



Zulassung zum Medizinstudium und Organisation des human- medizinischen Studiums – aktuelle Situation, Handlungsbedarf und Massnahmenempfehlungen

Bericht zuhanden der Schweizerischen
Hochschulkonferenz zur Implementierung
der Motionen Roduit und Hurni

Erstellt von der Universitären Medizin Zürich UMZH
in Zusammenarbeit mit den Schweizer Universitäten
mit humanmedizinischen Studiengängen im Auftrag der
Kammer universitäre Hochschulen von swissuniversities

Impressum

Auftraggeber	Schweizerische Hochschulkonferenz SHK Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFJ
Auftragsnehmer	Kammer universitäre Hochschulen swissuniversities Universität Zürich
Mandatsleitung	Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer, Universität Zürich
Projektleitung	Agnes Nienhaus, Universität Zürich, agnes.nienhaus@uzh.ch
Berichtsversion	16. Juni 2026
Autorinnen und Autoren	Mitglieder der Arbeitsgruppe «Zulassung» unter der Leitung von Prof. Dr. Johannes Loffing, Universität Zürich Mitglieder der Arbeitsgruppe «Ausbildung» unter der Leitung von Prof. Dr. Mathieu Nendaz, Universität Genf Siehe Anhang 6 zu den Mitgliedern der beiden Arbeitsgruppen

INHALT

RESUMÉ	5
ZUSAMMENFASSUNG	7
TEIL I: MANDAT UND WICHTIGE ECKWERTE DES BERICHTES	
1. Auftrag und Zielsetzungen	9
1.1 Der parlamentarische Auftrag der Motionen Roduit und Hurni	9
1.2 Mandat der Schweizerischen Hochschulkonferenz	10
1.3 Zielsetzungen	10
2. Gegenstand, Fragestellungen und Vorgehen	11
2.1 Gegenstand und Fragestellungen	11
2.2 Abgrenzungen	11
2.3 Schnittstellen	11
2.4 Projektorganisation und Vorgehen	12
3. Ausgangslage	12
3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	12
3.2 Organisation des Medizinstudiums in der Schweiz	14
3.3 Die politischen Diskussionen zum Medizinstudium der letzten 10 Jahre	15
3.4 Das Projekt Med500+ im Kanton Zürich	16
TEIL II: ZULASSUNG ZUM MEDIZINSTUDIUM	
4. Zulassung zum Medizinstudium	17
4.1 Gegenstand und Fragestellungen zur Zulassung	17
4.2 Aktueller Stand der Zulassungsverfahren und Handlungsbedarf	17
4.3 Beurteilung unterschiedlicher Testmethoden und Selektionsverfahren	26
4.4 Szenarien für die Reform des Zulassungsverfahrens in der Schweiz	33
4.5 Reflexionen zu möglichen Auswirkungen einer Reform	36
4.6 Diskussion der Massnahmenoptionen und deren Einordnung	38
4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse des Teilprojekts Zulassung	39
TEIL III: AUSBILDUNG HUMANMEDIZIN	
5. Ausbildung einer bedarfsgerechten Anzahl Ärztinnen und Ärzte an Schweizer Universitäten	41
5.1 Gegenstand und Fragestellungen betreffend die Erhöhung der Studienplätze	41
5.2 Aktuelle Lage und Problemanalyse	41
5.3 Prognose des Ausbildungsbedarfs	46
5.4 Handlungsfelder: Kapazitäten und limitierende Faktoren	49
5.5 Diskussion von Massnahmenoptionen	56
5.6 Kostenschätzungen	57
5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse betreffend die Erhöhung der Studienplätze	58

6.	Eine qualitativ hochstehende und zukunftsgerichtete humanmedizinische Ausbildung	59
6.1	Gegenstand und Fragestellungen betr. das humanmedizinische Curriculum	59
6.2	Zum aktuellen Stand der medizinischen Ausbildung	60
6.3	Ausblick auf die bevorstehenden Aufgaben	64
6.4	Diskussion von Massnahmenoptionen	65
6.5	Reflexionen zu den Kosten	66
6.6	Zusammenfassung der Ergebnisse im Bereich der Curricula	66
7.	Stärkung der Grundversorgung im Rahmen des Medizinstudiums	67
7.1	Definition der Grundversorgung	67
7.2	Aktuelle Situation in der Schweiz: bestehender und erwarteter Fachkräftemangel in der Grundversorgung	68
7.3	Politische Fördermassnahmen zugunsten der Grundversorgung	71
7.4	Status der Grundversorgung an den Universitäten der Schweiz	72
7.5	Diskussion von Massnahmenoptionen	74
7.6	Zusammenfassung der Ergebnisse im Bereich der Grundversorgung	75
TEIL IV: ERGEBNISSE UND EMPFEHLUNGEN		
8.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen	76
8.1	Empfehlungen zur Reform der Zulassung zum Medizinstudium und zur Vermittlung prüfungsrelevanter nicht-kognitiver Kompetenzen im ersten Studienjahr	76
8.2	Empfehlungen zu begleitenden Massnahmen im Zugang zum Medizinstudium	78
8.3	Empfehlungen zur Erhöhung der Studienplätze und zur Entwicklung der Lehrformate	80
8.4	Entwicklung der humanmedizinischen Curricula und Prüfungen	83
8.5	Begleitende Massnahmen zur Stärkung der Lehre und der Grundversorgung	87
Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis		
		89
Anhang 2: Die Motionen Roduit und Hurni		
		91
Anhang 3: Fragenkatalog zur Umsetzung der Motionen Roduit und Hurni		
		94
Anhang 4: Relevante Akteure und ihre Zuständigkeiten betr. die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern		
		95
Anhang 5: Literatur		
		97
Anhang 6: Autoren und Autorinnen, beteiligte Gremien, Expertinnen und Experten sowie Stakeholder		
		100

Deklaration der Nutzung von KI

Dieser Bericht wurde mit Unterstützung generativer KI zur sprachlichen Überarbeitung (Copilot) und zur Übersetzung von Textteilen aus unterschiedlichen Ursprungssprachen (DeepL) verfasst. Alle inhaltlichen Aspekte und endgültigen Entscheidungen stammen von den Autorinnen und Autoren.

RÉSUMÉ

Le système de santé suisse est confronté à des défis majeurs en raison d'une pénurie de personnel qualifié et d'une forte dépendance de l'étranger dans le recrutement. Parallèlement, l'évolution rapide des pratiques médicales et la transition numérique en cours redéfinissent en profondeur le rôle et les compétences des médecins. Le système doit non seulement former un plus grand nombre de professionnel·les, mais aussi adapter en continu les compétences transmises afin de garantir durablement la qualité des soins. En adoptant les motions Roduit (23.3293) et Hurni (23.3854), le Parlement a chargé le Conseil fédéral d'examiner, en collaboration avec les cantons, des mesures visant à améliorer les modalités d'admission aux études de médecine, à augmenter le nombre de places d'études en médecine humaine et à développer les cursus dans ce domaine. Une attention particulière doit être accordée aux soins de premier recours.

Ce rapport présente les premières analyses et bases décisionnelles sur les thèmes identifiés. Il examine diverses mesures envisageables et formule, sur cette base, des recommandations pour la suite des travaux.

Admission aux études de médecine

En Suisse, l'admission aux études de médecine se décline en deux procédures distinctes. D'une part, les universités de Genève, Lausanne et Neuchâtel organisent un concours avec des examens très sélectifs à la fin de la première année d'études. D'autre part, les autres universités appliquent une procédure d'admission avec *numerus clausus*, en recourant au test d'aptitude aux études de médecine (AMS) avant le début des études. Les deux procédures présentent une bonne capacité prédictive en ce qui concerne les compétences cognitives, mais évaluent insuffisamment les compétences non cognitives – telles que les capacités de communication et d'interaction. En outre, ces procédures sont parfois associées à une forte charge mentale pour les étudiant·es.

Le nombre de candidat·es aux études de médecine dépasse largement les capacités de formation des universités et des lieux de formation clinique. Une procédure de sélection garantissant un accès équitable et fondé sur les performances demeure donc indispensable.

À l'échelle internationale, les procédures d'admission multidimensionnelles, combinant différentes méthodes d'évaluation des compétences, s'imposent de plus en plus. Le rapport décrit ces méthodes de sélection et les évalue selon des critères tels que la validité, la justiciabilité et l'équité. Il recommande par la suite d'adapter et d'harmoniser à l'échelle suisse l'admission aux études de médecine, tout en tenant compte des spécificités culturelles des différentes régions linguistiques. Selon le report, la procédure d'admission devrait évoluer vers un modèle multidimensionnel combinant critères cognitifs et non cognitifs, mieux aligné avec des concepts d'études axés sur les compétences. Parallèlement, il préconise de renoncer à toute sélection axée sur les capacités d'accueil en cours d'études.

En outre, il est recommandé de compléter le programme de la première année d'études : les contenus enseignés et les examens de fin de première année devraient, en plus des connaissances médicales fondamentales et des compétences cognitives, accorder une place plus importante aux compétences non cognitives. Ces adaptations curriculaires devraient être mises en œuvre par les universités dans le cadre de leurs plans d'études respectifs. Des travaux préparatoires approfondis sont toutefois nécessaires afin de préparer cette réforme.

Augmentation des places d'études en médecine humaine

Au cours des dix dernières années, les universités ont considérablement augmenté leurs capacités de formation en médecine. Toutefois, afin de garantir durablement une offre de soins suffisante et de réduire la dépendance vis-à-vis du personnel médical formé à l'étranger, une nouvelle augmentation significative des places d'études est nécessaire.

Les possibilités d'extension des capacités diffèrent fortement d'une université à l'autre. Des augmentations à court terme sont possibles dans une certaine mesure, mais les projets d'expansion se heurtent rapidement aux limites des places de formation clinique disponibles, du financement, ainsi que des ressources humaines et des infrastructures. Pour parvenir à une augmentation substan-

tielle des places d'études, il est donc recommandé de lancer un deuxième programme spécial en médecine humaine. Le facteur critique réside dans les places de formation clinique. Leur augmentation nécessite la mobilisation de tous les secteurs de soins – stationnaires et ambulatoires, publics et privés – ainsi qu'une coordination étroite aux niveaux régional et national.

L'extension des capacités de formation doit s'accompagner d'un développement ciblé des plans d'études afin de garantir la qualité de la formation. La numérisation et l'enseignement par simulation peuvent utilement compléter la formation clinique, tandis que PROFILES – le référentiel définissant les compétences requises à l'issue des études de médecine – doit continuer à constituer l'instrument central pour la gestion de la qualité, une gestion systématique des risques est nécessaire. Enfin, des investissements dans les infrastructures des universités sont également indispensables pour accueillir le nombre accru d'étudiant·es.

Les coûts liés à l'extension des capacités de formation en médecine sont considérables : si un programme spécial peut dans un premier temps inciter à augmenter le nombre de places d'études, le financement à long terme devra également être assuré par la Confédération, les cantons responsables et les autres cantons. En vue de préparer un tel programme, il est donc recommandé d'élaborer des bases d'analyse approfondies.

Développement des programmes d'études

La formation médicale traverse actuellement un profond processus de transformation vers une approche fondée sur les compétences. Le référentiel suisse PROFILES a fait ses preuves et offre un cadre stable qui ne nécessite pas de révision fondamentale à ce stade. Le principal défi réside plutôt dans sa mise en œuvre cohérente, notamment dans la disponibilité d'un nombre suffisant de superviseur·es cliniques qualifiés.

Parallèlement, la garantie de la qualité de la formation demeure prioritaire. Il s'agit de trouver un équilibre entre les objectifs potentiellement divergents que sont, d'un côté l'augmentation du nombre de diplômé·es et, de l'autre, le développement des programmes d'études. Un soutien systématique et une formation continue des enseignant·es et des superviseur·es sont essentiels afin de garantir un personnel suffisamment qualifié pour l'enseignement et l'encadrement. De plus, la numérisation, la simulation et une exposition clinique précoce doivent être intégrées dans les plans d'études. Cela conduit également à une disparition progressive de la séparation traditionnelle entre les études précliniques et cliniques. La formation en médecine de premier recours doit être davantage valorisée. Enfin, la formation prégraduée et postgraduée pourraient également être organisées comme un continuum.

Dans l'ensemble, le développement de la formation médicale nécessite une interaction coordonnée entre adaptations structurelles, développement du personnel et valorisation accrue de l'enseignement. Il est donc recommandé de renforcer les activités d'enseignement et de formation clinique comme composante importante de la carrière académique et de revaloriser de manière ciblée le rôle des enseignant·es. Une meilleure transition des étudiant·es vers la phase de formation postgraduée, permettant des expériences pratiques précoces, est également essentielle.

Renforcement de la médecine de premier recours

Dans le domaine de la médecine de premier recours, une pénurie importante se profile. Il est dès lors urgent d'agir. Les mesures prises dans le cadre des études de médecine peuvent contribuer à améliorer la situation, mais elles ne seront durables qu'en combinaison avec des mesures ciblant la formation postgraduée et les conditions-cadres dont bénéficient les prestataires dans le domaine de la médecine de premier recours.

Le rapport identifie deux champs d'action principaux au niveau des universités : le développement des programmes d'études ainsi que le renforcement de l'ancrage académique et institutionnel de la médecine de premier recours. Les efforts existants visant à intégrer les soins de premier recours dans les cursus devraient être poursuivis, tout en accordant une attention accrue à la pédiatrie, à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie. Enfin, il est recommandé d'étendre aux autres domaines des soins de premier recours l'approche combinant ancrage académique et institutionnalisation qui a fait ses preuves en médecine de famille.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Schweizer Gesundheitswesen steht aufgrund des Fachkräftemangels mit zudem grosser Auslandsabhängigkeit vor grossen Herausforderungen. Gleichzeitig verändert sich mit der medizinischen Entwicklung und der Digitalisierung das Berufsbild der Ärztinnen und Ärzte. Das System muss daher sowohl mehr Fachkräfte ausbilden als auch die vermittelten Kompetenzen laufend anpassen, um die Versorgungsqualität langfristig zu sichern. Mit der Überweisung der Motionen Roduit (23.3293) und Hurni (23.3854) hat das Parlament dem Bundesrat den Auftrag erteilt, gemeinsam mit den Kantonen Verbesserungen bei der Zulassung zum Medizinstudium zu prüfen, die Studienplätze in der Humanmedizin zu erhöhen und die humanmedizinischen Curricula weiterzuentwickeln. Dabei ist die Grundversorgung besonders ins Blickfeld zu rücken.

Der vorliegende Bericht präsentiert zu den genannten Themenbereichen erste Analysen und Entscheidungsgrundlagen. Er beleuchtet verschiedene Massnahmenoptionen und entwickelt auf dieser Grundlage Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

Zulassung zum Medizinstudium

In der Schweiz bestehen heute zwei unterschiedliche Zulassungsverfahren zum Medizinstudium – einerseits der Concours an den Universitäten Genf, Lausanne und Neuenburg mit stark selektiven Prüfungen am Ende des ersten Studienjahres und andererseits das Zulassungsverfahren mit Numerus clausus, bei welchem vor Studienbeginn der Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) zur Anwendung kommt, an den anderen Universitäten. Beide Auswahlverfahren zeigen eine gute Prognosekraft für kognitive Fähigkeiten, erfassen jedoch nicht-kognitive Kompetenzen – wie kommunikative und interaktionelle Fähigkeiten – nur unzureichend und sind teilweise mit einer hohen mentalen Belastung für die Studierenden verbunden.

Die Anzahl der Bewerbenden für ein Medizinstudium übersteigt die Ausbildungskapazitäten an den Universitäten und in den klinischen Ausbildungsstätten um ein Vielfaches. Ein Auswahlverfahren, das einen fairen und leistungsbezogenen Zugang sichert, bleibt deshalb zwingend notwendig.

International setzen sich bei der Zulassung zum Medizinstudium zunehmend mehrdimensionale Auswahlverfahren durch, die verschiedene Methoden zur Beurteilung von Kompetenzen kombinieren. Im Bericht werden diese Selektionsmethoden beschrieben und anhand von Kriterien wie der Validität, Justiziabilität und Fairness beurteilt. In der Folge empfiehlt der Bericht, die Zulassung zum Medizinstudium anzupassen und schweizweit zu harmonisieren, wobei den kulturellen Eigenheiten der Sprachregionen Rechnung getragen werden soll. Das Zulassungsverfahren soll zugunsten eines mehrdimensionalen Verfahrens, das kognitive und nicht-kognitive Kriterien kombiniert, weiterentwickelt und gleichzeitig besser mit kompetenzorientierten Studienkonzepten abgestimmt werden. Gleichzeitig soll auf eine kapazitätsorientierte Selektion während des Studiums gänzlich verzichtet werden.

Zusätzlich wird für das erste Studienjahr eine Ergänzung des Curriculums empfohlen: Bei den vermittelten Inhalten und den Prüfungen am Ende des ersten Studienjahres soll der Fokus zusätzlich zum ärztlichen Grundlagenwissen und den kognitiven Fähigkeiten auch auf nicht-kognitive Kompetenzen gelegt werden. Diese curricularen Anpassungen sollen von den Universitäten in Rahmen ihrer jeweiligen Studienpläne implementiert werden. Um die vorgeschlagene Reform vorzubereiten, sind vertiefte Grundlagenarbeiten notwendig.

Erhöhung der humanmedizinischen Studienplätze

In den letzten zehn Jahren haben die Universitäten ihre Kapazitäten im Medizinstudium massiv erweitert, doch um eine ausreichende Gesundheitsversorgung langfristig zu gewährleisten und die Auslandsabhängigkeit beim ärztlichen Personal zu verringern, ist eine weitere, deutliche Erhöhung der Studienplätze notwendig.

Die Möglichkeiten zu Kapazitätserweiterungen für das Medizinstudium unterscheiden sich je nach Universität erheblich. Kurzfristige Erhöhungen sind zwar in geringem Masse möglich, Ausbaupläne

stossen jedoch bei den klinischen Ausbildungsplätzen, der Finanzierung sowie bei Personal und Infrastruktur schnell an Grenzen. Für eine substantielle Erhöhung der Studienplätze wird deshalb empfohlen, ein zweites Sonderprogramm Humanmedizin zu lancieren. Der kritische Faktor dabei sind die klinischen Ausbildungsplätze. Deren Erhöhung erfordert die Mobilisierung aller Versorgungsbereiche – stationär und ambulant, öffentlich und privat – sowie eine enge regionale und nationale Koordination.

Der Ausbau der Ausbildungskapazitäten muss mit einer gezielten Weiterentwicklung der Lehrpläne einhergehen, um die Ausbildungsqualität zu sichern. Digitalisierung und simulationsbasiertes Lernen können dabei die klinische Ausbildung sinnvoll ergänzen, wobei PROFILES – das Rahmenwerk, welches die notwendigen Kompetenzen bei Abschluss eines Medizinstudiums vorgibt – weiterhin den zentralen Qualitätsrahmen bildet. Um Qualitätsverluste zu vermeiden, braucht es ein systematisches Risikomanagement. Nicht zuletzt sind an den Universitäten auch Investitionen in die Infrastruktur notwendig, welche für die erhöhten Studierendenzahlen benötigt werden.

Die Kosten einer Erweiterung der Kapazitäten für das Medizinstudium sind beträchtlich: Während ein Sonderprogramm den Impuls für die initiale Erhöhung der Studienplätze geben kann, muss auch die langfristige Finanzierung durch den Bund, die kantonalen Träger und die übrigen Kantone gewährleistet werden. Im Hinblick auf die Vorbereitung eines solchen Programmes wird deshalb empfohlen, vertiefte Grundlagen zu erstellen.

Weiterentwicklung der Curricula

Die medizinische Ausbildung befindet sich derzeit in einem grundlegenden Transformationsprozess hin zu einer kompetenzbasierten Ausrichtung. Das schweizerische Rahmenwerk PROFILES hat sich dabei bewährt und bietet einen stabilen Rahmen, der aktuell keiner grundlegenden Überarbeitung bedarf. Die zentrale Herausforderung liegt vielmehr in der konsequenten Umsetzung, insbesondere im Aufbau ausreichend qualifizierter klinischer Betreuerinnen und Betreuer.

Gleichzeitig bleibt die Sicherung der Ausbildungsqualität vorrangig. Der Zielkonflikt zwischen steigenden Abschlusszahlen und der Weiterentwicklung der Lehrpläne muss sorgfältig austariert werden. Eine systematische Förderung und kontinuierliche Weiterbildung der Lehrenden sind wesentlich, um genügend qualifiziertes Personal für Lehre und Betreuung sicherzustellen. Zudem sind Digitalisierung und Simulation sowie eine frühe klinische Exposition in den Lehrplan zu integrieren. Damit wird auch die bisherige Trennung zwischen vorklinischem und klinischem Studium zunehmend aufgehoben. Die Ausbildung in der Grundversorgung soll stärker gewichtet werden. Schliesslich könnten auch die Aus- und Weiterbildung als Kontinuum konzipiert werden.

Insgesamt erfordert die Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung ein koordiniertes Zusammenspiel von strukturellen Anpassungen, Personalentwicklung und einer stärkeren Gewichtung der Lehre. Es wird deshalb empfohlen, Tätigkeiten in der Lehre und klinischen Ausbildung als wichtigen Bestandteil der akademischen Laufbahn zu stärken und die Rolle der Lehrenden gezielt aufzuwerten. Ebenso zentral ist eine verbesserte Transition der Studierenden in die Weiterbildungsphase, die frühzeitig praxisnahe Einblicke ermöglicht.

Stärkung der Grundversorgung

Im Bereich der Grundversorgung droht eine erhebliche Versorgungslücke und entsprechend besteht ein erheblicher Handlungsbedarf. Massnahmen im Medizinstudium können zur Verbesserung beitragen, sind jedoch nur in Kombination mit Massnahmen in der Weiterbildung und bei den beruflichen Rahmenbedingungen für Grundversorgerinnen und -versorger nachhaltig wirksam.

Der Bericht identifiziert zwei zentrale Handlungsfelder an den Universitäten: Die Weiterentwicklung der Curricula sowie die Stärkung der akademischen und institutionellen Verankerung. Dabei sollten die bestehenden Bemühungen zur Integration der Grundversorgung in die Curricula vorangetrieben und insbesondere auch Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie stärker berücksichtigt werden. Schliesslich wird empfohlen, den in der Hausarztmedizin erfolgreichen Ansatz der akademischen Verankerung und Institutionalisierung auf die anderen Bereiche der Grundversorgung zu übertragen.

TEIL I: MANDAT UND WICHTIGE ECKWERTE DES BERICHTES

1. Auftrag und Zielsetzungen

1.1 Der parlamentarische Auftrag der Motionen Roduit und Hurni

Das Schweizer Gesundheitswesen gilt im internationalen Vergleich als qualitativ hochstehend, leistungsfähig und gut ausgebaut. Dennoch steht es vor erheblichen Herausforderungen, die sich auf die Versorgungsqualität auswirken können. Besonders gravierend ist der zunehmende Fachkräftemangel in den ärztlichen und weiteren Gesundheitsberufen. Personelle Engpässe führen bereits heute dazu, dass Praxen neue Patientinnen und Patienten nur eingeschränkt aufnehmen können, Spitäler weniger Betten betreiben als benötigt werden, und Wartezeiten in verschiedenen Bereichen ansteigen. In einzelnen Regionen droht sogar eine strukturelle Unterversorgung.

Die Problematik wird durch die hohe Dynamik des Gesundheitssektors zusätzlich verschärft. Medizinischer Fortschritt, Digitalisierung und eine immer feinere Arbeitsteilung verändern das Berufsbild der Ärztinnen und Ärzte. Von ihnen wird erwartet, hohe kommunikative, organisatorische und technische Kompetenzen zu entwickeln, um den komplexer werdenden Anforderungen gerecht zu werden. Damit steht das System vor der doppelten Herausforderung, einerseits genügend Fachkräfte auszubilden und zu halten und andererseits deren Qualifikation kontinuierlich an die sich wandelnden Rahmenbedingungen anzupassen. Ohne gezielte Gegenmassnahmen riskiert die Schweiz, dass ihre bislang hohe Versorgungsqualität langfristig nicht aufrechterhalten werden kann.

Das eidgenössische Parlament hat sich wiederholt mit diesem Themenkomplex auseinandergesetzt. In der Herbstsession 2024 wurde die Motion Roduit 23.3293 «Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität» in den eidgenössischen Räten angenommen. Deren Auftrag lautet:

«Der Bundesrat wird beauftragt, im Bereich der universitären medizinischen Aus- und Weiterbildung in Absprache mit den Kantonen Massnahmen zu ergreifen, sodass die Zulassung von Studierenden hauptsächlich auf Kompetenz- und Qualitätskriterien beruht. Zu diesem Zweck soll er insbesondere in der Grundversorgung und im ambulanten Bereich für ein besseres Angebot an Studienplätzen und klinischen Praktika sorgen. Gemeinsam mit den Kantonen sollen die dafür notwendigen Mittel bereitgestellt werden.»¹

Im März 2025 wurde ausserdem die Motion Hurni (übernommen von Crottaz) 23.3854 «Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen!» an den Bundesrat überwiesen.

«Der Bundesrat wird beauftragt, zur Deckung des wachsenden Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten, namentlich an Hausärztinnen und Hausärzten, einen Entwurf zu Gesetzesbestimmungen vorzulegen, mit denen sichergestellt werden kann, dass in der Schweiz genügend Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.»²

Die Motion verlangt ausserdem eine ambitionierte Strategie auf Bundesebene, um die Anzahl Aus- und Weiterbildungsplätze an Universitäten und in Spitälern zu erhöhen.

1 Motion 23.3293 Roduit, Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität, siehe: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20233293> (Abfrage 6.4.2026), und Anhang 2.

2 Motion 23.3854 Hurni Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen! Siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20233854> (Abfrage 6.4.2026), und Anhang 2.

1.2 Mandat der Schweizerischen Hochschulkonferenz

Zur Umsetzung der Anliegen der Motionen Roduit und Hurni wurden vier Teilprojekte definiert:

- a. **Zulassung:** Evaluation der Selektionsmethoden und Zulassungsverfahren zum Medizinstudium.
- b. **Ausbildung:** Erhöhung der Studienplätze bzw. der Abschlüsse in der Humanmedizin und die Weiterentwicklung der medizinischen Curricula im Hinblick auf die Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung, mit besonderem Fokus auf der Förderung der Grundversorgung.
- c. **Weiterbildung:** Darstellung des Bedarfs an Fachärztinnen und -ärzten und Weiterbildungsplätzen nach Fachrichtungen und der Stärkung der Grundversorgung in der Weiterbildungsphase.
- d. **Interprofessionalität und Rahmenbedingungen:** Prüfung des Potentials der interprofessionellen Arbeitsteilung sowie Beantwortung von Fragen zur Berufsverweildauer und zum Beschäftigungsgrad sowie zu den Bedingungen der Berufsausübung.

Die Umsetzung der beiden Teilprojekte «Zulassung» und «Ausbildung» liegt in der Verantwortung der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) und des Staatssekretariats für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI). Da die entsprechenden Aufgaben vorab im Aufgabenbereich der universitären Hochschulen angesiedelt sind, erteilte die SHK im August 2025 der Kammer universitäre Hochschulen von swissuniversities das Mandat, zu den ersten beiden Themenbereichen einen Grundlagenbericht zu erstellen und so eine Basis für die bildungspolitischen Weichenstellungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in der Schweiz zu schaffen. Die Kammer universitäre Hochschulen übertrug die Umsetzung des Projekts, das über projektgebundene Beiträge (PgB) finanziert wurde, an die Universität Zürich, Direktion Universitäre Medizin Zürich, die dazu eng mit allen schweizerischen Universitäten mit humanmedizinischen Studienprogrammen zusammenarbeitete.

Die beiden weiteren Teilprojekte «Weiterbildung» und «Interprofessionalität und Rahmenbedingungen» werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) bearbeitet (siehe Abschnitt 2.3). Die vier Teilprojekte sollen dabei eng verbunden bleiben.

1.3 Zielsetzungen

Die Anliegen, die in den Vorstössen formuliert sind, werden im Folgenden allgemein zusammengefasst und in primäre gesellschaftliche Ziele und davon abgeleitete Zielsetzungen unterschieden.

Die **primären Zielsetzungen** umfassen folgende wichtigen gesellschaftlichen Anliegen:

- Weitmöglichste Deckung des Schweizer Bedarfs an ärztlichem Personal durch Schweizer Nachwuchs.
- Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, welche über die für die Berufsausübung notwendigen Kompetenzen verfügen.
- Dem Bedarf der Bevölkerung/Gesundheitsversorgung und den Fähigkeiten der Absolventinnen und Absolventen angemessene Spezialisierung; d.h. Vermeidung von Überangebot/Unterangebot bzw. Mangel an Fachpersonen in einzelnen Fachdisziplinen.

Die daraus **abgeleiteten Ziele** lauten:

- Ausreichend Studienplätze innerhalb der Schweiz, um einen grossen Teil des Schweizer Bedarfs an medizinischem Fachpersonal zu decken.
- Belastbare und transparente Selektionskriterien für die Zulassung zum Medizinstudium.
- Selektion derjenigen Studierenden, welche über die nötigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Absolvierung des Medizinstudiums und den Erwerb der notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten für eine ärztliche Tätigkeiten verfügen.
- Qualitativ hochstehende Ausbildung, welche die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten/Kompetenzen vermittelt.
- Angemessene Unterstützung der Medizinstudierenden im Hinblick auf den Einstieg in die professionelle Tätigkeit und die Wahl der Fachgebiete und Tätigkeitsfelder bereits während des Studiums.
- Nachhaltige Finanzierung der medizinischen Ausbildung.

2. Gegenstand, Fragestellungen und Vorgehen

2.1 Gegenstand und Fragestellungen

Das Mandat beinhaltete die Erstellung eines Grundlagenberichts, der eine Evaluation der aktuellen Situation und des Handlungsbedarfs sowie eine Darstellung wichtiger Grundlagen unter Einbezug internationaler Erfahrungen enthält. Aus diesen Grundlagen sollten Massnahmenoptionen abgeleitet werden.

Teil des Auftrags war ausserdem der Einbezug der Schlüsselakteure aus den Bereichen der Hochschulbildung und Gesundheitsversorgung.

Der vorliegende Bericht setzt diesen Auftrag um, wobei er vier grundsätzliche Handlungsbereiche unterscheidet:

- Weiterentwicklung der Testmethoden und Verfahren in der Zulassung zum Medizinstudium
- Ausbildung einer ausreichenden Anzahl von Ärztinnen und Ärzten an Schweizer Universitäten, bzw. Erhöhung der Studienplätze in der Humanmedizin
- Ausrichtung der humanmedizinischen Curricula auf die benötigten Kompetenzen
- Förderung der Grundversorgung im Rahmen des humanmedizinischen Studiums

Aus den Motionen wurde ausserdem ein detaillierter Fragekatalog abgeleitet, der die zentralen Anliegen aus der politischen Diskussion aufnimmt. Dieser ist im Anhang 3 im Detail aufgeführt. Die konkreten Fragestellungen sind in jedem Kapitel zusammengefasst.

2.2 Abgrenzungen

Nicht Gegenstand dieses Projekts sind:

- Neue Prognosen zum zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten und des Nachwuchsbedarfs in den einzelnen Fachdisziplinen. Hier wird auf bestehende Prognosen und Studien zurückgegriffen.
- Eine detaillierte Darstellung der humanmedizinischen Curricula an den einzelnen Ausbildungsstandorten.
- Eine detaillierte Wiedergabe der politischen Diskussionen und Massnahmen, die in den Universitätskantonen unter anderem betreffend die jeweiligen Zulassungsverfahren, die Erhöhung der Studienplätze und die Weiterentwicklung des Medizinstudiums geführt bzw. umgesetzt werden. Diese werden nur summarisch berücksichtigt.
- Das System der Weiterbildung und die Gestaltung der Weiterbildungen selbst.
- Die Studiengänge Zahnmedizin, Chiropraktik und Veterinärmedizin. Der vorliegende Bericht fokussiert auf die humanmedizinischen Studiengänge. Je nach Fragestellung und Universität bestehen jedoch Interdependenzen mit Studiengängen in der Zahnmedizin (Universitäten Basel Bern, Lausanne und Zürich), Chiropraktik (Zürich) oder Veterinärmedizin (Bern und Zürich), da diese Studiengänge im Zulassungsverfahren oder bestimmten Ausbildungsmodulen mit dem Humanmedizinstudium gekoppelt sind. Die entsprechenden Interdependenzen werden wo immer möglich angesprochen, aber nicht im Detail ausgeführt.

2.3 Schnittstellen

Schnittstellen der beiden in diesem Bericht behandelten Teilprojekte bestehen namentlich zu den beiden weiteren Teilprojekten «Weiterbildung» und «Interprofessionalität und Rahmenbedingungen». Die Themen der Transition in die Weiterbildung, der Interprofessionalität und der Förderung der Grundversorgung betreffen sowohl die Ausbildung wie auch die Weiterbildung und die Berufsausübung selbst, und entsprechende Massnahmen müssen aufeinander abgestimmt werden.

Eine weitere Schnittstelle besteht zur «Agenda Grundversorgung»: Im Rahmen der von Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider Ende 2024 lancierten Strategie zur Förderung der Grundversorgung

wurde im Dezember 2025 ein erster Massnahmenbericht publiziert.³ Es bestehen signifikante Schnittmengen zwischen dem vorliegenden Projekt und den Themenbereichen Berufsprofile, Ausbildung, Fachspezialisierung/Weiterbildung sowie Interprofessionalität, die im Rahmen der Agenda Grundversorgung vertieft bearbeitet werden.

2.4 Projektorganisation und Vorgehen

Im vorliegenden Projekt wurde grosser Wert auf eine breite Abstützung der Analysen, möglicher Zukunftsszenarien, Massnahmenoptionen und Empfehlungen gelegt. Zur Steuerung des Projekts wurde deshalb ein Steuerungsgremium eingesetzt, in dem alle universitären Hochschulen mit humanmedizinischen Studiengängen vertreten waren. Diesem Gremium gehörten die Dekaninnen und Dekane der medizinischen Fakultäten und die Studiengangs-Verantwortlichen der weiteren Hochschulen mit Medizinstudiengängen an.

Zur Bearbeitung der inhaltlichen Fragestellungen wurden zwei Arbeitsgruppen – «Zulassung» und «Ausbildung» – mit Expertinnen und Experten der beteiligten Hochschulen gebildet, die gezielt mit Vertreterinnen und Vertretern der Schweizerischen Dachorganisation der Medizinstudierenden swimsa ergänzt wurden. Diese beiden Arbeitsgruppen erarbeiteten von September 2025 bis März 2026 die fachlichen Grundlagen und Handlungsoptionen und formulierten daraus Empfehlungen betreffend die Entwicklung der Zulassungsverfahren und die Ausgestaltung des Medizinstudiums. Dabei stützten sie sich auf wissenschaftliche Literatur, nationale und internationale Statistiken, qualitative und quantitative Umfragen bei den beteiligten Universitäten sowie auf Hearings mit Expertinnen und Experten sowie Studierenden. Die Zusammenstellung aller beteiligten Personen ist im Anhang 6 zu finden.

Ein zentraler Bestandteil des Projekts war zudem der Einbezug relevanter Stakeholder. Ende Februar 2026 fand dazu ein ganztägiger Anlass mit über 60 Teilnehmenden aus den Bereichen Hochschulbildung und Gesundheitswesen statt. Im Rahmen einer intensiven Diskussion in Kleingruppen wurden die erarbeiteten Grundlagen und Massnahmenoptionen vertieft erörtert. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen und werden in den Massnahmenempfehlungen berücksichtigt.

3. Ausgangslage

3.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Medizinstudium in der Schweiz wird durch ein Zusammenspiel von Bund, Kantonen und Universitäten geregelt. Die Hochschulbildung liegt grundsätzlich in der Verantwortung der Kantone. Da sie jedoch einen hohen Grad an Koordination erfordert, ist auch der Bund stark beteiligt. Eine besondere Rolle nimmt dabei die eidgenössische technische Hochschule der ETH Zürich ein, welche dem Bund untersteht und sich mit einem Bachelorstudienprogramm an der medizinischen Ausbildung beteiligt.

Der Arztberuf gehört zu den eidgenössisch reglementierten Berufen, bei denen nur Personen mit eidgenössisch anerkannten Diplomen ärztlich tätig sein dürfen. Dadurch entsteht ein dichtes Geflecht aus nationalen und kantonalen Regelungen.

Auf nationaler Ebene sind die folgenden rechtlichen Grundlagen zentral:

- Das Medizinalberufegesetz (MedBG) regelt die Ausbildung, Weiterbildung und Berufsausübung der universitären Medizinalberufe (Humanmedizin, Zahnmedizin, Pharmazie, Chiropraktik und Veterinärmedizin). Es bestimmt die Ausbildungsziele (Kompetenzprofile), die eidgenössischen Prüfungen, die Anerkennung der inländischen und ausländischen Diplome sowie die Berufspflichten und Qualitätsanforderungen. Teil der Umsetzung dieses Gesetzes ist unter anderem die Festlegung der Abschlusskompetenzen für die Humanmedizin (siehe die

³ Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern, Bern 8.12.2025. Siehe <https://www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung> (Abfrage 7.4.2026).

Erläuterungen zu PROFILES in Abschnitt 6.2) und das Medizinalberuferegister MedReg, welches die Angaben aller in der Schweiz tätigen universitären Medizinalpersonen mit Namen, eidgenössischen Diplomen und anerkannten ausländischen Diplomen, Weiterbildungstiteln sowie weitere relevante Informationen für die Berufsausübung enthält.

- Das Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz (HFKG) regelt die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen im Hochschulbereich. Es bildet die Grundlage für die Akkreditierung der Hochschulen und, zusammen mit dem MedGB, der Studiengänge der universitären Medizinalberufe. Ausserdem bestimmt das HFKG über die Grundbeiträge zugunsten der Hochschulen, projektgebundene Finanzierungsbeiträge für Projekte zur Entwicklung der Hochschulbildung sowie Bauinvestitionsbeiträge und Baunutzungsbeiträge für wichtige Hochschulinfrastrukturen. Die Finanzierung der Durchführung des Eignungstests Medizin Schweiz (EMS) durch swissuniversities wird durch Beschlüsse der SHK geregelt.
- Im Hinblick auf das Handlungsfeld der Grundversorgung ist Art. 117a der Bundesverfassung zu erwähnen, welcher die Verantwortung des Bundes für die medizinische Grundversorgung festschreibt. Gemäss Absatz 2a erlässt der Bund «Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe». Diese Verfassungsbestimmung wird in verschiedenen Gesetzen, Verordnungen und Bundesprogrammen umgesetzt.

Die Universitätskantone tragen in der Schweiz die zentrale Verantwortung für die medizinische Ausbildung. Sie erlassen kantonale Gesetze und Verordnungen, welche die Rahmenbedingungen für Hochschulen, Ausbildungsstätten und Gesundheitsinstitutionen festlegen. Durch ihre Rolle in der Finanzierung der universitären Hochschulen bestimmen sie die Kapazitätsplanung der medizinischen Fakultäten. Die rechtlichen Grundlagen zu den Zulassungsverfahren und die Festlegung der Anzahl verfügbarer Studienplätze im Medizinstudium werden deshalb auf kantonaler Ebene gelegt – und sie sind je nach Kanton unterschiedlich ausgestaltet. Die Kantone planen und steuern ausserdem die Gesundheitsversorgung (z.B. in der Spitalplanung) und zum Teil auch die langfristige Fachkräfteplanung. In spezifischen rechtlichen Grundlagen tragen sie auch zur Gestaltung von Weiterbildungsstrukturen bei, etwa mittels Praxisassistenten-Programmen und kantonal unterstützten Weiterbildungsstellen, um den Übergang von der universitären Ausbildung in die ärztliche Praxis zu stärken.

