

## **Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich**

KR-Nr. 300/2008

Sitzung vom 19. November 2008

### **1775. Anfrage (Gewährleistung der medizinischen Versorgungssicherheit)**

Die Kantonsrätinnen Barbara Bussmann, Volketswil, und Eva Torp, Hedingen, sowie Kantonsrat Markus Späth-Walter, Feuerthalen, haben am 1. September 2008 folgende Anfrage eingereicht:

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne hat in einer im Auftrag des Gesundheitsobservatoriums (Obsan) erstellten Studie prognostiziert, dass in der Schweiz bis im Jahre 2030 bis zu 30 Prozent der Arzt-Konsultationen nicht mehr abgedeckt sein könnten. Dies ergibt sich aus den gegenläufigen Entwicklungen, dass in einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung die Zahl der Arztbesuche zunimmt und andererseits die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, insbesondere jene der Hausärztinnen und Hausärzte, zurückgeht.

Die absehbare Versorgungslücke bei den Hausärztinnen und Hausärzten muss umfassend angegangen werden. Sowohl durch die Gesundheitsdirektion als auch die Bildungsdirektion (Universität) muss der Kanton Zürich frühzeitig Massnahmen ergreifen, um diesem Trend entgegenzuwirken und die medizinische Versorgung sicherzustellen.

Vor dem Hintergrund des prognostizierten Ärztinnen- und Ärztemangels stellt sich insbesondere die Frage nach der Aufrechterhaltung der Studienbegrenzung im Fach mit hoher Dringlichkeit. Angesichts der überdurchschnittlich langen Ausbildungszeit müssen die Weichen rasch gestellt werden, damit in 15 bis 20 Jahren Angebot und Nachfrage nicht in gefährliche Schieflage geraten.

Zudem müssen Anstrengungen unternommen werden, durch welche die Stellung der Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber den Spezialistinnen und Spezialisten in Studium und Praxis an Bedeutung gewinnt. Dies auch als wichtiger Beitrag zur Eindämmung der Kostensteigerung im Gesundheitsbereich («Gatekeeper»). Mit dem Lehrstuhl für Hausarztmedizin wurde ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung gemacht. Mit dem Ziel einer auch künftig zu gewährleistenden medizinischen Versorgung müssen diesem aber noch weitere folgen.

In diesem Zusammenhang bitten wir um die Beantwortung folgender Fragen:

1. Wie ist die Entwicklung der Studierendenzahlen der medizinischen Fakultäten seit der Einführung des Numerus Clausus, wie hoch ist der Anteil der durch den Numerus Clausus Test Abgewiesenen?
2. Wie beurteilt der Regierungsrat die Zusammenhänge zwischen dem sich abzeichnenden Ärztemangel und der Begrenzung der Studienplätze?
3. Unter welchen Bedingungen ist der Regierungsrat bereit, eine Aufhebung des Numerus Clausus oder eine Erhöhung der Studienplätze der Humanmedizin zu prüfen?
4. Sieht der Regierungsrat einen Zusammenhang zwischen dem hohen Anteil ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Schweizer Kliniken und Mängeln oder Fehlern in der bisherigen Ausbildung?
5. Wie beurteilt der Regierungsrat die Möglichkeit, die Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte zu verkürzen und zu straffen?
6. Was gibt es für zusätzliche Möglichkeiten, die Hausarzt-Disziplin innerhalb des medizinischen Studienganges zu stärken?
7. Welche Anreize sieht der Regierungsrat, um eine Aufstockung der Assistenzstellen bei Hausärztinnen und Hausärzten zu erreichen?
8. Welche Möglichkeiten gibt es, um die Position der Hausärztinnen und Hausärzte gegenüber Spezialistinnen und Spezialisten zu stärken?
9. Welche Möglichkeiten gibt es, um alternative Modelle, wie Hausarztmodell oder Managed-Care-Modelle zu fördern?
10. Gibt es Möglichkeiten zur kantonsübergreifenden Zusammenarbeit bei der Grundversorgung?

