender Fachrichtung
	Pflichtzeit an schweiz. WB-Stätten für Aufnahme in Fachgesellschaft	Fachgesellschaften	Direkt	Regulative Massnahme	Fachärztemix: unklar
	Ausnahme von Zulassungsstopp bei schweiz. Pflichtzeit an WB-Stätten	Bundesrat, Kantone	Direkt	Regulative Massnahme	Fachärztemix: Veränderung je nach Handhabung

Darstellung: BASS.

4.4 Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung

Steuerungsmechanismen, welche die geographische Verteilung der Ärzteschaft beeinflussen, sind grundsätzlich in denselben Bereichen und Feldern verortet wie solche mit Auswirkungen auf den Fachärztemix. Bei gewissen Steuerungsmechanismen sind die beiden Aspekte – regionale und fachliche Verteilung – sehr eng miteinander verbunden, andere wiederum sind klar auf einen Aspekt beschränkt. Um Wiederholungen zu vermeiden, behandeln wir die Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung im Folgenden relativ summarisch. Wir unterscheiden dabei sechs Bereiche und Steuerungsfelder:

- Steuerungsmechanismen in der Aus- und Weiterbildung
- Steuerungsmechanismen beim Übergang in die freie Praxistätigkeit
- Steuerungsmechanismen bei den Arbeitsbedingungen in freier Praxistätigkeit
- Steuerungsmechanismen bei der Lebensqualität in freier Praxistätigkeit
- Steuerungsmechanismen beim Einkommen von Fachärzt/innen

Aus- und Weiterbildung

Die Tatsache, dass sich Ärzt/innen häufiger in städtischen Gebieten und in der Agglomeration als auf dem Land niederlassen, ist keine Besonderheit dieses Berufsstands, sondern entspricht dem Verhalten vieler Bevölkerungsschichten. Nach Einschätzung mehrerer Expert/innen kommt hinzu, dass viele Ärzt/innen während des Medizinstudiums eine wichtige Lebensphase in einer grösseren Stadt verbracht haben. Insofern ist der unvermeidbare Sachverhalt, dass das Medizinstudium an einer Universität stattfindet, für sich genommen bereits eine Art «indirekter Steuerungsmechanismus»: Er beeinflusst die spätere Wahl des Praxisstandorts.

Gezielte Gegenmassnahmen, wie sie aus anderen Ländern bekannt sind, gibt es unseres Wissens zurzeit während der Phase der Aus- und Weiterbildung nicht (z.B. finanzielle Anreize, Förderprogramme mit Verpflichtung zur Praxistätigkeit im unterversorgten Regionen; vgl. Berchtold u.a. 2014). Dies schliesst nicht aus, dass einzelne Chefärzt/innen, die Assistenzärzt/innen bei der Planung ihrer Weiterbildung beraten, auf solche Aspekte Wert legen und gezielt Weiterbildungsstellen in Randregionen vermitteln. Von Steuerung kann man hierbei jedoch nicht sprechen, weil allein das individuelle Verhalten ausschlaggebend bleibt.

Ansätze zu einer koordinierten Vermittlung von Weiterbildungsstellen in ländlichen Regionen dürfte es am ehesten in Weiterbildungsnetzwerken geben. Auch hier sind aber in erster Linie die Bedürfnisse der beteiligten Weiterbildungsstätten ausschlaggebend und spielen Lücken in der ambulanten Versorgung vermutlich nur eine untergeordnete Rolle. Das grösste Potenzial, junge Ärzt/innen während der Weiterbildungszeit in ländlichen Gebieten einzusetzen, haben sicherlich die **Praxisassistenzen**. Nachdem sich herausgestellt hat, dass diese nicht auf eine unbegrenzte Nachfrage stossen, besteht allerdings diesbezüglich ein Dilemma: Wird darauf Wert gelegt, dass Ärzt/innen in Weiterbildung eine Praxisassistentz in ländlichen Gebieten absolvieren, so verliert dieses Instrument an Attraktivität.

Übergang in die freie Praxistätigkeit

Die Eröffnung oder Übernahme einer Praxis verlangt unternehmerisches Denken und ist mit finanziellen Risiken verbunden. In den Expertengesprächen herrscht weitgehend Einigkeit, dass die Bereitschaft der jüngeren Ärztegeneration, den Schritt in die Selbständigkeit zu wagen, abgenommen hat. Dafür werden unterschiedliche Gründe angeführt: Zum einen objektiv gestiegenen Risiken und grössere Schwierigkeiten, finanzielle Garantien zu erhalten, zum anderen ein subjektiv schwindender «Unternehmergeist» der jüngeren Ärzt/innen. Letzteres dürfte mit dem verbreiteten Wunsch nach Teilzeitarbeit oder stärker geregelten Arbeitszeiten zusammenhängen, die in einem Spannungsverhältnis zur Übernahme oder Gründung von Einzelpraxen stehen. Die Gründung von Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen – unter jüngeren Ärzt/innen mit Abstand die beliebteste Praxisform (vgl. Abschnitt 3.2) – käme diesen Bedürfnissen entgegen, ist aber ein komplexes Unterfangen.

Dieser Sachverhalt eröffnet **Kantonen und Gemeinden** die Möglichkeit, gezielte Anreize zu setzen: Gerade für periphere Gebiete kann es ein entscheidender Standortvorteil sein, wenn sie **Ärztinnen und Ärzten in der Praxisgründung unterstützen** und dazu beitragen, die finanziellen Risiken zu senken. Mögliche Massnahmen sind beispielsweise die Vergabe zinsgünstiger Darlehen, Kauf und Vermietung von geeigneten Räumlichkeiten, Subventionierung von Mieten oder Unterstützung bei der Standortsuche. Auch kann es von grossem Vorteil sein, wenn es einen festen Ansprechpartner oder gar eine Anlaufstelle für niederlassungswillige Ärzt/innen gibt (vgl. GDK 2011).

Arbeitsbedingungen in freier Praxistätigkeit

Eng mit der Praxiseröffnung verbunden sind Fragen der Organisation ärztlicher Berufstätigkeit. Die Bedürfnisse junger Ärzt/innen nach einem ausgeglicheneren Verhältnis von Beruf und Privatleben stellen gerade Randregionen vor grosse Herausforderungen. **Gemeinden und Kantone** können hier aktiv Modelle mitentwickeln, die Arbeit im Angestelltenverhältnis, geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit und Arbeit im Team ermöglichen – beispielsweise in **Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren**, in denen verschiedene Leistungserbringer unterschiedlicher Gesundheitsberufe zusammengeschlossen sind.

Mit solchen Praktiken betreten sie nicht völliges Neuland: Etliche Gemeinden und Kantone sind bereits in dieser Richtung aktiv. Sowohl von Seiten der Ärzteschaft wie auch der Kantone sind Bestrebungen im Gang, entsprechende Erfahrungen auszutauschen und Beispiele guter Praxis zu formulieren (vgl. GDK 2011; Sager/Rüefli/Wälti 2010). Ein wichtiges Element bildet dabei auch die Organisation des Notfalldienstes, der gerade in peripheren Gebieten eine erhebliche Belastung der Hausärzt/innen bedeuten kann (GDK 2006; GDK 2008).

Lebensqualität in freier Praxistätigkeit

Neben den Arbeitsbedingungen im engeren Sinn dürften die allgemeinen Lebensbedingungen eine zentrale Rolle spielen, wenn Ärzt/innen sich überlegen, wo sie sich für die freie Praxis niederlassen. Dazu gehören beispielsweise die Arbeitsgelegenheiten für den Partner oder die Partnerin, die Möglichkeiten familienergänzender Kinderbetreuung, das schulische Angebot oder auch die verkehrstechnische Erschliessung.

Es versteht sich von selbst, dass solche Strukturen nicht allein mit Blick auf die medizinische Grundversorgung geschaffen werden können und dies auch nicht in das engere Aufgabenfeld kantonaler Gesundheitsdirektor/innen fällt. Die gesundheitspolitischen Verantwortlichen können jedoch im Rahmen anderer oder übergeordneter Projekte (z.B. Standortförderung, Bildungs- und Familienpolitik) solche Anliegen unterstützen und unterstreichen, dass sie nicht zuletzt für die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung von Bedeutung sind.