Auf der interkantonalen Ebene bestehen folgende relevanten rechtlichen Grundlagen zur Planung, Finanzierung und Koordination der Hochschulen:

- Gestützt auf die Interkantonale Vereinbarung von 2013 über den schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulkonkordat) und das HFKG wurde die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Kantonen über die Zusammenarbeit im Hochschulbereich (ZSAV-HS) von 2015 unterzeichnet. Diese regelt, wie die Planung und Umsetzung von Studienangebot, Qualitätssicherung, Finanzierung und Mobilität der Studierenden zwischen Bund und Kantonen koordiniert werden. Sie regelt ausserdem die Aufgaben der gemeinsamen Gremien von SHK-Plenarversammlung, SHK-Hochschulrat, der Rektorenkonferenz und der Akkreditierungsorgane.⁴
- Die Interkantonale Universitätsvereinbarung (IUV) von 2019 regelt, wie sich die Kantone gegenseitig die Kosten für auswärtige Studierende abgelden. Die Umsetzung der IUV wird von der Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren (EDK) begleitet.⁵
- Die Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV) regelt, wie die Kantone die Leistungen der Spitäler in der ärztlichen Weiterbildung finanzieren und wie die entsprechenden finanziellen Lasten zwischen den Kantonen

⁴ Hochschulkonkordat (Stand 1.1.2025) und ZSAV-HS (Stand 26.2.2015), siehe <https://www.edk.ch/de/themen/hochschulen> (Abfrage 16.3.2026).

⁵ Interkantonale Universitätsvereinbarung IUV (Stand 27.6.2019); siehe <https://www.edk.ch/de/themen/bildungsfinanzierung/universitaeten> (Abfrage 16.3.2026).

ausgeglichen werden. 24 Kantone sind dieser Vereinbarung, die von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) koordiniert wird, beigetreten.⁶

3.2 Organisation des Medizinstudiums in der Schweiz

Auf der organisatorischen Ebene wird diese rechtliche Situation in unterschiedlichen Rollen der Akteure und deren Zusammenarbeit umgesetzt. Basierend auf dem MedBG definiert das BAG die Ausbildungsziele, beaufsichtigt die Ausbildung und deren Qualität, führt die eidgenössischen Prüfungen durch und betreibt das Medizinalberuferegister MedReg. Das SBFI und der Hochschulrat verantworten die Hochschulpolitik und Akkreditierung auf nationaler Ebene. Ausserdem betreibt der Bund die beiden eidgenössischen Hochschulen, die ETH in Zürich und die EPFL. Die Botschaft zur Förderung von Bildung, Forschung und Innovation (BFI-Botschaft) wird alle vier Jahre erstellt. Sie definiert für die jeweilige Planungsperiode die politischen Ziele, Prioritäten und Förderinstrumente des Bundes im BFI-Bereich. Das Bundesamt für Statistik erstellt zahlreiche Statistiken, welche der Steuerung der Hochschulbildung dienen, darunter die Statistik der Studierenden und Abschlüsse an Hochschulen (SHIS-studex) und die Statistiken der Finanzen und Kosten der Hochschulen.

Die Kantone sind für die Finanzierung und den Betrieb der Universitäten sowie die strategische Hochschulplanung und -entwicklung zuständig. In Bezug auf das Medizinstudium haben sie die besondere Aufgabe, die Anzahl der Studienplätze festzulegen, das Zulassungsverfahren zu bestimmen und die Rahmenbedingungen für die klinische Ausbildung in Spitälern und ambulanten Praxen mitzugestalten. Die kantonalen Spitalplanungen und die interkantonale Planung der hochspezialisierten Medizin haben ausserdem einen bedeutenden Einfluss darauf, welche Spitäler welche spezialisierten und hochspezialisierten Leistungen anbieten, was wiederum mit den Lehrstühlen an der Universität und den klinischen Ausbildungsleistungen für das Medizinstudium zusammenhängt.

Auf der interkantonalen Ebene übernehmen die SHK und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Bildungsdirektorinnen und -direktoren EDK die wichtige Aufgabe der Koordination zwischen den politischen Ebenen. Die SHK dient dabei als Koordinationsinstanz zwischen Bund und Kantonen. Die Erziehungsdirektorenkonferenz EDK hat die Federführung bei interkantonalen Vereinbarungen inne, namentlich das oben genannte Hochschulkonkordat und die Interkantonale Universitätsvereinbarung (IUV). Die Erstellung von methodischen und statistischen Grundlagen für die Planung und Steuerung der universitären Medizinalberufe ist beim Schweizerischen Gesundheitsobservatorium Obsan als gemeinsamer Einrichtung von Bund und Kantonen angesiedelt.

swissuniversities als Verband der Hochschulen und die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK) als Koordinationsorgan zwischen den medizinischen Fakultäten koordinieren die Zulassung zum und operative Umsetzung des Medizinstudiums. Dazu gehören unter anderem die schweizweite Koordination der Zuweisung der verfügbaren Studienplätze, Aspekte der Gestaltung der Curricula sowie Qualitätsstandards zwischen den Fakultäten. swissuniversities übernimmt ausserdem die Organisation und Durchführung des Eignungstests für das Medizinstudium EMS für die Universitäten mit Numerus clausus (siehe Kapitel 4).

Die Universitäten selbst gestalten die Studiengänge innerhalb der bundesrechtlichen Vorgaben und arbeiten für die klinische Ausbildung eng mit den universitären und anderen, nicht-universitären Schweizer Spitälern zusammen. Insgesamt entsteht so ein stark reguliertes, kooperativ organisiertes System, in dem Bund, Kantone und Hochschulen gemeinsam die Qualität und Einheitlichkeit der medizinischen Ausbildung sicherstellen. In Anhang 4 sind die verschiedenen Akteure rund um das Medizinstudium mit ihren Zuständigkeiten aufgeführt.

⁶ Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung WFV (vom 20.11.2014, Inkrafttreten am 21.1.2022), Beitritt aller Kantone mit Ausnahme Baselland und Tessin (Liste der beigetretenen Kantone, Stand Februar 2026) siehe <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsberufe/medizinalberufe/aerzte> (Abfrage 16.3.2026).

3.3 Die politischen Diskussionen zum Medizinstudium der letzten 10 Jahre

Die Festlegung der Studienplatzkapazitäten in der humanmedizinischen Ausbildung bzw. die Entscheidung über eventuelle Beschränkungen dieser Studienplätze liegt bei den Hochschulkantonen. In den letzten zehn Jahren wurden die Ausbildungskapazitäten für das Medizinstudium aber auch auf nationaler Ebene intensiv diskutiert. Vor allem das Sonderprogramm Humanmedizin im Rahmen der BFI-Botschaft 2017–2020 stellte dabei eine zentrale Massnahme auf gesamtschweizerischer Ebene dar: Mit einer projektorientierten Sonderfinanzierung von 100 Mio. Franken sollten die Humanmedizin-Studienkapazitäten deutlich erhöht und die Zahl der Masterabschlüsse von 882 im Jahr 2016 auf jährlich rund 1'300 bis im Jahr 2025 gesteigert werden. Nebst Studienplatzserhöhungen an den bestehenden medizinischen Fakultäten wurden dabei auch Studienprogramme an neu geschaffenen medizinischen Ausbildungsstätten aufgebaut, sodass sich die Anzahl der an der Medizinausbildung beteiligten Hochschulen auf 11 Standorte erhöhte (siehe Abbildung 4.1).⁷ Die aktuellen Zahlen zeigen, dass der Zielwert des Sonderprogrammes deutlich übertroffen wurde: Im Jahr 2024 wurden 1'381 Masterabschlüsse in Humanmedizin verliehen. Für das Zieljahr des Sonderprogramms 2025 zeigen die provisorischen Daten einen weiteren Anstieg auf 1'411 Masterabschlüsse.⁸

Mittlerweile zeichnet sich allerdings ab, dass auch die erhöhten Abschlusszahlen nicht ausreichen, um die Ausbildungslücke bei den Ärztinnen und Ärzten zu schliessen und die Auslandabhängigkeit nachhaltig zu reduzieren. Die Ausbaudynamik prägt die politischen Diskussionen deshalb weiterhin, etwa im Rahmen der Beratungen zur aktuellen BFI-Periode 2025–2028, in der das Parlament im Herbst 2024 erneut CHF 25 Mio. für PgB-Projekte zur Erhöhung der humanmedizinischen Studienplätze reservierte. Im Rahmen des Entlastungspakets 27 wurden in der Folge alle PgB-Beiträge in Frage gestellt. Schliesslich wurden in den Parlamentsbeschlüssen zum Entlastungspaket 27 im März 2026 jährliche Beiträge von CHF 6 Mio. für den Ausbau der Studienplätze in der Humanmedizin für die Jahre 2028 und 2029 vorgesehen.

Auch in der Mehrheit der Universitätskantone, welche in den vergangenen 10 Jahren massiv in den Ausbau der Ausbildungskapazitäten investiert haben, wurden seit Abschluss des Sonderprogramms neue parlamentarische Vorstösse eingereicht, um mehr Ärztinnen und Ärzte vor Ort auszubilden, oder es bestehen Diskussionen zwischen den kantonalen Regierungen und den Universitäten im Hinblick auf die Erhöhung der Studienplätze (BS/BL, BE, FR, GE, LU, NE, ZH). Die Vorstösse und Diskussionen umfassen teilweise auch die Weiterbildung, verlangen spezifische Massnahmen etwa zugunsten der Grundversorgung (BS, LU) und der Psychiatrie (BE) oder betreffen den Aufbau eines ganzen Bachelorstudiengangs (NE).

Diese politischen Diskussionen sind auch eine Reaktion auf wichtige Entwicklungen der letzten Jahre. Seit der COVID-Pandemie hat sich der Fachkräftemangel verschärft, wobei die einzelnen Berufe des Gesundheitswesens und die Disziplinen innerhalb des Arztberufs unterschiedlich betroffen sind. Auch hat sich die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Ärzten in den vergangenen Jahren weiter akzentuiert. Die umfangreiche Rekrutierung von ärztlichem Personal aus anderen Ländern widerspricht dabei auch ethischen Grundsätzen und international festgehaltenen Normen. Dazu gehört etwa der *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* von 2010, der alle Länder zu Zurückhaltung bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland aufruft und bedarfsgerechte inländische Ausbildungsanstrengungen nahelegt.⁹

7 Siehe auch swissuniversities, Sonderprogramm Humanmedizin. Schlussbericht von swissuniversities zum Sonderprogramm «Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin» vom 02. Dezember 2021.

8 BFS, Datenbank STAT-TAB, Abschlüsse an universitären Hochschulen, siehe https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-1503040100_101/px-x-1503040100_101/px-x-1503040100_101.px/ (Abfrage 2.6.2026). Provisorischen Daten 2025 gemäss Angaben swissuniversities, März 2026.

2025 wurden insgesamt 1'521 eidgenössischen Diplome erteilt. BAG. Diese Anzahl beinhaltet neben den Personen mit Master einer schweizerischen Universität auch Personen, welche die eidgenössischen Prüfungen ablegen, nachdem sie ihr Studium im Ausland absolviert haben. Quelle: BAG .Medizinalberuferegister (MedReg), Auswertungen des Obsan, Universitäre Medizinalberufe, siehe <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/medpsyreg/universitaere-medizinalberufe-uebersicht-diplome> (Abfrage 2.6.2026).

9 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010.

Die Folge ist unter anderem der Ruf nach einer weiteren Erhöhung der inländischen Ausbildungsanstrengungen. Zusätzlich ist auch die Kritik am Numerus clausus und den Auswahl- und Selektionsverfahren wieder stärker in den Vordergrund getreten. Ausserdem hat sich die Diskussion um die ärztliche Unter- und Überversorgung verschoben: Während beim Zulassungsstopp für die Neuzulassung von Ärztinnen und Ärzten, einer Massnahme zur Steuerung des im Gesundheitssystem tätigen ärztlichen Personals, eine mögliche Überversorgung und steigende Kosten im Zentrum standen, richtet sich der politische Fokus heute stärker auf Versorgungsbereiche mit bestehender oder drohender Unterversorgung (z.B. Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie/Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) sowie auf regionale Unterschiede in der Versorgung.

3.4 Das Projekt Med500+ im Kanton Zürich

Weit fortgeschritten ist die politische Diskussion um mehr Studienplätze im Kanton Zürich. Mit dem Projekt Med500+ hat Zürich als erster Kanton den Weg für eine bedeutende Erweiterung der Studienplätze in der Humanmedizin geebnet. Das Projekt Med500+ beinhaltet den Ausbau der Studienplätze von 430 auf 700 im ersten Studienjahr des Bachelorstudiums und von 373 auf 600 Studienplätze im ersten Studienjahr des Masterstudiums. Dies bedeutet eine Erweiterung um 270 Studienplätze (+63%) im Bachelorstudium und um 227 Studienplätze (+61%) im Master.¹⁰ Der Ausbau der Studienplatzkapazitäten ist auf das akademische Jahr 2030/2031 vorgesehen. Die erhöhte Zahl an Studienabschlüssen sollte entsprechend ab 2036 erreicht werden.

Gleichzeitig mit dem Ausbau der Studienplatzkapazitäten wird an der UZH eine umfassende Curriculumsreform implementiert, mit angepassten Lehrformaten (z.B. mehr Blended Learning, Simulation), frühem klinischen Kontakt, longitudinalen Elementen und elektiven Modulen. Die Kombination mit einer Curriculumsreform ist notwendig, um die hohen Studierendenzahlen zu bewältigen und die Ausbildungsqualität aufrechtzuerhalten. Sie erhöht gleichzeitig aber auch die Komplexität des Vorhabens, denn neben den hohen Studierendenzahlen sind während fünf Jahren zwei unterschiedliche Curricula parallel durchzuführen – die Jahrgänge mit Studienbeginn ab 2030 studieren nach dem neuen Curriculum, während Studierende mit Studienbeginn bis 2029 noch dem alten Curriculum folgen.

Voraussetzung des Projektes sind Investitionen in ein neues Medizinisches Lernzentrum, da die gegenwärtigen Raumkapazitäten nicht ausreichen. Es werden dabei mehr Räume für den Unterricht in kleinen Gruppen, Seminare und praktische Übungen sowie ein neues Simulationszentrum geschaffen. Anfang März 2026 hat das kantonale Parlament des Kantons Zürich einen ersten Kredit von CHF 25 Mio. für das Projekt beschlossen, welcher die Projektkosten zur Vorbereitung und die Investitionen in das Lernzentrum bis ins Jahr 2029 umfassen. Die konkreten Aufbauarbeiten in den Jahren 2030 bis 2036 werden auf CHF 465 Mio. veranschlagt, ab 2037 wird für den Vollbetrieb mit einem Finanzierungsbedarf von netto CHF 79 Mio. pro Jahr für die zusätzlichen Studienplätze gerechnet.¹¹

10 Die Bachelorstudienplätze beinhalten 50 Studienplätze für Zahnmedizin und 20 Studienplätze für Chiropraktik, diese bleiben unverändert. Die Studienplätze im Masterstudium beinhalten ausserdem die Kooperationen mit anderen Studiengängen an der HSG und UniLU im Rahmen der beiden Joint Medical Master-Programme und eine bereits vorgesehene geringe Erhöhung im Studienjahr 2027/28 von 8 Plätzen.

11 Beschluss des Kantonsrates über die Bewilligung eines Objektkredits für die Erhöhung der Zahl der Studienplätze für Humanmedizin an der Universität Zürich vom 2.3.2026 siehe kantonrat.zh.ch/geschaefte/geschaefte/?id=4d22f8ac2b8748a090b72187e3ac409 (Abfrage 17.3.2026).

TEIL II: ZULASSUNG ZUM MEDIZINSTUDIUM

4. Zulassung zum Medizinstudium

4.1 Gegenstand und Fragestellungen zur Zulassung

Das Kapitel 4 stellt die Ergebnisse des Teilprojekts «Zulassung» vor. Gegenstand des Teilprojekts ist eine Ist-Analyse der heutigen Praxis der Zulassung zum Medizinstudium, mit einer Evaluation der Stärken und Schwächen sowie einer Darstellung des Handlungsbedarfs und verschiedener Optionen zur Verbesserung der gegenwärtigen Verfahren. Auf dieser Basis werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zulassung formuliert.

Zunächst ist festzuhalten, dass die gegenwärtigen Zulassungsverfahren verschiedene Ebenen aufweisen. So haben die Begrenzung der Studienplätze und das angewandte Auswahlverfahren unterschiedliche Bedeutungen und dürfen nicht gleichgesetzt werden. Im Zulassungsverfahren der Deutschschweizer Universitäten (inkl. Fribourg) wird die Beschränkung der Studienplätze im ersten Studienjahr als Numerus clausus (NC) bezeichnet. Die Anzahl zu vergebende Studienplätze wird dabei jährlich durch die Regierungen der Universitätskantone für die eigene Universität festgelegt. Der Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) ist das Instrument zur Auswahl der Kandidierenden, die einen Studienplatz an einer der Universitäten mit NC erhalten. Ein analoger Prozess wird auch im Zulassungssystem des Concours in der französischsprachigen Schweiz angewandt. Auch hier legen die Regierungen der jeweiligen Universitätskantone die Anzahl Studienplätze fest, allerdings gilt die Beschränkung nicht für das erste, sondern für das zweite Studienjahr. Der Concours bezeichnet die Prüfungen im ersten Studienjahr, mit denen die Auswahl der Studierenden, die in das zweite Studienjahr übertreten dürfen, erfolgt.

Das Teilprojekt «Zulassung» umfasst einen breiten Katalog an Fragestellungen und Prüfaufträgen. In einem ersten Schritt soll die Beurteilung des Auswahlverfahrens des EMS, wie sie im Bericht des Schweizerischen Wissenschafts- und Innovationsrats (SWIR) aus dem Jahr 2016 vorgenommen wurde, erneut bewertet und aktualisiert werden. Darüber hinaus adressiert der vorliegende Bericht eine Reihe weiterführender Fragen. Dazu gehört erstens die Prüfung, inwiefern die derzeit angewendeten Auswahlkriterien den erforderlichen Kompetenz- und Qualitätsstandards entsprechen. Zweitens wird untersucht, ob und in welchem Ausmass Empathie im Rahmen bestehender oder neuer Zulassungsverfahren valide gemessen werden kann. Drittens stellt sich die Frage nach Verfahren, die es erlauben, die berufliche Eignung angehender Medizinstudierender vorherzusagen, ihre Motivation abzubilden und ihren langfristigen Verbleib im Beruf einzuschätzen. Ebenso soll analysiert werden, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise Studierende ihre weitere berufliche Spezialisierung wählen. Vor diesem Hintergrund soll der Bericht aufzeigen, ob bereits im Zulassungsverfahren Anreize für bestimmte Spezialisierungen gesetzt werden könnten.

Die beteiligten Universitäten haben sich zudem zum Ziel gesetzt, im Rahmen des Projekts Szenarien für ein national harmonisiertes Zulassungsverfahren zu entwickeln. In diesem Zusammenhang werden auch die Auswirkungen steigender Studierendenzahlen auf das bestehende Verfahren zu berücksichtigen sein (siehe auch Kapitel 5). Wo sinnvoll, sollen mögliche Massnahmen zur Verbesserung der Mobilität zwischen dem Studiengang Humanmedizin und inhaltlich verwandten Disziplinen geprüft werden.

4.2 Aktueller Stand der Zulassungsverfahren und Handlungsbedarf

Der vorliegende Bericht unterscheidet zwischen Testmethoden und Selektions- beziehungsweise Zulassungsverfahren.

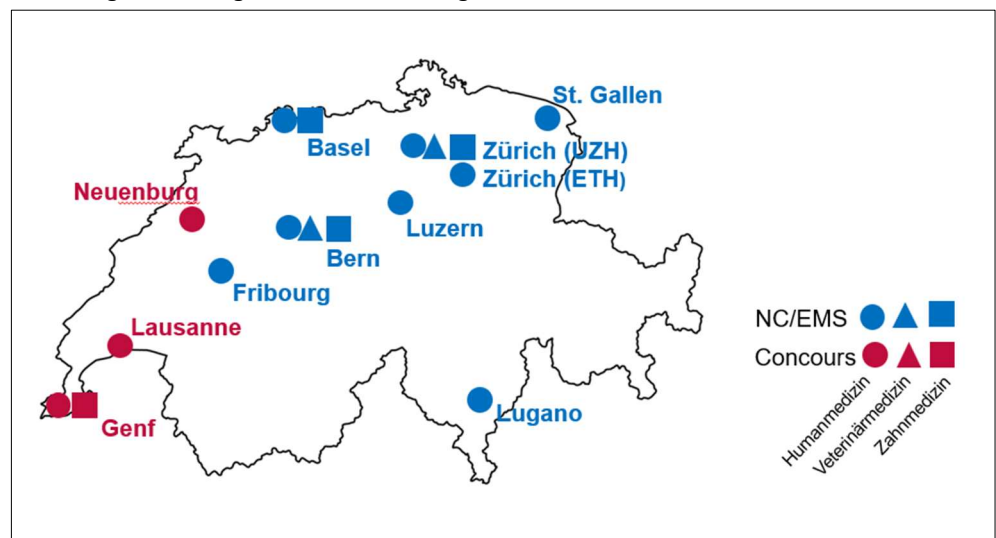
- Unter Testmethoden werden die Methoden und Anforderungen zusammengefasst, welche zur Bewertung der einzelnen Bewerbenden für das Medizinstudium herangezogen werden können. Die Testmethoden nehmen dabei verschiedene Kriterien für die Auswahl von Bewerbenden in den Fokus mit dem Ziel, die jeweilige individuelle Eignung möglichst gut zu bewerten.

- Das Selektionsverfahren oder Zulassungsverfahren ist hingegen der Prozess, wie diese individuellen Bewertungen gruppiert, gewichtet und ausgewertet werden, um eine Auswahl der am besten geeigneten Bewerbenden zu treffen. Dieser Prozess umfasst auch die Governance der Erarbeitung der jeweiligen Testmethoden und die konkrete Umsetzung des Auswahlprozesses. Wie der folgende Bericht zeigt, können verschiedene Testmethoden und Anforderungen in einem Verfahren kombiniert werden und Kriterien zur Auswahl können dabei unterschiedlich gewichtet werden.

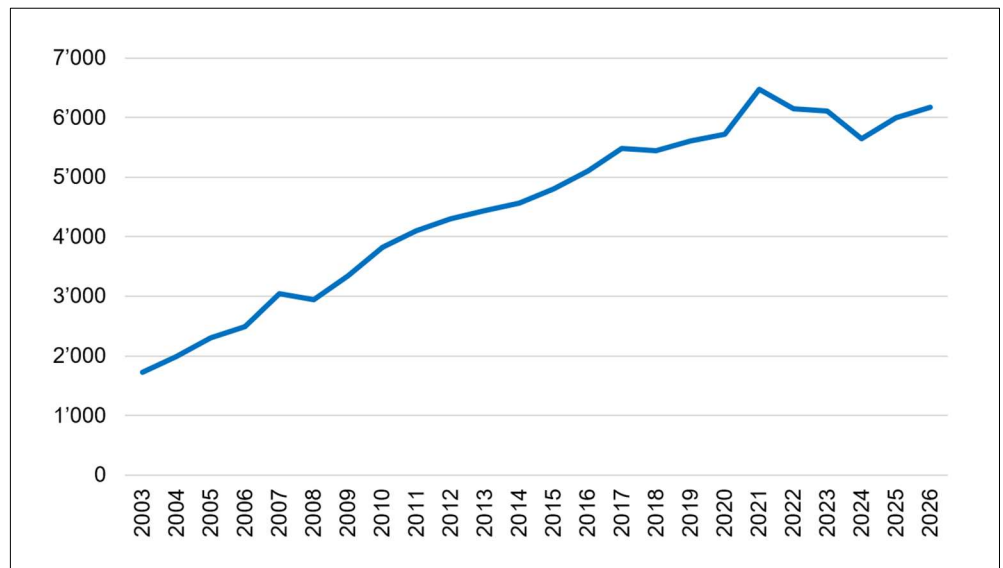
4.2.1 Übersicht über die aktuellen Zulassungsverfahren in der Schweiz

In der Schweiz werden heute zwei grundsätzlich unterschiedliche Zulassungsverfahren zum humanmedizinischen Studium umgesetzt: An acht Universitäten (Universitäten Basel, Bern, Fribourg Zürich und ETH Zürich sowie den diesen angeschlossenen Masterstudiengängen der Universitäten Luzern und St. Gallen und der Universität der italienischen Schweiz USI) wird ein Numerus clausus angewendet. Die Selektion erfolgt mittels Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz (EMS). In den drei Universitäten Lausanne, Genf und Neuenburg werden alle Bewerbenden, welche die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen zu einem Hochschulstudium erfüllen, analog zu anderen Studiengängen auch zum Medizinstudium zugelassen. Am Ende des ersten Studienjahres erfolgt dann jedoch eine strenge Selektion auf Basis von intracurricularen Prüfungen (Concours). In Abbildung 4.1 ist die Verteilung der Zulassungsverfahren aufgezeigt und dabei auch mitberücksichtigt, dass die Kandidierenden für Studiengänge in der Zahnmedizin und Veterinärmedizin die gleichen Zulassungsverfahren durchlaufen wie diejenigen für einen Studiengang in Humanmedizin. Im Bachelorstudiengang Humanmedizin an der UZH sind 20 Plätze für Studierende vorgesehen, die später in den Masterstudiengang Chiropraktik wechseln werden.

Abbildung 4.1 Die angewandten Zulassungsverfahren in der Schweiz



Die Universitäten stehen – unabhängig von ihrem Zulassungsverfahren – einer wachsenden Anzahl von Personen gegenüber, welche einen Studiengang in Humanmedizin absolvieren möchten (inkl. Chiropraktik). Wie Abbildung 4.2 zeigt, hat sich die Anzahl der Voranmeldungen für die humanmedizinischen Studiengänge zwischen 2003 und 2020 mehr als verdreifacht. Seit 2021 stagniert die Anzahl der Voranmeldungen per Mitte Februar auf hohem Niveau bei rund 6'000 Personen.

Grafik 4.2: Entwicklung Anmeldungen zum Medizinstudium, ganze Schweiz 2003–2026

Quelle: swissuniversities, Statistiken der Anmeldezahlen zum Medizinstudium per Mitte Februar¹²

Im Jahr 2026 meldeten sich schweizweit 6'179 Personen für einen Studiengang Humanmedizin an (inkl. Chiropraktik). Dieser hohen Anzahl Voranmeldungen steht eine Kapazität von 1'578 Studienplätzen im Bachelorstudium (nach der Selektion) gegenüber. Die Anzahl der interessierten Personen steht also in einem starken Kontrast zur Anzahl der verfügbaren Plätze, was eine Selektion unerlässlich macht.

4.2.2 Der Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz

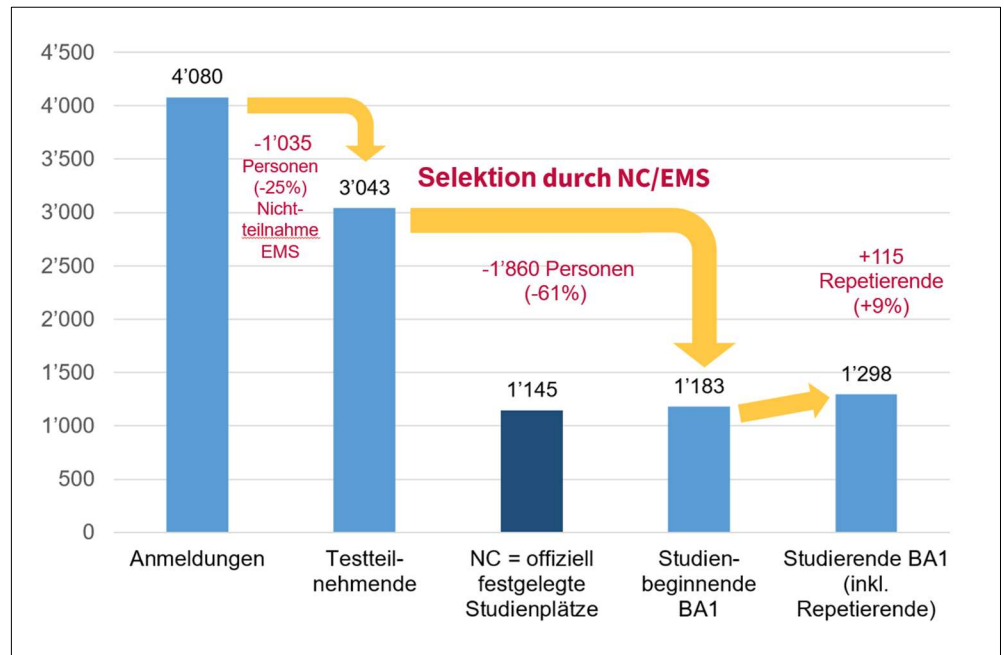
Der EMS ist das zentrale, koordiniert angewendete Selektionsinstrument der Universitäten mit NC. Dieser kommt zum Einsatz, wenn die Zahl der Bewerbungen die verfügbaren Studienplätze deutlich übersteigt. Die Entscheidung über die Anwendung des NC erfolgt jährlich durch die zuständigen kantonalen Behörden auf Empfehlung der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK). Der EMS ist ein schweizweit einheitlich durchgeführter Test, bei dem alle Teilnehmenden gemäss ihrer Leistung in eine Rangfolge aller Testteilnehmenden eingeordnet werden. Im Rahmen des Verfahrens werden die bestplatzierten Personen gemäss der Anzahl der durch den NC vorgegeben Studienplätze zum Studium zugelassen und auf die Studienorte verteilt. Die Wirkung dieses Selektionsmechanismus wird in Abbildung 4.3 anhand der Daten 2024 dargestellt.

Der EMS wurde als Instrument 1998 eingeführt. Sein primäres Ziel besteht darin, bei einer zu grossen Zahl von Bewerbenden jene Kandidierenden auszuwählen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit das anspruchsvolle und kostenintensive Studium erfolgreich absolvieren werden. Der EMS prüft keine schulischen Wissensinhalte, sondern kognitive Grundfähigkeiten wie logisches Denken, Gedächtnisleistung, räumliches Vorstellungsvermögen, Textverständnis, quantitative Problemlösung sowie konzentriertes Arbeiten.

Die wissenschaftliche Entwicklung und Qualitätssicherung des EMS erfolgt durch das Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik (ZTD) der Universität Freiburg. swissuniversities ist für die operative Durchführung zuständig, während die politische Verantwortung bei der SHK liegt. Die Governance-Strukturen wurden in den letzten Jahren weiter präzisiert und gestärkt, insbesondere im Hinblick auf Transparenz, Qualitätssicherung und Aufsicht.

¹² Die abgebildete Anzahl Anmeldungen enthält auch die Anmeldungen für Zahnmedizin und Veterinärmedizin. Es kann nicht in der gesamten Datenreihe nach den verschiedenen Studiengängen unterschieden werden.

Abbildung 4.3: Wirkung der Selektion im Zulassungssystem NC/EMS, Studienjahr 2024/25



Quellen: swissuniversities und Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten Nov. 2025–Feb. 2026.¹³

Vorteile: Der EMS ist ein standardisiertes, transparentes und rechtlich abgesichertes Verfahren. Alle Bewerbenden absolvieren denselben Test unter identischen Bedingungen. Empirisch zeigt sich eine gute Prognosekraft für den Studienerfolg in den ersten Studienjahren.¹⁴ Entsprechend sind die Abbruch- und Ausschlussquoten an Universitäten mit EMS vergleichsweise tief, was sowohl individuelle Belastungen als auch volkswirtschaftliche Kosten reduziert. Die vorgelagerte Selektion ermöglicht eine effiziente Nutzung der sehr kostenintensiven Ausbildungsplätze. Das Verfahren ist gut skalierbar und erlaubt eine koordinierte nationale Steuerung. Zudem schafft es Planungssicherheit für Universitäten und Kantone in einem Umfeld mit steigenden Bewerbungszahlen.

Nachteile: Der EMS fokussiert auf kognitive Fähigkeiten und erfasst soziale Kompetenzen, Empathie, Kommunikationsfähigkeit, Teamorientierung oder langfristige Motivation für den ärztlichen Beruf nicht direkt. Vor dem Hintergrund steigender Anforderungen an interprofessionelle Zusammenarbeit, ambulante Versorgung und patientenzentrierte Medizin stellt sich die Frage, ob diese einseitige Ausrichtung alle für die spätere Berufsausübung relevanten Dimensionen ausreichend berücksichtigt. Mit zunehmender Bewerberzahl wird der EMS faktisch zu einem stark selektiven Rangierungsinstrument. Dadurch werden nicht nur ungeeignete, sondern auch grundsätzlich studiengeeignete und potenziell gute Ärztinnen und Ärzte vom Studium ausgeschlossen. Zudem bestehen weiterhin Diskussionen zu Fragen der Chancengerechtigkeit, etwa im Hinblick auf sprachregionale Unterschiede oder Vorbereitungsmöglichkeiten. Hier wurden allerdings in den letzten Jahren durch vermehrte Trainingsangebote durch Schulen und eine studentische Initiative (NC-Wiki) sowie durch die jährliche Bereitstellung von je drei Testversionen in den drei Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch Verbesserungen erzielt.

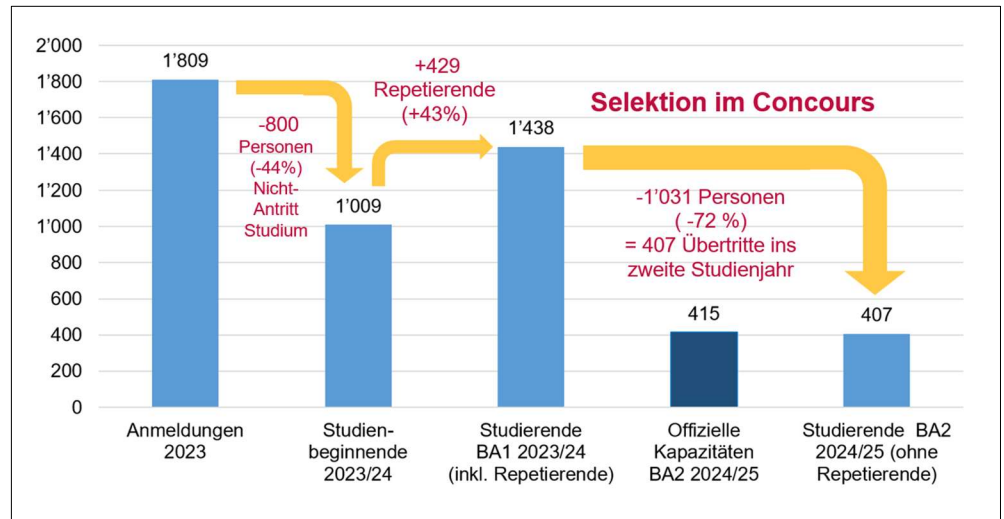
¹³ Anmeldungen, Testteilnehmende und Kapazitäten gemäss swissuniversities Anmeldezahlen zum Medizinstudium 2024, 15.2.2024; und swissuniversities. Anmeldung und Zulassung zum Medizinstudium. Durchführung des Selektionsverfahrens 2024. Mantelbericht swissuniversities zuhanden der Schweizerischen Hochschulkonferenz; Daten Studierende Studienjahr 2024/2025 gemäss Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Februar 2026.

¹⁴ Hänsgen K-D, Spicher B. Numerus clausus: Finden wir mit dem «Eignungstest für das Medizinstudium» die Geeigneten? Schweizerische Ärztezeitung 2002;83(31):1653–60.

4.2.3 Concours mit Selektion nach dem ersten Studienjahr

An den französischsprachigen Universitäten (Genf, Lausanne, Neuenburg) erfolgt die Selektion nicht vor Studienbeginn, sondern nach einem offenen ersten Studienjahr. Alle Bewerbenden mit einer gymnasialen Maturität werden zunächst zum Studium zugelassen. Die effektive Kapazitätssteuerung erfolgt über stark selektive Prüfungen am Ende des ersten Studienjahres (Concours), wobei ein erheblicher Anteil der Studierenden das Studium nicht fortsetzen kann. In Abbildung 4.4. ist die Wirkung des Concours anhand der Daten 2024 dargestellt.

Abbildung 4.4: Wirkung der Selektion im Zulassungsverfahren des Concours, 2023 und 2024



Quelle: swissuniversities und Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten Nov.2025-Feb. 2026.¹⁵

Die Verantwortung für die Ausgestaltung und Durchführung der Prüfungen liegt bei den jeweiligen Universitäten. Eine nationale Testorganisation wie beim EMS besteht nicht. Die Selektion ist curricular eingebettet und prüft primär das im ersten Studienjahr vermittelte Wissen.

Das Modell verschiebt die Auswahl somit in das Studium hinein. Die Entscheidung über den Verbleib im Studiengang basiert auf tatsächlich erbrachten akademischen Leistungen unter realen universitären Bedingungen.

Vorteile: Der Concours gewährleistet einen offenen Hochschulzugang zu Studienbeginn und entspricht damit stärker dem Prinzip der freien Studienwahl. Die Selektion erfolgt auf Grundlage konkreter Leistungen im universitären Kontext, wodurch die Studieneignung¹⁶ unter realen Bedingungen geprüft wird. Die Auswahl ist eng an das Curriculum gekoppelt und prüft die Fähigkeit, grosse Stoffmengen zu bewältigen und anspruchsvolle Prüfungen erfolgreich abzulegen.

Nachteile: Das stark selektive erste Studienjahr führt zu erheblichem Leistungsdruck und kann die mentale Belastung der Studierenden deutlich erhöhen. Für einen beträchtlichen Teil der Studierenden bedeutet das Nichtbestehen nach einem intensiven Studienjahr einen erheblichen Zeitverlust und ist mit persönlichen und finanziellen Herausforderungen verbunden. Dazu kommt, dass ein hoher Anteil der Studierenden das erste Studienjahr wiederholt, wobei auch dies keineswegs einen Erfolg in der Selektion garantiert. Ein Teil dieser Studierenden besteht die Selektion auch im zweiten Anlauf nicht und wird danach für mehrere Jahre (Universität Lausanne und Universität Genf) bzw. dauerhaft (Universität Neuenburg) vom Medizinstudium ausgeschlossen. Auch eine Aufnahme in die NC-Studiengänge an den anderen Universitäten der Schweiz ist danach für mehrere Jahre (z.B. Universität Fribourg) oder endgültig (z.B. Universität Zürich) blockiert. Aus gesamtgesellschaftlicher

¹⁵ Anmeldungen gemäss swissuniversities, Anmeldezahlen zum Medizinstudium 2023, 15.2.2014; Daten zu Kapazitäten und Studierenden pro Studienjahr gemäss Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Februar 2026.

¹⁶ Gemeint ist hier nicht die allgemeine Studierfähigkeit, die durch die Matura erworben wird, sondern die spezifische Eignung für das Medizinstudium.

Perspektive ist das Modell ressourcenintensiv, da universitäre Infrastruktur und Lehrkapazitäten für eine grosse Kohorte eingesetzt werden, von der ein erheblicher Anteil das Studium nicht fortsetzen kann. Inhaltlich bleibt die Selektion stark wissensorientiert und berücksichtigt nur limitiert nicht-kognitive, soziale und kommunikative Kompetenzen.

Das Nebeneinander zweier unterschiedlicher Selektionsmodelle in der Schweiz führt zu strukturellen Unterschieden hinsichtlich des Zeitpunkts der Selektion, der Belastung der Studierenden und der Steuerungslogik, was aus nationaler Perspektive Fragen der Kohärenz und Vergleichbarkeit aufwirft.