Auf Antrag der Gesundheitsdirektion

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage Barbara Bussmann, Volketswil, Eva Torp, Hedingen, und Markus Späth-Walter, Feuerthalen, wird wie folgt beantwortet:

Stand vor einigen Jahren noch der Ärzteüberschuss im Fokus der öffentlichen Diskussion, ist es in der jüngeren Vergangenheit – vor allem im Bereich der ambulanten Grundversorgung – ein drohender Ärztemangel. Der Regierungsrat hat sich im Rahmen parlamentarischer Vorstösse bereits mehrmals zum mittel- bis langfristig drohenden Ärztemangel geäußert (KR-Nrn. 12/2005, 355/2005 sowie 53/2008). Die Ver-

lagerung der Gewichte spiegelt sich auch in Publikationen des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates («Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung» vom 6. September 2007) oder Berichten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan, «Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030» vom 1. Juli 2008). Dies zeigt, dass einerseits ein Problembewusstsein besteht, und andererseits, dass auf verschiedenen Stufen an Möglichkeiten für nachhaltige Lösungen gearbeitet wird.

Zu Frage 1:

Die Studienabschlüsse (Staatsexamen) an der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich (UZH) sind parallel zur 1998 eingeführten Begrenzung der Anzahl Studienplätze und der damit verbundenen Senkung der Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger von 235 im Jahr 2000 auf 177 im letzten Jahr zurückgegangen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass sich die Beschränkung der Studienzulassung durch den Numerus Clausus erst seit 2004 auf die Anzahl der Studienabschlüsse ausgewirkt hat. Die Zahlen für 2008 und die Hochrechnungen für 2009 und 2010 deuten nun aber bereits wieder auf einen Anstieg der Zahl der Abschlüsse hin. Wie bei der Einführung von Eignungstests vor dem Studienbeginn im Jahre 1998 erwartet worden ist, schliessen also wieder mehr Studierende das Medizinstudium mit Erfolg ab.

---

Staatsexamensabschlüsse an der UZH 2000 bis 2010  
(für 2008 vorläufige Zahlen, für 2009–2010 geschätzt)

---

2000	235
2001	240
2002	196
2003	221
2004	213
2005	188
2006	176
2007	177
2008	ca. 200
2009	ca. 220
2010	ca. 225

---

2008 bezeichneten 672 Studierende die UZH als ihre «Wunschuniversität» für ein Medizinstudium. Für das Studienjahr 2008/2009 stehen aber nur 220 Studienplätze zur Verfügung; die 20 darin enthaltenen Plätze für den Studiengang Chiropraktik sind nicht voll ausgeschöpft worden und die freien Plätze wurden an Studierende der Humanmedizin vergeben. Diejenigen, die aufgrund ihrer Ergebnisse bei einem gesamtschweizerisch durchgeführten und zentral am Departement Psy-

chologie der Universität Freiburg (ZTD) ausgewerteten Eignungstest nicht an ihrer Wunschuniversität studieren können, werden gemäss § 14 Abs. 5 des Universitätsgesetzes (LS 415.11) einer anderen schweizerischen Universität zugewiesen. Eine Statistik über die abgewiesenen Kandidatinnen und Kandidaten mit Bezug allein auf die UZH ist daher nicht aussagekräftig. Aufschlussreicher ist die Auswertung des ZTD über die Jahre 1998 bis 2008, die den Prozentsatz und die absolute Anzahl der Kandidatinnen und Kandidaten angibt, die in der Schweiz einen Studienplatz in Humanmedizin erhalten haben. Der dabei zu beobachtende stetige Rückgang der prozentual Aufgenommenen ist eine Folge der stark angestiegenen absoluten Anzahl der Kandidatinnen und Kandidaten.