Einkommen von Fachärzt/innen

Der Tarmed hat insofern eine regionale Komponente, als sich die Taxpunktwerte von Kanton zu Kanton unterscheiden. Zusätzlich wäre es möglich, den **Tarmed so auszugestalten, dass er danach differenziert, in welcher Region eine Leistung erbracht worden ist** und somit finanzielle Anreize für eine Praxistätigkeit in ländlichen oder peripheren Gebieten setzt. Die Kompetenz, solche Anpassungen vorzunehmen, liegt bei den Tarifpartnern oder subsidiär beim Bundesrat (vgl. «Einkommen von Fachärzt/innen» in Abschnitt 4.3.2).

An den «Runden Tischen», welche die KVG-Teilrevision zur Steuerung des ambulanten Bereichs diskutierten, ist eine solche Lösung allerdings abgelehnt worden (Schweizerischer Bundesrat 2014). Dies im Wesentlichen mit vier Argumenten: Erstens, dass es ausgesprochen schwierig sei, einen mit Steuerungszielen begründeten Preis für eine Leistung in einer bestimmten Region festzulegen. Zweitens müsste dieser Preis aufgrund der Versorgungslage regelmässig neu beurteilt werden. Die kontinuierlichen Anpassungen dürften zu einer Verunsicherung der Leistungserbringer führen, zumal die Tarifanpassungen kostenneutral erfolgen müssten. Drittens wären Fehlanreize zu befürchten, weil die regional differenzierten Tarife Patient/innen in Randregionen dazu verleiten könnten, sich kostengünstiger in der Stadt versorgen zu lassen. Viertens wird grundsätzlich festgehalten, dass eine auf rein regionalpolitischen Zielsetzungen beruhende Taxpunktwerterhöhung nicht mit dem gesetzlich verankerten Grundsatz vereinbar sei, wonach die Tarife nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu bemessen sind.

Dies schliesst allerdings nicht aus, dass die **Kantone und Gemeinden** gewisse **finanzielle Anreize** setzen, um die medizinische Grundversorgung in Randgebieten sicherzustellen. Dazu gehören beispielsweise finanzielle Entschädigungen für den Notfalldienst und Pikettdienste, Wartgelder, Entschädigungen für nichteinbringbare Honorare, Unterstützung bei der Finanzierung der Praxisassistenten, vorübergehende Steuererleichterungen oder die bereits erwähnten Anschubfinanzierungen bei der Praxiseröffnung (GDK 2011; Sager/Rüefli/Wälti 2010).

Tabellarische Übersicht der Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung der Ärzteschaft

Tabelle 9 vermittelt zusammenfassend einen Überblick über die bestehenden Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung der Ärzteschaft. Massnahmen, welche direkt auf eine Beeinflussung des Fachärztemixes zielen, sind grau hervorgehoben.

Tabelle 9: Bestehende Steuerungsmechanismen zur geographischen Verteilung

Bereich/ Steuerungsfeld	Mechanismus/ Massnahme	Akteure	Wirk- ungsart	Interventionstyp	Mögliche Wirkung
Aus- und Weiterbildung	Medizinstudium: Lebensmittelpunkt in Universitätsstadt	---	Indirekt	---	Geringere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land
Übergang in freie Praxistätigkeit	Reduktion der finan- ziellen Risiken bei Praxisgründung	Gemeinden, Kantone	Direkt	Anreiz	Grössere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land
Arbeitsbedingungen in freier Praxistätig- keit	Förderung von Ge- meinschaftspraxen, Gesundheitszentren u.a.	Gemeinden, Kantone	Direkt	Anreiz	Grössere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land
	Organisation Notfall- dienst	Ärztegesellschaften, Spitäler	Direkt	Anreiz	Grössere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land
Lebensqualität in freier Praxistätigkeit	Infrastruktur, Kinder- betreuung u.a.	Gemeinden, Kantone	Indirekt	Anreiz	Grössere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land
Einkommen von Fachärzt/innen	Entschädigungen für höhere Arbeitsbelas- tung (z.B. Notfall- dienste, Pikett) oder Einkommensausfälle (z.B. nicht einbring- bare Honorare), Steuererleichterun- gen	Gemeinden, Kantone	Direkt	Anreiz	Grössere Bereitschaft zu Praxiseröffnung auf Land

Darstellung: BASS.

4.5 Fazit

Im vorliegenden Kapitel sind die Steuerungsmechanismen dargestellt worden, die entweder in der Absicht implementiert worden sind, direkt die fachliche oder regionale Verteilung der Ärzteschaft zu beeinflussen, oder bei welchen denkbar wäre, dass sie indirekt solche Folgen haben. Das abschliessende Fazit stellt drei Fragen ins Zentrum:

- Erstens: Sind in der Schweiz ausreichende Datengrundlagen für eine allfällige Steuerung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft vorhanden?
- Zweitens: In welchem Ausmass sind bisher Massnahmen ergriffen worden, welche direkt darauf zielen, die fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft zu verändern? In welchen Bereichen (Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung) sind diese Massnahmen verankert und auf welche Art und Weise funktionieren sie (Interventionstyp)?

■ Drittens: Angenommen, man möchte die fachliche und regionale Verteilung der Ärzteschaft stärker und genauer steuern als bisher: Wie gut wäre das bestehende System der ärztlichen Weiterbildung dafür geeignet?

Grundlagen zur Steuerung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft

Zunächst ist nochmals in Erinnerung zu rufen: Gesamtschweizerisch fehlen zuverlässige Kennzahlen zur medizinischen Versorgung, die es erlauben würden, die fachliche und geographische Verteilung der Ärzteschaft präziser zu steuern (vgl. Abschnitt 2.3). Diese **fehlenden Steuerungsgrundlagen** haben nicht allein mit Datenlücken oder mangelnder Datenqualität zu tun. Vollständig objektive Kennzahlen und Schwellenwerte lassen sich nicht definieren, weil die zukünftige Entwicklung der Versorgungslage von komplexen Faktoren abhängt. Dazu gehören die Arbeitspensen der Ärzt/innen, ihre Altersstruktur, die Zusammensetzung der Bevölkerung, der medizinisch-technische Fortschritt oder die Frage, in welchen Versorgungsmodellen ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe zusammenarbeiten.

Angesichts der unvermeidbaren Unschärfe ist die Bereitschaft der gesundheitspolitischen Akteure notwendig, um in einem konsensuellen Verfahren solche Datengrundlagen zu erarbeiten und Schwellenwerte der Unter- und Überversorgung zu bestimmen. Entsprechende Anstrengungen wären sehr zu begrüßen. Sie bilden kein Präjudiz für konkrete Steuerungsmassnahmen, sondern können unabhängig davon unternommen werden. Zudem zeigt die Erfahrung der vergangenen Jahre, dass Diskussionen über die regionale und fachliche Verteilung unvermeidbar sind und auch dann geführt werden, wenn ein systematisches Monitoring und entsprechende Schwellenwerte fehlen.

Weil Methoden und Schwellenwerte nicht vollständig objektiv bestimmt werden können, ist es wichtig, dass sie in einem **partizipativen Verfahren** bestimmt werden. Sie setzen einen Willen zum Dialog voraus, der gleichzeitig eine wichtige Basis für ein gemeinsames Handeln bei einer allfälligen Steuerung der fachlichen oder regionalen Verteilung der Ärzteschaft schaffen könnte.

Bestehende explizite Steuerungsmechanismen

Trotz der lückenhaften Informationslage sind Fragen zur fachärztlichen Über- oder Unterversorgung in den letzten fünfzehn Jahren ebenso intensiv diskutiert worden sind wie mögliche Massnahmen zur Gegensteuer. Inwieweit kann man nun aber von einer eigentlichen Steuerung der fachlichen und regionalen Verteilung der Ärzteschaft sprechen? Welche Ziele verfolgt sie und in welchen Bereichen und mit welchen Mitteln findet sie statt?