4.2.4 Aktuelle Einschätzung der Resultate des SWIR-Berichtes 2016

Im Jahr 2016 wurde das Zulassungsverfahren für das Medizinstudium durch den Schweizer Wissenschafts- und Innovationsrat (SWIR, heute SWR) umfassend überprüft.¹⁷ Anlass waren politische Vorstösse und wiederkehrende öffentliche Diskussionen zur Fairness, Aussagekraft und gesellschaftlichen Wirkung der Begrenzung der Studienplätze durch einen NC und der Auswahl der Studierenden durch den EMS. Im Zentrum stand die Frage, ob das bestehende Verfahren nicht nur tauglich sei, studiengeeignete Kandidierende auszuwählen, sondern ob es auch einen Beitrag zur Auswahl jener Personen leiste, die langfristig als Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitssystem tätig sein würden. Ziel der Analyse war es, das Verfahren methodisch zu beurteilen und zu prüfen, ob zusätzliche oder alternative Selektionsinstrumente – etwa Wissensfragen, Interviews oder situative Testformate – eingeführt werden sollten.

Die damalige, differenzierte Beurteilung bestätigte den EMS als valides Instrument zur Prognose der Studieneignung: Dieser erfülle seine Kernfunktion, bei knappen Studienplätzen jene Bewerbenden auszuwählen, die das anspruchsvolle und kostenintensive Studium voraussichtlich erfolgreich absolvieren. Die gestiegene Selektivität wurde nicht als methodischer Mangel, sondern als Folge stark wachsender Bewerbungszahlen bei begrenzten Kapazitäten gewertet. Zugleich wurde klargestellt, dass der EMS primär kognitive Fähigkeiten messe und nicht darauf abziele, spätere berufliche Leistungsfähigkeit oder spezifische ärztliche Kompetenzen wie Empathie oder Kommunikationsfähigkeit direkt vorherzusagen. Viele dieser Kompetenzen würden erst im Studium entwickelt und deren Testung könnte im Zulassungsverfahren nur begrenzt vorweggenommen werden.

Vor diesem Hintergrund wurde keine grundlegende Änderung des bestehenden Systems empfohlen. Stattdessen sprach man sich für eine behutsame Weiterentwicklung aus. Diskutiert wurde insbesondere die vertiefte Prüfung alternativer Testformate wie Situational Judgement Tests oder Multiple Mini-Interviews, die zusätzliche Kompetenzdimensionen erfassen könnten. Eine sofortige Umstellung oder Einführung kombinierter Verfahren wurde jedoch nicht empfohlen. Solche Schritte sollten nur erfolgen, wenn deren Mehrwert wissenschaftlich belegt und sie im schweizerischen Kontext praktikabel seien. Vom Einbezug von Maturitätsnoten oder zusätzlichen Wissensfragen als Selektionskriterien wurde aus bildungspolitischen Gründen abgeraten, da dies erhebliche Rückwirkungen auf die gymnasiale Ausbildung haben könnte. Klassische Interviews galten als methodisch wenig zuverlässig. Darüber hinaus wurde angeregt, die Qualität eines Zulassungsverfahrens nicht nur anhand des Erfolgs im ersten Studienjahr, sondern über den gesamten Studienverlauf hinweg zu beurteilen. Auch die Möglichkeit einer begrenzten «sur dossier»-Zulassung für Kandidierende mit besonderen Qualifikationen wurde zur Diskussion gestellt.

Ein weiterer Schwerpunkt betraf die Governance des Zulassungsverfahrens. Empfohlen wurden eine transparente Organisation, eine klare Trennung von politischer Aufsicht und operativer Durchführung, regelmässige externe Evaluationen sowie eine stärkere Einbindung der medizinischen Fakultäten in die fachliche Begleitung. Zudem sollte die Chancengleichheit zwischen den Sprachregionen sorgfältig überprüft und sichergestellt werden.

¹⁷ Schweizerischer Wissenschafts- und Innovationsrat SWIR, Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus. Bericht zuhanden der Schweizerischen Hochschulkonferenz, vom Schweizerischen Wissenschafts- und Innovationsrat SWIR verabschiedet am 21. November 2016.

In der Folge wurde das bestehende Zulassungssystem im Grundsatz beibehalten. Realisiert wurden hingegen Anpassungen im Bereich der Governance. Zuständigkeiten wurden präzisiert, Qualitätssicherungsmechanismen gestärkt und die organisatorische Aufsicht klarer geregelt.

Auch Massnahmen zur Verbesserung der Transparenz und zur Sicherstellung sprachregionaler Fairness wurden erfolgreich umgesetzt.

Strukturelle Erweiterungen des Verfahrens um zusätzliche Kompetenzdimensionen blieben jedoch aus. Ebenso wurde die Möglichkeit, die unterschiedlichen Selektionsmodelle innerhalb der Schweiz systematisch miteinander zu vergleichen und wissenschaftlich auszuwerten, nur begrenzt genutzt. Die Weiterentwicklung des Zulassungsverfahrens stand insgesamt nicht im Zentrum der politischen Prioritäten.

Der strategische Fokus der vergangenen zehn Jahre lag vielmehr auf der quantitativen Ausweitung der Ausbildungskapazitäten. Angesichts eines wachsenden Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten wurden neue Studienangebote geschaffen und bestehende Programme ausgebaut (siehe Abschnitt 3.3). Parallel dazu wurde die inhaltliche Modernisierung der medizinischen Ausbildung vorangetrieben. Mit der Einführung eines kompetenzorientierten Rahmenwerks für die medizinische Ausbildung (PROFILES) wurde das Studium stärker auf berufliche Rollen, Verantwortung, interprofessionelle Zusammenarbeit und patientenzentrierte Versorgung ausgerichtet. Reformenergie und Ressourcen konzentrierten sich somit auf den Ausbau und die inhaltliche Weiterentwicklung des Studiums (siehe dazu Kapitel 5 und 6).

Gleichzeitig stiegen die Bewerbungszahlen weiter an, was die faktische Selektivität des bestehenden Systems erhöhte, ohne dessen Grundlogik zu verändern. Internationale Entwicklungen, bei denen zunehmend kombinierte Selektionsverfahren zum Einsatz kommen, lieferten in dieser Zeit ausserdem Beispiele, welche die Diskussion über mögliche Anpassungen neu beleben können. Vor diesem Hintergrund gewinnt die Frage erneut an Bedeutung, ob die ausschliessliche Fokussierung auf die Prognose der Studieneignung langfristig ausreicht oder ob zusätzliche Kompetenzdimensionen im Auswahlverfahren stärker berücksichtigt werden sollten. Dabei geht es weniger um eine Infragestellung des bestehenden Systems als um eine strategische Weiterentwicklung im Lichte veränderter Anforderungen an Ausbildung und Beruf.

4.2.5 In anderen Ländern angewandte Selektionsinstrumente und Zulassungsverfahren

International bestehen unterschiedliche Modelle der Zulassung zum Medizinstudium. In vielen Ländern werden mehrere Selektionsinstrumente kombiniert, die zum Beispiel neben akademischen Leistungen und kognitiven Tests auch soziale Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit sowie ethisches oder situatives Urteilsvermögen berücksichtigen. Damit unterscheiden sich diese Systeme teilweise deutlich vom Schweizer Modell, das sich primär auf kognitive Leistungsindikatoren stützt. Im kürzlich veröffentlichten «White Paper» des Collège des Doyens, der SMIFK, des SIWF, des VSAO und der swimsa zur medizinischen Ausbildung in der Schweiz findet sich eine detaillierte Zusammenfassung der verschiedenen internationalen Ansätze.¹⁸ Diese werden im Folgenden für die Nachbarländer der Schweiz und eine Reihe von weiteren Ländern mit fortgeschrittenen Diskussionen zum Zulassungsverfahren aufgeführt:

In **Deutschland** basiert die Zulassung auf einer Kombination aus schulischen Leistungen und universitätsspezifischen Auswahlverfahren. Die Abiturnote galt lange als wichtigster Prädiktor für Studienerfolg und spielt weiterhin eine zentrale Rolle. In neueren Analysen zeigt sich allerdings eine abnehmende Prognosekraft der Abiturnote. Standardisierte Eignungstests zeigen teilweise eine höhere bzw. zusätzliche Prognosekraft.¹⁹ Viele Universitäten verwenden deshalb zusätzlich den TMS (Test für medizinische Studiengänge) oder naturwissenschaftliche Wissenstests wie den HamNat

18 Collège des Doyens, SMIFK, SIWF, VSAO and swimsa: White Paper on Medical Education and Students. Understanding and Shaping the Medical Career Pathway in Switzerland. 2026.

19 Melvin Jaehn, Johanna Hissbach et al., Predictive validity of admission tests and educational attainment on preclinical academic performance – a multisite study, BMC Med Educ, 2025 Sep 23;25(1):1255.

(Hamburger Naturwissenschaftstest). Der TMS bildete die Vorlage für den Schweizer EMS und prüft vor allem kognitive Fähigkeiten wie räumliches Vorstellungsvermögen, Merkfähigkeit, logisches Denken und Textverständnis, während der HAM-Nat mehrheitlich naturwissenschaftliche Kenntnisse testet. Einige Fakultäten ergänzen diese Verfahren durch strukturierte Interviews, Auswahlgespräche und Situational Judgement Tests (SJT). Daneben gibt es in der Mehrheit der Bundesländer auch die Zulassung nach einer sogenannten Landarztquote. Dabei wird ein geringer Teil der Medizinstudienplätze an Bewerbende vergeben, die sich verpflichten, nach Studium und Facharzt Ausbildung als Hausärztin oder Hausarzt in unterversorgten Regionen zu arbeiten. Die Auswahl erfolgt in der Regel unabhängig von der Abiturnote und berücksichtigt stattdessen u.a. bereits bestehende berufliche Erfahrung (z.B. Pflege, Rettungsdienst) oder den Eindruck in Auswahlgesprächen.

In **Österreich** erfolgt die Zulassung ausschliesslich über einen national einheitlichen Aufnahmetest, den MedAT. Dieser wird von den medizinischen Universitäten gemeinsam organisiert und entscheidet allein über die Vergabe der Studienplätze. Der Test umfasst mehrere Module: einen naturwissenschaftlichen Wissensteil (Biologie, Chemie, Physik, Mathematik), Aufgaben zu kognitiven Fähigkeiten sowie Elemente zur Beurteilung sozial-emotionaler Kompetenzen, etwa Emotionserkennung oder das Verständnis sozialer Interaktionen. Die Studienplätze werden anhand einer Rangliste der Testergebnisse vergeben. Das österreichische Modell ist damit stark standardisiert und zentralisiert.

In **Frankreich** wurde das frühere Modell eines stark selektiven ersten Studienjahres (Première Année Commune aux Études de Santé PACES) reformiert. Heute existieren zwei Hauptzugangswege: PASS (Parcours Accès Spécifique Santé) und LAS (Licence Accès Santé). PASS ist ein Studienjahr mit Schwerpunkt auf medizinischen Grundlagen und einem zusätzlichen Nebenfach aus einer anderen Disziplin. Studierende mit den besten Leistungen können danach in das zweite Studienjahr Medizin wechseln. LAS ist ein reguläres Bachelorstudium in einer anderen Fachrichtung (z.B. Biologie, Psychologie oder Recht), das durch zusätzliche medizinische Lehrveranstaltungen ergänzt wird und in Abhängigkeit von den Studienleistungen und häufig zusätzlich einer mündlichen Auswahlprüfung («épreuves orales») ebenfalls den Zugang zum zweiten Studienjahr des Medizinstudiums ermöglicht. Die Auswahl erfolgt entsprechend in beiden Zugangswegen über akademische Leistungen, die studienbegleitend über schriftliche und mündliche Prüfungen erhoben werden. Die einzelnen Universitäten haben innerhalb dieses nationalen Rahmens einen relativ grossen Spielraum bei der Gestaltung der intracurricularen Selektion.

Ein innovatives Modell wurde an der **Universität Nantes** eingeführt. Dort wird nach dem ersten Studienjahr neben den sonstigen Prüfungen auch ein intracurriculares Interview nach dem Modell der Multiplen Mini-Interviews (MMI) durchgeführt. Die Studierenden absolvieren mehrere kurze Interviewstationen mit unterschiedlichen Szenarien, in denen Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, ethisches Urteilsvermögen, Empathie, Teamfähigkeit und Reflexionsfähigkeit beurteilt werden. Die Besonderheit dieses Ansatzes ist, dass die MMI direkt auf den im ersten Studienjahr vermittelten Inhalten aufbauen. Die Szenarien und Aufgaben orientieren sich also an Themen und Kompetenzen, die zuvor im Curriculum behandelt wurden. Dadurch wird nicht nur die akademische Leistung des ersten Studienjahres berücksichtigt, sondern auch überprüft, wie gut Studierende das Gelernte in praktischen, professionellen Situationen anwenden können.

Italien hat mit dem akademischen Jahr 2025/26 den Zugang zum Medizinstudium grundlegend neu geregelt. Die bisherigen zentralen Aufnahmetests (TOLC-MED/IMAT) vor Studienbeginn wurden abgeschafft und ein freier Zugang zum ersten Semester (semestre aperto) ermöglicht. Die Studierenden müssen im ersten Semester eine bestimmte Anzahl an ECTS-Punkten in relevanten Fächern wie Biomedizin, Pharmazie oder Physik erwerben und können dann zu einer national einheitlichen Prüfung antreten, auf deren Basis eine Rangliste für die Zulassung ins zweite Semester erstellt wird. Bei Nichtzulassung zum zweiten Semester können die erbrachten Leistungen für andere Studiengänge angerechnet werden.

Die **Niederlande** verwenden das sogenannte Numerus-Fixus-System, bei dem die Zahl der Studienplätze begrenzt ist und die Universitäten ihre Auswahlverfahren selbst gestalten. Früher

existierte zusätzlich ein nationales Losverfahren. Seit 2017 erfolgt die Zulassung primär über universitätseigene Auswahlverfahren («decentrale selectie»). Häufig bestehen diese aus mehreren Stufen, etwa schulischen Leistungen, schriftlichen Tests, Motivationsschreiben, Portfolios oder Interviews. Ziel ist es, neben akademischen Leistungen auch Motivation und persönliche Kompetenzen zu berücksichtigen.

Im **Vereinigten Königreich** ist das Zulassungsverfahren mehrstufig aufgebaut. Neben sehr guten schulischen Leistungen (A-Levels) müssen Bewerbende einen standardisierten Eignungstest absolvieren. Der am häufigsten verwendete Test ist der UCAT (University Clinical Aptitude Test), der fünf Bereiche umfasst: verbales Schlussfolgern, Entscheidungsfindung, quantitative Problemlösung, abstraktes Denken sowie situatives Urteilsvermögen. Einige Universitäten verwendeten zusätzlich den BMAT (Biomedical Admission Test), der in stärkerem Masse als der UCAT naturwissenschaftliches Wissen und analytisches Denken prüfte. Die Durchführung des BMAT wurde 2024 eingestellt. Ergänzend werden persönliche Statements, praktische Erfahrungen im Gesundheitsbereich sowie strukturierte Interviews, häufig in Form von MMI, berücksichtigt.

In **Kanada** erfolgt die Zulassung meist nach einem vorgängigen Bachelorstudium. Ein zentrales Element ist der MCAT (Medical College Admission Test), der naturwissenschaftliches Wissen, kritisches Denken und analytische Fähigkeiten prüft. Zusätzlich werden ein hoher akademischer Notendurchschnitt, persönliche Essays, Nachweise von freiwilligem Engagement oder klinischen Erfahrungen sowie Empfehlungsschreiben verlangt. Viele Universitäten führen MMI durch, um Kommunikationsfähigkeit und ethisches Urteilsvermögen zu beurteilen. Teilweise kommen auch situative Tests (SJTs) zum Einsatz.

Auch in den **USA** erfolgt der Zugang zum Medizinstudium erst nach einem abgeschlossenen Bachelorstudium. Bewerbende müssen den MCAT (Medical College Admission Test) absolvieren und sich in der Regel über das zentrale Bewerbungsportal AMCAS (American Medical College Application Service) bewerben. Neben akademischen Leistungen und Testergebnissen werden umfangreiche Informationen zu extracurricularen Aktivitäten, klinischen Erfahrungen, Forschungstätigkeiten, persönlichen Essays und Empfehlungsschreiben verlangt. Anschliessend führen die medizinischen Fakultäten Auswahlgespräche durch.

In **Israel** wird ebenfalls ein mehrstufiges Auswahlverfahren angewendet. Zunächst werden Bewerbende anhand ihrer schulischen Leistungen sowie des PET (Psychometric Entrance Test) beurteilt. Der PET ist ein standardisierter Test, der kognitive Fähigkeiten wie mathematisches und logisches Denken, sprachliches Verständnis sowie analytische Problemlösungsfähigkeit misst und in Israel auch für andere Studiengänge verwendet wird. Kandidierende mit hohen Gesamtwerten werden anschliessend zu weiteren Assessments eingeladen, insbesondere zu den Formaten MOR oder MIRKAM. Dabei handelt es sich um strukturierte Assessment-Center-Verfahren mit mehreren Stationen, die Elemente von Multiple Mini-Interviews, Gruppenaufgaben und situativen Tests enthalten. Ziel dieser Verfahren ist es, nicht-kognitive Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Teamarbeit, Empathie und ethisches Urteilsvermögen zu beurteilen.

Auch **Dänemark** verwendet ein zweigleisiges Modell. Ein Teil der Studienplätze (Quota 1) wird direkt auf Grundlage der schulischen Abschlussnoten vergeben. Für die übrigen Plätze (Quota 2) führen die Universitäten eigene Auswahlverfahren durch, die häufig zusätzliche Tests, Motivationsschreiben oder Interviews umfassen. Teilweise werden dabei auch situative Tests eingesetzt, um Motivation, Reflexionsfähigkeit und kommunikative Kompetenzen zu beurteilen.

Der internationale Vergleich zeigt insgesamt, dass viele Länder mehrdimensionale Auswahlverfahren einsetzen. Standardisierte, auf kognitive Leistungen ausgerichtete Tests bleiben zwar ein zentraler Bestandteil, werden jedoch häufig mit weiteren Kriterien kombiniert, etwa schulischen Leistungen, strukturierten Interviews, situativen Tests oder Bewerbungsportfolios. Ziel dieser Kombination ist es, sowohl kognitive Fähigkeiten als auch persönliche Kompetenzen bei der Auswahl zukünftiger Medizinstudierender zu berücksichtigen.

4.2.6 Handlungsbedarf und Zielsetzungen

Die Zulassung zum Medizinstudium steht in der Schweiz seit mehreren Jahren im Zentrum bildungs- politischer Diskussionen. Anlass dazu geben unter anderem parlamentarische Vorstösse wie die Motion Roduit, die eine Überprüfung der bestehenden Zulassungsverfahren verlangen.

Beide derzeitigen Verfahren – sowohl der EMS in der Deutschschweiz wie auch der Concours in der Romandie – messen in erster Linie kognitive Fähigkeiten und die akademische Leistungsfähigkeit. Diese sind zwar für den Studienerfolg wichtig, gleichzeitig wird aber seit Jahren kritisiert, dass andere für den ärztlichen Beruf zentrale Kompetenzen wie kommunikative Fähigkeiten, Empathie und Teamfähigkeit bei der Auswahl der Studierenden nicht oder kaum berücksichtigt werden. Andererseits hat sich die medizinische Ausbildung in den letzten Jahren national und international weiterentwickelt. Neben den naturwissenschaftlichen Grundlagen werden heute zunehmend auch ärztliche Kompetenzen (inklusive Kommunikation und Gesprächsführung) früh im Medizinstudium vermittelt. Zusätzlich wurde das für das Medizinstudium in der Schweiz verbindliche Kompetenzrahmenwerk PROFILES (Principal Relevant Objectives and Framework for Integrated Learning and Education in Switzerland) eingeführt (siehe dazu Kapitel 6). PROFILES beschreibt ein breiteres Spektrum an medizinischen, und kommunikativen Kompetenzen, die Studierende bis zum Abschluss des Medizinstudiums erreichen sollen und dient so als Grundlage für die Gestaltung der Curricula in Humanmedizin. Zwischen diesen Ausbildungszielen und den heutigen Selektionsverfahren besteht daher nur eine begrenzte inhaltliche Übereinstimmung. Entsprechend wird zunehmend hinterfragt, ob mit den bestehenden Verfahren tatsächlich jene Kandidierenden ausgewählt werden, die langfristig am besten für den ärztlichen Beruf geeignet sind.

Beim Concours wird zudem kritisiert, dass aufgrund der sehr grossen Studierendenzahlen im ersten Studienjahr pädagogisch sinnvolle Lehrformate wie Kleingruppenunterricht nur eingeschränkt möglich sind. Gleichzeitig führt die hohe Selektivität zu einer stark kompetitiven Lernumgebung mit erheblichem Leistungsdruck und grossen mentalen Belastungen für Studierende. Kritikerinnen und Kritiker weisen zusätzlich darauf hin, dass diese Wettbewerbssituation das Risiko birgt, dass Studierende früh zu einem stark kompetitiven Verhalten angehalten werden, während im ärztlichen Berufsalltag Zusammenarbeit, Kollegialität und gegenseitige Unterstützung zentrale Kompetenzen darstellen, die im Studium gefördert werden sollten.

Ein weiterer Aspekt ist, dass die unterschiedlichen Modelle an den Universitäten mit NC und den Universitäten ohne NC zu einer national uneinheitlichen Zulassungspraxis führen, die ungleiche Bedingungen für die Studierenden in unterschiedlichen Landesteilen schafft. Eine Koordination der Studienplatzplanung und Ausbildungsstrategie zwischen den Universitäten und auf nationaler Ebene wird dadurch erschwert. Entsprechend gibt es in den meisten anderen Ländern zumindest einheitliche Rahmenvorgaben, innerhalb derer immer noch lokale Ausgestaltungen möglich sind. Der internationale Vergleich zeigt ausserdem, dass viele Länder ihre Zulassungsverfahren in den letzten Jahren weiterentwickelt und mehrdimensionale Auswahlmodelle eingeführt haben, bei denen kognitive Tests mit weiteren Instrumenten kombiniert werden, um auch soziale und kommunikative Kompetenzen zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund besteht Handlungsbedarf, das heutige Zulassungssystem vertieft zu überprüfen und mögliche Weiterentwicklungen zu analysieren.

4.3 Beurteilung unterschiedlicher Testmethoden und Selektionsverfahren

4.3.1 Relevante Kompetenzen und Eigenschaften

Für die Weiterentwicklung der Zulassungsverfahren zum Medizinstudium stellt sich die zentrale Frage, welche Kompetenzen und Eigenschaften bei der Selektion berücksichtigt werden sollten. Angesichts der Anforderungen des ärztlichen Berufs mit seinen unterschiedlichen Ausprägungen sowie der aktuellen Ausbildungsziele ist zunehmend ein mehrdimensionales Verständnis von Eignung erforderlich.

Im Bereich der **kognitiven Kompetenzen** stehen weiterhin grundlegende Fähigkeiten im Vordergrund, die für ein erfolgreiches Studium und den späteren Beruf unerlässlich sind. Dazu zählen insbesondere analytisches und logisches Denken, Lern- und Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit, räumliches Vorstellungsvermögen sowie die Fähigkeit zur Wissensintegration und evidenzbasierten Bewertung.

Ergänzend dazu gewinnen **soziale und interaktionelle Kompetenzen** zunehmend an Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte benötigen ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie in interdisziplinären und interprofessionellen Teams. Ebenso relevant sind Empathie und die Fähigkeit, in anspruchsvollen Situationen fundierte Entscheidungen zu treffen.

Darüber hinaus sollten auch **persönliche Eigenschaften** stärker berücksichtigt werden. Eine hohe Motivation für den Arztberuf sowie Resilienz und Belastbarkeit sind entscheidend, um den Anforderungen des Studiums und des späteren Berufs standzuhalten. Diese Faktoren beeinflussen nicht nur den Studienerfolg, sondern auch die langfristige Berufsausübung sowie das Verbleiben im Beruf.

Dabei ist zu beachten, dass nicht alle für den ärztlichen Beruf relevanten Kompetenzen bereits zu Beginn des Studiums vollständig vorhanden sein können bzw. müssen. Ein wesentliches Ziel des Medizinstudiums besteht vielmehr darin, fachliche, kommunikative und soziale Kompetenzen schrittweise zu entwickeln und zu fördern. Dazu zählen zumindest teilweise auch soziale und empathische Fähigkeiten. Ihre Entwicklung lässt sich durch geeignete Lehr- und Lernformate innerhalb des Studiums, wie patientenzentrierte Kommunikationstrainings, reflektierende Lehrveranstaltungen oder praktische Interaktionssituationen, fördern.²⁰ Zugleich ist zu beachten, dass Empathie auch durch eine hohe Arbeitsbelastung, Zeitdruck, emotional belastende Erfahrungen oder ungenügende Vorbilder im Verlauf des Medizinstudiums abnehmen kann.²¹

Zudem verändern sich Empathie und soziale Kompetenzen über die Lebensspanne hinweg.²² Entwicklungspsychologische Befunde weisen darauf hin, dass die funktionelle Reifung sozial-kognitiver Fähigkeiten häufig erst zwischen dem 19. und 25. Lebensjahr abgeschlossen wird, also in jener Lebensphase, in der die meisten Medizinstudierenden ihr Studium absolvieren.

Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, zurückhaltend damit zu sein, aus Zulassungstests bereits verlässliche Vorhersagen darüber ableiten zu wollen, wie sich angehende Medizinstudierende Jahrzehnte später im ärztlichen Berufsalltag verhalten werden und ob sie langfristig im Beruf verbleiben werden.

4.3.2 Kriterien zur Beurteilung von Testmethoden oder Selektionsverfahren

Als Kriterien für die Beurteilung und Auswahl geeigneter Testmethoden für ein Zulassungsverfahren sind mehrere Qualitätsanforderungen massgebend. Als grundlegende und unverzichtbare Voraussetzungen gelten eine evidenzbasierte und wissenschaftlich fundierte Testmethodik sowie deren Justiziabilität, das heisst deren Robustheit im Hinblick auf geltende gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen. Die Verfahren müssen insbesondere bei Beschwerden der rechtlichen Überprüfung standhalten.

20 Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med.* 2013 Aug;88(8):1171-7; Foster A, Chaudhary N, Kim T, Waller JL, Wong J, Borish M, Cordar A, Lok B, Buckley PF. Using Virtual Patients to Teach Empathy: A Randomized Controlled Study to Enhance Medical Students' Empathic Communication. *Simul Healthc.* 2016 Jun;11(3):181-9; Boshra M, Lee A, Kim I, Malek-Adamian E, Yau M, LaDonna KA. When patients teach students empathy: a systematic review of interventions for promoting medical student empathy. *Can Med Educ J.* 2022 Nov 15;13(6):46-56.

21 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011 Aug;86(8):996-1009; Howick J, Dudko M, Feng SN, Ahmed AA, Alluri N, Nockels K, Winter R, Holland R. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ.* 2023 Apr 24;23(1):270.

22 Dorris L, Young D, Barlow J, Byrne K, Hoyle R. Cognitive empathy across the lifespan. *Dev Med Child Neurol.* 2022 Dec;64(12):1524-1531.

Testverfahren, die diese zentralen Anforderungen erfüllen, sind in der Folge im Hinblick auf weitere Kriterien zu bewerten. Hierbei bleibt es auch zukünftig wichtig, eine gute Abschätzung der akademischen Kompetenzen zu erzielen. Bei einem so ressourcenintensiven und langen Studium wie dem Medizinstudium sollten auch zukünftig diejenigen Kandidierenden ausgewählt werden, die das Studium mit der grössten Wahrscheinlichkeit erfolgreich und in der Regelstudiendauer abschliessen. Kognitive Fähigkeiten bilden nicht nur eine wichtige Grundlage für ein erfolgreiches Studium, sondern auch für die spätere berufliche Tätigkeit. Daneben muss aber auch bewertet werden, inwieweit ein Testverfahren auch soziale Kompetenzen wie Kommunikation, Interaktion, Motivation, Empathie, Entscheidungsfähigkeit und Resilienz erfasst, die sowohl für das Studium wie auch für den medizinischen Berufsalltag entscheidend sind. Im vorliegenden Bericht werden diese Kompetenzen unter der Bezeichnung der «nicht-kognitiven» Kompetenzen zusammengefasst, welche durchaus auch kognitive Anteile enthalten können, hauptsächlich aber andere Kompetenzbereiche betreffen.

Als weitere wichtige Kriterien wurden Transparenz und Fairness betrachtet. Es ist wichtig, dass die eingesetzten Verfahren in ihren Abläufen nachvollziehbar sind und keine systematischen Benachteiligungen bestimmter Gruppen von Bewerbenden erzeugen. Nur so ist eine breite Akzeptanz des Testverfahrens sowohl seitens der Kandidierenden als auch der Gesellschaft gewährleistet.

Angesichts der hohen Anzahl der Anmeldungen für ein Medizinstudium ist die Skalierbarkeit eines Testverfahrens ebenfalls ein wichtiges Kriterium. So muss ein Test auch bei hohen Zahlen von Bewerbenden für alle unter gleichen Bedingungen durchführbar sein. Die Skalierbarkeit betrifft sowohl die logistische Durchführbarkeit wie auch die finanzielle Tragbarkeit.

In der Vorbereitung dieses Berichts wurden ausserdem potenzielle unerwünschte Effekte der einzelnen Testmethoden sowohl für die Kandidierenden als auch für die Gesellschaft im Allgemeinen einbezogen wie zum Beispiel eine potenzielle Verlängerung der Ausbildungsdauer, mentale Belastungen oder Abflüsse von Berufsleuten aus anderen Gesundheitsberufen mit Fachkräftemangel (siehe die Ausführungen in den Abschnitten 4.3.3 und 4.3.4).

Als ergänzendes Kriterium wurde schliesslich betrachtet, ob das Zulassungsverfahren eine möglichst breite Auswahl der Kandidierenden fördert und damit der grossen Diversität des ärztlichen Berufsbildes Rechnung trägt.

4.3.3 Betrachtete Auswahlverfahren mit ausgewiesener Validität

Im Rahmen der Analyse möglicher Weiterentwicklungen des Zulassungsverfahrens zum Medizinstudium wurden verschiedene national und international angewandte Testmethoden vertieft betrachtet. Diese Verfahren unterscheiden sich hinsichtlich Zielsetzung, erfasster Kompetenzen, methodischem Aufbau sowie praktischer Umsetzbarkeit. Viele weisen eine empirisch belegte Validität für die Vorhersage des Studienerfolgs auf, erfassen jedoch unterschiedliche Dimensionen der Eignung und sind mit spezifischen Chancen und Herausforderungen verbunden. Auf eine detaillierte Darstellung der einzelnen Auswahlverfahren wird hier verzichtet und auf relevante Einzelstudien²³

23 Hänsgen K-D, Spicher B. Numerus clausus: Finden wir mit dem «Eignungstest für das Medizinstudium» die Geeigneten? Schweizerische Ärztezeitung 2002;83(31):1653–60; Mielke I, Hampe W, Ehrhardt M, Knorr M. Spoilt for Choice in Undergraduate Medical Admission: Selection of Confident and Considerate Students Using Professional Prequalification and Situational Judgement Test. *Perspect Med Educ.* 2025 Jun 23;14(1):360-370; Khanna RK, Blanchard E, Pasco J, Diot P, Angoulvant D. Reform of the first year of medical studies and diversification of student profiles in France: an unmet need? *BMC Med Educ.* 2024 May 28;24(1):581; Krings R, Huwendiek S, Walsh N, Stricker D, Berendonk C. Predictive power of high school educational attainment and the medical aptitude test for performance during the Bachelor program in human medicine at the University of Bern: a cohort study. *Swiss Med Wkly.* 2020 Dec 31;150:w20389; Werwick K, Winkler-Stuck K, Robra BP. From HAM-Nat to the «Physikum» - Analysis of the study success parameters before and after the introduction of a science test in the approval procedure. *GMS J Med Educ.* 2018 Aug 15;35(3):Doc30; Husbands A, Dowell J. Predictive validity of the Dundee multiple mini-interview. *Med Educ.* 2013 Jul;47(7):717-25; Jaehn M, Hissbach J, Frickhoeffer M, Weppert D, Zimmerhofer A, Hampe W, Kadmon M, Becker N. Predictive validity of admission tests and educational attainment on preclinical academic performance - a multisite study. *BMC Med Educ.* 2025 Sep 23;25(1):1255.

und Übersichtsdarstellungen²⁴ einschliesslich des kürzlich erschienenen «White Papers» des Collège des Doyens, der SMIFK, des SIWF, der VSAO und der swimsa²⁵ verwiesen.

Concours (Selektion im ersten Studienjahr)

Beim Concours erfolgt die Selektion nicht vor, sondern nach dem ersten Studienjahr. Alle Bewerberinnen und Bewerber beginnen das Studium, die Auswahl basiert anschliessend auf standardisierten Prüfungen, welche die im ersten Jahr vermittelten Inhalte abdecken. Dieses Verfahren misst unter realen Studienbedingungen insbesondere fachliches Wissen sowie kognitive Leistungsfähigkeit und gilt als valider Prädiktor für den akademischen Erfolg. Gleichzeitig ist das Modell mit strukturellen Nachteilen verbunden: Die Selektion erfolgt erst nach Studienbeginn, wodurch ein erheblicher Anteil der Studierenden das Studium nach einem Jahr abbrechen muss. Dies bedeutet, dass Scheitern systematisch in das Verfahren integriert ist. Zudem führt die hohe Selektivität zu einer stark kompetitiven Lernumgebung mit entsprechendem Leistungsdruck und erhöhter psychischer Belastung für die Studierenden. Pädagogisch sinnvolle Lehrformate sind bei sehr grossen Kohorten im ersten Jahr nur eingeschränkt umsetzbar.

Eignungstest für das Medizinstudium (EMS)

Der EMS ist ein vor dem Studium durchgeführter, standardisierter Eignungstest. Er umfasst mehrere Untertests zur Erfassung kognitiver Fähigkeiten wie logisches Denken, Merkfähigkeit, räumliches Vorstellungsvermögen und Konzentration. Der Test ist breit etabliert, methodisch gut abgesichert und weist eine hohe Validität hinsichtlich der Prognose des Studienerfolgs auf. Seine Stärke liegt in der objektiven, standardisierten und vergleichbaren Erfassung kognitiven Potenzials. Gleichzeitig fokussiert der EMS nahezu ausschliesslich auf kognitive Kompetenzen. Soziale, kommunikative und professionelle Fähigkeiten, die für den ärztlichen Beruf zentral sind, werden nur indirekt oder gar nicht erfasst. Damit bildet der Test nur einen Teil des relevanten Kompetenzspektrums ab.

Matura-Noten / Notendurchschnitt

Der Notendurchschnitt der gymnasialen Matura stellt ein einfach verfügbares und kostengünstiges Selektionskriterium dar. Er reflektiert die über mehrere Jahre erbrachte schulische Leistung und kann damit Hinweise auf Lernfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Ausdauer geben. Entsprechend zeigt auch dieses Kriterium eine hohe Validität für den Studienerfolg, wenngleich diese in einigen Ländern zuletzt rückläufig ist.²⁶ Wesentliche Einschränkungen sind: Die Vergleichbarkeit zwischen Schulen, Kantonen und Bewertungssystemen ist begrenzt, was die Fairness beeinträchtigt. Zudem ist die politische Akzeptanz eines ausschliesslich auf Noten basierenden Zulassungsverfahrens in der Schweiz gering. Auch werden soziale und persönliche Kompetenzen durch dieses Instrument nicht erfasst.

Naturwissenschaftlicher Wissenstest (z. B. HAM-Nat)

Naturwissenschaftliche Wissenstests wie der HAM-Nat prüfen gezielt Kenntnisse in Fächern wie Biologie, Chemie und Physik, die für die frühen Phasen des Medizinstudiums als relevant erachtet werden. Sie gehen über einen rein kognitiven Fähigkeitstest hinaus und zeigen ebenfalls eine gute Vorhersagekraft für den Studienerfolg. Gleichzeitig werfen solche Tests im schweizerischen Kontext spezifische Fragen auf, insbesondere im Hinblick auf die Rolle der gymnasialen Matura als Hochschulzugangsberechtigung. Darüber hinaus besteht das Risiko sozialer Verzerrungen, da gezielte

24 Huang PH, Arianpoor A, Taylor S, Gonzales J, Shulruf B. Insights into undergraduate medical student selection tools: a systematic review and meta-analysis. *J Educ Eval Health Prof.* 2024;21.22. doi: 10.3352/jeehp.2024.21.22; Webster ES, Paton LW, Crampton PES, Tiffin PA. Situational judgement test validity for selection: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ.* 2020 Oct;54(10):888-902; Rees EL, Hawarden AW, Dent G, Hays R, Bates J, Hassell AB. Evidence regarding the utility of multiple mini-interview (MMI) for selection to undergraduate health programs: A BEME systematic review: BEME Guide No. 37. *Med Teach.* 2016 May;38(5):443-55; Patterson F, Knight A, Dowell J, Nicholson S, Cousans F, Cleland J. How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Med Educ.* 2016 Jan;50(1):36-60.

25 Collège des Doyens, SMIFK, SIWF, VSAO, and swimsa: White Paper on Medical Education and Students: Understanding and Shaping the Medical Career Pathway in Switzerland. Switzerland, 2026

26 Jaehn M, Hissbach J, Frickhoeffer M, Weppert D, Zimmerhofer A, Hampe W, Kadmon M, Becker N. Predictive validity of admission tests and educational attainment on preclinical academic performance - a multisite study. *BMC Med Educ.* 2025 Sep 23;25(1):1255.

Vorbereitungsmöglichkeiten (z. B. kostenpflichtige Kurse) ungleich verteilt sein können und so die Chancengleichheit beeinträchtigen.

Multiple Mini-Interviews (MMI)

MMI sind strukturierte Auswahlverfahren, bei denen Bewerbende mehrere kurze, standardisierte Interviewstationen durchlaufen. An diesen Stationen werden anhand praxisnaher Szenarien insbesondere kommunikative Fähigkeiten, Empathie, ethisches Urteilsvermögen, Teamfähigkeit und Problemlösekompetenzen beurteilt. MMI ermöglichen damit die differenzierte Erfassung eines breiten Spektrums an sozialen und professionellen Kompetenzen, die in rein kognitiven Tests nicht abgebildet werden. Die Durchführung ist jedoch mit erheblichem organisatorischem und personellem Aufwand verbunden, insbesondere bei einer grossen Anzahl Bewerbungen. Zudem erfordern MMI eine sorgfältige Standardisierung sowie eine umfassende Schulung der Beurteilenden, um eine ausreichende Objektivität und Vergleichbarkeit sicherzustellen.

Situational Judgement Tests (SJT)

SJT basieren auf standardisierten, berufsnahen Szenarien, in denen Bewerbende Handlungsoptionen bewerten oder auswählen müssen. Sie können schriftlich (z. B. Multiple Choice) oder videobasiert umgesetzt werden und zielen insbesondere auf die Erfassung von Urteilsvermögen, professionellen Einstellungen und sozialen Kompetenzen ab. SJT sind vergleichsweise effizient durchführbar und gut skalierbar, wodurch sie sich auch für grosse Bewerbergruppen eignen. Bei der Entwicklung von SJT ist jedoch eine sorgfältige Gestaltung zentral, da leistungsstarke Bewerbende sozial erwünschte Antworten erkennen und strategisch wählen können. Dadurch wird eher die Antizipation erwarteter Antworten als die tatsächliche Haltung erfasst. Dem kann durch realitätsnahe, mehrdeutige Szenarien sowie differenzierte Antwortformate entgegengewirkt werden. Herausforderungen ergeben sich auch im Hinblick auf die sprachliche und kulturelle Ausgestaltung der Szenarien. In einem mehrsprachigen und kulturell heterogenen Kontext wie der Schweiz ist eine sorgfältige Entwicklung erforderlich, um Verzerrungen zu vermeiden und die Fairness des Verfahrens sicherzustellen. Eine genaue empirische Validierung von Testitems ist daher zentral für Validität und Fairness.