Kandidaten	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anzahl Kandidaten	750	678	670	736	805	907	1051	1143	1302	1405	1576
Prozentsatz der Kandidaten, welche einen Studienplatz erhielten	89%	94%	98%	92%	94%	78%	59%	56%	50%	49%	45%
										(Stand Juli 2008)	

#### Zu Frage 2:

Die fachärztliche Spezialisierung (z. B. zum Facharzt Allgemeine Medizin) findet nicht in der Ausbildungsphase, sondern vor allem während der Weiterbildung statt. Die Wahl der Spezialisierung wird dabei wesentlich von den Rahmenbedingungen bei der späteren medizinischen Tätigkeit geprägt. Der Hausärzteberuf scheint für angehende Fachärztinnen und -ärzte unattraktiv geworden zu sein. Hauptsächlich wird dafür die hohe zeitliche Belastung, das grosse finanzielle Risiko bei einer Praxiseröffnung bei kontinuierlicher Verschlechterung der Entlohnung und die zunehmende emotionale Belastung durch die Anspruchshaltung der Patientenschaft und die Rolle als Mitverursacher für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen angeführt. Seit den 90er-Jahren ist es auch für die Spitäler zunehmend schwieriger geworden, den steigenden Ärztebedarf mit Schweizer Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums abzudecken. Als Gründe werden ein anhaltender kultureller Wechsel hin zu einer ausgeglichenen Work-Life-Balance und eine Zunahme an Teilzeitstellen genannt. Weiter erforderte die stetige Verkürzung der wöchentlichen Arbeitszeit bei den Ärztinnen und Ärzten in den Spitälern einen grossen Bedarf an zusätzlichen Stellen, der immer noch im Steigen begriffen ist. Insgesamt ist von einem Stellenzuwachs um 25% (Vollzeitäquivalente) seit 1998 auszugehen. Bisher konnte der Personalbedarf mit Rekrutierungen in den EU-Ländern gedeckt werden. Es ist aber auch hier mit zunehmen-

den Schwierigkeiten zu rechnen. Aus dem Gesagten geht hervor, dass eine Lockerung der Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium nicht automatisch eine grundlegende Verbesserung der Situation in der hausärztlichen Versorgung bewirken würde. Gemäss einem Bericht des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates «Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung» würde ein Zuwachs bei den Grundversorgern bedeutend geringer ausfallen als bei den Spezialisten. Zur Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung sind gesamtschweizerische Lösungen gefragt, die auch die notwendige Qualität der Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich garantieren können.

Zu Frage 3:

Da sich die Zahl der Anmeldungen zum Medizinstudium und die Anzahl der möglichen Ausbildungsplätze nicht die Waage halten, sind Steuerungsmassnahmen unumgänglich: Die Universitäten Genf und Lausanne kennen bisher keinen offiziellen Numerus Clausus. Von den dort mehr als 400 Studienanfängerinnen und -anfängern werden jedoch über 50% in den Prüfungen im vorklinischen Teil des Medizinstudiums wieder ausgeschlossen, da für eine grössere Zahl Studierender zu wenig klinische Studienplätze zur Verfügung stehen. Dieser faktische Numerus Clausus ist kostspielig und liegt auch nicht im Interesse der abgewiesenen Studierenden. Genügend Laborplätze und genügend Ausbildungsmöglichkeiten mit Patientenkontakten sind für ein qualitativ gutes Medizinstudium unumgänglich. Der Unterricht am Patientenbett kann nicht beliebig ausgebaut werden. Schon heute ist es schwierig, genügend Patientinnen und Patienten zu finden, die sich für Kurse und Vorlesungen zur Verfügung stellen. Ein Ausbau der Ausbildungsplätze ist in den erwähnten Bereichen zudem besonders teuer. Eine Erhöhung der Zahl der Medizinstudierenden wäre deshalb gesamtschweizerisch vorzubereiten und zu koordinieren. Eine Erhöhung der Studienplätze in Zürich ist nach heutigem Ausbildungscurriculum wegen der begrenzten Ressourcen (Labor- und Ausbildungsplätze) nicht möglich.