Sofern bei der Bestandesaufnahme der Steuerungsmechanismen direkte Interventionen identifiziert worden sind, verfolgen sie hauptsächlich ein Ziel: die **Stärkung der Grundversorgung und Hausarztmedizin**. Im Bereich der *ärztlichen Weiterbildung*, die im Fokus der vorliegenden Studie steht, wurden zu diesem Zweck vor allem zwei Massnahmen ergriffen: Erstens die Schaffung des Weiterbildungstitels «Allgemeine Innere Medizin» (mit Curriculum Hausarzt) und zweitens die Einführung der Praxisassistenten.

Parallel dazu gab es in anderen Bereichen Interventionen, die demselben Ziel dienen: In der *Ausbildung* sind dies die Gründung der Institute für Hausarztmedizin, die Einführung von Praktika in Hausarztpraxen, die stärkere Präsenz der Hausarztmedizin in der Ausbildung und die Überarbeitung des Lernzielkatalogs. *Ausserhalb von Aus- und Weiterbildung* werden mit der Revision des Tarmed und von Labortarifen finanzielle Anreize gesetzt, welche die Grundversorgung stärken. Zudem eröffnet der Zulassungsstopp den Kantonen zumindest theoretisch die Möglichkeit, den Fachärztemix zugunsten der Grundversorgung zu steuern.

Den Interventionen im Bereich der Aus- und Weiterbildung ist gemeinsam, dass sie primär auf die Vermittlung von Informationen und Erfahrungen sowie die Ausbildung von Kompetenzen setzen. In die Entscheidungsfreiheit der angehenden Fachärzt/innen greifen sie nicht ein, auch verändern sie Anreizstrukturen nur sehr bedingt. Anders verhält es sich bei den Massnahmen ausserhalb der Aus- und Weiterbildung, die stärker auf finanzielle Anreize und – mit dem Zulassungsstopp – regulative Massnahmen setzen.

Weniger prominent diskutiert als die Herausforderungen im Bereich der Grundversorgung werden mögliche **Tendenzen der Überversorgung in gewissen Spezialdisziplinen**. Dieses Thema wird vor allem von einzelnen Fachgesellschaften, teilweise auch von gewissen Kantonen aufgebracht – wobei letztere weniger den konkreten Fachärztemix als die allgemeine Entwicklung der Arztezahlen im ambulanten Bereich im Auge haben. Die Fachgesellschaften ziehen dabei in Erwägung, den Zugang zur *Weiterbildung* stärker zu kontrollieren und durch die Anhebung von Qualitätskriterien einzugrenzen (und haben dies in der Vergangenheit teilweise schon getan). Diese Massnahmen haben somit einen regulativen Charakter. Beim *Übergang in die freie Praxis* ist erneut der Zulassungsstopp als regulative Massnahme zu erwähnen.

Direkte Massnahmen zur **Steuerung der regionalen Verteilung der Ärzteschaft** konzentrieren sich auf den Bereich ausserhalb von Aus- und Weiterbildung. Handlungsansätze auf Bundesebene gibt es dabei nur in sehr begrenztem Umfang, ausschlaggebend bleibt die Initiative der Kantone und Gemeinden, allenfalls auch von kantonalen Ärztesgesellschaften. Dabei geht es primär um die Ausgestaltung von Anreizstrukturen. Sie verfolgen das Ziel, die Arbeitsbedingungen und die Einkommenschancen der Praxistätigkeit in ländlichen oder peripheren Gebieten attraktiver zu machen.

Potenziale für eine stärkere Steuerung

Sofern die Verteilung der Ärzteschaft in der ärztlichen Weiterbildung gesteuert wird, handelt es sich um Mechanismen, die auf die Ausbildung von Kompetenzen sowie die Vermittlung von Erfahrung und Information setzen. Diese Interventionstypen eignen sich nicht oder nur sehr bedingt für Steuerungseingriffe, die kurz- bis mittelfristig Wirkung zeigen sollten. Typischerweise zielen sie denn auch nicht auf ein «Finetuning» einzelner Fachrichtungen, sondern in einem generellen Sinn auf eine Stärkung der Hausarztmedizin. Die Massnahmen ergeben Sinn vor dem Hintergrund eines Gegensatzes zwischen Spezialist/innen und Grundversorger/innen und der Problematik, dass letztere im spitalmedizinzentrierten Aus- und Weiterbildungssetting lange Zeit wenig präsent waren.

Neben direkten Steuerungsmechanismen wurden in der Bestandesaufnahme zahlreiche indirekte Steuerungsmechanismen identifiziert. Inwieweit wäre es nun denkbar, bei diesen anzuknüpfen und **sie aktiv für Steuerungsinterventionen zu nutzen, die stärker regulativen Charakter besitzen** und geeignet wären, auf eine medizinische Über- oder Unterversorgung in einzelnen Disziplinen oder Regionen zu reagieren? Aufgrund der Expertengespräche sowie der Literatur- und Dokumentenanalyse sind Erfolgchancen und Effizienz solcher Eingriffe eher zurückhaltend zu beurteilen. Die Analyse der aktuellen – direkten und indirekten – Steuerungsmechanismen lässt Zweifel aufkommen, dass das bestehende System der ärztlichen Weiterbildung für eine solche zentrale und potenziell regulative Steuerung geeignet wäre. Dies aus mehreren, teilweise miteinander verflochtenen Gründen:

■ **Funktionale Bestimmung des Angebots an Weiterbildungsstellen:** Für eine Steuerung wäre es notwendig, dass die Anzahl und der Mix an Weiterbildungsstellen aufgrund des zukünftigen Bedarfs an Fachärzt/innen bestimmt werden kann. Dies ist im bestehenden System der Weiterbildung nur in sehr begrenztem Mass möglich. Weil die Weiterbildung hauptsächlich an öffentlichen und öffentlich-subventionierten Spitälern stattfindet und sehr stark praxisbezogen ist, richtet sich das Angebot an Weiterbildungsstellen in erster Linie nach den funktionalen Bedürfnissen der Weiterbildungsstätten: Es werden

so viele Assistenzärzt/innen angestellt, wie man zur Aufrechterhaltung des Normalbetriebs braucht. Fraglich ist in diesem System insbesondere, ob damit auch der zukünftige Bedarf an Fachärzt/innen im ambulanten Bereich angemessen abgedeckt wird.

■ **Freiheit in der individuellen Ausgestaltung der Weiterbildungslaufbahnen:** Die Weiterbildungsprogramme sind in der Schweiz verhältnismässig offen strukturiert, die jungen Ärzt/innen haben einen beträchtlichen Spielraum bei der persönlichen Gestaltung ihrer Weiterbildungskarrieren. Sie können im Prinzip auch frei wählen, zu welchem Zeitpunkt sie sich auf eine Fachrichtung festlegen. Damit wird eine Steuerung des Fachärztmixes während der Weiterbildung schwierig. Sie muss fast zwangsläufig zu einem späten Zeitpunkt in der Weiterbildungslaufbahn einsetzen.

■ **Fehlende zentrale Instanz mit versorgungsbezogenen Steuerungskompetenzen:** Die Konzeption und Durchführung der ärztlichen Weiterbildung liegt zu grossen Teilen in der Hand der Fachgesellschaften. Es wäre nicht zweckmässig, dass diese aus eigener Initiative eine Steuerung der ärztlichen Weiterbildung an die Hand nehmen, die sich an fachrichtungsübergreifenden, globalen Zielsetzungen orientiert. Das SIWF, das als zentrales Organ der FMH für die Weiterbildung zuständig ist, hat zwar durchaus Einfluss bei der Ausgestaltung von Weiterbildungsprogrammen und der Anerkennung von Weiterbildungsstätten. Es verfügt aber derzeit über keine ausdrücklichen Kompetenzen zur Steuerung des Fachärztmixes oder der regionalen Verteilung der Ärzteschaft.