4.3.4 Weitere Auswahlverfahren und deren Einordnung

Neben den etablierten und empirisch gut abgesicherten Testverfahren wurden verschiedene zusätzliche Auswahlinstrumente diskutiert, die teilweise in anderen Ländern oder Kontexten eingesetzt werden. Diese Verfahren zielen häufig darauf ab, Motivation, praktische Erfahrung oder persönliche Eignung abzubilden. Ihre Aussagekraft und Eignung als Selektionsinstrument sind jedoch differenziert zu beurteilen. Grundlegende Anforderungen an ein Zulassungsverfahren, wie Validität, Fairness, Standardisierung, Skalierbarkeit und rechtliche Robustheit, sind zum Teil nur begrenzt oder nicht gegeben. Gleichzeitig besteht zum Teil das Risiko für Verzerrungen, externe Beeinflussung sowie sozioökonomische Ungleichheiten.

Vorherige Beschäftigung im Gesundheitswesen (mit Berufsausbildung)

Eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Tätigkeit im Gesundheitswesen kann praktische Erfahrung, Einblick in den Berufsalltag sowie eine gewisse berufliche Motivation widerspiegeln. Die prädiktive Validität für den Studienerfolg oder die spätere ärztliche Tätigkeit ist jedoch begrenzt und nicht konsistent belegt. Zudem besteht ein erhebliches Fairnessproblem, da entsprechende Ausbildungswege zeitlich und finanziell nicht für alle Bewerbenden gleich zugänglich sind. Darüber hinaus kann ein solches Kriterium Fehlanreize beinhalten. Bewerbende könnten eine Ausbildung im Gesundheitswesen nur als strategischen Zwischenschritt zur Studienzulassung wählen. Dies führt zu vergeudeten Ausbildungsressourcen und Verlust von dringend benötigten Fachkräften in Gesundheitsberufen. Auch verlängern sich dadurch die Ausbildungswege insgesamt.

Vorheriger Abschluss in einem naturwissenschaftlichen Studium

Ein bereits erworbener Hochschulabschluss in naturwissenschaftlichen Fächern kann auf hohe kognitive Leistungsfähigkeit und fachliche Vorbereitung hinweisen. Dennoch ist die zusätzliche Aussagekraft gegenüber bestehenden kognitiven Selektionsinstrumenten begrenzt. Zudem stellt sich

auch hier die Frage der Fairness, da nicht alle Bewerbenden die Möglichkeit haben, einen solchen Bildungsweg zusätzlich einzuschlagen. Ausserdem besteht auch hier das Risiko von Fehlanreizen sowie einer Verlängerung der Ausbildungswege.

Motivationsschreiben / Essay

Motivationsschreiben sollen Einblick in die Beweggründe und die Reflexionsfähigkeit der Bewerbenden geben. In der Praxis zeigen sie jedoch eine geringe Validität und sind stark anfällig für externe Beeinflussung, etwa durch Coaching, professionelle Unterstützung oder den Einsatz von KI. Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt, und die Beurteilung erfolgt häufig subjektiv. Damit sind sowohl Fairness als auch Zuverlässigkeit nur begrenzt bzw. nicht gewährleistet.

Empfehlungsschreiben

Empfehlungsschreiben können zusätzliche Informationen zur Persönlichkeit und Leistungsfähigkeit liefern. Ihre Aussagekraft ist jedoch stark abhängig von der schreibenden Person und dem Kontext, wodurch Standardisierung und Vergleichbarkeit fehlen. Auch hier bestehen Risiken sozialer Ungleichheit, da nicht alle Bewerbenden Zugang zu gleichwertigen Referenzen haben. Insgesamt ist die Validität als Selektionsinstrument gering.

Unstrukturiertes Vorstellungsgespräch (1 bis 2 Gesprächspartner)

Unstrukturierte Interviews ermöglichen einen direkten persönlichen Eindruck, sind jedoch wissenschaftlich betrachtet wenig zuverlässig und anfällig für Verzerrungen (z. B. durch subjektive Eindrücke, Sympathieeffekte oder implizite Biases). Die fehlende Standardisierung erschwert eine faire und vergleichbare Bewertung. Zudem ist der Aufwand bei hohen Bewerbendenzahlen erheblich.

Pflichtpraktikum (strukturiert, benotet)

Ein obligatorisches, benotetes Praktikum könnte praxisnahe Kompetenzen erfassen, ist jedoch mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Organisation und Durchführung sind bei einer hohen Anzahl Bewerbungen aufwendig und nicht skalierbar. Die Vergleichbarkeit ist eingeschränkt, da Einsatzorte, Tätigkeiten und Betreuungsqualität variieren, was die Standardisierung erschwert und subjektive Bewertungen begünstigt. Zudem bestehen Fairnessprobleme, weil nicht alle jungen Erwachsenen den gleichen Zugang zu Praktikumsplätzen haben.

Freiwilliges oder obligatorisches Praktikum (nicht strukturiert, unbenotet)

Solche Praktika können grundsätzlich Interesse am Gesundheitswesen wecken und erste Einblicke in den Berufsalltag vermitteln. Gleichzeitig dienen sie als «Reality-Check», indem sie Kandidierende mit falschen Vorstellungen vom ärztlichen Alltag gegebenenfalls von einer Bewerbung um einen Studienplatz abhalten. Als Selektionskriterium sind sie jedoch nicht geeignet. Ihre Aussagekraft für die tatsächliche Eignung ist gering, da Inhalte, Dauer und Qualität stark variieren und keine standardisierte Beurteilung erfolgt.

Auslosung / zufällige Auswahl

Auslosungen gewähren formal gleiche Chancen und sind einfach umsetzbar und skalierbar, weisen jedoch keine prädiktive Validität auf und erlauben keine Auswahl nach Eignung oder Leistung. Zudem ist die gesellschaftliche Akzeptanz gering. Es wird als unfair empfunden, wenn leistungsstärkere oder besser geeignete Bewerbende allein aufgrund des Zufalls nicht berücksichtigt werden. Auch bestehen rechtliche und bildungspolitische Bedenken hinsichtlich Legitimität und Begründbarkeit der Entscheidungen. Lotterieverfahren bzw. Verfahren mit einer Auslosung sind daher allenfalls im Rahmen eines zweistufigen Auswahlverfahrens vertretbar, bei dem zunächst auf Grundlage eines Tests eine Vorauswahl erfolgt.

Bonuspunkte

Einzelne der oben skizzierten Elemente, wie etwa eine abgeschlossene Ausbildung im Gesundheitswesen oder ein naturwissenschaftlicher Hochschulabschluss, könnten grundsätzlich als Zusatzkriterien in Form von Bonuspunkten berücksichtigt werden. Eine solche Berücksichtigung birgt jedoch ebenfalls Risiken wie Fehlanreize, Fragen der Chancengerechtigkeit sowie mögliche negative Auswirkungen auf andere Ausbildungsbereiche (z. B. Abwanderung aus anderen Gesundheitsberufen).

Vor diesem Hintergrund spricht sich die Arbeitsgruppe gegen eine Integration dieser Verfahren als zentrale oder auch ergänzende Selektionsinstrumente aus. Entscheidend ist, dass ein Zulassungsverfahren möglichst valide, fair, standardisiert und robust ausgestaltet ist – Anforderungen, die durch die genannten Ansätze derzeit nicht in ausreichendem Mass erfüllt werden.

4.3.5 Zwischenfazit zu den Auswahlmethoden

Kognitive Fähigkeiten sind ein zentrales Kriterium für die Zulassung zum Medizinstudium. Sie sind sowohl für die akademische Ausbildung als auch für die spätere Ausübung des ärztlichen Berufs von grundlegender Bedeutung. Das Medizinstudium stellt hohe Anforderungen an analytisches Denken, logisches Schlussfolgern, die Verarbeitung komplexer Informationen, die Lernfähigkeit sowie die Fähigkeit, Wissen in neuen Kontexten anzuwenden. Auch im späteren Berufsalltag sind diese Fähigkeiten wesentlich, etwa bei der Diagnostik, bei klinischen Entscheidungen und beim Umgang mit komplexen oder unvollständigen Informationen. Es besteht kein Zielkonflikt zwischen kognitiven und sozialen Kompetenzen: Hohe kognitive Leistungsfähigkeit schliesst Empathie und kommunikative Stärke nicht aus.

Ein ausschliesslich kognitiv ausgerichtetes Zulassungsverfahren ist jedoch auch nicht hinreichend. Der Arztberuf erfordert nicht nur intellektuelle Leistungsfähigkeit, sondern auch ein hohes Mass an sozialer Kompetenz, professionellem Verhalten, Belastbarkeit und reflektierter Interaktion mit Patientinnen und Patienten, Angehörigen sowie anderen Gesundheitsberufen. Ein Zulassungsverfahren, das sich allein auf kognitive Testleistungen stützt, bildet daher nur einen Teil der für Studium und Beruf relevanten Eignung ab.

Empathie, kommunikative Fähigkeiten, Resilienz und andere soziale Kompetenzen, die für die ärztliche Tätigkeit unbestritten relevant sind, lassen sich jedoch nur partiell testen. Anders als kognitive Fähigkeiten können sie nicht mit derselben Präzision, Standardisierung und Zuverlässigkeit gemessen werden. Hinzu kommt, dass soziale Kompetenzen kontextabhängig sind und sich in Testsituationen oft nur näherungsweise erfassen lassen. Gleichwohl bedeutet dies nicht, dass auf ihre Berücksichtigung verzichtet werden sollte. Vielmehr zeigen Verfahren wie strukturierte Interviews, MMI oder SJT, dass eine methodisch sinnvolle Annäherung an solche Kompetenzen möglich ist.

Zugleich ist zu berücksichtigen, dass viele Kompetenzen erst im Verlauf des Studiums entwickelt werden. Das Medizinstudium dient nicht nur der Wissensvermittlung, sondern auch dem Aufbau klinischer, kommunikativer und weiterer beruflicher Fähigkeiten. Eigenschaften wie Empathie, Teamfähigkeit oder professionelles Verhalten werden durch praktische Erfahrungen, Supervision und Reflexion weiterentwickelt. Ein Zulassungsverfahren kann daher nur Hinweise auf Eignung und bereits vorhandene Voraussetzungen liefern, darf aber nicht davon ausgehen, dass alle relevanten Kompetenzen bereits vollständig ausgebildet sind.

Vor diesem Hintergrund spricht vieles für einen mehrdimensionalen und gegebenenfalls auch zeitlich gestaffelten Auswahlansatz. Kein Verfahren kann allein alle relevanten Dimensionen der Eignung gleichermassen gut erfassen. Kognitive Tests sind insbesondere bei der Vorhersage des frühen Studienerfolgs stark, erfassen aber soziale und professionelle Kompetenzen nur unzureichend. Verfahren zur Beurteilung sozialer Kompetenzen wiederum können zusätzliche berufsrelevante Aspekte sichtbar machen, weisen jedoch häufig eine geringere Standardisierung auf und bringen methodische Grenzen und einen höheren Aufwand mit sich. Bei einem mehrdimensionalen Ansatz mit einer Kombination unterschiedlicher Verfahren können sich deren Stärken gegenseitig ergänzen und die Gesamtbeurteilung der Eignung verbreitern.

Ein breiter angelegtes Auswahlverfahren würde dazu beitragen, unterschiedlichere Kompetenzprofile unter den Studierenden zu fördern, was auch mit Blick auf die Anforderungen eines vielfältigen Gesundheitssystems, in dem unterschiedliche Fähigkeiten, Perspektiven und Persönlichkeiten gefordert sind, einen Mehrwert darstellen würde.

Die Vorhersagekraft von Tests ist allerdings differenziert zu beurteilen. Sie ist vor allem im Hinblick auf spezifische akademische Kompetenzen und den Erfolg in den frühen Studienphasen gut. Für

spätere Studienphasen nimmt die Vorhersagekraft ab. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass im weiteren Verlauf des Studiums klinische, kommunikative, professionelle und praktische Anforderungen stärker in den Vordergrund treten, die sich durch einzelne vorgelagerte Tests nur begrenzt prognostizieren lassen. Je weiter die Ausbildung fortschreitet, desto stärker wirken zusätzliche Faktoren wie Lernumfeld, persönliche Entwicklung, Ausbildungserfahrungen und Motivation. Noch problematischer ist es, von einem Zulassungsverfahren zu erwarten, die spätere Wahl der Spezialisierung oder den Verbleib im Beruf verlässlich vorhersagen zu können. Solche Entscheidungen werden nicht nur durch individuelle Eignung oder ursprüngliche Motivation bestimmt, sondern von einer Vielzahl externer Faktoren beeinflusst.²⁷ Dazu gehören insbesondere die Arbeitsbedingungen, die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, berufliche Vorbilder, institutionelle Kulturen, Karrierechancen sowie die Arbeitsbelastung. Eine zentrale Rolle spielen zudem ökonomische Aspekte wie Einkommensperspektiven und damit verbunden das geltende ärztliche Tarifsystem. Unterschiedliche Vergütungen in den Fachbereichen können die Berufswahl massgeblich beeinflussen. Zulassungsverfahren können daher nur einen begrenzten Beitrag zur Steuerung späterer Berufswege leisten. Ein aktuelles Forschungsprojekt untersucht derzeit für den Schweizer Kontext, welche Faktoren die spätere Berufswahl beeinflussen und in welchem Ausmass diese vorausgesagt werden kann.²⁸

In der Gesamtbetrachtung spricht dies für ein mehrdimensionales Zulassungsverfahren, das kognitive Fähigkeiten weiterhin als unverzichtbare Grundlage berücksichtigt, den Auswahlprozess jedoch durch zusätzliche Verfahren ergänzt. Ein solcher Ansatz trägt der Breite der Anforderungen des Medizinstudiums und des ärztlichen Berufs besser Rechnung, ohne die Grenzen der Testbarkeit und Vorhersagbarkeit auszublenken.

4.4 Szenarien für die Reform des Zulassungsverfahrens in der Schweiz

Die Weiterentwicklung des Zulassungssystems zum Medizinstudium erfordert zunächst eine Klärung grundlegender konzeptioneller Fragen. Im Zentrum stehen dabei insbesondere folgende Dimensionen:

- Soll das Verfahren national einheitlich ausgestaltet oder weiterhin hochschulspezifisch differenziert sein?
- Soll die Selektion vor Studienbeginn erfolgen oder zumindest teilweise in das Studium integriert werden?
- Soll die Auswahl primär kapazitätsorientiert (mit einer festgelegten Anzahl Studienplätze) oder stärker kompetenzorientiert (mit definierten Mindestanforderungen) erfolgen?

Diese Fragen sind nicht als einfache Entweder-oder-Entscheidungen zu verstehen. Vielmehr zeigte sich in den Diskussionen, dass ein zukunftsfähiges Zulassungssystem auf einer angemessenen Kombination dieser Ansätze beruhen könnte. Internationale Beispiele, insbesondere aus Deutschland und Frankreich, verdeutlichen dies. Dort bestehen übergeordnete Rahmenvorgaben mit einheitlichen Elementen, die durch hochschulspezifische Ausgestaltungen ergänzt werden. Dies ermöglicht sowohl eine gewisse Vereinheitlichung auf nationaler Ebene als auch eine institutionelle Flexibilität.

Die Ausgestaltung eines solchen Systems hat direkte Konsequenzen für die einzelnen Studienprogramme und medizinischen Fakultäten. Diese sind in einem zweiten Schritt differenziert auf der Ebene allgemeiner, universitätsübergreifender Aspekte, als auch auf der Ebene einzelner Studiengänge und Standorte zu betrachten. Dabei sind neben der Humanmedizin auch die anderen

27 Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. *Med J Aust.* 2005 Sep 19;183(6):295-300; François Marjorie, Pfarwaller Eva, Rozsnyai Zsafia, Streit Sven, Zurkinden Eleonore, Rodondi Nicolas, Zeller Andreas, Rodondi Pierre-Yves. Primary care physicians in Switzerland: state of play and future directions. November 2023, https://www.safmed.ch/images/dokumente/publikationen/Primary_care_physicians_in_Switzerland_State_of_play_and_future_directions_SAFMED_2023.pdf (Abfrage 22.5.2026).

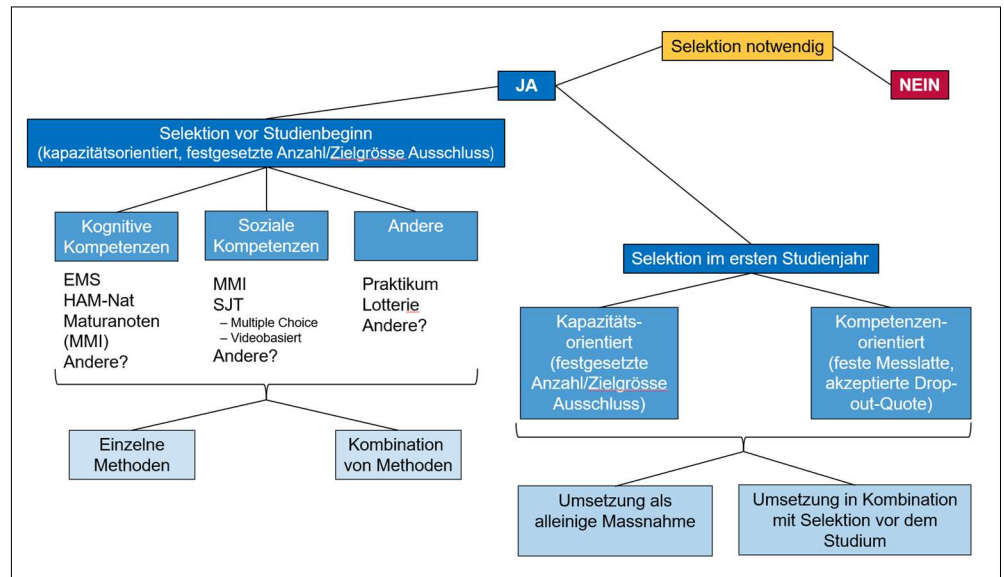
28 Abbiati M, Nendaz MR, Cerutti B, Brodmann Mäder M, Spinaz GA, Vicente Alvarez D, Teodoro D, Savoldelli GL, Bajwa NM. Exploring Medical Career Choice to Better Inform Swiss Physician Workforce Planning: Protocol for a National Cohort Study. *JMIR Res Protoc.* 2024 Jan 17;13:e53138.

medizinischen Studiengänge wie Zahnmedizin, Veterinärmedizin und Chiropraktik, deren Zulassung beschränkt ist, miteinzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Arbeitsgruppe verschiedene Szenarien für ein zukünftiges Zulassungssystem entwickelt. Um diese systematisch herzuleiten, wurde ein strukturierter Entscheidungsprozess definiert, der die zentralen Gestaltungsdimensionen miteinander verknüpft.

Die folgende Abbildung 4.5 zeigt den zugrunde liegenden Entscheidungsbaum, der für die Entwicklung und Einordnung der unterschiedlichen Szenarien diente.

Abbildung 4.5: Entscheidungsbaum zur Szenarienbildung



Im Rahmen der Grundlagenarbeit wurden drei unterschiedliche Szenarien für die Weiterentwicklung des Zulassungssystems entwickelt. Diese unterscheiden sich insbesondere hinsichtlich des Zeitpunkts der Selektion, des Grades der nationalen Harmonisierung sowie der berücksichtigten Kompetenzdimensionen.

4.4.1 Szenario 1: Status quo

Im ersten Szenario wird das bestehende System unverändert weitergeführt. Die deutschsprachigen Universitäten setzen weiterhin den EMS als standardisierten kognitiven Eignungstest zur Selektion vor dem Studium ein und nehmen eine koordinierte Zuteilung der Studienplätze vor, während die französischsprachigen Universitäten am Modell des Concours mit Selektion nach dem ersten Studienjahr festhalten. Es erfolgen keine wesentlichen strukturellen Anpassungen oder Harmonisierungsschritte.

Vorteile: Dieses Szenario gewährleistet ein hohes Mass an Stabilität und Kontinuität. Die bestehenden Verfahren sind etabliert, erprobt und in ihrer akademischen Validität gut dokumentiert. Zudem entstehen keine zusätzlichen Implementierungskosten und die Risiken im Zusammenhang mit Systemumstellungen bleiben gering.

Nachteile: Zentrale Herausforderungen bleiben bestehen. Das Nebeneinander unterschiedlicher Modelle verunmöglicht einheitliche nationale Standards und erschwert eine kohärente Steuerung des Systems. Zudem adressieren die bestehenden Verfahren die Kritik an der Eindimensionalität der Selektion nur unzureichend. Beim Concours kommen zusätzlich die bekannten Probleme der hohen Belastung und Konkurrenzsituation im ersten Studienjahr hinzu. Insgesamt bleibt die Vorhersagekraft für soziale und klinische Kompetenzen begrenzt.

4.4.2 Szenario 2: National einheitliches, kapazitätsorientiertes Zulassungsverfahren vor Studienbeginn mit Kombination aus kognitiv und nicht-kognitiv ausgerichteten Auswahlverfahren

Dieses Szenario sieht ein national einheitliches Auswahlverfahren vor Studienbeginn vor. Alle Universitäten wenden ein kombiniertes Modell an, bestehend aus einem kognitiven Test (EMS oder ein anderes Verfahren wie HAM-Nat bzw. eine Kombination aus EMS und HAM-Nat) sowie einem Verfahren zur Erfassung sozialer und berufsspezifischer Kompetenzen (z.B. einem einfach skalierbaren SJT). Ziel ist eine mehrdimensionale, aber gleichzeitig standardisierte Selektion von geeigneten Personen.

Vorteile: Das Modell ermöglicht die Berücksichtigung von kognitiven als auch nicht-kognitiven Aspekten bei der Zulassung zum Medizinstudium. Gleichzeitig ist es skalierbar und ressourceneffizient, da standardisierte Testverfahren eingesetzt werden. Ein weiterer zentraler Vorteil ist die nationale Harmonisierung, die zu einem einheitlichen und als fair wahrgenommenen Zugangssystem beitragen kann.

Nachteile: Ein vollständig standardisiertes Verfahren führt zu einem Verlust an regionaler und institutioneller Autonomie (so wie es aktuell beim EMS schon der Fall ist). Zudem erfolgt in SJTs keine direkte Verhaltensbeobachtung in realitätsnahen Situationen, wie sie etwa durch MMI oder simulierte Patientengespräche möglich wäre. Gleichzeitig müssen SJTs sorgfältig konstruiert werden, damit sie von den Kandidierenden nicht durchschaubar sind, eine genügende Trennschärfe bieten und keine sozialen oder sprachlichen Bias aufweisen.

Als Alternative zu einem SJT könnte ein MMI für eine Teilgruppe der Bewerbenden (z.B. die bestplatzierten Kandidierenden oder die Kandidierenden um den «Cut-off» eines kognitiven Tests) eingesetzt werden. Dies würde jedoch einen erheblich höheren Ressourceneinsatz erfordern, während der zusätzliche Nutzen derzeit nicht eindeutig belegt ist.

4.4.3 Szenario 3: National harmonisiertes, kapazitätsorientiertes Zulassungsverfahren vor dem Studium kombiniert mit einer holistischen, kompetenzbasierten Prüfung im Studium

Das dritte Szenario kombiniert ein vorgelagertes, kapazitätsorientiertes Auswahlverfahren vor dem Studium mit einer kompetenzbasierten Selektion im Studium.

- Schritt 1: Einheitliche Vorauswahl vor Studienbeginn (z. B. mittels kognitiver Tests mit oder ohne Testung nicht-kognitiver Kompetenzen z.B. via SJTs), um die Zahl der Studierenden zu begrenzen.
- Schritt 2: Prüfungen nach dem ersten Studienjahr auf Basis der im ersten Studienjahr erworbenen kognitiven und nicht-kognitiven Kompetenzen. Zurzeit wird an den Schweizer Universitäten im ersten Studienjahr des Medizinstudiums in erster Linie das erworbene Wissen in Form von klassischen Multiple-Choice (MC) Prüfungen getestet. Neu sollen am Ende des ersten Studienjahres die MC-Prüfungen durch zusätzliche Instrumente ergänzt werden, die auch die im Studium erworbenen sozialen und klinischen Kompetenzen testen. Dies können z.B. MMI (wie z.B. in Nantes) oder simulierte Interaktionen mit Schauspielpatientinnen und -patienten (wie z.B. in Heidelberg) sein. Ziel dieses Ansatzes ist nicht, die Zahl der Studierenden auf eine vorgegebene Zahl im 2. Studienjahr zu reduzieren, sondern zu überprüfen, dass nicht nur Wissen, sondern auch genügend kognitive und nicht-kognitive Kompetenzen vorhanden sind, um im Studium zu verbleiben.

Die Auswahl bei der Zulassung (Schritt 1) sollte an allen Universitäten einheitlich erfolgen. Die Selektion am Ende des ersten Studienjahres (Schritt 2) sollte zwar nach einem harmonisierten Konzept durchgeführt werden, unter Einbezug sowohl kognitiver wie auch nicht-kognitiver Kompetenzen. Bei der konkreten Ausgestaltung der Bewertung sollten die Hochschulen jedoch autonom bleiben.

Vorteile: Dieses Modell sichert eine breitere Beurteilung der Eignung, da neben kognitiven auch soziale, kommunikative und klinische Kompetenzen berücksichtigt werden. Die Selektion im

Studium erfolgt stärker kompetenzorientiert und kann besser an das medizinische Kompetenzprofil (z. B. PROFILES) angepasst werden. Gleichzeitig wird berücksichtigt, dass viele relevante Fähigkeiten erst im Verlauf der Ausbildung entwickelt werden.

Das Szenario 3 fördert damit einen ganzheitlichen Kompetenzerwerb. Zusätzlich ermöglicht es den Universitäten, ihre Autonomie bei der Ausgestaltung der Bewertung zu bewahren. Zudem entfällt eine rein kapazitätsbezogene Selektion im Studium zugunsten kompetenzbasierter Beurteilungen.

Nachteile: Demgegenüber steht ein erheblicher Ressourcenaufwand, insbesondere für die Durchführung zusätzlicher Assessments im Studium. Das mehrstufige Verfahren erhöht zudem die Komplexität des Systems.

Ein weiterer nachteiliger Aspekt ist die potenziell variable Anzahl von Studierenden nach dem ersten Studienjahr, was eine sorgfältige Planung und flexible Ressourcensteuerung seitens der Universitäten erfordert.

4.4.4 Zwischenfazit zu den Szenarien

Die drei Szenarien haben unterschiedliche Stärken und unterscheiden sich auch bezüglich Validität, Umsetzbarkeit und Ressourcenbedarf.

Szenario 1 (Status quo) ist etabliert und bietet Stabilität, entspricht jedoch nur begrenzt den Anforderungen einer modernen, kompetenzorientierten medizinischen Ausbildung. Sowohl EMS als auch Concours fokussieren primär auf kognitive Kompetenzen, während soziale, kommunikative und andere nicht-kognitive Fähigkeiten kaum systematisch berücksichtigt werden. Damit bleibt eine zentrale Dimension der ärztlichen Eignung unzureichend abgebildet.

Szenario 2 (Nationales Präselektionsmodell mit Kombination kognitiver und nicht-kognitiver Verfahren) bietet ein insgesamt ausgewogenes Verhältnis zwischen Validität, Fairness, Skalierbarkeit und Kosten. Die Kombination aus kognitiven und nicht-kognitiven Verfahren ermöglicht eine breitere Beurteilung der Eignung, ohne den Ressourcenbedarf wesentlich zu erhöhen. Gleichzeitig schafft es ein nationales Modell mit mehr Harmonisierung und Vergleichbarkeit im Zugang. Eine Erweiterung durch zusätzliche Verfahren wie MMI könnte die Auswahl weiter verbessern, wäre jedoch mit deutlich höheren Kosten und organisatorischem Aufwand verbunden.

Szenario 3 (Nationale Kombination einer Selektion vor dem Studium und einer kompetenzbasierten Prüfung im Studium) stellt aus pädagogischer und klinischer Perspektive das am besten abgestimmte Modell dar. Es ermöglicht eine umfassende Beurteilung von kognitiven, sozialen und klinischen Kompetenzen und ist eng an den Kompetenzrahmen der medizinischen Ausbildung angelehnt. Die Kombination einer skalierbaren Vorauswahl (z. B. EMS und SJT) mit einer kompetenzorientierten Bewertung kognitiver und nicht-kognitiver Kompetenzen am Ende des ersten Studienjahres (inkl. standardisierter Prüfungen und praxisnaher Assessments wie MMI) bietet das robusteste Gesamtmodell. Gleichzeitig ist dieses Szenario mit einem hohen Ressourcenbedarf, erhöhter Komplexität und offenen Fragen zur praktischen Umsetzbarkeit verbunden.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine schrittweise Weiterentwicklung von Szenario 2 hin zu Szenario 3 als pragmatischer und realistischer Entwicklungspfad. Ein solches Vorgehen würde zunächst eine breit implementierbare, skalierbare und harmonisierte Präselektion etablieren und in einem zweiten Schritt – bei entsprechenden Erfahrungen und Rahmenbedingungen – eine vertiefte, kompetenzbasierte Beurteilung im Studium ermöglichen. Pilotprojekte könnten dabei eine wichtige Rolle spielen, um praktische Erfahrungen zu sammeln, die Machbarkeit zu prüfen und die Weiterentwicklung evidenzbasiert zu gestalten.

4.5 Reflexionen zu möglichen Auswirkungen einer Reform

Im Kontext der Zulassung zum Medizinstudium lassen sich verschiedene Kategorien von Auswirkungen und Kosten unterscheiden, die bei der Bewertung und Weiterentwicklung von

Selektionsverfahren systematisch zu berücksichtigen sind. Die nachfolgende Darstellung ist exemplarischer Natur und nicht als abschliessende Aufzählung zu verstehen.

Kosten für die Konzeption und Durchführung des Selektionsverfahrens

Dazu zählen unter anderem administrative Aufwände, Personalressourcen, infrastrukturelle Anforderungen sowie die Entwicklung und Pflege der eingesetzten Instrumente. Diese Kosten lassen sich je nach Verfahren zumindest approximativ erfassen, auch wenn sie nicht immer in detaillierter Form beziffert werden können. Sie sind jedoch weitgehend transparent, da sie unmittelbar im Verantwortungsbereich der durchführenden Institutionen anfallen.

Die operativen Kosten sind stark von der konkreten Ausgestaltung der Selektionsmethoden abhängig. So sind bei einem SJT mit Multiple-Choice-Fragen auf Papier andere Kosten zu erwarten, als wenn man diesen Test auf Videobasis durchführt. Bei einem Einsatz von MMI hängen die Kosten unter anderem davon ab, ob die interviewenden Personen ihren Beitrag ohne spezifische Abgeltung einbringen (wie in Nantes) oder aber für ihren Einsatz abgegolten werden. Kostenrelevant ist ausserdem die Frage, ob die angewandten Testmethoden bei allen Bewerbenden durchgeführt werden oder aber ein Stufenmodell gewählt wird: So kann zum Beispiel über einen ersten, kognitiv orientierten Test eine erste Auswahl von Bewerbenden vorgenommen werden, die dann in einem zweiten Schritt ein nicht-kognitiv orientiertes Testverfahren durchläuft. Ein solches mehrstufiges Prüfverfahren wird etwa in Nantes bei den MMI angewandt; damit lassen sich die Kosten für die Durchführung von MMI beträchtlich reduzieren.

An dieser Stelle werden deshalb keine Angaben zu den operativen Kosten der einzelnen Testmethoden abgegeben, sondern darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Vorbereitung eines neuen Zulassungsverfahrens die Kosten in Abhängigkeit des gewählten Verfahrens genauer beziffert werden müssen.

Auswirkungen einer inadäquaten Selektion

Wenn zugelassene Studierende das Studium nicht bewältigen können oder sich im Laufe des Studiums als nicht geeignet herausstellen, ist dies mit Folgen verbunden. Entsprechende Studienausschlüsse und -abbrüche während des Medizinstudiums verursachen erhebliche finanzielle Aufwände, ohne dass diese zu einem Abschluss und damit zu einem Beitrag zur medizinischen Versorgung führen. Die Kosten einer inadäquaten Selektion sind deshalb als hoch einzustufen, sowohl aus institutioneller als auch aus gesellschaftlicher Perspektive.

Opportunitätskosten für Studierende, die das Studium nicht abschliessen

Es entstehen Kosten für Studierende, die im Verlaufe des Qualifikationsprozesses scheitern und dadurch mehrere Studienjahre sowie potenziell Jahre ihres späteren Berufslebens verlieren.

Langfristige Folgen einer unzureichenden Selektion

Langfristige Auswirkungen entstehen insbesondere dann, wenn Ärztinnen und Ärzte frühzeitig aus der klinischen Tätigkeit ausscheiden und die Berufsausstiege zumindest teilweise auf Faktoren zurückzuführen sind, die durch eine geeignetere Auswahl und Vorbereitung im Zulassungsprozess hätten erkannt oder reduziert werden können, wie mangelnde Motivation oder geringe Resilienz. Solche vermeidbaren Berufsausstiege können erhebliche Kosten für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem verursachen.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass die Folgekosten einer falschen oder suboptimalen Selektionslösung die direkten Kosten eines qualitativ hochwertigen Auswahlverfahrens um ein Vielfaches übersteigen können. Diese Folgekosten fallen jedoch zeitlich verzögert und in anderen Bereichen als dem Bildungssystem an, etwa im Gesundheitswesen oder auf dem Arbeitsmarkt, und sind daher weniger sichtbar. Vor diesem Hintergrund ist ein gut konzipiertes Selektionsverfahren nicht primär als Kostenfaktor, sondern als Investition mit hohem langfristigem Nutzen zu verstehen.

4.6 Diskussion der Massnahmenoptionen und deren Einordnung

Am 27. Februar fand ein ganztägiger Anlass zur Diskussion der hier dargestellten Grundlagen statt, an denen die Szenarien und potenziellen Lösungsansätze mit Akteuren der Hochschulbildung und Gesundheitsversorgung diskutiert wurden (zu den Teilnehmenden siehe Anhang 6).

Am Anlass bestand Einigkeit darüber, dass eine Reform des aktuellen Zulassungssystems bzw. der beiden heutigen Zulassungsverfahren notwendig ist. Auf breite Zustimmung stiess der Vorschlag eines harmonisierten Zulassungsverfahrens für die ganze Schweiz. Als Risiken bei einer Harmonisierung wurden die kulturellen Unterschiede zwischen den Sprachregionen und zwischen den unterschiedlichen historisch gewachsenen Systemen angesehen. Ausserdem wurde die Befürchtung geäussert, dass die Qualität der Auswahl leiden könnte, wenn die Universitäten weniger Einfluss auf die Auswahl nehmen könnten.

Zustimmung fand auch der Vorschlag einer Kombination von Methoden zur Selektion, um nicht-kognitive Kompetenzen (v.a. soziale und interaktionelle Kompetenzen, Empathie, Resilienz und Motivation) in Ergänzung zu den kognitiven Kompetenzen einzubeziehen. Betreffend die ideale Kombination der Beurteilungsmethoden bestanden unterschiedliche Einschätzungen. Sowohl SJT als auch MMI wurden als Ergänzung zum EMS als geeignet angesehen, wobei die Vor- und Nachteile stark von der konkreten Ausgestaltung abhängen. Es sind entsprechend noch vertiefte Abklärungen notwendig, wie die verschiedenen Verfahren in der Schweiz umgesetzt werden können und welche Auswirkungen dies auf die konkrete Organisation des Eignungstests hat – etwa bei einem Wechsel von den heutigen Multiple Choice-Fragen auf Papier zu einem digital durchgeführten Test. Zu prüfen sind auch die möglichen Auswirkungen eines neuen, verschiedene Perspektiven kombinierenden Eignungstests auf die Studiengänge der Zahnmedizin und der Veterinärmedizin.

Die Einführung eines ersten Studienjahres mit einer Curriculumsrevision zur Vermittlung von prüfungsrelevanten nicht-kognitiven Kompetenzen (in Ergänzung zu den kognitiv orientierten Inhalten) wird als vielversprechender Ansatz zur Ergänzung des Zulassungsverfahrens gewertet, sofern die am Ende des ersten Studienjahres geprüften Kompetenzen auch systematisch im Studium vermittelt werden und psychosoziale Ressourcen wie Resilienz gezielt gefördert werden. Dabei ist der mentalen Belastung der Studierenden besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Um den Nutzen des ersten Studienjahres für alle Teilnehmenden zu maximieren, sollte es auch für jene, die im Anschluss ihr Medizinstudium nicht weiterführen, durch die Anerkennung von ECTS-Punkten in anderen Studiengängen anschlussfähig gestaltet werden. Vor dem Hintergrund des breiten und heterogenen ärztlichen Berufsprofils mit unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und Kompetenzerfordernissen ist zudem sicherzustellen, dass das Zulassungsverfahren die Diversität der Studierenden fördert und nicht auf ein eng gefasstes Kompetenzprofil beschränkt bleibt.

Dem Studium vorangehende Praktika im Gesundheitswesen werden generell als wertvolle Erfahrungen eingeschätzt. Sie können dazu dienen, am Arztberuf interessierten Personen eine realistische Vorstellung des ärztlichen Berufsalltags zu vermitteln. Allerdings sind dazu nicht alle Praktikumsarten geeignet. Ein Einsatz von Praktika als Teil des Zulassungsverfahrens wurde aus verschiedenen Gründen als wenig sinnvoll beurteilt, insbesondere wurden die bereits hohe Belastung der Spitäler und deren Ausbilderinnen und Ausbilder sowie die hohen Kosten als Hindernis genannt. Die Frage, wie Bewerbende besser darüber informiert werden können, was sie im Arztberuf erwartet, ist unabhängig vom Zulassungsverfahren zu betrachten und anhand geeigneter Massnahmenoptionen zu diskutieren.

Die Governance des Zulassungsverfahrens im Modell NC/EMS ist zweckmässig aufgestellt und kann in ein reformiertes Zulassungssystem überführt werden. Die Festlegung der für die Selektion relevanten Kapazitäten bzw. Anzahl Studienplätze sollte folglich weiterhin für die kantonalen Universitäten durch kantonale Beschlüsse und für die ETHZ durch den Bund erfolgen. Die operative Durchführung des Anmeldeverfahrens, der neu gestalteten Eignungsprüfungen vor Studienbeginn und der Zuteilungen zu den Universitäten sollte weiterhin bei swissuniversities liegen. Idealerweise sollte auch das Reformprojekt im Auftrag der SHK unter der Federführung von swissuniversities und mit Einbezug aller am Medizinstudium beteiligten Universitäten und betroffenen Akteure

durchgeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch das Anmeldesystem angepasst werden muss. Die bewährte übergeordnete Koordination und Aufsicht durch die SHK kann unverändert weitergeführt werden. Ein eidgenössisch geregeltes Zulassungsverfahren mit einer spezifischen Gesetzgebung auf eidgenössischer Ebene ist in dieser Konstellation nicht notwendig.

Zusätzlich zum zentralen Thema des Verfahrens der Zulassung zum Medizinstudium wurden seitens der Akteure der Hochschulbildung und des Gesundheitswesens verschiedene Anliegen angesprochen, die sich in mehrere Themen gruppieren lassen. Diese sollten als eigenständige Handlungsfelder weiterbearbeitet und konzeptionell vertieft werden.