Zu Frage 4:

Zwischen dem hohen Ausländeranteil in der Ärzteschaft und Mängeln oder Fehlern bei der Ausbildung besteht kein Zusammenhang. Die Einführung des Numerus Clausus war ein Mittel, die Qualität des Medizinstudiums zu sichern. Der zunehmende Anteil an ausländischen Ärztinnen und Ärzten an den Kliniken ist vor allem durch gesetzliche Arbeitszeitbeschränkungen und die vermehrt nachgefragten Teilzeitstellen verursacht. Bedingt durch die stete Weiterentwicklung der Medizin wird die Erwartung der Gesellschaft an eine als adäquat betrachtete Gesundheitsversorgung immer grösser und damit personal-

intensiver. Zudem bestehen für Absolventinnen und Absolventen nach dem Staatsexamen vielfältige Berufsmöglichkeiten auch ausserhalb der Klinik und in nicht-medizinischen Arbeitsgebieten, sodass diese an den Spitälern fehlen. Nicht zuletzt führt der Bedarf nach zusätzlichen Arbeitskräften zusammen mit der Wahrnehmung, dass in der Schweiz die Arbeitsbedingungen und die Verdienstmöglichkeiten attraktiver sind als in den jeweiligen Herkunftsländern, zu einem hohen Anteil ausländischer Staatsbürger an unseren Kliniken.

Zu Frage 5:

Die Ausbildung sowie die berufliche Weiter- und Fortbildung im Bereich der Medizin sind gesamtschweizerisch im Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (SR 811.11) geregelt. Die Lerninhalte in den medizinischen Studiengängen sind aufgrund der Weiterentwicklung der biomedizinischen Wissenschaften und der Spezialisierung der klinischen Medizin wesentlich komplexer geworden. Der von der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK) verabschiedete sogenannte «Schweizerische Lernzielkatalog» umschreibt die vielfältigen Kompetenzbereiche und fliesst auch in die neue Prüfungsverordnung des Bundes ein. Eine Verkürzung des Medizinstudiums ist daher kaum möglich. Weil die Ausbildungsgänge der UZH auch internationalen Standards genügen müssen, würden Abstriche in diesem Bereich die Möglichkeiten des medizinischen Nachwuchses und die Reputation des Studienstandortes gefährden.

Zu Frage 6:

Zur Stärkung der Hausarztmedizin an der UZH ist die seit 1984 bestehende «Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin» der Medizinischen Fakultät 2005 mit einer «Einheit für Hausarztmedizin» verstärkt worden. Am 1. März 2008 hat neu Prof. Dr. Thomas J. Rosemann seine Tätigkeit als Professor für Hausarztmedizin und Direktor des neu gegründeten Instituts für Hausarztmedizin (IHAM) an der UZH angenommen. Das IHAM hat die Aufgabe, die Studierenden mit der Arbeit und den Aufgaben der Ärzteschaft in der Grundversorgung vertraut zu machen und das entsprechende Wissen und Können zu vermitteln. Im Zuge der laufenden Studienreform wird der Hausarztmedizin innerhalb des Medizinstudiums ein deutlich grösserer Stellenwert eingeräumt: Neben den bereits bestehenden Lehrangeboten im Kernstudium werden neu im Mantelstudium zwei Pflichtmodule «Ambulante Medizin I und II» angeboten. Im Rahmen der gegenwärtigen Reform der universitären Ausbildung wird sich die Chance bieten, die Einführung differenzierter Masterabschlüsse, z. B. mit Schwerpunkt Hausarztmedizin, eingehend zu prüfen.