■ **Qualität als massgebliches Kriterium:** Für Normsetzungen, Bewilligungen oder Selektionsentscheidungen im Bereich der ärztlichen Weiterbildung ist Qualität das massgebliche Kriterium. Dies gilt nicht nur für das SIWF, sondern für alle Institutionen, die im Bereich der ärztlichen Weiterbildung tätig sind. Ergreifen sie Massnahmen zur Steuerung der fachlichen oder regionalen Verteilung der Ärzteschaft, so müssen sie diese über Qualitätsargumente legitimieren. Die Steuerungsmotive und Qualitätssicherungsmotive können übereinstimmen, müssen aber nicht. Versorgungsgeleitete Steuerungsentscheidungen in der ärztlichen Weiterbildung unterliegen deshalb tendenziell einem Legitimationsdefizit.

Die Schwierigkeiten des bestehenden Weiterbildungssystems, den Fachärztmix regulativ zu steuern, zeigen sich beispielhaft in den **Bestrebungen einzelner Fachgesellschaften von Spezialist/innen, ein weiteres Wachstum in ihrer Disziplin zu verhindern** und eine Überversorgung zu bekämpfen. Zum einen fehlt den betreffenden Fachgesellschaften der entsprechende Auftrag. Sie versuchen folglich, eine Regulation über die Anhebung bestehender oder Einführung neuer Qualitätskriterien zu erreichen und müssen ihr Vorgehen auch primär auf diese Weise rechtfertigen. Zum anderen gelingt es ihnen nur bedingt, die anderen Fachgesellschaften oder die Ärzteschaft als ganzes von ihrem Anliegen zu überzeugen. Weil es keine allgemein akzeptierten Schwellenwerte der Überversorgung gibt, werden die Motive der betreffenden Fachgesellschaften teilweise kritisch hinterfragt und wird bisweilen unterstellt, sie möchten sich primär von Konkurrenz abschotten.

Angesichts der Schwierigkeiten, die fachliche Verteilung der Ärzteschaft im Rahmen der Weiterbildung präziser zu steuern, haben einzelne Expert/innen in den Interviews die Idee formuliert, mit entsprechenden **Interventionen bereits in der Ausbildung anzusetzen**. Diese Steuerungsvariante ist unter den Expert/innen in hohem Masse umstritten. Konkret geht es dabei um die Frage, ob im Masterstudium bereits eine Spezialisierung stattfindet, welche auf der einen Seite die anschliessende Wahl der Weiterbildungsprogramme begrenzen und auf der anderen Seite regulierende Eingriffe bereits zu Beginn des Masterstudiums erlauben würde. Gegner/innen halten den Zeitpunkt für solche Vorentscheidungen für zu früh und fürchten um das Gleichgewicht in der Reputation der Masterspezialisierungen. Fest steht, dass es sich auch hier um eine relativ grobe Steuerung handeln würde, die nicht das Verhältnis einzelner Fachrichtungen beeinflussen könnte. Dazu kommt, dass zwischen dem Zeitpunkt der Steuerungsintervention und

4 Bestandesaufnahme zur Steuerung des fachlichen und regionalen Ärztemixes

dem Zeitpunkt, in dem sie relevante Auswirkungen auf den Fachärztemix hat, eine grosse Spanne von rund zehn Jahren liegt (Beginn Masterstudium bis Abschluss Weiterbildung).

Das einzige Steuerungsinstrument mit einer eindeutig regulativen Funktion, das derzeit besteht, ist der **Zulassungsstopp**. Grundsätzlich hätte der Zulassungsstopp das Potenzial, den Fachärztemix zu beeinflussen. Weil dieser regulative Eingriff erst zu einem späten Zeitpunkt einsetzt, droht allerdings die Gefahr von Ineffizienzen in der Aus- und Weiterbildung – konkret ist nicht auszuschliessen, dass junge Ärzt/innen auf Berufsziele hinarbeiten, die sie später nie verwirklichen können.

Angesichts seines Eingriffs in die persönliche Entscheidungsfreiheit ist nicht überraschend, dass der Zulassungsstopp kontrovers beurteilt wird und in der Ärzteschaft auf Widerstand stösst. Auch wird seine Wirkung aus mehreren Gründen in Zweifel gezogen: Erstens besteht das umsetzungspraktische Problem, dass Ärzt/innen bei einer Ankündigung des Zulassungsstopps «auf Vorrat» Berufsausübungsbewilligungen beantragen und die Wirkung des Stopps deshalb erst verzögert eintritt. Zweitens setzen die Kantone den Zulassungsstopp – wenn überhaupt – sehr unterschiedlich um. Und drittens schliesslich unterminiert das eingangs konstatiert Defizit an breit abgestützten Schwellenwerten zur Unter- oder Überversorgung eine konsequente Anwendung des Instruments: Ohne Konsens über die Steuerungsgrundlagen bleibt Steuerung selber schwierig – besonders dann, wenn sie mit empfindlichen Eingriffen droht.

5 Literatur

- Adler, G., J.-H. v.d. Knesebeck (2011): Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung, in: Bundesgesundheitsblatt, Bd. 54, S. 228–237.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2013): Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Inhalt und Kommentar
- Baroffio, Anne, Margaret Gerbase, Mathieu Nendaz (2014): Die am besten Geeigneten selektionieren, in: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 95, Nr. 4, S. 133f.
- Berchtold, Peter, Christof Schmitz, Anika Reichert, Volker Amelung (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung.
- Bertschi, Marcel (2005): Untersuchung der ärztlichen Versorgung. Schlussbericht. Solothurn.
- Billotte, Jérôme, Violette Ruppner (2012): Studie zur Demographie der Endokrinologen und Diabetologen in der Schweiz. Im Auftrag der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie.
- Buddeberg-Fischer, Barbara u.a. (2010): The impact of gender and parenthood on physician's careers – professional and personal situation seven years after graduation, in: BMC Health Services Research 2010; 10:40.
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Martina Stamm, Richard Klaghofer (2010): Career paths in physicians' post-graduate training – an eight year follow-up study, in: Swiss Medical Weekly, Vol. 140:w13056.
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Richard Klaghofer, Martina Stamm (2011): Family Physicians in Switzerland: Transition From Residency to Family Practice, in: Family Medicine, Vol. 43, No. 1, S. 29-36.
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Martina Stamm, Claus Buddeberg, Richard Klaghofer (2008): Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte, in: Gesundheitswesen, Bd. 70 S. 123-128.
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Richard Klaghofer, Thomas Abel, Claus Buddeberg (2006): Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals, in: BMC Health Services Research 2006, 6:137
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Richard Klaghofer, Thomas Abel, Claus Buddeberg (2003). The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students, in: Swiss Medical Weekly, Vol. 133, S. 535-540.
- Buddeberg-Fischer, Barbara u.a. (2002): Studienerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärzt/innen und Ärzte, in: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 83, S. 1980-1986.
- Buddeberg-Fischer, Barbara, Martina Stamm (2010): The medical profession and young physician's lifestyles in flux: challenges for specialty training and health care delivery systems, in: Swiss Medical Weekly, Vol. 140, S. 535-540.
- Creed, Peter A., Judy Searle, Mary E. Rogers (2010): Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students, in: Social Science & Medicine, Vol. 71, S. 1084-1088.
- Dorsey, E. Ray, David Jarjoura, Gregory W. Rutecki (2003): Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students, in: JAMA, Vol. 290, No. 9, S. 1173-1178.
- Dorsey, E. Ray, David Jarjoura, Gregory W. Rutecki (2005): The Influence of Controllable Lifestyle and Sex on the Specialty Choices of Graduating U.S. Medical Students, 1996–2003, in: Academic Medicine, Vol. 80, No. 9, S. 791-796.