- Ein zentrales Handlungsfeld betrifft das Erwartungsmanagement bei den Kandidierenden für das Medizinstudium. Bereits vor Studienbeginn sollte ein realistischer Einblick in die ärztliche Berufsrealität ermöglicht werden, analog zu Modellen der Berufsorientierung im Rahmen einer Berufslehre. Ziel ist es, Erwartungen an das Medizinstudium und den ärztlichen Beruf durch einen systematischen Realitätscheck besser zu kalibrieren. Hierzu eignen sich unter anderem audiovisuelle Formate (z. B. Informationsvideos), Schnuppertage sowie gezielte Angebote der Studien- und Berufsberatung. Es ist jedoch zu prüfen, welche Formate für eine grosse Zahl von Interessierten geeignet sind.
- Ein weiteres Handlungsfeld betrifft alternative Zugangswege beziehungsweise sogenannte «second pathways» zum Medizinstudium. Dazu zählen unter anderem Passerellen-Lösungen oder der Zugang über ein Bachelorstudium in Medizin im Ausland. Solche alternativen Zugänge erhöhen die Durchlässigkeit des Bildungssystems und eröffnen zusätzliche Entwicklungsmöglichkeiten für qualifizierte Kandidierende. Vor deren Einführung ist allerdings die Nachfrage und der Ressourcenaufwand sorgfältig abzuklären.
- Schliesslich stellt die Anschlussfähigkeit von Studienleistungen ein weiteres relevantes Handlungsfeld dar. Studienleistungen, die im Rahmen der medizinischen Ausbildung erbracht werden, sollten stärker in anderen Studienfächern anerkannt werden, insbesondere über die Anrechnung von ECTS-Punkten.

4.7 Zusammenfassung der Ergebnisse des Teilprojekts Zulassung

Für die Zulassung zum Medizinstudium besteht weiterhin ein klarer Selektionsbedarf, da die Zahl der Bewerbenden die verfügbaren Studienplätze trotz erheblicher Ausweitung der Kapazitäten weiterhin deutlich übersteigt. Ein Auswahlverfahren bleibt somit notwendig, um einen geordneten und leistungsbezogenen Zugang sicherzustellen.

Die im SWIR-Bericht von 2016 formulierten Einschätzungen sind in ihren Grundzügen weiterhin gültig. Gleichzeitig haben sich die Rahmenbedingungen des Medizinstudiums in den letzten zehn Jahren wesentlich verändert: Mit der Einführung des gesamtschweizerischen curricularen Rahmenwerks PROFILES wurde die Ausbildung stärker kompetenzorientiert ausgerichtet, im Rahmen des Sonderprogramms Humanmedizin 2017-2020 hat sich die Zahl der beteiligten Universitäten und die Anzahl Studienplätze erhöht und schliesslich ist auch die Nachfrage nach Studienplätzen weiter angestiegen. Diese Entwicklungen führen dazu, dass die damaligen Empfehlungen heute in einem veränderten Kontext neu bewertet werden müssen.

Die aktuell eingesetzten Auswahlverfahren weisen zwar eine gute Vorhersagekraft für kognitive Studieneignung auf, bleiben jedoch in ihrer Ausrichtung weitgehend eindimensional. Nicht-kognitive Kompetenzen – insbesondere kommunikative und interaktionelle Fähigkeiten – werden nur unzureichend erfasst. Zudem können einzelne Verfahren mit einer erhöhten mentalen Belastung für Studierende verbunden sein. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Weiterentwicklung der bestehenden Verfahren angezeigt.

Ein Blick auf die internationale Entwicklung zeigt, dass Zulassungsverfahren in den letzten Jahren deutlich weiterentwickelt wurden. Dabei setzen sich insbesondere mehrdimensionale sowie mehrstufige Modelle durch, die kognitive und nicht-kognitive Testverfahren kombinieren und so ein breiteres Spektrum an Eignungskriterien abbilden. Vor diesem Hintergrund ist auch eine bessere Abstimmung des Zulassungsverfahrens auf die kompetenzbasierte Ausbildung im Studium sinnvoll.

Gleichzeitig sehen die Universitäten Vorteile in einer stärker harmonisierten Lösung, die Vergleichbarkeit schafft und die Koordination auf nationaler Ebene erleichtert.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle Herausforderungen über das Zulassungsverfahren allein gelöst werden können. Ergänzende Massnahmen – etwa im Studium oder im Arbeitsumfeld – sind notwendig, um den langfristigen Verbleib im Beruf zu fördern.

Schliesslich sind die Auswirkungen auf andere Studiengänge wie Zahnmedizin, Veterinärmedizin oder Chiropraktik noch vertieft zu prüfen, um eine kohärente und fachübergreifend tragfähige Lösung sicherzustellen.

TEIL III: AUSBILDUNG HUMANMEDIZIN

5. Ausbildung einer bedarfsgerechten Anzahl Ärztinnen und Ärzte an Schweizer Universitäten

5.1 Gegenstand und Fragestellungen betreffend die Erhöhung der Studienplätze

Das vorliegende Kapitel adressiert die vom SBFJ sowie der SHK aufgeworfenen Themenbereiche (für die detaillierten Fragestellungen siehe Anhang 3). Diese können wie folgt zusammengefasst werden:

- Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten auf der Grundlage bestehender Statistiken und Berichte unter Berücksichtigung der Anzahl Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland
- Prognose des Bedarfs an zusätzlichen Studienplätzen unter Einbezug der Abbruchquoten im Medizinstudium
- Beurteilung des ungefähren Potenzials an klinischen Ausbildungsplätzen und Vorschlag von Massnahmen zu deren Erhöhung
- Bewertung des Potenzials innovativer Ausbildungsformate (u.a. digitale Formate, Simulation) als Beitrag zur Erhöhung der Ausbildungskapazität
- Aufzeigen des Bedarfs zur Anpassung der Curricula im Rahmen der Erhöhung der Studienplätze
- Darstellung der Kosten zusätzlicher Studienplätze und erhöhter klinischer Ausbildungskapazitäten

Gegenstand des Kapitels ist ausserdem, politische Handlungsoptionen zu entwickeln und die voraussichtlichen Kosten zusätzlicher Studienplätze aufzuzeigen.

5.2 Aktuelle Lage und Problemanalyse

5.2.1 Zunehmender Ärztemangel und hohe Auslandsabhängigkeit

In den vergangenen Jahren wurde der Mangel an Fachkräften im Bereich der ärztlichen Versorgung immer stärker spürbar. Er betrifft vor allem die ärztliche Grundversorgung. Dies zeigt sich etwa im Anteil der Praxen von Hausärztinnen und -ärzten sowie Pädiaterinnen und Pädiatern, in denen ein Aufnahmestopp für Patientinnen und Patienten gilt: Der Anteil der Praxen mit Aufnahmestopp steigt stetig an, von 14% im Jahr 2012 hat er sich auf 34% im Jahr 2025 erhöht und damit mehr als verdoppelt.²⁹

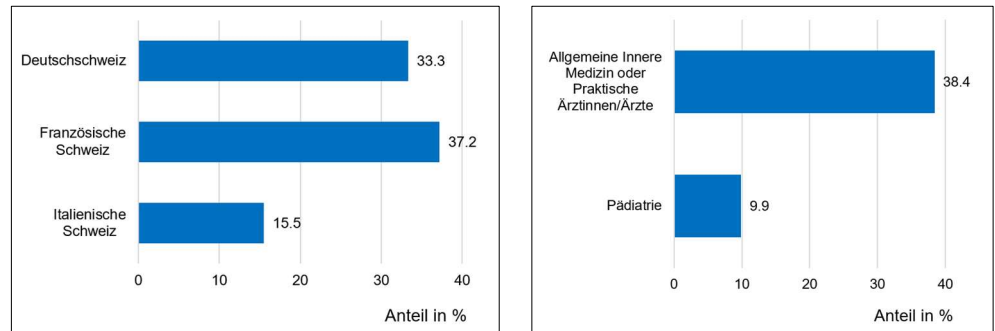
Diese Entwicklung wird sich in den kommenden 10 Jahren weiter akzentuieren. Ein zentraler Faktor ist dabei die ärztliche Demografie: Rund die Hälfte der Ärzteschaft ist über 50 Jahre alt, viele stehen kurz vor der Pensionierung.³⁰

Regional zeigen sich deutliche Unterschiede: Versorgungslücken entstehen vor allem in ländlichen Gebieten und auch die Sprachregionen sind unterschiedlich betroffen. Wie die Abbildung 5.1 zeigt, lag 2025 der Anteil der Grundversorgungspraxen mit Patientenstopp in der französischsprachigen Schweiz leicht über demjenigen der Deutschschweiz und in beiden dieser Sprachregionen deutlich über der italienischsprachigen Schweiz. Hausarztpraxen sind ausserdem häufiger betroffen als pädiatrische Praxen.

29 Commonwealth Fund – International Health Policy Survey, Auswertung Obsan 2026, siehe <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/docmo/patientenstopp-aerztinnen-und-aerzte-der-grundversorgung> (Abfrage 29.5.2026).

30 Hostettler S, Kraft E, FMH-Ärztestatistik 2024 – tiefe Grundversorgungsdichte, in: Schweizerische Ärztezeitung 2025/11–12.

Abbildung 5.1: Anteil Praxen mit Patienten-Aufnahmestopp 2025, nach Sprachregion und Fachrichtung



Quelle: Commonwealth Fund – International Health Policy Survey, Auswertung Obsan 2026

Zum Ärztemangel trägt bei, dass die geleistete Arbeitszeit pro Ärztin oder Arzt in den letzten 20 Jahren abgenommen hat. Hauptursache davon ist eine deutliche Reduktion der gesetzlichen Höchstarbeitszeiten für angestellte Ärztinnen und Ärzte und die entsprechend reduzierten Normalarbeitsstunden pro Woche. Die gesetzliche Höchstarbeitszeit für Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte in Schweizer Spitälern beträgt gemäss Arbeitsgesetz 50 Stunden pro Woche. Die in Arbeitsverträgen festgelegte Arbeitszeit betrug im letzten ausgewerteten Jahr für diese Angestelltengruppe im Spital durchschnittlich 45 Stunden (Stand 2022, inkl. Weiterbildung).³¹

Gleichzeitig sinkt das durchschnittliche Arbeitspensum, da mehr Teilzeitmodelle genutzt werden. Dies gilt sowohl für Frauen wie Männer, wobei das Arbeitspensum von Ärztinnen im Durchschnitt tiefer liegt als dasjenige ihrer männlichen Kollegen. Insofern trägt der generelle gesellschaftliche Trend zu Teilzeitarbeit wie auch der steigende Anteil der Frauen in der Ärzteschaft dazu bei, dass der Ausbildungsbedarf steigt. Die effektive Arbeitszeit der jungen Ärztinnen und Ärzte bleibt trotz dieser Entwicklungen hoch, wie die regelmässigen Umfragen des Verbands der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) aufzeigen.³² Die belastenden Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildungsphase sind seit Jahren bekannt und gelten als wichtigster Grund dafür, dass junge Berufsleute die klinische Tätigkeit verlassen.

Die Schweiz verfügt im internationalen Vergleich über eine hohe Ärztedichte. So lag die Anzahl im Gesundheitswesen tätiger Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz 2023 bei 4.5 pro 1'000 Einwohner, während in den 31 OECD-Staaten im Durchschnitt 3.9 Ärztinnen und Ärzte pro 1'000 Einwohner klinisch tätig waren. Bei den Nachbarländern lagen Deutschland mit einer Ärztedichte von 4.7, Italien mit 5.4 und Österreich mit 5.5 pro 1'000 Einwohner über den Schweizer Werten, Frankreich mit 3.9 Ärztinnen und Ärzten pro 1'000 Einwohner hingegen deutlich tiefer als die Schweiz. In städtischen Gebieten lag die Ärztedichte in der Schweiz bei 5.4 und in ländlichen Gebieten bei 3.9 Ärztinnen und Ärzten pro 1'000 Einwohner.³³

Die Schweiz ist zudem stark von im Ausland ausgebildeten Fachkräften abhängig – über 40% aller Ärztinnen und Ärzte stammen aus dem Ausland, was die Versorgung anfällig für Veränderungen auf dem internationalen Arbeitsmarkt macht und ethische Fragen aufwirft.

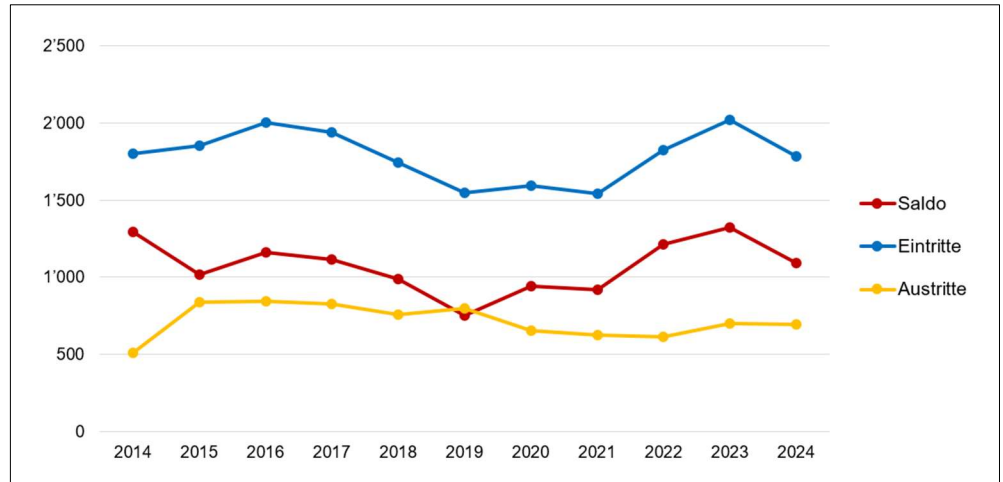
Die Zu- und Abwanderung von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten schwankt dabei stark, wie Abbildung 5.2 aufzeigt.

31 VSAO & Demoscope, Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Mitgliederbefragung 2023, Reporting April 2023, Folie 6, siehe <https://vsao.ch/medien-und-publikationen/studien-und-umfragen/> (Abfrage 27.1.2026).

32 Im Jahr 2022 betrug die durchschnittliche Arbeitszeit von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten im Mittel 50.7 Stunden pro Woche (bei einem mittleren Beschäftigungsgrad von 90.3%), bzw. 56.3 Stunden aufgerechnet auf ein Vollzeitpensum. Siehe VSAO & Demoscope, Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Mitgliederbefragung 2023, Reporting April 2023; Demoscope, Management Summary zur Mitgliederbefragung 2023 im Auftrag des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao), April 2023, siehe <https://vsao.ch/medien-und-publikationen/studien-und-umfragen/> (Abfrage 27.1.2026).

33 OECD, Health at a Glance 2025, November 2025, revised version March 2026. S.110-113. 180-181 und detaillierte Daten der OECD-Datenbank, siehe https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en.html#data (Abfrage 30.3.2026).

Abbildung 5.2: Wanderungsflüsse von ausländischen Ärztinnen und Ärzten, 2014–2024



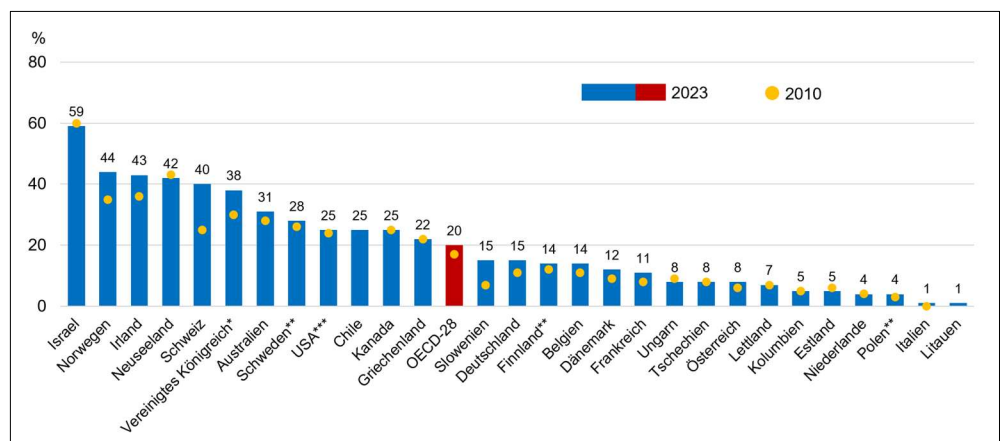
Quelle: SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS) / Analyse Obsan

Im Durchschnitt der Jahre 2014–2024 wanderten jedes Jahr 1'787 ausländische Ärztinnen und Ärzte in die Schweiz ein und 713 ausländische Ärztinnen und Ärzte aus der Schweiz aus. Daraus kann man schliessen, dass rund 40% der ausländischen Ärzte die Schweiz wieder verlassen, wobei die Dauer der Arbeitstätigkeit dieser Personen in der Schweiz nicht bekannt ist. Der Wanderungssaldo betrug demnach im Durchschnitt 1'074 Ärztinnen und Ärzte, von denen angenommen werden kann, dass sie längerfristig in der Schweiz ihrem Beruf nachgehen.³⁴

Auch die erhöhte Anzahl inländischer Abschlüsse hat bisher zu keiner sichtbaren Veränderung bei der Ausländerekrutierung und Migration geführt, was allerdings nicht erstaunt, weil die entsprechenden Jahrgänge sich noch in der Weiterbildung befinden.

Im internationalen Vergleich liegt die Schweiz mit einem Anteil von 40% im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2023 auf dem fünften Platz und damit in der «Spitzengruppe» aller OECD-Länder.

Abbildung 5.3: Anteil im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte in der OECD, 2010 und 2023



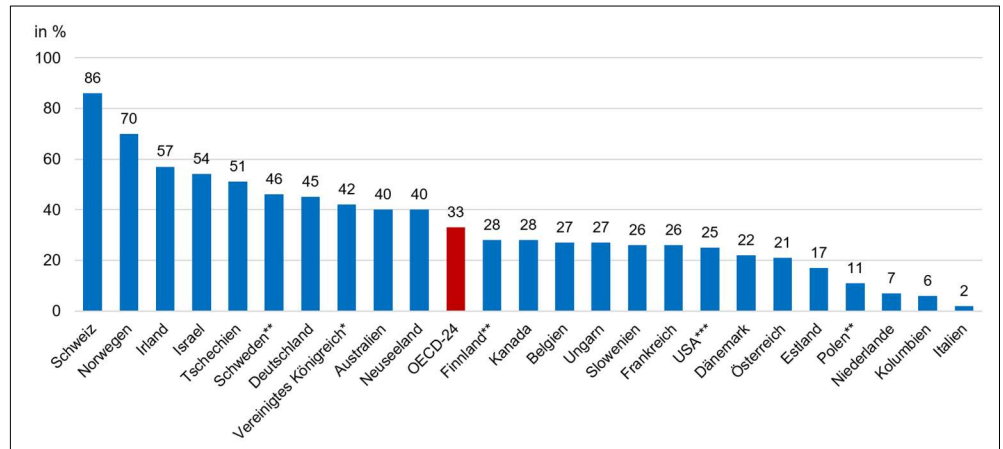
Quelle: OECD, Health Statistic 2025, Seite 199

Anmerkungen * 2023 nur England/Wales, ** neuestes Jahr 2022 *** Neuestes Jahr 2024

Das deutliche Ungleichgewicht zwischen der inländischen Ausbildungsleistung und der Immigration ärztlicher Fachkräfte zeigt sich auch in der Auswertung dazu, welchen Beitrag die im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zum Wachstum des Ärztebestandes leisten. Abbildung 5.4 zeigt, dass die Schweiz hierbei mit 86% an der Spitze der OECD-Länder steht.

34 SEM – Zentrales Migrationsinformationssystem (ZEMIS) / Analyse Obsan 2025.

Abbildung 5.4: Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten am Wachstum der ärztlichen Beschäftigten, in den Ländern der OECD 2010–2023



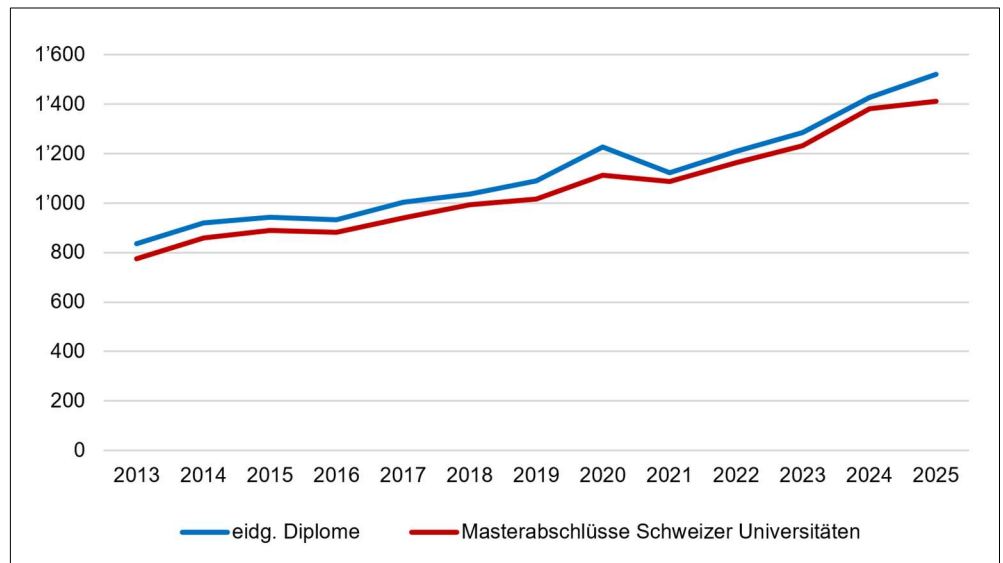
Quelle: OECD, Health Statistic 2025, Seite 199

Anmerkungen: * 2023 nur England/Wales, ** neuestes Jahr 2022 *** Neuestes Jahr 2024

5.2.2 Entwicklung der Abschlüsse, Studienplätze und Studierenden in Humanmedizin

Seit 2017 haben die medizinischen Fakultäten der Schweiz einen erheblichen Ausbau und eine Umstrukturierung erfahren, die weitgehend durch das «Sonderprogramm Humanmedizin» vorangetrieben wurden, das ab 2017 umgesetzt wurde (siehe Abschnitt 3.3).

Abbildung 5.5: Abschlüsse in Humanmedizin, 2013–2025



Quellen: Datenbank der Studierenden und Abschlüsse des Schweizerischen Hochschulinformationssystems (SHIS-studex) / Analyse Obsan; Masterabschlüsse 2025 prov. Daten swissuniversities

Abbildung 5.5 zeigt den deutlichen Anstieg der Anzahl Abschlüsse seit 2013, sowohl bei den eidgenössischen Diplomen als auch bei den Masterabschlüssen – wobei ein erheblicher Anteil des Anstiegs auf das Sonderprogramm Humanmedizin zurückzuführen ist. Die Zahl der eidgenössischen Diplome ist höher als diejenige der Masterabschlüsse an Schweizer Universitäten, da sie zusätzlich diejenigen Absolventinnen und Absolventen umfasst, die ihr Studium im Ausland absolviert haben – und in der Schweiz noch das eidgenössische Staatsexamen ablegen. Diese zusätzlichen Abschlüsse belaufen sich auf 50 bis 60 pro Jahr.

Die Anzahl eidgenössischer Diplome in Humanmedizin ist seit 2013 um 82% gestiegen. Der Anstieg erreichte 2025 mit 1'521 Diplomen seinen Höhepunkt. Es wird davon ausgegangen, dass das

derzeitige Niveau den vollständigen Ausbau der im Rahmen des Sonderprogramms geschaffenen Studienkapazitäten darstellt.

Betrachtet man die an den Schweizer Universitäten bereitgestellten Studienplätze, so wird der erhebliche Ausbau der letzten Jahre sichtbar: In den zwanzig Jahren zwischen 2007 und 2026 haben die beteiligten Universitäten die Zahl der Masterstudienplätze um 103% erhöht (von 731 auf 1'483), allein seit 2013 betrug der Anstieg 72%. Tabelle 5.6 gibt einen Überblick über die umgesetzten Massnahmen auf Bachelor- und Masterstufe an allen 11 beteiligten Universitäten.

Tabelle 5.6: Umgesetzte Massnahmen der Universitäten zur Erhöhung der Studienplätze

Universität	Massnahmen
UniBasel	Aufstockungen 2014–2026 in der Humanmedizin: +40 (2014), +15 (Einbindung von USI-Studierenden in den BA, 2017), +10 (2018), +20 (Einbindung von ETHZ-Studierenden in den MA, 2020), +10 (2021), +5 (2026). Diskussion über die Ausgliederung der Zahnmedizin.
UniBE	Aufstockung um +100 Studienplätze im Jahr 2017 (von 220 auf 320)
UniFR	Einrichtung eines Masterstudiengangs (40 Plätze). Aufstockung des Bachelorstudiengangs um +45 Studienplätze (von 80 auf 125). Derzeit wird die Verdoppelung der Masterplätze in Zusammenarbeit mit einem anderen Kanton geprüft.
UniGE	Schrittweise Aufstockung 2013: +20; 2017 +20; 2020 +10. Vernetzung mit regionalen/privaten Spitälern zur Erweiterung der klinischen Standorte; Einrichtung des Passerelle-Programms mit der EPFL.
UNIL	2015 Erhöhung der Studienplätze um 40 (von 180 auf 220), seit 2017 Aufstockung um 25 Studienplätze (von 220 auf 245); Einrichtung des Passerelle-Programms mit der EPFL.
UniLU	Schaffung von 40 Studienplätzen im neuen Masterstudiengang (2020) in Zusammenarbeit mit der UZH (Joint Medical Master JJM). 2025: Gespräche mit der UZH und dem Kanton Luzern zur Erhöhung der Studienplätze.
UniNE	Verlängerung der Vereinbarungen mit der UniGE und der UNIL für Studierende im 2. Studienjahr (2018, Anstieg um 23 %). Planung eines vollständigen Bachelor-Studiengangs in Medizin (laufendes Projekt).
HSG	Schaffung von 40 Studienplätzen in einem neuen Masterstudiengang (2020) in Zusammenarbeit mit der UZH (Joint Medical Master JJM). Anschlusslösung für dieses Programm in Diskussion.
USI	Start des Masterstudiengangs im Jahr 2020 mit 72 Studienplätzen. Neue Vereinbarungen mit der UniBE (+15 Studierende/Jahr) 2022.
UZH	2008–2013: +20 (Medizin) +20 (Chiropraktik); +60 (Medizin); 2017: +72 (Medizin); 2024: +8 (Medizin) 2030 geplant: +270 (Medizin) im Rahmen des Projekts Med500+
ETHZ	Einführung eines neuen Bachelor of Science-Studiengangs in Medizin im Jahr 2017 (100 Studienplätze).

Quelle: Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Feb. 2026.

Die Kapazität der Schweizer Fakultäten und Hochschulen, die swissuniversities für das akademische Jahr 2025/26 gemeldet wurde, beträgt 1'472 Studierende für den Masterstudiengang Medizin; die Verteilung auf die einzelnen Institutionen ist in Tabelle 5.7 dargestellt.

Tabelle 5.7: Kapazitäten an den Medizinischen Fakultäten, akademisches Jahr 2025/2026

Universitäten mit EMS/NC	BA1		MA1
UniBasel	205		230
UniBE	320		340
UniFR	125		42
UZH	380		305
ETHZ	100		–
UniLU	–		40
HSG	–		40
USI	–		72
Total Universitäten mit EMS/NC	1'145		1'069

Universitäten mit Concours	BA1	BA2	MA1
UniGE	500	170	158
UNIL	900	245	245
UniNE	70	–	–
Total Universitäten Concours	1'470	415	403

Quelle: Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Feb. 2026; swissuniversities, Aufnahmekapazität Medizin 2025/2026

Die im Rahmen dieses Projekts durchgeführte Umfrage unter allen medizinischen Fakultäten ergab steigende Studierendenzahlen. Zwischen 2022 und 2025 lag die effektive Zahl der Studierenden im letzten Studienjahr (MA3) im Durchschnitt bei 1'392. Die Umfrage zeigt zudem, dass hohe Abbruchquoten auf das erste Studienjahr beschränkt sind, in dem an der UniGE, der UNIL und der UniNE der Concours stattfindet. Jenseits dieser Auswahlphase sind die Abbruchquoten aussergewöhnlich niedrig: Landesweit brechen in allen anderen Studienjahren weniger als 50 Studierende pro Jahr das Medizinstudium ab. Repetitionen eines Studienjahrs konzentrieren sich vor allem auf die Bachelor-Jahre und bleiben moderat in der Anzahl – mit Ausnahme des ersten Studienjahres an den Standorten mit dem Concours, wo der Anteil der repetierenden Studierenden erwartungsgemäss hoch ist.

5.3 Prognose des Ausbildungsbedarfs

5.3.1 Zielgrössen der Bedarfsprognose

Im vorliegenden Abschnitt wird eine Prognose des zukünftigen Ausbildungsbedarfs in der Humanmedizin erstellt. Die Prognose basiert auf den beiden bestehenden Prognoseverfahren zur Berechnung des ärztlichen Bedarfs durch das Gesundheitsobservatorium Obsan³⁵ (Bedarf an Ärztinnen und Ärzten nach Fachgebiet bzw. Weiterbildungstitel) und durch PricewaterhouseCoopers PwC³⁶ (Prognose der zukünftigen Versorgungslücke bei Ärzteschaft und Pflegefachkräften). Die angewandte Methodik wird übernommen, die Ergebnisse anhand aktualisierter Daten aktualisiert und im Hinblick auf den Bedarf an Studienplätzen der Humanmedizin an Schweizer Hochschulen konkretisiert. Dabei stehen drei Zielgrössen des Bedarfs im Fokus:

35 Laila Burla, Marcel Widmer et al., Obsan Bericht 5/2023 – Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz, Teil 2, Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie, Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Neuenburg 2023.

36 PwC, Schweizer Spitäler. So gesund waren die Finanzen 2021. Die Zukunft der Arbeit – unsere Fachkräfte von morgen. Vergleich der wichtigsten Kennzahlen von Schweizer Spitälern, 11. Ausgabe, Oktober 2022. Seite 34. Diese Daten wurden von PwC 2025 für die Universität Zürich aktualisiert.

- Bedarf an Abschlüssen der Humanmedizin an Schweizer Hochschulen
- Bedarf an Studienplätzen in Humanmedizin auf Bachelorstufe
- Bedarf an Studienplätzen in Humanmedizin auf Masterstufe

Ausgewiesen werden soll das Total des Bedarfs im Jahr 2040 und daraus abgeleitet der Bedarf an zusätzlichen Abschlüssen und Studienplätzen im Vergleich zum akademischen Jahr 2025/2026. Das Zieljahr 2040 ist deshalb sinnvoll, weil davon ausgegangen werden muss, dass der vollständige Ausbau der Studienkapazitäten 5-8 Jahre in Anspruch nehmen wird und die Erreichung der angestrebten Anzahl zusätzlicher Abschlüsse in Humanmedizin entsprechend erst 2040 abgeschlossen sein wird.

5.3.2 Methodik der Bedarfsprognose

Die Bedarfsprognose folgt methodisch dem Schema in Abbildung 5.8, das sowohl von Obsan (2022/2023) wie auch von PwC angewandt wird.

Abbildung 5.8: Schema der Bedarfsberechnung

Prognose des Bedarfs klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzten im Zieljahr 2040

- Restbestand klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte 2040
- Influx aus inländischer humanmedizinischer Ausbildung (Annahme Anzahl Abschlüsse/Jahr)
- Influx von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten (Annahme Wanderung/Jahr)
- = **Lücke zwischen Bedarf und erwartetem Bestand im Zieljahr**

Die vorliegende Prognose des Bedarfs an klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2040 basiert auf folgenden Eckwerten:

- Die Szenarien des Bedarfs an klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten für das Jahr 2040 folgen den Prognosen von PwC von 2022 und 2025, wobei die Prognose von 2022 als tiefes und die Prognose von 2025 als hohes Szenario der Bedarfsentwicklung angenommen wird. Diese beiden Szenarien wurden anhand der Projektionen von Obsan plausibilisiert.
- Die Entwicklung der Bestandeszahlen folgt ebenfalls den Prognosen von PwC. Sie zeigt, wie sich der heutige Bestand der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Berufsaustritte (v.a. aufgrund von Pensionierungen) entwickelt. Die PwC-Daten wurden mit den Projektionen des Bestandes des Obsan verglichen und auf dieser Basis als plausibel erachtet.

In einem zweiten Schritt wurden die Influx-Faktoren auf Basis von aktuellen Daten einbezogen:

- Beim Influx aus der Ausbildung wurde auf die Übernahme der Daten von PwC oder Obsan verzichtet, da diese die erhöhten Abschlüsse aufgrund des Sonderprogramms noch nicht abbildeten. Als jährlicher Influx wurde der Wert von 1'500 eidgenössischen Diplomen pro Jahr angenommen, davon 50 Diplome von Personen mit ausländischem Studium. Dies bedeutet, dass 1'450 Abschlüsse von Schweizer Universitäten in die Projektion eingerechnet wurden, was in etwa den aktuellen Ausbildungskapazitäten auf Masterstufe entspricht. Von diesen Zahlen wird ein Anteil von 15% abgezogen zur Berücksichtigung derjenigen Absolventinnen und Absolventen, welche die klinische Tätigkeit verlassen.³⁷
- Der jährliche Influx durch Immigration wird mit einer Anzahl von 1'074 Ärztinnen und Ärzten angenommen. Dies entspricht dem mittleren Wanderungssaldo seit 2014.
- Resultat dieses zweiten Schrittes ist eine Deckungslücke bei der Anzahl Ärztinnen und Ärzte bei gleichbleibender Wanderung.

Die Prognose des Ausbildungsbedarfs erfolgt in drei Szenarien:

- Szenario A: Ausbildungsbedarf bei gleichbleibender Wanderung – das heisst, der zusätzliche Ausbildungsbedarf wird lediglich zur Deckung der prognostizierten Lücke benötigt.

³⁷ Das Obsan geht in seiner Prognose des Bedarfs an Fachärztinnen und -ärzten 2023 davon aus, dass 10% der Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungstitel die klinische Tätigkeit verlassen. Nach Diskussion mit dem Obsan wurde in der vorliegenden Prognose angenommen, dass der Anteil der Personen, welche die klinische Tätigkeit verlassen, 15% beträgt. Dieser Anteil bezieht sich auf die Personen mit eidg. Diplom und bezieht Abgänge aus der klinischen Tätigkeit ab dem eidg. Diplom ein. Siehe Obsan-Bericht 5/2023 (siehe Fussnote 35).

- Szenario B: Ausbildungsbedarf, wenn die Immigration durch ausländische Ärztinnen und Ärzte zur Hälfte durch die inländische Ausbildung ersetzt wird.
- Szenario C: Ausbildungsbedarf, wenn die Immigration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten vollständig durch die inländische Ausbildung ersetzt wird.

Bei dieser Berechnung des Bedarfs an Diplomen und Studienplätzen gelten folgende Annahmen:

- Auch bei den zusätzlich Ausgebildeten wird angenommen, dass 15% der Diplomierten nicht klinisch tätig sein werden.
- Für die Berechnung der Studienplätze wird von einem Drop-out von 5% im Bachelorprogramm und von 2% im Masterprogramm ausgegangen.

5.3.3 Resultate des Ausbildungsbedarfs in der Humanmedizin 2040

Tabelle 5.9 zeigt den Ausbildungsbedarf insgesamt und weist die absolute Anzahl notwendiger Abschlüsse und Studienplätze in den drei Szenarien zur Substitution der Ärztemigration durch inländische Ausbildung aus. Die eidgenössischen Diplome enthalten dabei auch die Abschlüsse von Personen, die ihr Studium im Ausland absolvierten. Diese werden in der Prognose weiterhin mit 50 Abschlüssen pro Jahr angenommen und bei der Berechnung der Studienplätze abgezogen.

Tabelle 5.9: Der Bedarf an Abschlüssen und Studienplätzen in Humanmedizin im Jahr 2040

	Tiefes Szenario des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten 2040			Hohes Szenario des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten 2040		
	Eidg. Diplome	Studienplätze BA	Studienplätze MA	Eidg. Diplome	Studienplätze BA	Studienplätze MA
Szenario A: Keine Substitution						
Bedarf Total Szenario A	1'500	1'557	1'480	1'581	1'644	1'562
Szenario B: 50% Substitution der (Netto-)Immigration ausländischer Ärztinnen und Ärzte						
Bedarf Total Szenario B	2'132	2'236	2'124	2'213	2'323	2'207
Szenario C: 100% Substitution der (Netto-)Immigration ausländischer Ärztinnen und Ärzte						
Bedarf Total Szenario C	2'764	2'969	2'769	2'844	3'002	2'852

Quelle: Berechnungen UMZH 2026

Tabelle 5.10 zeigt, welche zusätzlichen Leistungen im Vergleich zur heutigen Situation notwendig sind, um den in Tabelle 5.9 ausgewiesenen Ausbildungsbedarf zu erreichen. Als Vergleichsbasis dienen der erwartete Wert von jährlich 1'500 eidgenössischen Diplomen und die gesamtschweizerische Anzahl Studienplätze in der Humanmedizin im akademischen Jahr 2025/2026 von 1'560 Plätzen im Bachelorstudium und 1'472 Plätzen im Masterstudium.³⁸

38 swissuniversities, Aufnahmekapazitäten für medizinische Studiengänge 2025/2026 und Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, November 2025–Feb. 2026. Für die Universitäten mit NC wird die Anzahl Studienplätze im ersten Studienjahr verwendet, für die Universitäten mit Concours die Studienplätze im zweiten Studienjahr.

Tabelle 5.10: Der Bedarf an zusätzlichen Abschlüssen und Studienplätzen in Humanmedizin, 2040 im Vergleich zum Basisjahr 2025/2026

	Tiefes Szenario des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten 2040			Hohes Szenario des Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten 2040		
	Eidg. Diplome	Studienplätze BA	Studienplätze MA	Eidg. Diplome	Studienplätze BA	Studienplätze MA
Szenario A: Keine Substitution						
Bedarf zusätzliche Abschlüsse und Studienplätze	0	0	8	81	84	90
Szenario B: 50% Substitution der Netto-Immigration ausländischer Ärztinnen und Ärzte						
Bedarf zusätzliche Abschlüsse und Studienplätze	632	676	652	713	763	735
Szenario C: 100% Substitution der Netto-Immigration ausländischer Ärztinnen und Ärzte						
Bedarf zusätzliche Abschlüsse und Studienplätze	1'264	1'355	1'297	1'344	1'442	1'380

Quelle: Berechnungen UMZH 2026

Der vorliegende Bericht schlägt vor, vom Bedarfsszenario B auszugehen, das heisst, das Ziel einer Halbierung der Netto-Immigration zu verfolgen. Eine vollständige Substitution der Immigration würde einer Abschottung des schweizerischen Gesundheitswesens gleichkommen. Mit der Realisierung einer Halbierung des Wanderungssaldos würde bereits eine substantielle Reduktion der Auslandsabhängigkeit erreicht und die Schweiz würde sich wieder dem Mittel der OECD von 20% ausländischen Ärztinnen und Ärzten in der Gesundheitsversorgung annähern.

Entsprechend dem Szenario B beträgt der totale Ausbildungsbedarf im Jahr 2040 2'132–2'213 eidgenössische Diplome, dies entspricht nach Berücksichtigung der angenommenen Drop-out-Raten 2'236–2'323 Studienplätzen im Bachelorstudium und 2'124–2'207 Studienplätzen im Masterstudium für alle Studiengänge in Humanmedizin an Schweizer Universitäten. Um diese Werte zu erreichen, müssten 676–763 zusätzliche Studienplätze im Bachelorstudium und zusätzliche 652–735 Studienplätze im Masterstudium geschaffen werden.