Zu Frage 7:

Der Kanton Zürich ist allgemein bestrebt, soweit möglich günstige Rahmenbedingungen zu schaffen, um die Versorgung sicherzustellen. So hat die Gesundheitsdirektion 2007 in Zusammenarbeit mit der Universität ein Pilotprojekt für eine jeweils sechsmonatige Praxisassistentz begonnen. Mit diesem Weiterbildungsprojekt sollen über drei Jahre Erfahrungen gesammelt werden, die es erlauben werden, die Möglichkeiten einer solchen Förderung zu beurteilen und eine allfällige Ausweitung des Angebots zu prüfen (was allerdings mit entsprechenden Mehrkosten verbunden wäre). Dieses Projekt der Praxisassistentz wird in enger Kooperation mit dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) durchgeführt. Das KHM ist eine Stiftung, in der die Schweizerischen Gesellschaften für Allgemeinmedizin, für Innere Medizin und für Pädiatrie sowie die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und die fünf medizinischen Fakultäten vertreten sind. Damit besteht eine Plattform, um Probleme der Weiter- und Fortbildung direkt anzugehen. Mit dem KHM sowie dem IHAM an der Zürcher Universität bestehen gute Voraussetzungen, um die Qualität der medizinischen Grundversorgung in Praxis, Lehre und Forschung zu unterstützen, zu koordinieren und zu fördern.

Zu Frage 8:

Das einzige europäische Land, in dem die Anzahl von Hausärztinnen und Hausärzten in den letzten Jahren zugenommen hat, ist Grossbritannien mit seinem stark zentralisierten Medizinalsystem. Wesentlicher Grund für diesen Trend sind gemäss einer 2007 veröffentlichten wissenschaftlichen Studie die deutlich gestiegenen Einkommen der Grundversorger, die in den letzten Jahren im Mittel insgesamt um etwa 23% zugenommen haben. Neben den Verdienstmöglichkeiten ist für die Aufwertung der Allgemeinmedizin vor allem eine positiv besetzte Zuständigkeit notwendig. Das Berufsbild der für die Grundversorgung zuständigen kompetenten Ärztinnen und Ärzte ist in der Öffentlichkeit zu stärken. Die Kernkompetenzen der Allgemeinmedizin sind die Sicherung einer ambulanten notfallärztlichen Versorgung, die Sicherstellung einer umfassenden medizinischen Betreuung (sowohl bezogen auf ein einzelnes Krankheitsbild als auch in der Langzeitbetreuung) sowie die Koordination und Begleitung spezialärztlicher Untersuchungen und Behandlungen. Mit der Einführung einer Masterausbildung mit Schwerpunkt Hausarztmedizin und anschliessender strukturierter Weiterbildung könnten beispielsweise die notwendigen Kernkompetenzen auch vermittelt werden. Da in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Medizinalpersonen allerdings der Bund federführend ist, können diese

Reformvorhaben nur gesamtschweizerisch angegangen werden. Eine ganz wesentliche Rolle in der Vermittlung eines neuen und vermehrt positiven Bildes einer hausärztlichen Karriere kommt den Fachverbänden und Ärztesellschaften zu.

Zu Frage 9:

Managed-Care- und Hausarztmodelle sind viel diskutierte Versorgungsformen für die Grundversorgung. Die Förderung solcher alternativer Modelle zeigt jedoch nur Erfolg, wenn einerseits deren Evidenz hinsichtlich Qualität und Kosteneffizienz weiter gefördert wird und andererseits diese Modelle im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt und gestärkt werden. Auch diesbezüglich liegt aber die Zuständigkeit auf Bundes- und nicht auf Kantonsebene.

Zu Frage 10:

In der Ausbildung ist eine Zusammenarbeit über die Kantonsgrenze hinaus z.B. mit Lehrpraxen und Lehrspitälern, in der Weiterbildung auch mit Spitälern, die in ein allgemeinärztliches Weiterbildungsprogramm eingebunden sind, sinnvoll und ist über bestehende Netzwerke wie insbesondere das KHM bereits heute weitgehend sichergestellt. In Lehre und Forschung arbeitet sodann das IHAM eng mit den anderen Instituten für Hausarztmedizin zusammen, insbesondere mit demjenigen an der Universität Basel. Das IHAM in Zürich entwickelt derzeit eine Forschungsdatenbank, in der alle wissenschaftlichen Projekte der Grundversorgung archiviert und transparent gemacht werden.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Bildungsdirektion und die Gesundheitsdirektion.

Vor dem Regierungsrat

Der Staatsschreiber:

**Husi**