5 Literatur

- Gagné, Robert, Pierre Thomas Léger (2005): Determinants of physicians' decisions to specialize, in: *Health Economics*, Vol. 14, S. 721-735.
- Gähler, Ernst (2013): Sind isolierte Eingriffe in die Tarifstruktur TARMED-taugliche Mittel?, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 94, Nr. 39, S. 1469.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2011): *Ärztliche Grundversorgung in Randgebieten. Synthese aus den Gedankenaustauschen der Kantone 2010/2011*.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2008): *Reorganisation ärztlicher Notfalldienst. Bewertung spezifischer Massnahmen*.
- GDK – Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2006): *Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen. Schlussbericht*.
- Grobler, Liesl u.a. (2009): Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas (Review), in: *The Cochrane Library*, Issue 2, CD005314. doi: 10.1002/14651858.CD005314.pub2.
- Guggisberg, Jürg, Stefan Spycher (2005): *Nachfrage, Inanspruchnahme, Bedarf und Angebotsinduzierung in der ambulanten medizinischen Versorgung (Forschungsprotokoll des Obsan 3)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Günther, Oliver H., Beate Kürstein, Steffi G. Riedel-Heller, Hans-Helmut König (2009): The Role of Monetary and Nonmonetary Incentives on the Choice of Practice Establishment: A Stated Preference Study of Young Physicians in Germany, in: *Health Services Research*, Vol. 45, No. 1, S. 212-229.
- de Haller, Jacques (2014): Medizinischer Nachwuchs: Wollen wir Diplomierte oder Ärzte?, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 95, Nr. 4, S. 129-132.
- Halter, Ursina, Peter Tschudi, Klaus Bally, Ruedi Isler (2005): Berufsziel von Medizinstudierenden. Erste Resultate einer Studie des IHAM Basel, in: *Primary Care*, Jg. 5, Nr. 20, S. 468-472.
- Hänsgen, Klaus-Dieter (2014): Wollen wir nicht lieber diplomiere Ärzte? Sind fachliche und soziale Kompetenzen Gegensätze?, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 95, Nr. 6, S. 194f.
- Hodel, Maria, Daniel Kauer (2012): Auswanderung von Ärztinnen und Ärzten mit eidgenössischem Diplom, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 93, Nr. 44, S. 1606-1608.
- Hostettler, Stefanie, Renato Laffranchi, Esther Kraft (2013): *Ärzterschaft in der Schweiz – Fokus Arbeitspensum*, in: *Schweizerische Ärztezeitung*, Jg. 94, Nr. 50, S. 1891-1895.
- Jaccard Ruedin, Hélène u.a. (2007): *Angebot und Inanspruchnahme an ambulanten medizinischen Leistungen in der Schweiz (Obsan Arbeitsdokument 22)*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Meuli, Reto u.a. (2010.): *Etude de la démographie des radiologues en Suisse romande*. CHUV: Département de radiologie médicale
- Nicholson, Sean (2002): Physician Specialty Choice under Uncertainty, in: *Journal of Labor Economics*, Vol. 20, No. 4, S. 816-847.
- Roick, C. u.a. (2012): Was ist zukünftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, in: *Gesundheitswesen*, Bd. 74, Nr. 1, S. 12-20.
- Rüefli, Christian, Gianna Monaco (2004): *Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Schlussbericht (Beiträge zur Sozialen Sicherheit: Forschungsbericht 3/04)*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

5 Literatur

- Sager, Fritz, , Christian Rüefli, Marina Wälti (2010): Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone (Obsan Dossier 10). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerischer Bundesrat (2014): Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG): Steuerung des ambulanten Bereichs. Erläuternder Bericht.
- Schweizerischer Bundesrat (2011): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» vom 2. Oktober 2008.
- Schweizerischer Bundesrat (2010): Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-S) 07.3279 «Zur Aufwertung der Hausarztmedizin» sowie des gleich lautenden Postulates der Kommission für Soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates (SGK-N) 07.3561.
- Scott, Anthony (2001): Eliciting GPs' preferences for pecuniary and non-pecuniary job characteristics, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 20, S. 329-347.
- Seematter-Bagnoud, Laurence (2008): *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030*. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Sivey, Peter, Anthony Scott, Julia Witt, Catherine Joyce, John Humphreys (2012): Junior doctors' preferences for specialty choice, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 31, S. 813-823.
- Sommer, Johanna, Ritter Catherine (2013): Bestandesaufnahme / Ist-Analyse Institute für Hausarztmedizin Schweiz. Durchgeführt im Rahmen des Projektes «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Medizinische Fakultät der Universität Genf: Unité de Médecine de Premier Recours.
- Spycher, Stefan (2005): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz (Obsan Arbeitsdokument 5). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Steinhäuser, Jost, Stefanie Joos, Joachim Szecsenyi, Katja Götz (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung sich im ländlichen Raum niederzulassen?, in: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Bd. 89, S. 10-15.
- Stengler, K. u.a. (2012): Weiterbildungsziel und Niederlassungsentscheidung bei zukünftigen Fachärztinnen und Fachärzten in Deutschland. Eine genderspezifische Analyse, in: *Bundesgesundheitsblatt*, Bd. 55, S. 121-128.
- SWTR – Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (2007): *Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung*.
- Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG). Steuerung des ambulanten Bereichs. Erläuternder Bericht.
- Themengruppe «Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung» (2012): *Empfehlungen zur Sicherung der Finanzierung und Qualität der ärztlichen Weiterbildung*.
- Thornton, James, Fred Esposito (2003): How important are economic factors in choice of medical specialty?, in: *Health Economics*, Vol. 12, S. 67-73.
- Tschudi, Peter (2009): Der Hausarzt – Spielball der Patienten und der Gesundheitspolitik? Teil 4: Wir brauchen dringend mehr Hausärztinnen und Hausärzte, als es scheint!, in: *Primary Care Jg. 9, Nr. 8*, S. 158-162.
- van der Horst, Klazine, Michael Siegrist, Pascale Orlow, Max Giger (2010): Residents' reasons for specialty choice: influence of gender, time, patient and career, in: *Medical Education* 44, S. 595–602

5 Literatur

- Vu, Nu V., Michèle Germond (2012): Swiss Medical Students' Career Plan, Specialty, and Residency Location Choices: 2012 Survey.
- Vu, Nu V., Michèle Germond (2011): Swiss Medical Students' Career Plan, Specialty, and Residency Location Choices: 2011 Survey.
- Vu, Nu V., Michèle Germond (2010): Swiss Medical Students' Career Plan, Specialty, and Residency Location Choices: 2010 Survey.
- Vu, Nu V., Michèle Germond (2009): Swiss Medical Students' Career Plan, Specialty, and Residency Location Choices: 2009 Survey.
- Vu, Nu V., Michèle Germond (2008): Swiss Medical Students' Career Plan, Specialty, and Residency Location Choices: 2007 and 2008 Surveys.
- Wanzenried, Gabrielle, Sandra Nocera (2008): The Evolution of Physician Density in Switzerland, in: Swiss Journal of Economics and Statistics, Vol. 144, No. 2, S. 247-282.
- West, Colin P. u.a. (2006): Changes in Career Decisions of Internal Medicine Residents during Training, in: Annals of Internal Medicine, Vol. 145, S. 774-779
- Widmer, Marcel, Pius Matter, Lukas Staub, Franziska Schoeni-Affolter, André Busato (2009): Regional variation in orthopedic surgery in Switzerland. Health & Place, doi:10.1016/j.healthplace.2008.12.009

6 Anhang

6.1 Befragte Expert/innen

- Dr. med. Werner Bauer, Präsident des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Prof. Dr. med. Thomas Bischoff, Direktor des IUMG, Institut Universitaire de Médecine Générale, Policlinique médicale universitaire (PMU), Lausanne
- Dr. med. Bernhard Christen, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
- Dr. med. Cécile Delémont und Dr. med. Noëlle Junod, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
- Prof. Dr. med. Markus Furrer, Ressortleiter Weiterbildung der Schweizerischen Gesellschaft für Chirurgie
- Dr. med. François-Gérard Heritier, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin
- Prof. Klaus W. Grätz, Präsident des Collège des Doyens der Medizinischen Fakultäten, und Dr. med. Christian Schirlo, Stabsleiter des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich
- Dr. Nicole Halbeisen, Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie
- Michael Jordi, Zentralsekretär der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, und Stefan Leutwyler, stv. Zentralsekretär GDK
- Dr. med. MBA Werner Kübler, Spitaldirektor, Universitätsspital Basel
- Dr. med. Franziska Maurer, Leiterin Departement Weiterbildung der Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Dr. Brigitte Muff, Mitglied der Medizinalberufekommission
- Prof. Dr. Christophe Iselin, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie
- Dr. med. Chung Yol Lee, Präsident der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte
- Dr. med. Sonja Trüstedt, Leiterin Ressort Weiterbildung des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Dr. med. Pierre Vallon, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie

6.2 Analysepotenzial ZEMIS

Wie in Abschnitt 2.2.1 dargelegt, wurden in den letzten Jahren sehr viele ausländische Facharztstitel anerkannt. In der Ärztestatistik der FMH ist im Vergleich dazu die Zahl der Fachärzt/innen mit einem ausländischen Weiterbildungstitel in viel geringerem Umfang gestiegen. Dies wirft die Frage auf, **wie viele Träger/innen von anerkannten Facharztstiteln überhaupt eine Berufstätigkeit in der Schweiz aufgenommen haben und für welche Dauer**. Aufschlüsse darüber könnte allenfalls eine Auswertung von Daten des Zentrale Migrationsinformationssystem (ZEMIS) und ihre Verknüpfung mit dem Medizinalberuferegister geben. Das Analysepotenzial eines solchen Vorgehens ist im Rahmen des Mandats vertieft abgeklärt worden. Die Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

6.2.1 Datenverfügbarkeit und -qualität

Das ZEMIS enthält **alle Aufenthaltsbewilligungen** (Niedergelassene, Jahresaufenthalter/innen, Kurzaufenthalter/innen und Grenzgänger/innen) und deren Mutationen von 2002 bis heute. Bei der Erteilung einer neuen Aufenthaltsbewilligung in ZEMIS wird die **angetretene Stelle erfasst**. Bei den Personen, die dem Freizügigkeitsabkommen unterstehen, besteht allerdings danach keine Verpflichtung mehr, die Informationen zur Arbeit weiter nachzuführen. Mit dieser Einschränkung versehen ist die Auswertung der Einwanderung in Verbindung mit dem Stellenantritt möglich. Die berufliche Tätigkeit (=ausgeübter Beruf) wird mit Hilfe des SBN-Codes 1990 beim ersten Stellenantritt erfasst (siehe **Tabelle 10** am Schluss dieser Ausführungen). Personen, die als Ärzt/innen erwerbstätig sind, lassen sich mit Hilfe dieses Codes identifizieren, wobei für Ärzt/innen rund 140 unterschiedliche Codes zur Verfügung stehen. Einzelne Codes wie Chefarzt oder Kantonsarzt lassen sich dabei keinem Fachbereich zuordnen.

Das **erste Einreisedatum** der Personen in ZEMIS ist in den meisten Fällen bekannt (Ausnahme: Neuansetzungen²⁰). Die grosse Schwierigkeit besteht darin, zu bestimmen, ob und wann die Personen **die Schweiz verlassen** haben. Verschiedene Sachverhalte spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle (unterschiedliche kantonale Praxis bei der Verbuchung von Umzügen innerhalb der Schweiz, verpasster Ausweisablauf, Kurzaufenthaltsbewilligungen mit unregelmässigem Aufenthalt, Reaktivierungen nach fälschlichem Wegzug). Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass das BFM dem Büro BASS die gleichen Wegzugsvariablen zur Verfügung stellt wie in einem anderen Projekt. Mit Hilfe dieser Konstruktion kann das effektive Ausreisedatum für einen Teil der Personen präzise und für den Rest annäherungsweise bestimmt werden. Eine Überprüfung der Variable zum Wegzug (Ausreise aus der Schweiz) mit Hilfe von STATPOP (Registerdaten der Gemeinden) hat gezeigt, dass in den letzten Jahren in 80 bis 90 Prozent der Fälle eine Übereinstimmung erzielt wird.

Für alle Personen, die vor 2002 in die Schweiz eingereist sind, fehlen im ZEMIS die Informationen zur beruflichen Tätigkeit bei Einreise. Ärzt/innen, die vor 2002 eingereist sind, können nicht identifiziert werden, sofern die beruflichen Informationen 2002 und später nicht nachgeführt wurden. Diese Einschränkung (fehlende Beobachtungen) kann mit keinem statistischen Verfahren korrigiert werden.

6.2.2 Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer

Bei der ZEMIS-Datenbank handelt es sich um Bewegungsdaten, die einer Links- und Rechtszensierung unterworfen sind. Drei Fälle können unterschieden werden:

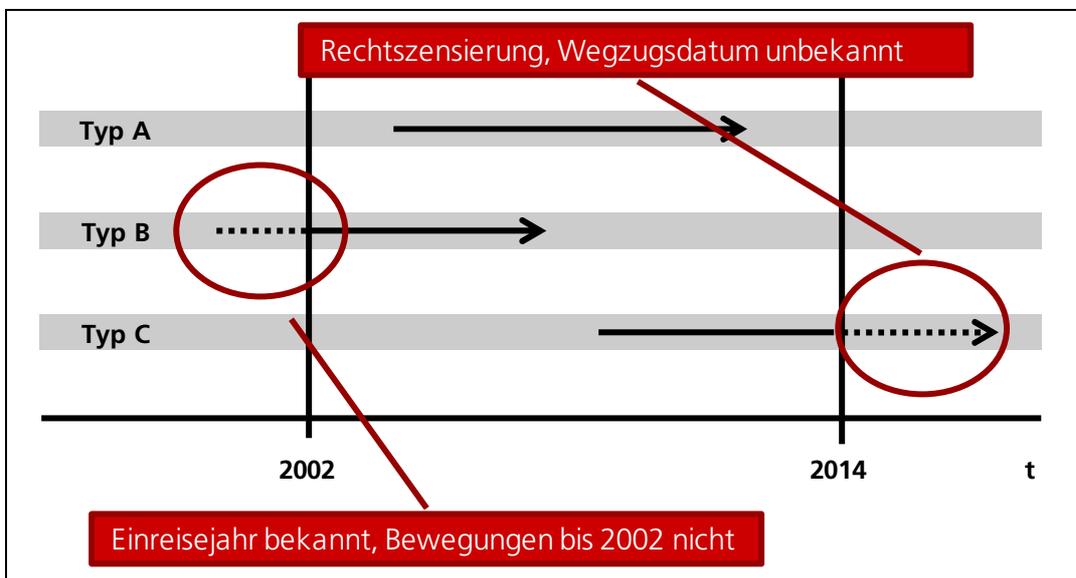
²⁰ Neuansetzungen wurden im Rahmen von ZEMIS vorgenommen, wenn eine Person vor langer Zeit bereits einmal in die Schweiz eingereist ist und viele Jahre später nochmals einreist. Das neue Einreisedatum entspricht in diesem Fall dem Datum der zweiten Einreise (=Neuansetzungen). Zur Häufigkeit von Neuansetzungen kann das BFM keine Aussagen machen.

■ **Typ A:** Diese Ärzt/innen sind im Zeitraum 2002 bis 2014 in die Schweiz eingereist und haben das Land im gleichen Zeitraum wieder verlassen (=unzensierte Beobachtungen). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Ärzt/innen kann exakt berechnet werden.

■ **Typ B:** Diese Personen sind vor 2002 bereits einmal in die Schweiz eingereist und sind im Zeitraum 2002 bis 2014 in der Schweiz als Arzt erwerbstätig (nur Personen mit nachgeführten Informationen zu beruflichen Tätigkeit) gewesen. In diesem Fall ist nicht bekannt, ob diese Personen vor 2002 ohne Unterbruch in der Schweiz gelebt haben. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Ärzt/innen kann nur unter der Annahme geschätzt werden, dass diese Personen die Schweiz in der Zeit vor 2002 nicht verlassen haben und bereits in der Vorperiode als Ärzt/innen berufstätig waren.