Zum Abschluss soll noch auf Unsicherheiten und Einschränkungen der Aussagekraft des prognostizierten Ausbildungsbedarfs hingewiesen werden: Indem der Wanderungssaldo als Grundlage der Bedarfsprognose dient, bleiben in der Bedarfsschätzung diejenigen Ärztinnen und Ärzte unberücksichtigt, die die Schweiz nach einem kürzeren oder längeren Arbeitseinsatz wieder verlassen. Dasselbe gilt für Grenzgängerinnen und -gänger, deren Zahl allerdings zurückgeht. Der Beitrag ausländischer Ärztinnen und Ärzte zur Versorgungsleistung wird dadurch unterschätzt. Würden diese Leistungen berücksichtigt, würde sich die Bedarfsprognose zu den benötigten Ausbildungsplätzen weiter erhöhen. Als zweite Einschränkung ist ausserdem zu betonen, dass die Prognose eine bedarfsgerechte Spezialisierung und regionale Verteilung annimmt. Abweichungen von diesem Idealzustand, etwa bei Über- oder Unterversorgung in einzelnen Fachgebieten oder Regionen, führen ebenfalls zu einer Veränderung des Ausbildungsbedarfs. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die obenstehende Bedarfsprognose eher eine Untergrenze darstellt. Dies verdeutlicht auch, dass die Erhöhung der Ausbildungszahlen nicht ausreicht, um zukünftige Versorgungslücken zu schliessen, sondern dass gezielte Massnahmen erforderlich sind, um eine bedarfsgerechte Spezialisierungswahl und regionale Abdeckung sicherzustellen.

5.4 Handlungsfelder: Kapazitäten und limitierende Faktoren

5.4.1 Verwendete Lehr- und Ausbildungsformate

Da die Lehrformate einen starken Einfluss auf die Kapazitäten haben, wurde in der Umfrage bei den medizinischen Fakultäten auch das Verhältnis der verschiedenen verwendeten Lehr- und Ausbildungsformate erfasst. Aktuelle Lehrpläne setzen auf einen Blended-Learning-Ansatz, bei dem

während des Medizinstudiums unterschiedliche Formate zum Einsatz kommen. Die durchschnittliche Verteilung der Formate über alle Institutionen hinweg umfasst Vorlesungen in grossen Gruppen: 43.8%; interaktive Sitzungen in kleinen Gruppen: 18.7%; reale klinische Umgebungen (Spitäler): 23.4% und simulationsbasierte Ausbildung: 4.5%. Die restlichen 10% entfallen auf die Ausbildung in Privatpraxen sowie verschiedene Arten von Laboratorien und praktischen Seminaren.

Jeder Studiengang setzt im Laufe des Lehrplans unterschiedliche Formate ein. Im Folgenden sind drei typische Profile für den Einsatz von Lehrformaten während des Medizinstudiums dargestellt:

- Ein rascher Rückgang der Vorlesungen nach dem ersten Jahr zugunsten interaktiver Formate, wodurch die aktive Beteiligung der Studierenden von Beginn der Ausbildung an gefördert wird. Die klinische Praxis beginnt früh und ist intensiv, insbesondere auf Masterstufe, sodass die Studierenden schnell praktische Erfahrungen in realen klinischen Umgebungen sammeln können. Die kontinuierliche Einbindung in die Grundversorgung gewährleistet Kontinuität beim Erlernen der Erstversorgung, während der regelmässige Einsatz von Simulationen im gesamten Lehrplan das pädagogische Rahmenkonzept vervollständigt.
- Eine eher traditionelle Struktur, die Vorlesungen und Laborpraktika während der Bachelorphase kombiniert, bevor im Masterstudium eine schrittweise klinische Einbindung erfolgt. Die Einbindung in die Grundversorgung ist kontinuierlich in die gesamte Ausbildung integriert, was eine ständige Vertrautheit mit diesem Tätigkeitsfeld gewährleistet. Simulationen kommen vor, werden jedoch nur gelegentlich eingesetzt, ohne einen systematischen roten Faden durch das gesamte Programm zu bilden.
- Gemischte Formate, die Fern- und Präsenzunterricht kombinieren, mit einem starken kognitiven Schwerpunkt bis zum Wahlfachjahr. Der Kontakt mit der Grundversorgung bleibt begrenzt, ohne echte durchgängige Integration. Der Einsatz von Simulationen ist minimal, was dies zum am wenigsten erfahrungsorientierten Lernprofil unter den drei vorgestellten Konfigurationen macht.

5.4.2 Aktuelle Aktivitäten an den medizinischen Fakultäten

Mehrere Schweizer Fakultäten führen derzeit Projekte zur Erhöhung der Studierendenzahlen und/oder zur Änderung des medizinischen Curriculums durch oder prüfen solche (Umfrage unter medizinischen Fakultäten, November 2025–Februar 2026).

Was die Zahlen angeht, hat die Universität Zürich (UZH) gerade das Projekt «Med500+» gestartet, das darauf abzielt, die Studienplätze im ersten Jahr bis 2030 auf 700 zu erhöhen, einschliesslich einer Aufstockung um 227 Plätze in den Masterstudienjahren (siehe Abschnitt 3.4). Dies geht einher mit einer umfassenden Lehrplanreform. Die Universität Fribourg prüft eine Verdopplung der Masterstudienplätze; die Universität Neuenburg plant einen vollständigen Bachelorstudiengang in Humanmedizin; die Universität Genf arbeitet gemeinsam mit den politischen Behörden an einer weiteren Steigerung der Studierendenzahl um 8%; die Universität Luzern führt Gespräche mit der UZH und dem Kanton Luzern über eine Erhöhung der Studienplätze, und die USI strebt eine Erhöhung der Studienplätze in den Masterstudienjahren an (+15).

Was die Weiterentwicklung der Curricula betrifft, so arbeiten alle Fakultäten an einer Umgestaltung ihrer Lehrpläne im Zusammenhang mit der Umsetzung von PROFILES und der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung (CBME). Zu den konkreten Reformen gehören die frühere Integration von vorklinischer und klinischer Lehre sowie die Neugestaltung der Lehrformate im Masterstudium (UNIL) und die Reform von Lehrformaten und Bewertungsmethoden sowie die Einführung eines neuen longitudinalen Lehrplans zur Förderung der Entwicklung der beruflichen Identität der Studierenden (UniGE). Ausserdem gehören dazu die Überarbeitung des BMed-Studiengangs zur Berücksichtigung von KI und ärztlicher Kompetenzen (UniFR) oder der Ausbau der interprofessionellen Lehre (UniLU und UniBasel).

5.4.3 Kurzfristiges Potenzial zur Kapazitätserweiterung

Ein gewisser, limitierter Raum zur Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in kurzer Frist scheint vorhanden zu sein, sofern die erforderlichen Ressourcen bereitgestellt werden. Dieses Potenzial bleibt jedoch begrenzt: Ohne die umfassende Erweiterung der UZH besteht ein kurzfristiges Potenzial für 52 zusätzliche Bachelor-Plätze und 85 Master-Plätze. Einige Kapazitäten im ersten Bachelor-Jahr könnten durch gestaffelte Kurse in Fakultäten mit dem Concours im ersten Jahr sofort erhöht werden, doch hätte diese Erhöhung nur begrenzte Auswirkungen, wenn in den folgenden Studienjahren nicht eine entsprechende Kapazitätserhöhung gewährleistet werden kann.

Tabelle 5.11: Potenzial zur kurzfristigen Erhöhung der Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten

Universität	BA1	BA2	MA1
UniBasel	3	3	10
UniBE	29	29	–
UniFR	0	0	0
UniGE	–	0	12
UNIL	–	10	10
UniLU	–	–	40
UniNE	60	–	–
HSG	–	–	0
USI	–	–	13
UZH (geplante Erhöhung 2030)	270	270	227
ETHZ	10	10	–
Total	–	322	312
Total ohne UZH	–	52	85

Quelle: Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Feb. 2026

Sollen die Kapazitäten signifikant wachsen, sind eine langfristige Perspektive und eine Reihe von Massnahmen notwendig, um die derzeitigen Hindernisse für die Ausweitung des Studienplatzangebots zu überwinden. Das Projekt Med500+ der UZH (siehe Abschnitt 3.4), das eine erhebliche Aufstockung der Studienplätze ab 2030 vorsieht, stellt sich dieser Herausforderung durch eine Kombination von Massnahmen, die die Entwicklung innovativer Lehr- und Ausbildungsformate, eine Reform des humanmedizinischen Curriculums sowie Investitionen in die Infrastruktur verbinden.

5.4.4 Potenzial zur Kapazitätssteigerung mittels diverser Lösungsansätze

Im Rahmen der Umfrage unter medizinischen Fakultäten wurde das Potenzial der Fakultäten bewertet, verschiedene Lösungen zur kurz- oder langfristigen Kapazitätserweiterung einzusetzen. Folgende Lösungen wurden untersucht:

- Mobilisierung und/oder Bau von Hörsälen
- Einrichtung oder Erweiterung von Simulationszentren
- Umstellung auf digitale Formate wie E-Learning, Videos, künstliche Intelligenz (KI) oder Augmented Reality/Virtual Reality (AR/VR)
- Erhöhung der klinischen Ausbildungsplätze in Spitälern
- Erhöhung der klinischen Ausbildungsplätze in ärztlichen Praxen
- Einstellung von mehr Fakultätsmitgliedern/Lehrpersonal

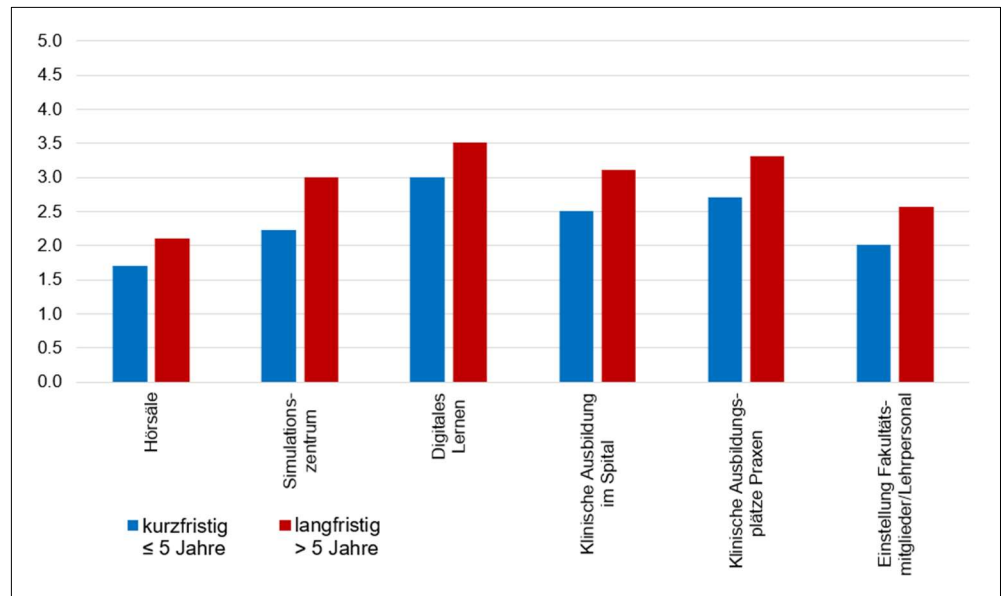
Insgesamt wurde das langfristige Potenzial positiver bewertet als kurzfristige Optionen.

- Es besteht ein mittleres bis hohes Potenzial für den langfristigen Ausbau digitaler Lernplattformen (z. B. KI, AR/VR) und Simulationszentren. Diese werden als unverzichtbare Instrumente

zur Förderung des Ausbaus angesehen, können jedoch die praktische klinische Ausbildung nicht ersetzen.

- Es wird ein mittleres Potenzial für die Erhöhung der Kapazitäten sowohl in Spitälern als auch in privaten Praxen erwartet, was allerdings ein hohes Mass an Koordination erfordert.
- Die langfristige Bereitschaft, mehr Lehrkräfte und Lehrpersonal einzustellen, wird als mittleres Potenzial eingestuft.
- Die Mobilisierung oder der Bau neuer Hörsäle oder anderer Einrichtungen wird kurzfristig als schwierig, langfristig jedoch als machbarer angesehen, wobei dies oft stärker von politischen Rahmenbedingungen auf kantonaler Ebene abhängt als von den Universitäten selbst.

Abbildung 5.12: Potenzial verschiedener Lösungsansätze zur Kapazitätserweiterung, kurzfristig und langfristig, Durchschnitt aller Fakultäten



Legende: 0=kein Potenzial; 1=tiefes Potenzial; 2=tiefes bis mittleres Potenzial; 3=mittleres Potenzial; 4=mittleres bis hohes Potenzial; 5=hohes Potenzial

Quelle: Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten, Nov. 2025–Feb. 2026

Auf der Ebene der einzelnen Fakultäten bzw. Hochschulen zeigt die Umfrage erhebliche Unterschiede hinsichtlich ihres Potenzials, solche Lösungen zu entwickeln. Einige Fakultäten sahen vielversprechende Möglichkeiten in Hörsälen, Simulationszentren und digitalem Lernen, während andere Kapazitäten zur Erweiterung der klinischen Ausbildungsplätze in Spitälern oder privaten Praxen identifizierten. Die Auslagerung von Studierenden anderer Studiengänge, um Kapazitäten für Medizinstudierende freizusetzen, stiess hingegen auf wenig Akzeptanz, mit Ausnahme einer Universität, der es gelang, Studierende der Zahnmedizin zu verlegen. Mit Ausnahme einer Universität, die bereits einen Studiengang für Advanced Nurse Practitioners anbietet, wurde der Ansatz, Studiengänge in anderen Fächern einzurichten, nicht als Alternative zum Medizinstudium angesehen, ohne die ohnehin begrenzten Kapazitäten für Medizinstudierende zu gefährden.

Als weitere Möglichkeit wurde in der Umfrage die Option genannt, die Dauer des Medizinstudiums von 6 auf 5 Jahre zu verkürzen. Dies müsste ohne Reduktion bei den Inhalten vorgenommen werden und der Umfang der Ausbildung (in ETCS-Punkten) bliebe unverändert. Ziel eines solchen Ansatzes wäre es, Kapazitäten für eine Erhöhung der Studienplätze freizusetzen. Diese Option wurde sorgfältig evaluiert und in der Folge verworfen. Die Verkürzung würde nicht im Bereich der klinischen Ausbildung erfolgen, sondern eher in den theoretischen Teilen der Ausbildung, eine Entlastung der klinischen Ausbildung, die den grössten Engpass darstellt, würde also nicht stattfinden. Internationale Standards für den Arztberuf – namentlich die EU-Richtlinie 2005/36/EG³⁹ – verlangen

39 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Text von Bedeutung für den EWR), Amtsblatt der Europäischen Union 255/22, 30.9.2005.

ausserdem ein 6-jähriges Studium oder 5'500 Stunden für die gegenseitige Anerkennung von Diplomen. Ein Verstoß dagegen würde die Anerkennung von in der Schweiz erworbenen medizinischen Abschlüssen gefährden. Zudem wäre die Ausbildung von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten nicht mehr mit derjenigen von Schweizer Absolventinnen und Absolventen vergleichbar, was zu Verzerrungen im Weiterbildungssystem sowie auf dem Arbeitsmarkt führen würde. Ebenso würde die Mobilität von Schweizer Ärztinnen und Ärzten, die einen Teil ihrer Weiterbildung oder Forschungsjahre im Ausland absolvieren möchten, eingeschränkt, was den internationalen Ruf der Schweiz als Medizinalstandort in Frage stellen würde.

5.4.5 Gesamtanalyse der potenziellen Ressourcen

Hinsichtlich der Aufstockung der Anzahl Medizinstudierender besteht unter den Universitäten eine grosse Bandbreite an Möglichkeiten. Die UZH verfügt bereits über ein geplantes Aufstockungsprogramm (+270 Studierende im Rahmen des Projekts Med500+), während andere Hochschulen an Projekten arbeiten, die eine geringere Aufstockung ermöglichen.

Selbst bei der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen sind die von den Universitäten als machbar vorgeschlagenen Lösungen mit einer gewissen Vorsicht umzusetzen.

Simulation ist für die Vermittlung bestimmter Kompetenzen von hohem Interesse, doch muss die für den Unterricht in Betracht gezogene Art der Simulation besser definiert werden, da sie unterschiedliche Ansätze umfassen kann von der virtuellen Simulation bis hin zum simulierten Patienten. Ein spezifischer Punkt, der angegangen werden muss, ist die Analyse der Kapazitäten der eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin und der objektiven strukturierten klinischen Prüfungen (OSCEs).

Die **Digitalisierung**, einschliesslich KI, wird zu einem unverzichtbaren Instrument, das in ein Ausbildungssystem integriert werden muss. Sie muss allerdings in einem spezifischen pädagogischen Szenario eingeführt und genutzt werden, als Instrument zur Unterstützung der Ausbildungsqualität.⁴⁰ Natürlich ersetzen solche Instrumente nicht das Präsenzlernen (Labor, Klinik) und sollten mit Bedacht eingesetzt werden.

Die **Ausbildung in realen klinischen Umgebungen** ist der Grundpfeiler der klinischen Ausbildung und der Entwicklung der beruflichen Identität. Sie sollte daher in unterschiedlicher Intensität in den gesamten Lehrplan integriert werden. Da klinische Ausbildungsplätze eine knappe Ressource darstellen und den grössten Engpass bei der Erhöhung der Ausbildungszahlen bilden, ist eine regionale Koordination zwischen den verschiedenen Fakultäten unerlässlich, um einen übermässigen und unerwünschten Wettbewerb um klinische Ausbildungsplätze zu vermeiden.

Der **private Sektor** – sowohl in der ambulanten wie auch in der stationären Versorgung – sollte in sinnvoller und angemessener Weise in die klinische Ausbildung einbezogen werden. Konkret hängt die Einbindung von Hausarztpraxen allerdings auch von der Verfügbarkeit der Ärztinnen und Ärzte und der Entwicklung des Gesundheitssystems ab. Ressourcen und politische Entscheidungen spielen eine zentrale Rolle, um diese klinischen Umgebungen für die Ausbildung von Studierenden zu mobilisieren.⁴¹

Der Einsatz dieser vielfältigen Lösungen darf nicht isoliert betrachtet, sondern muss synergetisch im gesamten System der Ausbildung gedacht werden. Die zusätzliche Anzahl Studierender muss in allen Lehrformaten während des gesamten Studiums ausgebildet werden können. Während es

40 Kim DH, Kang YJ, Lee YM. Twelve tips for developing and implementing AI curriculum for undergraduate medical education. *Med Educ Online*. 31 December 2025;30(1):2585637.

Ahsan Z. Integrating artificial intelligence into medical education: a narrative systematic review of current applications, challenges, and future directions. *BMC Med Educ*. 23 August 2025;25(1):1187.

41 Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Gemma Cherry M, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. *Medical Teacher*. February 2018;40(2):117-34.

wahrscheinlich einfach sein wird, grosse Studierendenzahlen mithilfe von digitalen Lehrformaten abzudecken, wird es eine Herausforderung darstellen, derselben Anzahl von Studierenden auch Ausbildungsmodule in klinischen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Der Raumbedarf wird oft auf Hörsäle reduziert. Dies ist reduktionistisch, da einige Aktivitäten eine intensive Interaktion mit den Studierenden erfordern und somit auch kleinere Räume notwendig sind.

Schliesslich müssen die Studierenden, sobald sie ihre Diplome erhalten haben, auch eine Weiterbildung absolvieren, und dazu müssen genügend Weiterbildungsplätze vorhanden sein. Es sollten ausserdem Anstrengungen unternommen werden, dass der Arztberuf in dieser entscheidenden Phase attraktiv bleibt und so ein Ausscheiden junger Ärztinnen und Ärzte verhindert wird. Die Bemühungen des universitären Bildungsnetzwerks für die medizinische Grundausbildung sollten kein System alimentieren, in dem Arbeitsbedingungen oder andere Faktoren zu einem vorzeitigen Ausscheiden aus dem Beruf führen.

5.4.6 Risiken und zu beachtende Punkte im Zusammenhang mit steigenden Studierendenzahlen

Die Ausweitung der Studienplatzzahlen an medizinischen Fakultäten birgt Risiken, die die Qualität der medizinischen Ausbildung auf mehreren Ebenen beeinträchtigen könnten.

Verschlechterung der Lehr- und Ausbildungsansätze

Ein deutlicher Anstieg der Studierendenzahlen kann die Qualität der pädagogischen Ansätze beeinträchtigen. Der Druck auf die Lehrkräfte und Ressourcen könnte dazu führen, dass weniger auf Kleingruppenunterricht und interaktive Lernformate gesetzt wird, die allgemein als effektiver für tiefgreifendes Lernen und die berufliche Entwicklung anerkannt sind. Ebenso könnten die Möglichkeiten für die praktische Ausbildung, einschliesslich Laborveranstaltungen und simulationsbasiertem Lernen, abnehmen, da die Nachfrage die verfügbaren Kapazitäten übersteigt.

Die Qualität der Leistungsbewertung ist gleichermassen gefährdet: Der administrative und logistische Aufwand im Zusammenhang mit objektiven strukturierten klinischen Prüfungen (OSCEs), arbeitsplatzbasierten Bewertungen, der Ausbildung von Prüferinnen und Prüfern, der Erstellung von Prüfungsvorlagen, der Überprüfung von Prüfungsaufgaben und Qualitätssicherungsprozessen könnte zunehmend schwieriger zu bewältigen sein, um einen Standard aufrechtzuerhalten, der einer strengen beruflichen Ausbildung entspricht.

Verminderung der Qualität der klinischen und praktischen Ausbildung

Das klinische Ausbildungsumfeld stellt einen Eckpfeiler der Entwicklung klinischer Kompetenzen dar und ist besonders anfällig für die Auswirkungen steigender Studierendenzahlen. Eine wachsende Anzahl Studierender belastet die klinischen Einrichtungen erheblich, was zu Überlastung und einem eingeschränkten Zugang zu Lernmöglichkeiten in praxisrelevanten Umgebungen führen kann. Der Kontakt der Studierenden zu Patientinnen und Patienten dürfte abnehmen, wenn sich der Wettbewerb um Praktikumsplätze verschärft. Besorgniserregend wäre auch die mögliche Verschlechterung der Qualität und Quantität der Betreuung, des Coachings und der Mentoring-Massnahmen, die den Studierenden zur Verfügung stehen und für den Erwerb der ärztlichen klinischen Denkweise («clinical reasoning») sowie einer professionellen Haltung unerlässlich sind (siehe auch Abschnitt 6.2.5).

Eingeschränkte Vermittlung grundlegender beruflicher Kompetenzen

Über die technischen und klinischen Fähigkeiten hinaus kann sich ein Anstieg der Studierendenzahlen negativ auf die Entwicklung zentraler beruflicher Kompetenzen auswirken. Wenn die Studiengänge zunehmend auf kognitive und entsprechende didaktische Ansätze umgestellt werden, um grösseren Jahrgängen gerecht zu werden, könnten zwischenmenschliche Kompetenzen und die Fähigkeit zur Teamarbeit zu wenig Beachtung finden. Darüber hinaus schwächen grössere Klassen tendenziell den Zusammenhalt unter den Studierenden, wodurch die gegenseitige Unterstützung abnimmt, was sich wiederum auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der

Studierenden auswirken kann. Die daraus resultierende Verwässerung des Praxisbezugs und der Verlust bedeutungsvoller Lernerfahrungen kann sich negativ auf die Herausbildung der beruflichen Identität und das Engagement der Studierenden auswirken und damit die langfristige Motivation und das Engagement für den Arztberuf untergraben.

Auswirkungen auf die institutionellen Ressourcen und Kapazitäten

Der Infrastrukturbedarf einer erhöhten Anzahl Studierender sollte nicht unterschätzt werden. Die Hochschulen können mit erheblichen Herausforderungen in Bezug auf Räumlichkeiten, finanzielle Belastungen, Personalressourcen und einem erhöhten Koordinationsaufwand konfrontiert sein, der für das Management komplexer Bildungsprogramme in grossem Massstab erforderlich ist. Ohne erhebliche Investitionen in die institutionellen Kapazitäten steigt das Risiko einer systemischen Überlastung erheblich, was nicht nur die Bildungserfahrung der Studierenden, sondern auch das Funktionieren des gesamten akademisch-medizinischen Umfelds beeinträchtigen könnte.

Auswirkungen auf die langfristige Ausbildungsqualität

Schliesslich können die kumulativen Auswirkungen dieser Risiken zu spürbaren Folgen für das medizinische Personal führen. Ärztinnen und Ärzte, die ihre Ausbildung in überlasteten und unterfinanzierten Einrichtungen absolviert haben, beginnen ihre Facharztausbildung möglicherweise unzureichend vorbereitet auf die Anforderungen der klinischen Praxis. Diese Kluft zwischen Ausbildung und Realität kann bei frisch examinierten Ärztinnen und Ärzten zu Demotivation führen, was potenziell langfristige Auswirkungen auf die Personalbindung, die berufliche Zufriedenheit und die Gesamtqualität der Patientenversorgung haben kann.

5.4.7 Ansätze zum Management des Wachstums

Um den mit der steigenden Zahl der zugelassenen Medizinstudierenden verbundenen Risiken zu begegnen, sind schweizweit einheitliche, top-down verordnete politische Vorgaben nicht geeignet. Da die Kapazitäten zur Bewältigung des Wachstums je nach Grösse, Ressourcen, klinischen Partnerschaften und akademischer Infrastruktur von Institution zu Institution erheblich variieren, ist ein differenzierter Bottom-up-Ansatz unerlässlich. Jede medizinische Fakultät muss eine gründliche Selbsteinschätzung ihrer spezifischen Situation und ihrer tatsächlichen Fähigkeit zur Aufnahme zusätzlicher Studierender vornehmen und dabei das gesamte Spektrum der Faktoren berücksichtigen, welche die Ausbildungsqualität bestimmen.

Diese institutionelle Bewertung sollte nicht nur die materiellen und personellen Ressourcen umfassen, sondern auch das Potenzial neuer Lösungen wie simulationsbasiertes Lernen und digitale Instrumente der Lehre einbeziehen, um Einschränkungen der herkömmlichen Ausbildungskapazitäten zu ergänzen oder teilweise auszugleichen. Auch wenn diese Methoden den direkten Patientenkontakt oder authentische klinische Erfahrungen nicht ersetzen können, bieten sie doch sinnvolle Möglichkeiten zur Erweiterung der Ausbildungskapazitäten, wenn sie sorgfältig in den Lehrplan integriert werden.

Die explizite Festlegung eines akzeptablen Kompromisses zwischen dem Wachstum der Anzahl Studierender und der Gewährleistung der kontinuierlichen Verbesserung der Ausbildungsqualität ist für diesen Prozess von zentraler Bedeutung. Führungskräfte der Universitäten und politische Entscheidungsträger müssen sich daher transparent mit diesem Spannungsfeld auseinandersetzen, anstatt die Erhöhung der Studierendenzahlen als bedingungsloses Gebot zu betrachten.

Auch das Prinzip der Nachhaltigkeit ist wichtig. Die Erweiterung der medizinischen Studiengänge muss auf einer realistischen Einschätzung der verfügbaren finanziellen, personellen und infrastrukturellen Ressourcen basieren und mit einer langfristigen Perspektive geplant werden.

Schliesslich muss jede Strategie zur Erhöhung der Studierendenzahlen im Studium in direktem Zusammenhang mit den Kapazitäten der Weiterbildung bzw. den entsprechenden klinischen Weiterbildungsplätzen gedacht werden. Ein kohärenter und koordinierter Ansatz, der das Wachstum im humanmedizinischen Studium mit der Aufnahmekapazität der postgradualen Ausbildungssysteme in Einklang bringt, ist unverzichtbar.

5.5 Diskussion von Massnahmenoptionen

Die Anstrengungen der Universitäten der letzten 10 Jahre zur Erhöhung der Abschlüsse in der Schweiz haben sich als wichtig erwiesen, um die Lücke zu schliessen, die sich aus dem Eintritt der Ärztinnen und Ärzte der geburtenstarken Jahrgänge ins Pensionierungsalter ergibt. Die Abhängigkeit der Schweiz von der Zuwanderung von im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte bleibt jedoch bestehen und bildet ein hohes Risiko für die Gesundheitsversorgung. Zur Sicherstellung einer nachhaltigen medizinischen Versorgung ist eine weitere substanzielle Stärkung der inländischen Ausbildungskapazitäten erforderlich.

Um die Auslandsabhängigkeit nachhaltig zu reduzieren sind rund 680–760 zusätzliche Bachelorstudienplätze und 650–740 Masterstudienplätze notwendig. Dazu ist ein zweites Sonderprogramm Humanmedizin analog zum Sonderprogramm Humanmedizin 2017–2020 die wichtigste Massnahmenoption. Das Sonderprogramm wäre darauf ausgelegt, langfristig bis zu 50% der ärztlichen Zuwanderung durch in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen. Die genauen Eckwerte eines solchen Sonderprogramms bedürfen noch vertiefter Analysen und müssen im Dialog zwischen Politik und Hochschulen definiert werden.

Die Massnahmenoption eines zweiten Sonderprogramms Humanmedizin wurde am Stakeholderanlass vom 27. Februar 2026 durch die Akteure der Hochschulbildung und der Gesundheitsversorgung diskutiert und stiess auf breite Zustimmung. Die Diskussion drehte sich dabei um die Voraussetzungen einer erfolgreichen Durchführung eines entsprechenden Sonderprogramms:

- Um einen derart umfassenden Ausbau gewährleisten zu können, muss der Fokus auf der Beseitigung struktureller Engpässe entlang der gesamten Ausbildungskette liegen, insbesondere in der klinischen Ausbildung. Das Potenzial des gesamten Gesundheitswesens bzw. der ärztlichen Leistungserbringer ist für die klinische Ausbildung zu mobilisieren. Dies soll in einer koordinierten Weise erfolgen, damit keine Konkurrenz zwischen den Universitäten oder zwischen Aus- und Weiterbildung bei der Rekrutierung von Ausbildungsplätzen entsteht.
- Die klinische Ausbildungstätigkeit sollte für klinische Ausbildungsverantwortliche und Spitäler attraktiver gestaltet und besser unterstützt werden. Dazu gehören didaktische Weiterbildungen und Teach-the-Teacher-Programme, administrative Unterstützungsangebote sowie die Anerkennung von Aufgaben in der akademischen Lehre oder als Ausbilderin oder Ausbilder in der Klinik – etwa im Rahmen der akademischen Laufbahn oder durch «protected teaching time».
- In der klinischen Ausbildung sind neue oder angepasste Formate zu prüfen (z.B. Verlängerung der Dauer der Praktikumsmodule, «longitudinal clerkships»)
- Im Bereich der universitären Kapazitäten sollen innovative Formate die Kapazitäten erweitern, etwa über vermehrte digitale Formate und Nutzung von KI, Simulation, Skills Lab, Student-to-Student-Teaching (Peer2peer-Ansatz) oder den Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Lehre (PPI).
- Dozierende sollten weniger für die reine Wissensvermittlung, sondern mehr für Interaktion eingesetzt werden, wo der direkte Kontakt Mehrwert schafft – dafür könnte im Bereich Wissensaneignung mehr Eigenverantwortung und Selbstmanagement der Studierenden vorgesehen werden.

5.6 Kostenschätzungen

5.6.1 Kostenkategorien

Die Kosten für zusätzliche Studienplätze setzen sich aus drei zentralen Arten von Kosten zusammen. Erstens entstehen lineare Kosten für die Umsetzung der Studiengänge, die sich proportional zur Zahl der zusätzlichen Studienplätze entwickeln. Diese Kosten können anhand der standardisierten Kostenansätze aus dem Tarifsystem der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) dargestellt werden und beziffern die «Betriebskosten einer guten Lehre».

Zweitens ist mit einer nichtlinearen Entwicklung der Betriebskosten zu rechnen, sobald die bestehenden Strukturen ihre Skalierbarkeitsgrenzen erreichen. An diesen Kapazitätsgrenzen führen steigende Studierendenzahlen zu überproportionalen Mehrkosten. Diese Kapazitätsgrenzen sind für jede Universität an einem unterschiedlichen Punkt erreicht und entsprechend lassen sich die damit verbundenen Kosten nicht standardisiert beziffern.

Drittens fallen Infrastrukturkosten an, etwa im Bereich Lehr- und Lernräume, Laboreinrichtungen, Simulationszentren, IT-Infrastruktur sowie Infrastrukturen in klinischen Settings. Infrastrukturkosten sind im IUV-Tarifsystem explizit aus den Kostenberechnungen ausgeklammert. Deren Finanzierung geht zulasten des Standortkantons einer Universität (bzw. des Bundes bei der ETHZ), wobei im Rahmen des HFKG Subventionen in Form von Bauinvestitionsbeiträgen oder Baunutzungsbeiträgen beantragt werden können. Aus Kapazitätserweiterungen kann ein Mehrbedarf bei den Infrastrukturkosten entstehen, gerade im Fall von notwendigen Investitionen. Auch hier sind keine standardisierten Kostenberechnungen möglich, da die Voraussetzungen je nach Universität unterschiedlich sind.

5.6.2 Kosten pro Studienplatz gemäss dem IUV-Tarif und nach Finanzierungsträgern (Berechnungsmodell Kanton Zürich)

Tabelle 5.13 (siehe folgende Seite) zeigt beispielhaft die Kosten eines humanmedizinischen Studienplatzes pro Studienjahr sowie für ein gesamtes Medizinstudium auf der Basis der Berechnungsgrundlagen und dem Kostenteiler der IUV und in einer Modellrechnung der Universität Zürich. Basis ist der IUV-Tarif für das Studienjahr 2026/2027. Die Berechnungen beinhalten keine Infrastrukturkosten und nur einen Teil der Forschungskosten und liegen somit deutlich unter den tatsächlichen Vollkosten eines Studienplatzes.

Das Medizinstudium ist im IUV-Tarifsystem in zwei Kostengruppen eingeteilt. Die beiden ersten Studienjahre gelten zurzeit als vorklinische Ausbildung mit stark naturwissenschaftlich orientierten Lehrinhalten und sind deshalb gemeinsam mit den naturwissenschaftlichen Fächern der Kostengruppe II zugeteilt. Vom dritten Jahr des Medizinstudiums an gilt für die Medizin eine eigene Kostengruppe, die Kostengruppe III.

Die Universität Zürich hat im Rahmen des Projektes Med500+ (siehe Abschnitt 3.4) die im Rahmen der IUV anerkannten Kosten des Züricher Medizinstudiums zusammengestellt und als Grundlage für die Kostenprognosen für den Ausbau der Studienplätze an der Universität Zürich verwendet. Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurde die angewandte Methode leicht angepasst und auf die gesamtschweizerischen Kostendaten bezogen. Die Tabelle 5.13 zeigt die daraus resultierenden Kostenblöcke und deren Finanzierungsträger.⁴²

Ein gesamtes Medizinstudium kostet demnach im Tarifmodell der IUV CHF 405'000, davon übernimmt der Herkunftskanton der Studentin/des Studenten 60%, der Standortkanton der Universität 20%, die Eidgenossenschaft 18% und die studierende Person selbst 2%.

⁴² Der Kostenblock des «Forschungsanteils» umfasst der 15% der anrechenbaren Forschungskosten, welche vom Standortkanton finanziert werden müssen. Die Betriebskosten nach Abzug dieses Anteils gelten als «Kosten einer guten Lehre», welche als Basis für die weiteren Berechnungen dienen.

Es ist zu beachten, dass diese Kostenaufstellung nicht sämtliche Kosten der Universitäten beinhaltet. Wie oben beschrieben, sind die Infrastrukturkosten nicht im Modell enthalten. Von den Forschungskosten der Universitäten wird ausserdem nur ein Teil in die standardisierten Kosten eingerechnet bzw. an die «Kosten einer guten Lehre» angerechnet.

Geht man bei einem zweiten Sonderprogramm davon aus, dass parallel zum ersten Sonderprogramm pro neu zu schaffenden Studienplatz eine einmalige Pauschale von rund CHF 200'000 ausgerichtet wird – also rund die Hälfte der gemäss IUV normierten Betriebskosten eines Medizinstudiums – und rechnet man mit einer Erhöhung um 750 Studienplätze, so belaufen sich die Kosten des Sonderprogramms auf CHF 150 Mio.

Tabelle 5.13: Betriebskosten eines Medizinstudiums nach Finanzierungsträgern (ohne Infrastrukturkosten und einem Teil der Forschungskosten), in CHF

Kostenbezeichnung	IUV-Tarif	For-schungs-anteil	Studien-gebüh-ren	Bundes-beitrag	Standort-vorteil	Total
Finanzierungsträger	Her-kunfts-kanton	Standort-kanton	Studen-tin/Student	Bund	Standort-kanton	
Basistarif IUV-Kostengruppe II (BA1 und BA2) pro Jahr	24'200	4'300	1'300	7'400	3'900	41'100
Basistarif IUV-Kostengruppe III (BA3-MA3) pro Jahr	48'400	8'500	1'300	14'600	7'900	80'700
Kosten nach Studienjahren						
1. Studienjahr (BA1)	24'200	4'300	1'300	7'400	3'900	41'100
2. Studienjahr BA2	24'200	4'300	1'300	7'400	3'900	41'100
3. Studienjahr BA3	48'400	8'500	1'300	14'600	7'900	80'700
4. Studienjahr MA1	48'400	8'500	1'300	14'600	7'900	80'700
5. Studienjahr MA2	48'400	8'500	1'300	14'600	7'900	80'700
6. Studienjahr MA3	48'400	8'500	1'300	14'600	7'900	80'700
Kosten Bachelor / Master						
Kosten Bachelorstudium	96'800	17'100	3'900	29'400	15'700	162'900
Kosten Masterstudium	145'200	25'500	3'900	43'800	23'700	242'100
Total Kosten Medizinstudium	242'000	42'600	7'800	73'200	39'400	405'000
Durchschnittliche Kosten/Jahr	40'333	7'100	1'300	12'200	6'567	67'500

Quelle: IUV-Tarif, Berechnungen UMZH

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse betreffend die Erhöhung der Studienplätze

In den letzten zehn Jahren haben die Universitäten Anstrengungen unternommen, um die Zahl der Studienplätze in der Medizin zu erhöhen; angesichts des dringenden Personalbedarfs reichen diese Initiativen jedoch nicht aus. Es besteht die Notwendigkeit, die Zahl der Studienplätze erheblich zu erhöhen, vor allem, um die anhaltende Abhängigkeit der Schweiz von der Zuwanderung im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte zu verringern und die Nachhaltigkeit des nationalen Gesundheitssystems zu stärken.

Die Möglichkeiten zur Erhöhung der Studienplätze variieren erheblich zwischen den einzelnen Universitäten. Kurzfristig bestehen Möglichkeiten für eine begrenzte Erhöhung, deren Umsetzung hängt allerdings von der Bereitstellung ausreichender finanzieller, personeller und infrastruktureller Ressourcen ab. Für die angezielte Reduktion der Auslandabhängigkeit reichen diese geringen Kapazitätserweiterungen wohl nicht aus.

Für eine substantielle Erhöhung der inländischen Abschlüsse sind deshalb Investitionen notwendig, die durch ein zweites Sonderprogramm Humanmedizin angestossen werden können. Dabei liegt der Hauptengpass in der Verfügbarkeit klinischer Ausbildungsplätze. Eine substantielle Erhöhung der Studienplätze wird daher erst nach einem entsprechenden Ausbau der klinischen Ausbildungskapazitäten möglich sein. Das Potenzial klinischer Ausbildungsplätze sollte dazu breit mobilisiert werden unter Einbezug aller ärztlichen Leistungserbringenden des Gesundheitswesens, seien sie stationär oder ambulant tätig und mit öffentlicher oder privater Trägerschaft. Dieser Ausbau muss auf regionaler Ebene geprüft und bundesweit zwischen den Universitäten koordiniert werden, um Kohärenz und Effizienz innerhalb des Schweizer Hochschulsystems zu gewährleisten. Zu prüfen ist ausserdem, ob die Beteiligung der Versorgungsakteure an den gesellschaftlich wichtigen Ausbildungsleistungen auf Mechanismen einer Anreizsetzung oder aber einer Verpflichtung beruhen soll.