■ **Typ C:** Bei diesen Fällen handelt es sich um rechtszensierte Daten. Grundsätzlich ist nicht bekannt, wie lange diese Ärzt/innen noch in der Schweiz bleiben werden. Mit Hilfe der Angaben zu den Typen A und B kann die hypothetische Aufenthaltsdauer diese Personen mit einem geeigneten statistischen Verfahren geschätzt werden.

Abbildung 17: Links- und Rechtszensierung der ZEMIS-Daten



Darstellung BASS

Für die Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer sind die **fehlenden Beobachtungen** (Einreise vor 2002 und keine Nachführung der beruflichen Daten) um einiges problematischer als die Rechtszensierung oder fehlenden Informationen zur Zeitspanne vor 2002. Die Verzerrungen, die durch die Nicht-Berücksichtigung dieser Beobachtungen bei der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer entstehen, können nicht abgeschätzt werden.

6.2.3 Matching von MedReg (BAG) und ZEMIS (BFM)

Die AHV-Nummer ist ein eindeutiger Identifikator und wird in beiden Datenbanken geführt. Aus technischer Sicht ist ein Matching mit Hilfe der AHV-Nummer grundsätzlich möglich. Einschränkend muss darauf verwiesen werden, dass in der ZEMIS-Datenbank nicht alle Personen über eine AHV-Nummer verfügen. Ab 2008 wird eine Abdeckung von 80% und mehr erreicht. In der Zeit vor 2008 ist der Anteil der Personen mit einer AHV-Nummer kleiner. Grundsätzlich ist der Anteil bei Erwerbstätigen grösser als bei Nichterwerbstätigen. Insbesondere Personen, die nur für eine kurze Zeit in der Schweiz bleiben dürfen, verfügen häufiger über keine AHV-Nummer.

Ein Matching beider Datensätze muss die Datenschutzbestimmungen beider Verwaltungseinheiten berücksichtigen. Die AHV-Nummer wird in der Regel nicht an verwaltungsexterne Organisationen herausgegeben. Aus diesem Grund wäre denkbar, dass entweder das BAG oder das BFM das Matching durchführt, und dem Projektteam anschliessend den kombinierten Datensatz ohne AHV-Nummer für Berechnungen überlässt. Ob dieses Vorgehen weder die Datenschutzbestimmungen im BAG noch im BFM verletzen würde, muss konkret abgeklärt werden, sobald eine solche Auswertung angestrebt wird.

6.2.4 Fazit

Die Ausführungen zeigen, dass die Datenlage für die Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der zugewanderten Ärzt/innen mit Hilfe von ZEMIS nicht in jeder Hinsicht optimal ist. Besteht das Ziel darin, die Aufenthaltsdauer möglichst aller zugewanderten Ärzt/innen zuverlässig zu schätzen, so wiegen das eher kurze Zeitfenster von 12 Jahren (2002 bis 2014) und vor allem das Problem der fehlenden Beobachtungen schwer. Geht es hingegen in erster Linie darum, das Migrationsverhalten der Ärzt/innen zu erhellen, deren Facharztstitel in den letzten Jahren anerkannt worden ist, so sind diese Nachteile weniger gewichtig. Denn zum einen liegen auch die entsprechenden Angaben im Medizinalberuferegister auch erst seit 2002 vor. Und zum anderen können hier bereits recht «grobe» Informationen sehr wichtige Aufschlüsse geben (Wie viele dieser Personen wandern überhaupt ein? Wie viele sind nur für ein oder zwei Jahre in der Schweiz?). Gewisse Unsicherheiten bleiben bestehen, vor allem bei der Bestimmung des Wegzugdatums und bei fehlende AHV-Nummern, die ein Matching verhindern. Diese Risiken scheinen uns jedoch vertretbar und sprechen nicht grundsätzlich gegen eine Durchführung der Auswertungen.

Tabelle 10: Schweizerische Berufsnummernkatalog 1990 (nur Ärzt/innen, 143 Codes)

8-stelliger Code (SBN 1990)	Berufsbezeichnung
42101001	Arzt
42101002	Kardiologe
42101003	Gesichtschirurg
42101004	Magen-Darmspezialist
42101005	Anästhesist
42101006	Nierenspezialist
42101007	Handchirurg
42101008	Spezialist für klinische Cytopathologie
42101009	Endokrinologe
42101010	Gastroenterologe
42101011	Lungenspezialist
42101012	Rheumatologe
42101013	Nuklearmediziner
42101014	Neuropädiater
42101015	Radioonkologe
42101016	Radiodiagnostiker
42101017	Neuropsychiater
42101018	Kantonsarzt
42101019	Anstaltsarzt
42101020	Spitalarzt
42101021	Landarzt
42101022	Bezirksarzt
42101023	Stadtarzt
42101024	Chefarzt
42101025	Schularzt
42101026	Spezialarzt
42101027	Spezialarzt für innere Medizin
42101028	Oberarzt
42101029	Abteilungsarzt
42101030	Kurarzt
42101031	Augenarzt
42101032	Ophthalmologe
42101033	Röntgenarzt
42101034	Anästhesiearzt
42101035	Oberarzt in psychiatrischer Klinik

8-stelliger Code (SBN 1990)	Berufsbezeichnung
42101036	Arzt mit eigener Praxis
42101037	Anästhesie-Oberarzt
42101038	Anästhesie-Oberarzt-Stellvertreter
42101039	Arzt-Gutachter
42101040	Medizinischer Epidemiologe
42101041	Kardiologieassistent
42101042	Chef Klinik
42101043	Assistent des Chefarztes
42101044	Facharzt
42101045	Kinderarzt
42101046	Frauenarzt FMH
42101047	Kliniker
42101048	Radiologe
42101049	Immunologe
42101050	Krebsforscher
42101051	Leiter Klinische Krebsforschung
42101052	Forscher Bereich Medizin
42101053	Internist
42101054	Allgemeinarzt
42101055	Chirurg
42101056	Arzt, Dr. med.
42101057	Arbeitsmediziner
42101058	Assistenzarzt
42101059	Hals-Nasen-Ohrenspezialist
42101060	Kinderpsychiater
42101061	Kinder- und Jugendpsychiater
42101062	Psychiater
42101063	Kinderchirurg
42101064	Orthopädiechirurg
42101065	Chirurg für plastische Operationen
42101066	Spezialist für tropische Krankheiten
42101067	Präventivmediziner
42101068	Urologe
42101069	Arzt, Professor
42101070	Immunologe
42101071	Pädiater
42101072	Pathologe
42101073	Gerichtsarzt
42101074	Pädiater-Endokrinologe
42101075	Pädiater-Hämatologe
42101076	Neurochirurg
42101077	Ohrenarzt
42101078	AIDS-Epidemiologe
42101079	Dermatologieassistent
42101080	Epidemiologe
42101081	Flugmediziner
42101082	Physiologe
42101083	Ambulatoriumschef
42101084	Gerontologe
42101085	Lepraspezialist
42101086	Traumatologe
42101087	Badearzt
42101088	Arzt für plastische und ästhetische Chirurgie
42101089	Dermatologe
42101090	Gynäkologe
42101091	Arbeitsmediziner
42101092	Neurologe
42101093	Allergiespezialist
42101094	Facharzt
42101095	Gesichtschirurg
42101096	Zellpathologe
42101097	Hämatologe
42101098	Hämatologe
42101099	Onkologe
42101100	Pneumologe
42101101	Spezialarzt FMH
42101102	Radiodiagnostiker
42101103	Venerologe
42101104	Augenarzt
42101105	Kliniker
42101106	Frauenarzt
42101107	Dr. med.

6 Anhang

8-stelliger Code (SBN 1990)	Berufsbezeichnung
42101108	Knochenspezialist
42101109	Spezialist für Allergien
42101110	Herpesspezialist
42101111	Unfallchirurg
42101112	Osteologe
42101113	Clinical Research Manager
42101114	Clinical Research Scientist
42101115	Angiologe
42101116	Klinischer Ethiker
42101117	Ärztlicher Leiter
42101118	Arzt, Traditionelle Chinesische Medizin
42101119	Clinical Research Associate
42101120	Arzt im Notfalldienst
42101121	Biomediziner
42101122	Arzt für Osteopathische Medizin
42101123	Plastischer Chirurg
42101124	Schönheitschirurg
42101125	Hautarzt
42101126	Betriebsarzt
42101127	Sportarzt
42101128	Tropenarzt
42101129	Gerichtsmediziner
42101130	Histopathologe
42101131	Androloge
42101132	Proktologe
42101133	Nephrologe
42101134	Neuropathologe
42101135	Notararzt
42101136	Narkosearzt
42101137	Personalarzt
42101138	Phlebologe
42101139	Elektrophysiologe
42101140	Herzchirurg
42101141	Somnologe
42101142	Taucharzt
42101143	Hyperbarmediziner

Quelle: BFS; Darstellung: BASS

6.3 Definition der Fachrichtungsgruppen

Tabelle 11: Definition der Fachrichtungsgruppen

Gruppe	Fachrichtung
Grundversorger	Allgemeine Innere Medizin Praktischer Arzt Kinder- und Jugendmedizin Allgemeinmedizin Innere Medizin
Gynäkologie	Gynäkologie und Geburtshilfe
Psychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychiatrie und Psychotherapie
Fachmedizin ohne Chirurgie	Allergologie/Immunologie Angiologie Endokrinologie/Diabetologie Gastroenterologie Hämatologie Infektiologie Kardiologie Med. Onkologie Nephrologie Neurologie Phys.Med. u. Rehabilitation Pneumologie Rheumatologie
Fachmedizin mit Chirurgie	Anästhesiologie Chirurgie Herz- und thorak. Gefässchir. Kinderchirurgie Mund-, Kiefer- + Gesichtschir. Neurochirurgie ORL Ophthalmologie Orthopädische Chirurgie Plastische Chirurgie Urologie
Andere Fachrichtungen	Arbeitsmedizin Dermatologie und Venerologie Intensivmedizin Kl. Pharmakol. und Toxikol. Medizinische Genetik Nuklearmedizin Pathologie Pharmazeutische Medizin Prävention und Gesundheitsw. Radio-Onkologie / Strahlenth. Radiologie Rechtsmedizin Tropen- und Reisemedizin

Quelle: Hostettler/Laffranchi/Kraft 2013

6.4 Detailtabellen

Tabelle 12: Berufstätige Ärzt/innen im ambulanten Bereich nach Fachrichtung und Frauenanteil pro Fachrichtung

Fachrichtung	Zuletzt erworbener Facharzttitel					Hauptfachgebiet						Frauenanteil 2013	
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	in %	Rang
Allergologie/Immunologie	120	123	125	123	125		107	106	107	107	99	37%	12
Allgemeine Innere Medizin	5'006	5'155	5'191	5'149	5'168		5'582	5'595	5'800	5'869	5'929	29%	21
Anästhesiologie	294	296	301	307	304		342	329	320	307	317	45%	7
Angiologie	87	91	93	98	97		89	92	101	98	99	23%	27
Arbeitsmedizin	33	34	34	31	33		32	36	36	40	40	25%	26
Chirurgie	588	596	573	517	521		366	365	366	367	367	11%	32
Dermatologie und Venerologie	224	236	245	255	268		313	326	343	384	416	47%	5
Endokrinologie/Diabetologie	92	95	96	97	100		91	93	96	104	110	43%	8
Gastroenterologie	205	206	210	220	219		178	185	184	203	207	9%	33
Gynäkologie und Geburtshilfe	881	908	910	931	943		920	949	988	1'033	1'096	53%	3
Hämatologie	70	70	69	56	53		51	48	48	48	56	36%	13
Handchirurgie	0	0	0	98	97		84	86	90	91	94	28%	22
Herz- und thorakale Gefässchir.	19	19	29	28	26		18	18	20	23	24	13%	30
Infektiologie	35	34	35	35	36		33	29	30	31	34	47%	6
Intensivmedizin	142	146	148	157	158		93	101	103	112	108	35%	16
Kardiologie	298	301	313	320	330		302	311	313	323	358	11%	31
Kinder- und Jugendmedizin	693	723	730	743	744		836	848	877	909	962	55%	2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	257	261	275	299	308		374	376	392	423	439	63%	1
Kinderchirurgie	19	18	16	17	19		18	17	16	19	19		
Klin. Pharmakologie und Toxik.	5	5	5	8	8		7	8	8	8	6		
Medizinische Genetik	6	6	6	6	5		4	4	4	4	3		
Medizinische Onkologie	118	121	125	140	140		123	126	132	133	129	36%	14
Mund-, Kiefer- u. Gesichtsch.	41	46	48	49	50		50	50	53	55	55	5%	37
Nephrologie	73	75	77	78	84		46	49	51	45	48	33%	18
Neurochirurgie	52	52	48	49	50		42	43	46	61	64	8%	34
Neurologie	183	193	194	206	200		210	216	219	229	235	29%	20
Neuropathologie	0	0	0	0	0		1	1	1	2	2		
Nuklearmedizin	8	8	7	12	12		12	12	11	13	12		
Ophthalmologie	514	528	539	551	557		588	600	617	669	725	40%	11
ORL	269	276	279	287	288		286	296	301	317	329	22%	28
Orthopädische Chirurgie	426	433	442	438	445		382	394	409	434	462	7%	35
Pathologie	32	32	29	25	29		45	42	41	46	49	35%	17
Pharmazeutische Medizin	5	8	8	7	6		5	6	8	8	9		
Physik.Medizin u. Rehabilitation	66	67	70	72	72		75	72	74	85	87	32%	19
Plastische Chirurgie	85	88	90	63	68		80	84	93	109	120	25%	25
Pneumologie	161	165	168	177	171		145	141	142	145	150	13%	29
Praktischer Arzt	346	383	395	380	397		536	592	648	743	835	48%	4
Prävention und Gesundheitsw.	6	6	7	5	5		13	16	15	15	14		
Psychiatrie und Psychotherapie	1'692	1'771	1'839	1'964	2'012		2'022	2'071	2'218	2'363	2'488	43%	9
Radiologie	251	250	250	247	244		214	212	213	233	255	25%	24
Radio-Onkologie	11	12	15	19	17		15	16	16	18	18		
Rechtsmedizin	0	1	1	2	1		7	8	6	6	5		
Rheumatologie	331	334	334	354	351		291	297	296	290	295	26%	23
Tropen- und Reisemedizin	37	37	35	36	33		22	22	18	17	17	35%	15
Urologie	140	150	148	153	152		138	140	145	154	167	7%	36
ohne Facharzttitel	958	840	760	723	642		724	659	217	217	201	42%	10
Total	14'879	15'199	15'312	15'532	15'588		15'912	16'087	16'232	16'910	17'554	35%	

Wichtiger Hinweis: Die Angaben zum Jahr 2008 sind wegen der Umstellung der Ärztestatistik der FMH unzuverlässig und fehlen deshalb. Allgemein ist bei der Interpretation der Tabelle unbedingt darauf zu achten, dass sich die Definition der Fachrichtung von 2007 zu 2008 ändert. Das Hauptfachgebiet entspricht der Fachrichtung, in der ein Arzt oder eine Ärztin nach eigener Deklaration hauptsächlich tätig ist.

Für Fachrichtungen mit weniger als 20 Ärzt/innen im Jahr 2013 wurden keine Frauenanteile berechnet.

Quelle: Ärztestatistik FMH; Berechnungen: BASS.

6.5 Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MEBEKO	Medizinalberufekommission
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz)
MTK	Medizinaltarifkommission
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SUK	Schweizerische Universitätskonferenz
SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
VKS	Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
WHM	Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin
ZEMIS	Zentrales Migrationsinformationssystem