Eine Erhöhung der Studierendenzahlen muss ausserdem mit einer gezielten Lehrplanentwicklung einhergehen, um sicherzustellen, dass die Ausbildungsqualität gewahrt bleibt, wenn grössere Jahrgänge effizient ausgebildet werden. Der gezielte und synergetische Einsatz von Digitalisierung und simulationsbasiertem Lernen wird unerlässlich sein, um die klinische Ausbildung zu unterstützen und zu ergänzen, anstatt sie zu ersetzen. Die Anpassungen der Curricula sollten die Ausbildung in der Grundversorgung ausdrücklich stärken, entsprechend der strategischen Bedeutung dieses Bereichs für die künftige Gesundheitsversorgung.

Aus qualitativer Sicht ist ein systematisches Risikomanagement erforderlich, um die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und weiteren Verbesserung der Ausbildungsstandards unter den Bedingungen des Ausbaus zu sichern. In diesem Zusammenhang bleibt PROFILES der zentrale Garant für die Qualität der medizinischen Ausbildung.

Schliesslich muss anerkannt werden, dass die finanziellen Auswirkungen eines Ausbaus der Studienplätze beträchtlich sind. Über die Anstosswirkung des ersten Sonderprogramms hinaus ruht die Hauptlast auf den Kantonen, in denen sich Universitäten mit medizinischen Studiengängen befinden. Bei einem zweiten Sonderprogramm ist deshalb auch eine geteilte Verantwortung für die langfristigen Kosten der Studienplatzerweiterung zu diskutieren. Auch den Bauinvestitions- und Baunutzungsbeiträgen gemäss HFKG kommt für die Entwicklung der erforderlichen Infrastruktur weiterhin eine grosse Bedeutung zu.

6. Eine qualitativ hochstehende und zukunftsgerichtete humanmedizinische Ausbildung

6.1 Gegenstand und Fragestellungen betr. das humanmedizinische Curriculum

Das vorliegende Kapitel thematisiert die vom SBFI und der SHK aufgeworfenen Fragestellungen betreffend die Inhalte der humanmedizinischen Studiengänge (für die detaillierten Fragestellungen siehe Anhang 3). Dies umfasst folgende Punkte:

- Bewertung der aktuellen Curricula im Hinblick auf eine zukünftige Anpassung an notwendige klinische Kompetenzen und zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen
- Bewertung des Handlungsbedarfs in Bezug auf die eidgenössischen Prüfungen zum Abschluss des Medizinstudiums
- Bewertung der Auswirkungen der aktuellen Ausgestaltung des Medizinstudiums auf die spätere Wahl der Fachrichtungen und Aufzeigen von Optimierungspotenzialen in diesem Bereich
- Bewertung politischer Handlungsoptionen zur Förderung der Grundversorgung innerhalb des Medizinstudiums und Vorschlag von angemessenen Massnahmen, um die Grundversorgung zu stärken
- Einbezug internationaler Entwicklungen zu diesen Fragestellungen

6.2 Zum aktuellen Stand der medizinischen Ausbildung

6.2.1 Vom fachbezogenen zum integrierten, kompetenzbasierten Medizinstudium

Die Entwicklung des Schweizer Rahmens für die medizinische Grundausbildung spiegelt den allgemeinen internationalen Wandel weg von fachbezogenen, inhaltsorientierten Lehrplänen hin zu kompetenzbasierten Ansätzen, bei denen die erwarteten Lernergebnisse im Mittelpunkt stehen. Eine medizinische Kompetenz umfasst die Fähigkeit, eine Kombination aus Wissen, Fertigkeiten, Haltungen und Werten anzuwenden, um eine bestimmte klinische Situation zu bewältigen.

Das erste formelle Rahmenwerk zur Definition der Ziele der medizinischen Ausbildung in der Schweiz geht auf das Jahr 2002 zurück, als der Schweizer Katalog der Lernziele (Swiss Catalogue of Learning Objectives SCLO) veröffentlicht wurde. Dieses Dokument enthielt eine strukturierte Liste von Lernzielen, die nach medizinischen Fachgebieten gegliedert waren, und bot den medizinischen Fakultäten im ganzen Land eine gemeinsame Referenz. Eine erste Überarbeitung dieses Katalogs erfolgte im Jahr 2008, woraus der SCLO 2 hervorging. Über die Aktualisierung des Inhalts hinaus erlangte diese überarbeitete Fassung eine wichtige regulatorische Funktion: In Übereinstimmung mit dem Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG) legte sie die Inhalte der eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin fest und diente als Grundlage für die Akkreditierung der Lehrpläne an den medizinischen Fakultäten der Schweiz, wodurch die Lernziele in einem formellen rechtlichen und institutionellen Rahmen verankert wurden.

Eine grundlegendere Transformation dieses Rahmens erfolgte 2017 mit der Einführung von PROFILES – Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland.⁴³ Anstatt die Ausbildung um fachspezifische Inhalte oder isolierte Lernziele herum zu organisieren, verfolgt PROFILES einen kompetenzbasierten und ergebnisorientierten Ansatz. Sein zentrales Organisationsprinzip ist der Begriff der «Entrustable Professional Activities» (EPA): Klinische Tätigkeiten, von denen erwartet wird, dass angehende Ärztinnen und Ärzte sie am Ende ihrer Ausbildung völlig selbstständig ausführen können. Dieser Wandel stellte eine bedeutende Neuausrichtung des Zwecks der medizinischen Ausbildung dar: Im Mittelpunkt steht nun, was Absolvierende in der Praxis tatsächlich leisten können, und nicht mehr primär, was ihnen theoretisch vermittelt wurde.

Im Jahr 2023 wurde PROFILES überarbeitet, um seine anhaltende Relevanz angesichts sich wandelnder gesellschaftlicher, beruflicher und technologischer Rahmenbedingungen sicherzustellen.⁴⁴ Diese Aktualisierung berücksichtigte neue Schwerpunkte wie Diversität, Identität, geschlechtsspezifische Medizin, berufsübergreifende Zusammenarbeit, technologische Fortschritte in den Bereichen digitale Gesundheit und künstliche Intelligenz sowie die Einbindung nachhaltiger Praktiken im Gesundheitswesen.

6.2.2 PROFILES als inhaltlicher und rechtlicher Rahmen

PROFILES bietet einen Rahmen, der den in den Motionen geäußerten Anliegen hinsichtlich der inhaltlichen Qualität des Medizinstudiums Rechnung trägt und eine moderne medizinische Ausbildung gewährleistet.

PROFILES definiert die Kompetenzen, die Medizinstudierende bis zum Abschluss ihres Medizinstudiums erworben haben sollen. Damit operationalisiert es die im MedBG festgelegten

43 Sohrmann M, Berendonk C, Nendaz M, Bonvin R, Swiss Working Group for PROFILES Implementation. Nationwide introduction of a new competency framework for undergraduate medical curricula: a collaborative approach. *Swiss Medical Weekly*. 15 April 2020;150 (1516).

Michaud P, Jucker-Kupper P, The P. The «Profiles» document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*. 1 February 2016.

44 Berendonk C, Waldvogel TEE, Bonvin R, Schirlo C, Goldhahn J, Frank Z, et al. Revision of a nationwide competency framework for undergraduate medical education in Switzerland: PROFILES 2. *Swiss Medical Weekly*. 15 September 2025;155(9):4389-4389.

Bildungsziele und übersetzt allgemeine gesetzliche Anforderungen in einen konkreten und umsetzbaren Rahmen für die medizinische Ausbildung.

Das Rahmenwerk von PROFILES richtet sich dabei an drei Zielgruppen: Medizinstudierende, die es zur Orientierung ihres Lernens während des gesamten Studiums nutzen können; medizinische Lehrkräfte, die sich bei der Gestaltung und Ausrichtung ihrer Lehrtätigkeit darauf stützen; sowie Lehrplanverantwortliche, die es als grundlegende Referenz für die Strukturierung und Bewertung von Studiengängen heranziehen. Durch die Bereitstellung einer umfassenden und gemeinsamen Orientierung hinsichtlich der Kompetenzen, welche die Absolvierenden zu Beginn der Weiterbildung nachweisen sollten, bietet PROFILES eine gemeinsame Sprache und einen gemeinsamen Standard für alle medizinischen Fakultäten der Schweiz.

Es handelt sich um einen dynamischen Rahmen, der eine regelmässige Überprüfung und Anpassung an neue Entwicklungen im medizinischen Berufsfeld ermöglicht. Er gewährleistet Mindeststandards für die am Ende des Studiums erwarteten Kompetenzen. Die Umsetzung erfolgt durch die Universitäten und klinischen Lehrstätten und ist damit praxisnah. Die curriculare Implementierung über verschiedene Schwerpunkte ermöglicht Vielfalt und gewährleistet gleichzeitig Qualität. Das System ist international kompatibel.

Über seine pädagogische Funktion hinaus hat PROFILES auch eine formelle Regulierungsfunktion: Die Verordnung über die eidgenössischen Prüfungen der universitären Medizinalberufe (Prüfungsverordnung MedBG) legt fest, dass PROFILES den Inhalt der eidgenössischen Prüfung in Humanmedizin bestimmt. Damit werden die Kompetenzanforderungen im Medizinstudium direkt mit dem nationalen Zertifizierungsprozess verknüpft und können auch für die internationale Akkreditierung genutzt werden.

Die Verantwortung für den Inhalt von PROFILES liegt bei der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK), und der Rahmen unterliegt der Validierung durch das BAG. Dadurch werden sowohl die akademische Legitimität als auch die Übereinstimmung mit den nationalen gesundheitspolitischen Zielen gewährleistet.

6.2.3 Die Herausforderung der Implementierung von PROFILES

Während PROFILES einen soliden und umfassenden Kompetenzrahmen darstellt, stellt dessen Implementierung in die tatsächliche Ausbildungspraxis für die medizinischen Fakultäten der Schweiz eine erhebliche und vielschichtige Herausforderung dar. Die Umsetzung ist kein einmaliger Vorgang, sondern ein fortlaufender Prozess, und alle Fakultäten sind derzeit mit der Überarbeitung ihrer Lehrpläne beschäftigt, um ihre Studiengänge an die Erwartungen des Kompetenzrahmens anzupassen.

Eine zentrale Anforderung der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung (CBME), dem Paradigma, auf dem PROFILES basiert, ist, dass Studierende frühzeitig und kontinuierlich während ihrer gesamten Ausbildung an authentischen klinischen Tätigkeiten teilnehmen. Eine über die gesamte Studiendauer zunehmende klinische Exposition ist nicht nur wünschenswert, sondern konstitutiv für das CBME-Modell, da Kompetenzen nur durch wiederholte, betreute Auseinandersetzung mit realen beruflichen Aufgaben entwickelt und bewertet werden können. Als Reaktion auf diese Notwendigkeit sind an allen Fakultäten Lehrplanreformen im Gange, um die Abfolge und Tiefe der klinischen Integration bereits ab den frühesten Phasen des Studiengangs neu zu gestalten.

Die erfolgreiche Umsetzung von PROFILES hängt zudem entscheidend von der Verfügbarkeit ausreichend geschulter Betreuender in Kliniken und ärztlichen Praxen ab. Die Beurteilung der Kompetenz von Studierenden und die Entscheidung darüber, inwieweit ihnen bei der Durchführung klinischer Tätigkeiten Eigenverantwortung übertragen werden kann, erfordern Betreuende, die nicht nur über klinische Erfahrung verfügen, sondern auch in den Prinzipien und Methoden der CBME-basierten Beurteilung geschult sind. Dies stellt erhebliche Anforderungen an die Lehrkräfteentwicklung und unterstreicht die Bedeutung nachhaltiger, gut konzipierter «Teach-the-Teachers»-Programme,

die ein breites Spektrum klinischer Auszubildender erreichen und sich nicht auf gelegentliche Fortbildungsveranstaltungen beschränken.

Insgesamt stellt die Integration von PROFILES in Lehre, Ausbildung und Bewertung ein komplexes institutionelles Unterfangen dar, das eine Abstimmung zwischen Lehrplangestaltung, Lehrkräfteentwicklung, Bewertungssystemen und Qualitätssicherungsprozessen erfordert. Diese Komplexität wird noch verstärkt, wenn man die Aussicht auf steigende Studierendenzahlen berücksichtigt: Eine grössere Kohorte verstärkt jede Dimension der Herausforderungen bei der Umsetzung und übt zusätzlichen Druck auf die Kapazitäten der klinischen Ausbildung, die Ressourcen für die Betreuung und die institutionelle Infrastruktur aus, die zur Aufrechterhaltung der von PROFILES geforderten Standards erforderlich sind.

6.2.4 Der Bedarf an innovativen Modellen humanmedizinischer Curricula

Traditionelle medizinische Lehrpläne folgten in der Vergangenheit einer sequenziellen Struktur, bei der die vorklinischen biomedizinischen Wissenschaften die ersten Studienjahre dominierten und klinische Erfahrungen erst in die späteren Studienjahre integriert wurden. Dieses Modell steht in einem grundlegenden Widerspruch zu den Anforderungen der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung, die eine frühzeitige und kontinuierliche Auseinandersetzung mit authentischen klinischen Tätigkeiten verlangt. Als Antwort darauf schlägt eine andere Lehrplanstruktur einen schrittweisen und kontinuierlichen Übergang vom vorklinischen zum klinischen Unterricht über alle sechs Jahre des Studiengangs vor, wobei klinische Inhalte bereits ab dem ersten Jahr eingeführt werden und ihr Anteil progressiv zunimmt, während der vorklinische Unterricht abnimmt. Diese Neuorganisation des Curriculums stellt sicher, dass die Studierenden ihre Kompetenzen schrittweise und auf einer gesamtheitlichen Weise entwickeln, und bereitet sie besser auf die selbstständige berufliche Tätigkeit vor, die in der Weiterbildung erwartet wird.⁴⁵

Sind klinische Ausbildungsplätze nur begrenzt verfügbar, kann die klinische Ausbildung angepasst werden: Gerade in den ersten Studienjahren können Digitalisierung und Simulation eine vorrangige Rolle spielen und den Studierenden ein sicheres und kontrolliertes Umfeld bieten, in dem sie grundlegende klinische Fähigkeiten entwickeln können, bevor sie mit echten Patientinnen und Patienten arbeiten. Im weiteren Verlauf des Studienplans nehmen diese Methoden allmählich ab und weichen einem zunehmenden Anteil an authentischer klinischer Ausbildung.

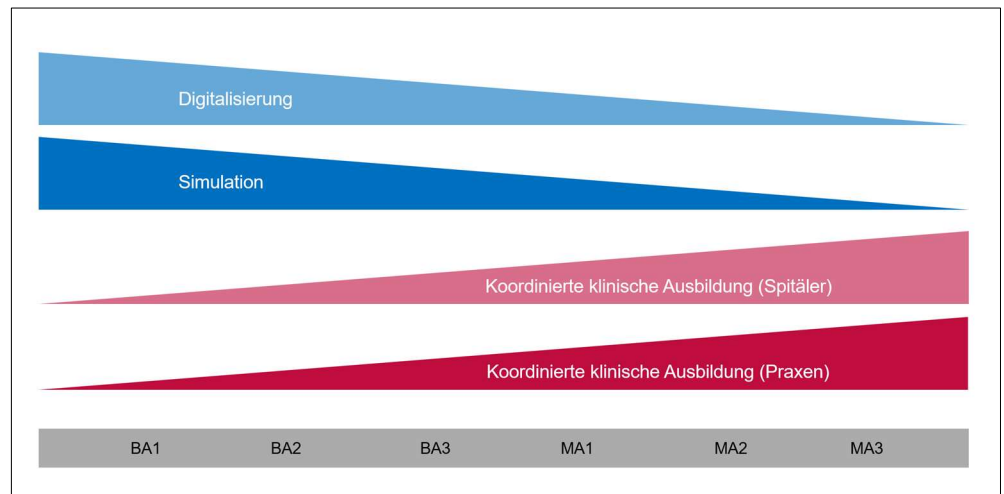
Koordinierte klinische Ausbildungserfahrungen sowohl in Spitälern als auch in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte beginnen in den ersten Jahren auf einem minimalen Niveau und werden schrittweise ausgeweitet, bis sie in den letzten Phasen des Studiums ihre grösste Intensität erreichen und zu einer vollständigen Einbindung in die reale klinische Praxis führen⁴⁶ (Abbildung 6.1).

45 Nordquist J, Hall J, Caverzagie K, Snell L, Chan MK, Thoma B, et al. The clinical learning environment. *Medical Teacher*. 17 March 2019;1-7.

46 McGaghie WC, Barsuk JH, Wayne DB, Issenberg SB. Powerful medical education improves health care quality and return on investment. *Med Teach*. January 2024;46(1):46-58.

Blood AD, Farnan JM, Fitz-William W. Curriculum Changes and Trends 2010-2020: A Focused National Review Using the AAMC Curriculum Inventory and the LCME Annual Medical School Questionnaire Part II. *Acad Med*. September 2020;95(9S A Snapshot of Medical Student Education in the United States and Canada: Reports From 145 Schools):S5-14.

Abbildung 6.1 Allgemeine Grundsätze eines neuen Lehrplan-Ansatzes für die klinische Ausbildung



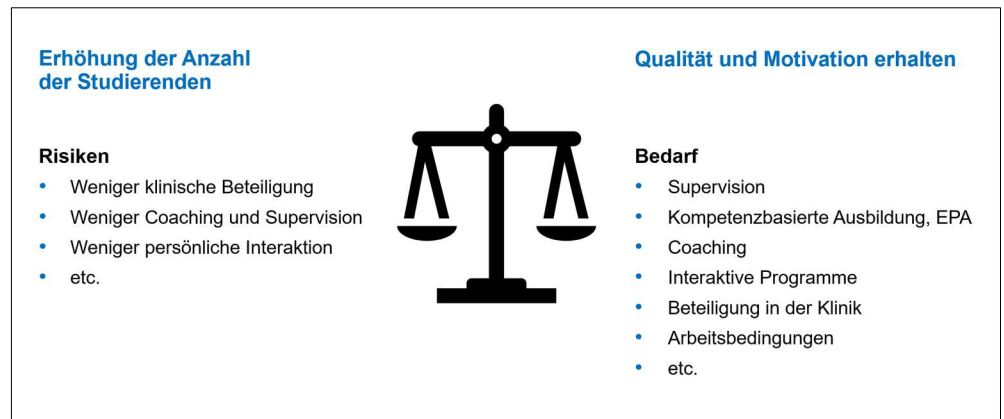
Der Engpass für den Ausbau der Studienplätze liegt weiterhin in der Kapazität für die klinische Ausbildung. Zu den vorgeschlagenen Lösungen gehören die Einbindung regionaler und privater Spitäler, ambulanter Einrichtungen und der Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Eine verpflichtende Beteiligung dieser Einrichtungen an der Lehre sollte geprüft werden. Es besteht zudem Spielraum für Überlegungen, die Häufigkeit der Rotationen zugunsten längerer Praktika zu reduzieren.

Bei den Ausbildungsformaten könnte zudem dem selbstgesteuerten Lernen und dem gegenseitigen Unterrichten unter Studierenden (Peer-Teaching) mehr Gewicht beigemessen werden.

6.2.5 Qualität UND Quantität: ein Paradox?

Die Steigerung der Studierendenzahlen und die gleichzeitige Aufrechterhaltung der Möglichkeit, die Ausbildungsqualität zu verbessern, sind zwei berechtigte Anforderungen, die jedoch in einem grundlegenden Spannungsverhältnis zueinanderstehen. Eine steigende Studierendenzahl birgt konkrete Risiken wie eine geringere klinische Beteiligung, weniger Coaching und Betreuung sowie weniger Möglichkeiten für sinnvolle persönliche Interaktion. Genau diese Elemente sind jedoch die Voraussetzungen für eine qualitativ hochwertige medizinische Ausbildung und insbesondere eine kompetenzbasierte medizinische Ausbildung (CBME). Qualitätsorientierung erfordert eine angemessene Betreuung, eine kompetenzbasierte und EPA-gesteuerte Ausbildung, Coaching, interaktive pädagogische Formate, echte klinische Beteiligung sowie angemessene Arbeitsbedingungen sowohl für Studierende als auch für Lehrende. Um diesen Spannungszustand zu bewältigen, muss nicht das eine Ziel dem anderen vorgezogen werden. Es gilt vielmehr, den richtigen Kompromiss zu finden: ein sorgfältig abgestimmtes Gleichgewicht, das ein verantwortungsbewusstes Wachstum ermöglicht, ohne die pädagogischen Grundlagen zu gefährden, auf denen die Kompetenz zukünftiger Ärztinnen und Ärzte beruht (Abbildung 6.2).

Abbildung 6.2: Den Kompromiss zwischen Qualität und Quantität finden



6.2.6 Vom Medizinstudium in den Arbeitsalltag: die Notwendigkeit einer Transitionsphase

In seinem White Paper hat das Collège des Doyens mit seinen Partnerorganisationen die wichtige Diskussion über die angemessene Vorbereitung der Studierenden auf den Einstieg in den Arztberuf angestossen. So hat das White Paper darauf hingewiesen, dass diese Transitionsphase eine Schlüsselrolle spielt, um Belastungen während der Weiterbildung zu verringern.

Der Übergang von der medizinischen Grundausbildung zur Weiterbildung stellt eine kritische und oft unterschätzte Phase in der Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten dar. Im Schweizer Kontext wird dieser Übergang formal durch das eidgenössische Diplom markiert, das Studierende zu Assistenzärztinnen und -ärzten macht. Diese Veränderung ist weit mehr als nur administrativer Natur, denn sie bringt einen tiefgreifenden Wandel in Bezug auf Rollen, Verantwortlichkeiten und Arbeitsumfeld mit sich. Es gibt Hinweise darauf, dass dieser Übergang nach wie vor eine Herausforderung darstellt: Nur 23% der Ärztinnen und Ärzte fühlen sich zu Beginn ihrer Karriere sehr gut auf die klinische Arbeit vorbereitet, wobei es je nach Fakultät Unterschiede gibt. Die klinischen Verantwortlichen berichten, dass nur etwas mehr als ein Drittel der neu eingestellten Assistenzärztinnen und -ärzte selbstständig arbeiten kann und keine enge Betreuung benötigt.⁴⁷ Zu den wichtigsten Mängeln zählen eine unzureichende Verknüpfung von theoretischem Wissen und klinischer Anwendung sowie eine begrenzte Entwicklung von Querschnittskompetenzen wie Selbstorganisation und interprofessionelle Zusammenarbeit.

Strukturelle Massnahmen zur Behebung dieser Mängel sollten sich auf eine umfassendere Umsetzung der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung auf der Grundlage von PROFILES konzentrieren, mit einer kontinuierlichen klinischen Einbindung und Aktivitäten zur Entwicklung der beruflichen Identität. Über die strukturelle Reform des Lehrplans hinaus wird die individuelle Unterstützung durch Coaching und Mentoring zunehmend als unverzichtbare Ergänzung anerkannt. Zusammen spiegeln diese strukturellen und individuellen Ansätze die wachsende Erkenntnis wider, dass der Übergang in die Facharztausbildung bewusst gestaltet, unterstützt und bewertet werden muss, anstatt ihn dem Zufall oder der individuellen Belastbarkeit zu überlassen.

6.3 Ausblick auf die bevorstehenden Aufgaben

Die medizinischen Fakultäten der Schweiz zeichnen sich durch eine grosse Vielfalt hinsichtlich ihrer Grösse, ihrer klinischen Netzwerke, ihrer pädagogischen Formate, ihrer Prüfungspraktiken und ihrer Lehrplangestaltung aus. Trotz dieser Heterogenität führen alle Fakultäten ihre Studierenden zu einem Masterabschluss und einem eidgenössischen Diplom in Medizin, was ihr gemeinsames

⁴⁷ Reference: Luchsinger, L., Berthold, A., Bauer, W., Brodmann Maeder, M., & Siegrist, M. (2021). Vom Studium in den Alltag als Arzt und Ärztin in Weiterbildung, Schweizerische Ärztezeitung, 102(29–30), 944–947.

Bekenntnis zu einem einheitlichen Kompetenzstandard für Absolventinnen und Absolventen verdeutlicht.

Diese Vielfalt ist eine Stärke, bedeutet aber auch, dass eine Strategie zur Erhöhung der Anzahl der im Inland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte nicht einheitlich sein kann. Alle Fakultäten haben in jüngster Zeit bereits erhebliche Anstrengungen unternommen, um ihre Kapazitäten zu erweitern, und auch wenn einige ein begrenztes kurzfristiges Potenzial für weiteres Wachstum haben, müssen solche Möglichkeiten individuell und sorgfältig geprüft werden. Jeder Entscheidung zur Erhöhung der Studierendenzahlen muss eine gründliche institutionelle Analyse der zu erfüllenden Voraussetzungen vorausgehen, die sich an soliden Grundsätzen des Wachstumsmanagements orientiert und die Risiken berücksichtigt, die eine Expansion mit sich bringt.

Die Qualität der medizinischen Ausbildung und die Fähigkeit der medizinischen Fakultäten, Ärztinnen und Ärzte hervorzubringen, die auf die berufliche Praxis vorbereitet sind, hängen von der Einführung solider Lehrpläne ab sowie davon, dass die konzeptionellen, rechtlichen, finanziellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen diese unterstützen.

Im Schweizer Kontext stellen das von PROFILES vermittelte Rahmenwerk der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung (CBME) eine international anerkannte Grundlage für die Entwicklung solider, kohärenter Lehrpläne dar, die Lehre, klinische Ausbildung und Leistungsbewertung zielgerichtet und aufeinander abgestimmt integrieren. In diesem Rahmen werden Simulation und Digitalisierung einhellig als wertvolle Instrumente mit bedeutendem und noch weitgehend ungenutztem Potenzial anerkannt. Ihre verstärkte Anwendung ist aktiv zu fördern, insbesondere in den frühen Phasen des Lehrplans, wo sie sichere und strukturierte Lernumgebungen bieten können. Dies muss jedoch gegen den Wert authentischer klinischer Erfahrung abgewogen werden: Ein schrittweiser Übergang von simulierten und digitalen Modalitäten hin zu realen klinischen Umgebungen muss bewusst in die Lehrplangestaltung integriert werden. Um Ineffizienz und Konkurrenz um klinische Praktikumsplätze zu vermeiden, sollte dieser Übergang auf regionaler Ebene koordiniert werden, um sicherzustellen, dass der Einsatz klinischer Ausbildungsressourcen rational, gerecht und nachhaltig über alle Institutionen hinweg erfolgt.

Eine weitere Priorität betrifft die Übergangsphase zwischen dem Medizinstudium und der Facharzt-ausbildung, die gestärkt werden und Gegenstand einer expliziten, strukturierten Vorbereitung sein muss. Die Erkenntnisse zeigen durchweg, dass der Einstieg in die Weiterbildung für viele frisch diplomierte Ärztinnen und Ärzte nach wie vor eine heikle Phase darstellt und dass die Kluft zwischen Ausbildung und beruflicher Realität konkrete Folgen für die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt, für das Gesundheitssystem und für die Patientinnen und Patienten hat.

Schliesslich müssen die mit dem Anstieg der Studierendenzahlen verbundenen Risiken gründlich und transparent analysiert werden. Eine Erhöhung der Anzahl Studienplätze ohne entsprechende Investitionen in die Qualität birgt die Gefahr, einen Teufelskreis auszulösen, in dem verschlechterte Ausbildungsbedingungen zu unzureichend vorbereitete Ärztinnen und Ärzten, einer geringeren Bereitschaft für die klinische Praxis und letztlich einem Verlust an Sinnhaftigkeit und Motivation bei genau jenen Personen führen, auf deren Engagement und Belastbarkeit das Gesundheitssystem angewiesen ist. Um dies zu vermeiden, darf Wachstum nicht als Selbstzweck betrachtet werden, sondern als sorgfältig gesteuerter Prozess, bei dem die Fähigkeit, an der Ausbildungsqualität zu arbeiten, die wesentliche Voraussetzung für jede nachhaltige Expansion bleibt.

6.4 Diskussion von Massnahmenoptionen

Die diskutierten Fragestellungen verdeutlichen, dass für die inhaltliche Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung nicht neue rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, sondern dass vielmehr politische Priorisierungen und eine kohärente Umsetzung der bestehenden Rahmenwerke notwendig sind. Was einen guten Arzt oder eine gute Ärztin in Zukunft ausmacht, kann heute nicht abschliessend definiert werden, die Entwicklungen der Medizin gerade im Bereich der KI sind hoch dynamisch und komplex. Umso wichtiger ist es, dass mit PROFILES ein

Rahmenwerk vorhanden ist, das sich mit gemeinsam getragenen Revisionen neuen Entwicklungen anpassen kann.

Die zentrale Herausforderung liegt bei den klinischen Ausbildungsplätzen. Klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte – vor allem Oberärztinnen und -ärzte – tragen massgeblich zur Ausbildung bei, ohne dass diese Leistung bislang adäquat in Karrierewegen, akademischen Titeln, formaler Qualifikation oder geschützter Zeit für die Lehre («protected teaching time») abgebildet wird. Eine nachhaltige Stärkung der Lehre setzt daher klare Anreizsysteme und institutionelle Verankerung voraus.⁴⁸

Gleichzeitig erfordert die curriculare Weiterentwicklung – insbesondere die stärkere klinische Ausrichtung, der Einsatz von Simulation und digitalen Lehrformaten sowie die Vorbereitung auf ein sich dynamisch wandelndes Berufsbild – zusätzliche Ressourcen. Die Transition vom Studium in die Weiterbildung muss als wichtiger Bestandteil der Ausbildung verstanden werden, um Studierende realitätsnah auf den Berufsalltag, die Verantwortung, die Unsicherheit und den Leistungsdruck vorzubereiten. Schliesslich sind Studium und Weiterbildung aber auch vermehrt als Kontinuum zu behandeln und mit geeigneten Massnahmen besser zu verbinden: Dazu gehört auch die Anerkennung von Studienleistungen für die Weiterbildung und damit die Perspektive auf verkürzte Ausbildungswege.

Die Vielfalt der schweizerischen Fakultäten und ihrer Lehrgänge ist eine Ressource, die im gegenseitigen Austausch zur Weiterentwicklung der Ausbildung in Humanmedizin beiträgt. Es besteht dabei aber durchaus ein Potenzial für verstärkte nationale und regionale Koordination, etwa bei der Mobilität von Studierenden und Lehrenden sowie der Nutzung klinischer Lehrstandorte. Unterstützt durch gezielte Teach-the-Teachers-Programme kann so die Qualität der Ausbildung gesichert und die enge Verzahnung von Aus- und Weiterbildung weiter gestärkt werden.

6.5 Reflexionen zu den Kosten

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Entwicklung der Lehrpläne bei den Universitäten, und dies betrifft im Rahmen der IUV auch die Finanzierung der Studiengänge. Werden die obenstehenden Grundsätze zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums allerdings konsequent verfolgt, so hat dies bedeutende Kostenfolgen. So führt eine Stärkung der klinischen Lehre sowie die frühzeitige klinische Einbettung zu deutlich höheren Kosten, die bereits in den ersten beiden Studienjahren anfallen. Diese Jahre werden derzeit heute als vorklinische Studienjahre kalkuliert und kostenmässig den naturwissenschaftlichen Studiengängen gleichgestellt. Durch den erhöhten Anteil klinischer Ausbildungsinhalte ist diese Einstufung künftig nicht mehr angemessen. Die zusätzlichen Aufwendungen für eine frühe klinische Ausbildung sollten daher in einem weiteren Schritt differenziert berechnet und angemessen berücksichtigt werden, auch bei der Berechnung der IUV-Beiträge.

6.6 Zusammenfassung der Ergebnisse im Bereich der Curricula

Das Kapitel zur Gestaltung der Curricula zeigt, dass sich die medizinische Ausbildung aktuell in einem grundlegenden Transformationsprozess befindet: Der Übergang von einer primär fachbezogenen hin zu einer kompetenzbasierten Ausbildung ist klar eingeleitet und stellt einen zentralen Paradigmenwechsel dar. Das schweizerische Rahmenwerk PROFILES hat sich dabei sowohl inhaltlich als auch organisatorisch bewährt und bietet einen stabilen Rahmen, der derzeit keiner grundlegenden Revision bedarf. Die Herausforderung liegt weniger im Konzept selbst als vielmehr in dessen konsequenter Umsetzung. Insbesondere der Bedarf an gut ausgebildeten klinischen Betreuerinnen und Betreuern erfordert gezielte Investitionen in «Teach-the-Teachers-Programme».

Vor diesem Hintergrund muss die Qualität der Ausbildung weiterhin Priorität haben: Der Zielkonflikt zwischen steigenden Abschlusszahlen und der Weiterentwicklung der Lehrpläne sollte sorgfältig

48 Steinert Y, Basi M, Nugus P. How physicians teach in the clinical setting: The embedded roles of teaching and clinical care. *Medical Teacher*. 2 December 2017;39(12):1238-44.

austariert werden. Eine systematische Unterstützung und kontinuierliche Fortbildung der Lehrenden sind unerlässlich, um ausreichend qualifizierte Personen für Lehre und Betreuung zu gewinnen. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit einer umfassenden Lehrplaninnovation deutlich, die Digitalisierung und Simulation longitudinal koordiniert und studienabschnittsübergreifend integriert. Damit wird die traditionelle Trennung zwischen vorklinischem und klinischem Studium zunehmend aufgelöst.

Schliesslich unterstreichen die obenstehenden Ausführungen auch die Bedeutung, Lehre als gleichwertigen und anerkannten Bestandteil der akademischen Laufbahn zu etablieren und die Rolle der Lehrenden gezielt zu stärken. Ebenso entscheidend ist eine verbesserte Transition der Studierenden in die Phase der Weiterbildung, die den angehenden Ärztinnen und Ärzten frühzeitig realistische Einblicke in die klinische Arbeitswelt ermöglicht. Insgesamt erfordert die erfolgreiche Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung ein koordiniertes Zusammenwirken von Struktur, Personalentwicklung und kultureller Wertschätzung der Lehre.

7. Stärkung der Grundversorgung im Rahmen des Medizinstudiums

7.1 Definition der Grundversorgung

Der vorliegende Bericht stützt sich in der Definition der Grundversorgung auf den Fachbericht der Agenda Grundversorgung vom Dezember 2025.⁴⁹ Die Grundversorgung wird dabei als Primärversorgung (primary care) bzw. als erste Stufe der Gesundheitsversorgung verstanden. Sie betrifft die medizinische Versorgung in der Akutsomatik ebenso wie die Psychiatrie, Rehabilitation und Palliation und umfasst medizinische Leistungen in ambulanten Praxen, Spitälern und Langzeitpflegeeinrichtungen. In Bezug auf die medizinischen Fachbereiche umfasst die Grundversorgung die Hausarztmedizin als Bestandteil der Allgemeinen Inneren Medizin, die Pädiatrie, die Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dabei ist zu beachten, dass in allen vier Fachbereichen ein grosser Anteil der Versorgung der ambulanten Primärversorgung zuzuordnen ist, diese Fachbereiche aber auch spezialisierte und hochspezialisierte Anteile aufweisen.

Im Hinblick auf das Berufsprofile der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung gibt es allerdings auch Missverständnisse. Namentlich die Hausärztinnen und Hausärzte werden oft als «Generalisten» bezeichnet, doch dieser Begriff greift zu kurz. Zwar decken Hausärztinnen und Hausärzte ein breites Spektrum an Gesundheitsproblemen ab, jedoch erfordert genau diese Breite eine hoch spezialisierte Kompetenz. Hausärztinnen und Hausärzte sind Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin bzw. Hausarztmedizin, die ihren Bereich ebenso fundiert erlernen wie Spezialisten anderer Disziplinen.

Ihre Spezialisierung liegt gerade in der Ganzheitlichkeit und Vernetzung: Sie müssen Krankheiten aller Altersgruppen erkennen, erste Diagnosen stellen, chronische Verläufe langfristig begleiten und komplexe gesundheitliche wie auch psychosoziale Zusammenhänge einordnen. Gleichzeitig entscheiden sie, wann eine Weiterweisung an andere Fachrichtungen notwendig ist, und koordinieren die Versorgung. Die Hausarztmedizin ist somit kein weniger spezialisiertes, sondern ein eigenes, anspruchsvolles Fachgebiet, das breite medizinische Kenntnisse, klinische Erfahrung sowie Entscheidungsfähigkeit unter Unsicherheit erfordert. Gerade diese Kombination macht Hausärztinnen und Hausärzte zu spezialisierten Fachpersonen für die Erstversorgung und Koordination im Gesundheitssystem.

49 BAG, Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern, Bern 8.12.2025, <https://www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung>, in Französisch <https://www.bag.admin.ch/fr/agenda-soins-de-base>, Seite 7f.

7.2 Aktuelle Situation in der Schweiz: bestehender und erwarteter Fachkräftemangel in der Grundversorgung

Zum Fachkräftemangel in der Grundversorgung bestehen zahlreiche Studien. So hat die schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) 2024 die Resultate einer Umfrage bei Fachärztinnen und -ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin veröffentlicht. Die «Workforce-Studie» kommt zum Schluss, dass sich die von 2023 praktizierenden Fachärztinnen und -ärzten der Allgemeinen Inneren Medizin in ambulanten Praxen und Spitälern erbrachte Arbeitsleistung bis 2033 um 44% reduzieren wird. Ursachen davon sind an erster Stelle Pensionierungen und zweitens die Reduktion der Arbeitspensen in der Allgemeinen Inneren Medizin.⁵⁰ Dieser Rückgang muss durch neu ausgebildete Fachkräfte oder durch Einwanderung ausgeglichen werden.

Das Obsan hat in zwei Berichten von 2022 und 2023 Prognosen zur Entwicklung von Bestand und Bedarf der vier Fachbereiche der Grundversorgung vorgenommen. Die errechneten Prognosen beinhalten ausserdem Aussagen zur Unterversorgung für den Bestand der Fachärztinnen und -ärzte in den statistischen Basisjahren. Wie Tabelle 7.1 zeigt, wurden in allen vier Fachbereichen bereits für die Basisjahre 2018 und 2019 eine Unterversorgung von -10% bis -30% angenommen.⁵¹ Die Prognosen des Obsan ergeben, dass sich dieser Mangel fortsetzt: Auch wenn die Einwanderung von Fachkräften der vier Fachbereiche auf dem gleichen Niveau fortgeschrieben wird, kann der Mangel nicht behoben werden. Ohne eine fortgesetzt hohe Einwanderung von Fachkräften aus dem Ausland akzentuiert sich der Fachkräftemangel in der Grundversorgung weiter.

Tabelle 7.1: Prognose der Unterversorgung in den Szenarien des Obsan von 2022/2023

Fachbereich	Basisjahr Lücke zwischen Bestand und Bedarf (Annahme)	Prognose Bestands- und Bedarfsentwicklung	
		Lücke zwischen Bestand und Bedarf (inkl. Einwanderung ausländischer Fachärztinnen/-ärzte*)	Lücke zwischen Bestand und Bedarf (ohne Einwanderung ausländischer Fachärztinnen/-ärzte*)
Statistisches Basisjahr 2018, Prognosehorizont 2030			
Hausarztmedizin	-20% unter dem Bedarf	-3% bis -16% unter dem Bedarf	-33% bis -41% unter dem Bedarf
Pädiatrie	Ambulant: -20% unter dem Bedarf im Spital: -10% unter dem Bedarf	-13% unter Bedarf bis +2% über Bedarf	-19% bis -29% unter dem Bedarf
Psychiatrie und Psychotherapie	-10% unter dem Bedarf	-2% bis -19% unter dem Bedarf	-20% bis -39% unter dem Bedarf
Statistisches Basisjahr 2019, Prognosehorizont 2032			
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	-30% unter dem Bedarf	-18% bis -33% unter dem Bedarf	-43% bis -53% unter dem Bedarf

* Fachärztinnen und -ärzte mit im Ausland erworbenen, in der Schweiz anerkannten Weiterbildungstiteln
Quelle: Obsan-Berichte 4/2022 und 5/2023

50 Reinhard L, Clarfeld L et al., Current and future workforce of general internal medicine in Switzerland: a cross-sectional study, Swiss Med Wkly. 2024;154:3861.

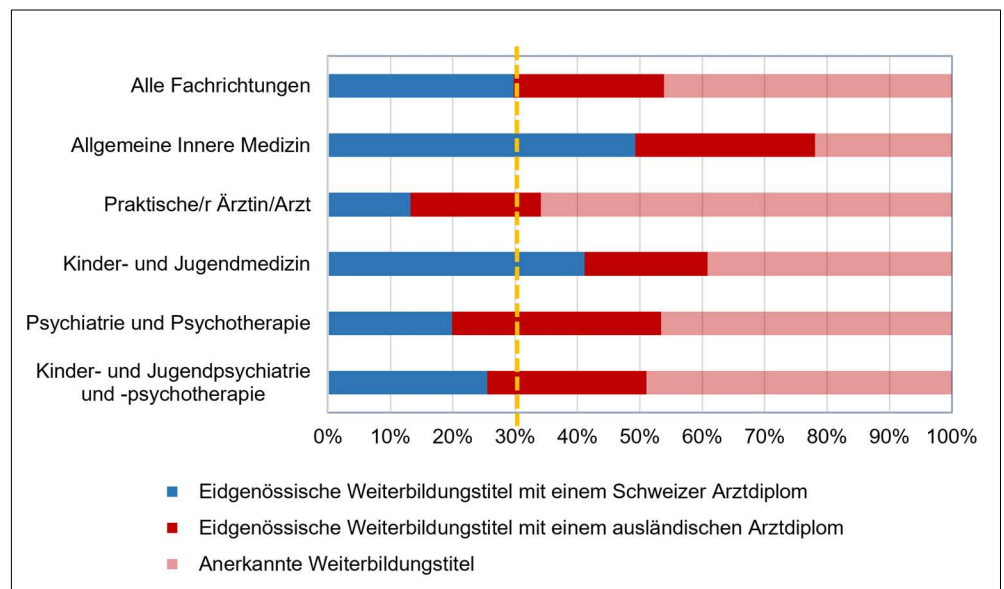
51 Die Aussagen zur bestehenden Unterversorgung basieren auf Annahmen, welche von Expertengruppen erstellt und mit den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften abgestimmt wurden. Siehe Burla L, Widmer M, Zeltner C, Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Obsan Bericht 04/2022. Neuchâtel 2022. Burla L, Widmer M, Haldimann L, Zeltner C, Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 2: Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Obsan Bericht 05/2023. Neuchâtel 2023.

Tabelle 7.1 zeigt, dass auch mit fortgesetzter Einwanderung in allen vier Fachbereichen der Grundversorgung eine Unterversorgung zu erwarten ist und diese sich mit einer Reduktion der Einwanderung noch bedeutend verschärfen kann.

Die Abhängigkeit vom Ausland zeigt sich deutlich bei den Weiterbildungstiteln. Tabelle 7.2 zeigt, dass über alle Fachrichtungen hinweg nur 30% aller Weiterbildungstitel an Ärztinnen und Ärzte vergeben werden, die ihr Studium in der Schweiz absolviert haben. Die Weiterbildungstitel in der Grundversorgung sind in sehr unterschiedlichem Masse betroffen. In der Allgemeinen Inneren Medizin wird mit 49% knapp die Hälfte der Weiterbildungstitel 49% an Personen mit Schweizer Diplom erteilt und auch in die Kinder- und Jugendmedizin liegt mit 42% weit über dem Durchschnitt aller Fachrichtungen. Dies zeigt, dass die Allgemeine Innere Medizin und die Pädiatrie bei Schweizer Studierenden schon heute beliebt sind. Deutlich tiefer liegt der Anteil der Schweizer Diplomierten bei den Weiterbildungstiteln der Psychiatrie und Psychotherapie (20%) sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (26%). Dies weist auf eine tiefe Attraktivität der psychiatrischen Fachrichtungen bei den inländischen Studienabgängerinnen und -gängern hin.

Einen gesonderten Fall stellt der Weiterbildungstitel der praktischen Ärztin oder des praktischen Arztes dar. Dieser Weiterbildungstitel ist keine eigentliche Facharztausbildung: Er beinhaltet eine dreijährige klinische Tätigkeit sowie eine Prüfung in Allgemeiner Innerer Medizin mit geringeren Anforderungen als der Facharzttitel in diesem Fachbereich.⁵² Der Weiterbildungstitel praktische Ärztin/praktischer Arzt berechtigt zur eigenverantwortlichen Tätigkeit in der medizinischen Grundversorgung. Dieser Titel stellt allerdings häufig eine Zwischenstufe zum Erhalt eines Facharzttitels dar.

Abbildung 7.2 Weiterbildungstitel der Grundversorgung nach Ort der Aus- und Weiterbildung, im Vergleich zur Gesamtheit aller Fachrichtungen, Mittel 2016–2025



Quelle: BAG, Medizinalberuferegister (MedReg), Auswertungen des Obsan 2026⁵³

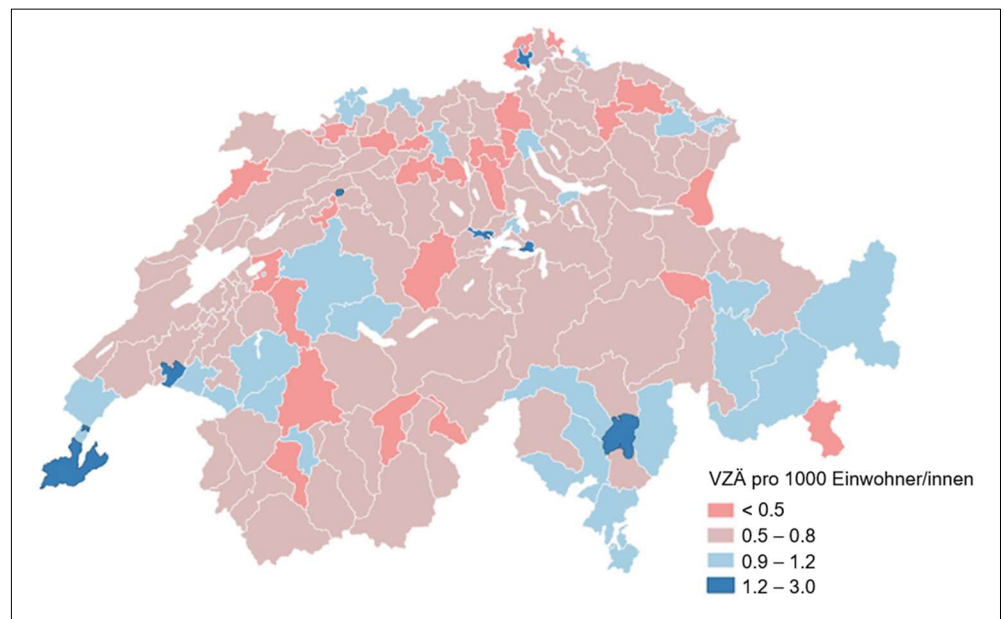
Eine weitere Problematik liegt in der unterschiedlichen räumlichen Verteilung der Grundversorge-rinnen und Grundversorger. Neueren Statistiken (2022) zufolge liegt das übliche Verhältnis in hoch entwickelten Gesundheitssystemen im Median bei etwa 120–150 Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner, d. h. bei 1:650 bis 1:800 oder 1.2–1.5

52 Dies entspricht den internationalen Anforderungen einer dreijährigen Weiterbildung in «Allgemeinmedizin» gemäss Art. 30ff der EU-Richtlinie 93/16, siehe dazu die Angaben der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) unter <https://www.sgaim.ch/de/weiterbildung/praktischer-arzt> (Abfrage 28.5.2026).

53 Obsan (2026). Humanmedizin: Anzahl Weiterbildungstitel (Indikator der Statistiken MedReg/PsyReg). https://ind.obsan.admin.ch/indicator/medpsyreg/_8120 (Abfrage 28.5.2026).

Vollzeitäquivalenten pro 1'000 Personen. Dies kann als Mindestmassstab angesehen werden.⁵⁴ Die FMH-Ärztestatistik 2024 wertet die Versorgungsdichte in der Grundversorgung spezifisch aus. Unter der Grundversorgung werden dabei die berufstätigen Ärztinnen und Ärzte mit dem Hauptfachgebiet Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Praktische Ärztin / Praktischer Arzt, welche hauptberuflich in einer Praxis tätig sind, zusammengefasst. Die festgestellte Versorgungsdichte für die gesamte Schweiz liegt für 2023 bei 0,8 Vollzeitäquivalenten VZÄ pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner.⁵⁵ Abbildung 7.3 zeigt, dass die Grundversorgungsdichte je nach Bezirk sehr unterschiedlich ist, mit einer grösseren Dichte in Städten und Agglomerationsgebieten und einer tieferen Dichte in ländlichen Bezirken.

Abbildung 7.3: Dichte der Grundversorgerinnen und Grundversorger nach Bezirken, 2023



Quelle: FMH-Ärztestatistik 2024, basierend auf statistischen Daten der FMH-Ärztestatistik 2023.⁵⁶

Das Obsan hat gemeinsam mit der Entwicklung einer detaillierten Methode zur Beschreibung der räumlichen Verteilung der Ärztedichte eine erste Auswertung für die Hausarztmedizin erstellt. Der Versorgungsdichteindex zeigt grosse Unterschiede zwischen den Gemeinden auf. So weisen 18% der Gemeinden für die Hausarztmedizin eine Dichte von weniger als 0,6 VZÄ pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner auf. Für 58% der Gemeinden liegt die Dichte zwischen 0.6 und 0.8 VZÄ und bei 24% der Gemeinden auf 0.8 und mehr VZÄ pro 1'000 Personen.⁵⁷

In der pädiatrischen Grundversorgung liegt der internationale Richtwert einer guten Versorgung ebenfalls bei einer pädiatrischen Fachperson in Vollzeittätigkeit pro 1'000 Kindern von 1–14 Jahren, das heisst bei einem Versorgungsdichtewert von Eins. Wie Tabelle 7.4 zeigt, lag die Dichte der ambulanten Pädiaterinnen und Pädiater in allen sieben Grosse Regionen der Schweiz schon 2019 unter diesem internationalen Richtwert, mit Werten des Dichteindex von 0.52 bis 0.83.⁵⁸

54 Eurostat, Medical workforce in the EU: an ageing profession, 16.1.2022; siehe <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20250116-2> (Abfrage 10.6.2026). Diese Angaben stellen keinen festen Richtwert dar, da das Verhältnis von Land zu Land variiert und die für eine angemessene Versorgung erforderliche Ärztedichte wesentlich von der Aufgabenteilung innerhalb der Primärversorgung – insbesondere zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen – sowie von der Organisation und dem Entwicklungsstand des jeweiligen Gesundheitssystems abhängt. Gleichwohl können diese Werte als grober Massstab für die Versorgungsdichte dienen. Siehe auch die nachstehenden Anmerkungen zur Pädiatrie.

55 Hostettler S, Kraft E, FMH-Ärztestatistik 2024 – tiefe Grundversorgungsdichte, in: Schweizerische Ärztezeitung 2025/11–12.

56 Hostettler S, Kraft E, FMH-Ärztestatistik 2024 – tiefe Grundversorgungsdichte, in: Schweizerische Ärztezeitung 2025/11–12.

57 Jörg R, Haldimann L, Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin, Obsan Bericht 7 / 2022, Neuenburg 2022.

58 Von Rhein M, Hauser J, Haldimann L, Jörg R, Gruebner O, Imbalanced access to pediatric primary care in Switzerland: geographic differences and modeled future challenges; European Journal of Pediatrics (2025) 184:648.

Tabelle 7.4 Pädiatrische Grundversorgung in den 7 Grossregionen der Schweiz

Grossregion	Anzahl Gemeinden	Dichteindex pädiatrische Grundversorgung (Anzahl VZÄ pro 1'000 Kinder)	
		2019	2029 (Prognose nach Abzug Pensionierungen)
Genferseeregion	480	0.76	0.57
Espace Mittelland	647	0.57	0.45
Nordwestschweiz	300	0.52	0.36
Zürich	162	0.64	0.47
Ostschweiz	318	0.53	0.40
Zentralschweiz	162	0.58	0.45
Tessin	114	0.83	0.61

Quelle: von Rhein M et al.: *Imbalanced access to pediatric primary care in Switzerland, 2025.*

Durch den Renteneintritt von Pädiaterinnen und Pädiatern wird sich die Versorgungslücke weiter akzentuieren. Die letzte Spalte von Tabelle 7.4 zeigt die prognostizierte Dichte nach Wegfall der pensionierten pädiatrischen Grundversorgenden aber vor der Neuzulassung des pädiatrischen Nachwuchses. Diese pensionierungsbedingten Lücken müssen durch Praxisübernahmen und -eröffnungen junger Pädiaterinnen und Pädiater gefüllt werden. Auch in der pädiatrischen Versorgung gibt es ausserdem deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gemeinden. Während der Dichteindex 2019 in grösseren Städten und deren Agglomeration um oder sogar über dem Dichteindex 1 liegen kann, sind ländlichere Regionen deutlicher unterversorgt.

Nicht einbezogen in diese Berechnungen zur Pädiatrie sind Hausärztinnen und Hausärzte, welche vor allem in ländlichen Gebieten einen Teil der pädiatrischen Grundversorgung übernehmen. Angesichts der bestehenden Lücken in der hausärztlichen Versorgung, die sich in den kommenden Jahren weiter akzentuieren werden, steht auch diese alternative Lösung für die pädiatrische Versorgung unter starkem Druck. In urbanen Gemeinden wiederum tragen auch die Spitäler einen Teil der pädiatrischen Grundversorgung, namentlich in Notfallsituationen. Die pädiatrischen Fallzahlen auf Notfallstationen steigen an und substituieren damit die (fehlende) pädiatrische Grundversorgung in ambulanten Praxen. Angesichts der aktuellen hohen Beanspruchung der Spitalnotfallstationen ist eine derartige Substitution ebenfalls keine angemessene versorgungspolitische Option.

7.3 Politische Fördermassnahmen zugunsten der Grundversorgung

Nach der Jahrtausendwende wurde zuerst die Hausarztmedizin und später die Grundversorgung allgemein zum Gegenstand der politischen Diskussion, was zu verschiedenen Strategien zur Förderung der Hausarztmedizin und Massnahmen auf kantonaler und nationaler Ebene führte. Hier sollen einige wichtige Meilensteine und Massnahmenbereiche aufgeführt werden.

1998 startete die FMH das Programm «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» und schuf dazu gemeinsam mit dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) das Konzept von Assistenzstellen in hausärztlichen Praxen, die über das Programm mitfinanziert wurden. Das Konzept der Praxisassistenten wurde in der Folge von den Kantonen aufgegriffen, die ab 2008 kantonale Praxisassistenten-Programme schufen. Im Rahmen dieser Programme können interessierte Assistenzärztinnen und Assistenzärzte eine Weiterbildung in einer Hausarztpraxis absolvieren, wobei der Kanton einen Anteil der Lohn- und Betreuungskosten übernimmt. Unterdessen bestehen in allen Kantonen spezifische Programme zur Förderung und Finanzierung von Praxisassistenten und in spezifischen Kursen werden Ausbilderinnen und Ausbilder für die Aufgabe geschult. Das System der Praxisassistenten hat sich bewährt. Die kantonalen Programme sind allerdings sehr unterschiedlich ausgestaltet, sei es in der Dauer der Weiterbildungsstellen oder im Ausmass der Finanzierung. In einzelnen Kantonen ist auch die pädiatrische Grundversorgung eingeschlossen.

Ab 2005 wurden in den Universitätskantonen Institute für Hausarztmedizin geschaffen, welche in der Förderung der Hausarztmedizin bis heute eine wichtige Rolle einnehmen (siehe dazu Abschnitt 7.4.2).

Auf eidgenössischer Ebene bildete die 2010 eingereichte Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» den Ausgangspunkt für Massnahmen zugunsten der Hausarztmedizin. Der vom Bundesrat vorgelegte direkte Gegenvorschlag weitete das Anliegen der Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung auf die gesamte medizinische Grundversorgung aus; er wurde 2014 in der Volksabstimmung angenommen. Schon vor der Annahme des neuen Verfassungsartikels 117a wurde 2012 der «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» lanciert. Er vereinte die wichtigen Akteure und trug in der Folge zu einer koordinierten Umsetzung von Massnahmen zur Aus- und Weiterbildung, zur Gestaltung der Rahmenbedingungen für die Praxen der Grundversorgung und zur Anpassung tariflicher Bestimmungen bei.⁵⁹ 2024 wurde als Folgeprojekt zum Masterplan die «Agenda Grundversorgung» lanciert (siehe Abschnitt 2.3). Der im Dezember 2025 publizierte Fachbericht zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern schlägt 18 Massnahmen in den Bereichen der Versorgung, der Berufsprofile und bei den Rahmenbedingungen sowie in der Nachwuchsförderung, den Arbeitsbedingungen und zugunsten einer längeren Berufsverweildauer vor.⁶⁰

7.4 Status der Grundversorgung an den Universitäten der Schweiz

7.4.1 Die Rolle der Grundversorgung im Medizinstudium

Im Rahmen der Erstellung dieses Berichts wurden die beteiligten Fakultäten mit Studiengängen in der Humanmedizin dazu befragt, welche Ansätze sie zur Integration der Grundversorgung in ihre Curricula verfolgen und inwiefern darüber hinaus zusätzliche Strategien identifiziert werden können, um die Verankerung der Grundversorgung im Medizinstudium weiter zu stärken.

Die Antworten zeigen, dass in allen Studiengängen Anstrengungen unternommen wurden, um die Grundversorgung in die Curricula zu integrieren. Dabei werden unterschiedliche Ansätze angewandt und miteinander kombiniert. Die wichtigsten der angewandten Formen der Integration lassen sich in sechs Punkten zusammenfassen, die auch in der Literatur als geeignete Massnahmen angesehen werden, um eine Wahl der Laufbahn in der Grundversorgung zu fördern:⁶¹

1. Longitudinale Integration der Grundversorgung ins Curriculum: Durch eine konsequente Einbettung von Lehreinheiten zur Grundversorgung über die gesamte Studiendauer hinweg kann bereits in frühen Ausbildungsphasen ein differenziertes Verständnis für die Bedeutung der Grundversorgung gefördert werden. Gleichzeitig erlaubt dieser Ansatz, stereotypen Wahrnehmungen entgegenzuwirken, noch bevor sich berufliche Identitäten und Laufbahnvorstellungen ausbilden und verfestigen.
2. Authentische klinische Erfahrungen in Arztpraxen, die obligatorisch und progressiv im Studienverlauf verankert sind: Der unmittelbare Patientenkontakt und die direkte Beteiligung in der Praxis ermöglichen eine nachhaltige «Überzeugung durch Erleben», indem positive berufliche Erfahrungen vermittelt, die Wahrnehmung ärztlicher Rollenmodelle gefördert und Studierenden das Erleben eigener Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit in der medizinischen Tätigkeit eröffnet wird.

59 Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung auf der Homepage des BAG, siehe <https://www.bag.admin.ch/de/masterplan-hausarztmedizin-und-medizinische-grundversorgung> (Abfrage 18.5.2026)

60 Bundesamt für Gesundheit, Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern, Bern, 8. Dezember 2025, siehe <https://www.bag.admin.ch/de/agenda-grundversorgung> (Abfrage 6.4.2026).

61 Pfarrwaller E, Audétat MC, Sommer J, Maisonneuve H, Bischoff T, Nendaz M, et al. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice: Academic Medicine. November 2017;92(11):1536-42.
Pfarrwaller E, Abbiati M, Baroffio A, Haller DM. Geneva medical students increasingly identify primary care physicians as role models after introduction of a compulsory clerkship. European Journal of General Practice. 1 January 2021;27(1):326-30.
Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, Maisonneuve H, Nendaz M, Junod Perron N, et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. J Gen Intern Med. September 2015;30(9):1349-58.

3. Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung als Dozierende im Kernunterricht: Die Präsenz von Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung trägt zur Sichtbarkeit und fachlichen Legitimität der Grundversorgung bei und vermittelt Studierenden, dass es sich dabei um «echte» Medizin handelt. Dadurch wird die Bedeutung der Primärversorgung im Studium verankert und diese als gleichwertiger Teil der medizinischen Praxis wahrgenommen.
4. Akademische und wissenschaftliche Karrierewege mit Verankerung in der Grundversorgung: Die Schaffung von fakultären Laufbahnoptionen, die Entwicklung einer eigenständigen fachlichen Forschungsidentität sowie strukturierte Möglichkeiten zur Mitwirkung in der Lehre tragen wesentlich zur Erhöhung des wissenschaftlichen und institutionellen Stellenwerts der Grundversorgung bei. Dadurch werden zugleich günstige Rahmenbedingungen geschaffen, die langfristige Berufsentscheidungen zugunsten der Grundversorgung begünstigen.
5. Eine strukturierte und institutionell abgestimmte Verknüpfung von Aus- und Weiterbildung, insbesondere im Übergang vom Studium in die Weiterbildungsphase (Transition): Die gezielte Gestaltung der Transitionsphase fördert die Kohärenz zwischen den verschiedenen Ausbildungsphasen und ermöglicht die Etablierung eines Kontinuums von Aus- und Weiterbildung. Sie trägt zur Erhöhung der Sichtbarkeit der Grundversorgung bei und schafft nicht zuletzt Anreize zugunsten der Wahl eines Fachgebietes der Grundversorgung.
6. Frühe Förderung und Sichtbarkeit (auch vor dem Studium): Eine früh angelegte Präsenz der Grundversorgung ermöglicht es, ein differenziertes Bewusstsein für das Berufsfeld zu entwickeln und bestehenden stereotypen Vorstellungen gezielt entgegenzuwirken, noch bevor sich berufliche Identitäten ausbilden.

Genannt wurden ausserdem folgende zusätzlichen Vorschläge zur Stärkung der Grundversorgung im Medizinstudium.

- Frühere und häufigere Exposition der Studierenden in der Grundversorgung
- Schaffung von bereichernden Austauschformaten im Hinblick auf die Transition vom Studium in die Weiterbildung, zum Beispiel über Kontakte mit Alumni, «Community of Practice»-Formaten oder Mentoring.
- Eine konsequente konzeptionelle Verortung der Grundversorgung als eigenständige Disziplin, nicht lediglich als Ort der Ausbildung. Auf diese Weise kann die inhaltliche Breite und fachliche Komplexität der Grundversorgung sowie ihre zentrale Rolle im Gesundheitssystem hervorgehoben werden.
- Gezielte Erhöhung der Anzahl akademischer Stellen zur Betreuung sowie Ausbau des Tutorinnen- und Tutorsystems, insbesondere im Hinblick auf die qualifizierte Begleitung von Masterarbeiten im Bereich der Grundversorgung.
- Im Hinblick auf die Umsetzbarkeit von Praxisnetzwerken für die Ausbildung sind geeignete finanzielle Anreizstrukturen für teilnehmende Praxen und Praxisnetzwerke zu schaffen sowie administrative Prozesse konsequent zu vereinfachen.

Die Resultate der Umfrage zeigen, dass durch die medizinischen Fakultäten eine Vielzahl von Ansätzen zur Stärkung der Grundversorgung in den humanmedizinischen Curricula implementiert werden und weitere Massnahmen diskutiert werden. Bei einer differenzierten Betrachtung der konkreten Umsetzung im Hinblick auf die verschiedenen Teilbereiche der Grundversorgung wird jedoch eine systematische Diskrepanz zwischen der begrifflichen Definition der Grundversorgung und ihrer praktischen Operationalisierung in den Curricula sichtbar. Denn die genannten Massnahmen konzentrieren sich überwiegend auf die Hausarztmedizin, die entsprechend am stärksten in die humanmedizinische Ausbildung integriert ist. Die pädiatrische Grundversorgung wird zwar teilweise durch klinische Ausbildungsplätze in pädiatrischen Praxen sowie durch weitere Formen klinischer Exposition berücksichtigt, dies erfolgt jedoch in deutlich geringerem Ausmass. Die psychiatrische Grundversorgung hingegen ist in den curricularen Massnahmen zur Förderung der Grundversorgung bislang kaum vertreten.

7.4.2 Institutionelle Verankerung der Hausarztmedizin an den Universitäten

Die Hausarztmedizin wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten an allen kantonalen Universitäten mit Medizinstudium institutionell verankert. Zwischen 2005 und 2009 gründeten die 5 Medizinischen Fakultäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich eigene Institute für Hausarztmedizin, welche die Aufgabe übernahmen, die Lehre und Forschung in der Hausarztmedizin und die Verbindung der Akademie mit der klinischen Tätigkeit in den Hausarztpraxen zu stärken.⁶² Angestossen durch den «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» von 2012⁶³ sowie den Aufbau von Medizinstudiengängen an weiteren Universitäten kamen zwischen 2012 und 2020 Institute für Hausarztmedizin an den Universitäten Fribourg, Luzern und St. Gallen und der Universität der italienischen Schweiz hinzu. 2013 wurde ausserdem das Netzwerk der Swiss Academy of Family Medicine (SAFMED) als Dachorganisation der akademischen Institute für Hausarztmedizin in der Schweiz gegründet.

Diese Stärkung der Grundversorgung an den Universitäten fokussierte dabei vor allem auf die Hausarztmedizin, während die grundversorgungsspezifischen Inhalte der Pädiatrie, der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie noch weniger als solche verankert sind.

7.5 Diskussion von Massnahmenoptionen

Das erste Handlungsfeld bei der Förderung der Grundversorgung im Medizinstudium betrifft das humanmedizinische Curriculum, wobei folgende Massnahmenoptionen im Vordergrund stehen:

- Fortsetzung der Integration der Grundversorgung mittels eines breiten Spektrums an curricularen Massnahmen. Die bestehenden Ansätze können weiterentwickelt und breiter angewandt werden. Vielversprechend ist vor allem eine longitudinale Integration der Grundversorgung ins Curriculum, eine frühe klinische Exposition in Arztpraxen und die Integration von Grundversorgerinnen und Grundversorgern als Dozierende im Kernstudium.
- Um dies zu realisieren ist eine bessere Ausschöpfung des Potenzials an Ausbildungsplätzen in Praxen der Grundversorgung in der ganzen Schweiz notwendig.
- Es ist eine verstärkte inhaltliche Berücksichtigung der Pädiatrie, der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie anzustreben, um alle Teilbereiche der Grundversorgung adäquat ins Studium zu integrieren.
- Zur Unterstützung der Transition in die Weiterbildung und berufliche Praxis sollten gezielte Angebote entwickelt werden, beispielsweise Lehrveranstaltungen zu Themen wie selbstständige Berufsausübung, Praxisführung und unternehmerische Kompetenzen.
- Es ist zu prüfen, inwiefern im Studium erbrachte Leistungen stärker auf die postgraduelle Weiterbildung angerechnet werden können, um Ausbildungswege effizienter zu gestalten und Anreize für eine frühzeitige Schwerpunktsetzung in der Grundversorgung zu schaffen.

Als zweites Handlungsfeld ist die akademische und institutionelle Verankerung der Grundversorgung zu nennen. Diese bildet den grundlegenden Rahmen für die Lehre und Weiterbildung in der Grundversorgung. Für die Hausarztmedizin wurde dieser Ansatz bereits erfolgreich umgesetzt und die Institute für Hausarztmedizin fungieren heute als wesentliche Träger von Fördermassnahmen ihres Fachbereichs. Der Ansatz der akademischen Verankerung lässt sich konsequent auf weitere Disziplinen der Grundversorgung übertragen. So sollten die grundversorgungsrelevanten Anteile der Pädiatrie, der Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie systematisch akademisch verortet und institutionell gestärkt werden. Dies kann – abhängig von den organisationsspezifischen

62 Sommer Johanna, Ritter Catherine, Bestandesaufnahme / Ist-Analyse Institute für Hausarztmedizin Schweiz. Durchgeführt im Rahmen des Projektes «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG an die fünf Schweizer Institute für Hausarztmedizin, mit Erhebung durchgeführt von der «Unité de Médecine de Premier Recours» der Medizinischen Fakultät der Universität Genf, Genf Januar 2013, Version 20.2.2013; siehe <https://www.bag.admin.ch/de/masterplan-hausarztmedizin-und-medizinische-grundversorgung> (Abfrage 18.5.2026).

63 Faktenblatt Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung vom 27.9.2013, siehe [file:///C:/Users/ani-enh/Downloads/aktu-faktenblatt-masterplan-hausarztmed-grundversorgung%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/ani-enh/Downloads/aktu-faktenblatt-masterplan-hausarztmed-grundversorgung%20(2).pdf) (Abfrage 18.5.2026).

Rahmenbedingungen der jeweiligen Universitäten – über die Einrichtung spezifischer Institute, die Integration entsprechender Inhalte in bestehende Strukturen der Hausarztmedizin oder durch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der an der Grundversorgung beteiligten Fachgebiete erfolgen. Zentral ist dabei, das Bewusstsein für grundversorgungsspezifische Aufgaben und Perspektiven in den beteiligten Fachgebieten zu schärfen und diese systematisch in die Lehre zu integrieren. Idealerweise wird in diesem Zusammenhang auch die interprofessionelle Zusammenarbeit berücksichtigt, die einen wesentlichen Bestandteil einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Grundversorgung darstellt.

An dieser Stelle soll aber auch thematisiert werden, dass Massnahmen im Rahmen des Medizinstudiums und an den Universitäten die Problematik der Unterversorgung in der Grundversorgung und die nicht bedarfsgerechte Verteilung auf Fachgebiete und Regionen nicht beheben können. Diese Massnahmen können ihre Wirkung nur entfalten, wenn auch in den Handlungsfeldern der Weiterbildung sowie bei den Karriereperspektiven und Rahmenbedingungen der Grundversorgung Massnahmen ergriffen werden, um die Attraktivität der Grundversorgung zu erhöhen. Dazu gehören nicht zuletzt auch Fragen der Arbeitsbedingungen und Tarifierung, welche bei der Wahl des Fachgebietes eine wichtige Rolle spielen.

7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse im Bereich der Grundversorgung

Im Bereich der Grundversorgung besteht angesichts des bevorstehenden Eintritts einer grossen Zahl von Leistungserbringenden in den Ruhestand, der derzeit bestehenden Fehlverteilung zwischen den medizinischen Fachgebieten sowie der ungleichen Verteilung auf die Regionen ein erheblicher Handlungsbedarf, sofern eine Unterversorgung vermieden werden soll.

Massnahmen auf Ebene der Universitäten und innerhalb des Medizinstudiums können zur Verbesserung der Situation beitragen, sind jedoch allein nicht ausreichend. Ihre Wirksamkeit setzt zwingend ergänzende Massnahmen im Bereich der Weiterbildung sowie eine Verbesserung der beruflichen Rahmenbedingungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger voraus. Andernfalls lässt sich keine nachhaltige Wirkung erzielen.

Der Bericht identifiziert zwei zentrale Handlungsfelder zur Förderung der medizinischen Grundversorgung an den Universitäten: zum einen das humanmedizinische Curriculum und zum anderen die akademische sowie institutionelle Verankerung der Grundversorgungsdisziplinen. Im Bereich der Curricula gilt es, die bestehenden Bestrebungen zur Integration der Grundversorgung in die Lehrpläne konsequent fortzuführen und weiter zu intensivieren. Dabei sollte insbesondere sichergestellt werden, dass neben der Hausarztmedizin auch die Pädiatrie, die Psychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie adäquat berücksichtigt werden. Darüber hinaus erscheinen Massnahmen zur gezielten Gestaltung der Transitionsphase sowie zur Etablierung eines Kontinuums von Aus- und Weiterbildung gerade für die Grundversorgung als besonders vielversprechend. Im Hinblick auf die akademische und institutionelle Verankerung empfiehlt es sich, den in der Hausarztmedizin erfolgreich etablierten Ansatz systematisch auf die weiteren Bereiche der Grundversorgung zu übertragen.

TEIL IV: ERGEBNISSE & EMPFEHLUNGEN

8. Zusammenfassung der Ergebnisse und Empfehlungen

Der vorliegende Bericht knüpft an eine lange Reihe von Analysen zur Sicherstellung des Bedarfs an ärztlichen Fachkräften in der Schweiz. Er greift die bisherigen Diskussionen auf und ordnet sie vor dem Hintergrund des bestehenden und sich weiter akzentuierenden Fachkräftemangels, veränderter Berufsprofile von Ärztinnen und Ärzten sowie neuer Erkenntnisse zur Gestaltung eines qualitativ hochstehenden Medizinstudiums ein. Die hier präsentierten Analysen basieren auf Beiträgen von Expertinnen und Experten aller Universitäten mit humanmedizinischen Studiengängen und verschiedenen Stakeholdern des Gesundheitssystems. Das Schlusskapitel fasst nun die Ergebnisse des gemeinsamen Denkprozesses zusammen, im Bewusstsein, dass nicht alle Aspekte abschliessend geklärt sind.

Die folgenden Empfehlungen führen bei Universitäten, medizinischen Fakultäten und an der klinischen Ausbildung beteiligten Gesundheitsversorgern zu anspruchsvollen Entwicklungsprojekten. Bei konsequenter Umsetzung werden sie die Ressourcen der medizinischen Fakultäten in der Schweiz über Jahre binden. Der Bericht wägt deshalb sorgfältig ab, welche Massnahmen als prioritär gelten und welche gegebenenfalls zurückgestellt werden könnten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Umsetzung der vorgeschlagenen Massnahmen in der Verantwortung der zuständigen Akteure liegt und teilweise Anpassungen der gesetzlichen Grundlagen erforderlich machen kann.

Zum jetzigen Zeitpunkt können für die vorgeschlagenen Massnahmen keine verlässlichen Kostenschätzungen angegeben werden. Die Kosten müssen im Verlauf der weiteren Arbeiten konkretisiert werden. Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass eine derart umfassende Reform mit sehr hohen Aufwänden verbunden ist, die sowohl vom Bund als auch von den Kantonen getragen werden müssen.

Allen angesprochenen Handlungsfeldern und Massnahmen ist gemeinsam, dass ihre Wirkung erst langfristig eintritt. Eine Erhöhung der Studienplätze für den Bachelor führt frühestens nach 6 Jahren zu zusätzlichen Abschlüssen in Humanmedizin und erst nach weiteren 6-8 Jahren zu Ärztinnen und Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung und damit zu einer Entlastung in der medizinischen Versorgung, insbesondere in der freien Praxis. Im vorliegenden Fall kommt dazu, dass die Vorbereitung einer Umsetzung, die Kapazitätserweiterungen mit einer Weiterentwicklung der Studienformate, Anpassungen bei den Studieninhalten sowie je nach Standort auch Infrastrukturprojekten kombinieren muss, 3 bis 5 Jahre dauert. Die Massnahmen sollten deshalb rasch angegangen und langfristig ausgerichtet werden, damit sie nachhaltig wirken können.

Schliesslich ist auch festzuhalten, dass die Reform der Zulassung, die Erhöhung der Studienplätze kombiniert mit Massnahmen im Curriculum sowie der Förderung der Grundversorgung während des Medizinstudiums allein nicht ausreichen, um die gegenwärtigen Herausforderungen in der ärztlichen Versorgung zu meistern. Gezielte Massnahmen in der Weiterbildung und zur nachhaltigen Verbesserung der Arbeitsbedingungen namentlich für junge Ärztinnen und Ärzte sind entscheidend. Für entsprechende Massnahmenvorschläge wird an dieser Stelle auf die laufenden Arbeiten des BAG zur ärztlichen Weiterbildung und im Rahmen der Agenda Grundversorgung verwiesen.

8.1 Empfehlungen zur Reform der Zulassung zum Medizinstudium und zur Vermittlung prüfungsrelevanter nicht-kognitiver Kompetenzen im ersten Studienjahr

Angesichts der hohen Anmeldezahlen zum Medizinstudium, welche die verfügbaren Studienplätze um ein Vielfaches übersteigen, kann auch in Zukunft nicht auf eine kapazitätsorientierte Zulassung verzichtet werden. Das Auswahlverfahren ist weiterzuentwickeln mit Fokus auf soziale, kommunikative und weitere berufsrelevante Kompetenzen, Fairness, Justiziabilität und Gewährleistung der Diversität der Studierenden. Das Szenario eines harmonisierten schweizweiten Zulassungsverfahrens, das kognitive und nicht-kognitive Kompetenzen kombiniert, gilt dabei als zukunftsweisend. Dieses soll mit einer Anpassung der Curricula im ersten Studienjahr ergänzt werden, um nicht-kognitive

Kompetenzen zu vermitteln und in die Prüfungen zum Abschluss des Studienjahres zu integrieren. Die Verknüpfung eines mehrdimensionalen Zulassungsverfahrens vor dem Studium mit einem auf breite Kompetenzen fokussierten ersten Studienjahrs erfüllt die politischen Anliegen einer qualitäts- und kompetenzorientierten Auswahl und berücksichtigt, dass wichtige Kompetenzen erst im Studium erlernt werden. Dieses Szenario ist eng verknüpft mit einer stärkeren Ausrichtung der Humanmedizin-Curricula auf berufsrelevante Kompetenzen, wie sie in PROFILES, dem Rahmenwerk für das Medizinstudium, angelegt sind.

Für eine schweizweit harmonisierte Reform der Zulassung zum Medizinstudium ist es erforderlich, zunächst weitere Grundlagen zu den notwendigen Massnahmen und deren Implementierung zu erarbeiten. Konkret wird mit Empfehlung 1 vorgeschlagen, die bereits gut etablierte Zusammenarbeit von swissuniversities und den universitären Hochschulen im Rahmen eines Folgeprojekts weiterzuführen und zur Vorbereitung der Reform zentrale Fragestellungen weiter zu vertiefen.

Dieses Folgeprojekt sollte auch die Vertiefung der Grundlagen zur Erhöhung der Studienplätze und zur Weiterentwicklung der humanmedizinischen Curricula umfassen. Für alle diese Teilbereiche können Arbeitspakete definiert und an einer oder mehreren Universitäten wissenschaftlich bearbeitet werden. Nach Bedarf können auch Aufträge an Dritte vergeben werden. Dieses Vertiefungsprojekt sollte eine gesamtschweizerische Steuerung sowie eine Begleitgruppe mit Vertretung aller medizinischen Fakultäten umfassen und über PGB-Mittel finanziert werden.

Empfehlung 1:

Schweizweit harmonisierte Reform der Zulassung zum Medizinstudium mit einem kombinierten Verfahren vor Studienbeginn, das kognitive und nicht-kognitive Kompetenzen testet

Die Zulassung zum Medizinstudium wird schweizweit harmonisiert. Auf der Basis einer kapazitätsorientierten Selektion vor Studienbeginn wird ein Zulassungsverfahren geschaffen, welches einen kognitiv ausgerichteten Test mit einem Verfahren, das auf nicht-kognitive Kompetenzen (u.a. Kommunikation, Interaktion, Empathie, Resilienz) ausgerichtet ist, kombiniert.

Vorgeschlagene Schritte/ Massnahmen	<p>Schritt 1: Machbarkeitsstudie zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der vorgeschlagenen Reform und Formulierungen der rechtlichen Anforderungen an die Reform, inkl. Prüfung, ob und unter welchen Bedingungen ein Pilotprojekt zur Einführung eines neuen Testverfahrens möglich ist.</p> <p>Schritt 2: Projekt zur Vorbereitung der Reform durch swissuniversities und die universitären Hochschulen: Dieses umfasst eine vertiefte Prüfung der möglichen Testmethoden, die Wahl der geeigneten Testmethoden und Verfahren inkl. Gewichtung der Testmethoden, die Governance des Auswahlverfahrens und die zu erwartenden Kosten. Ausserdem ist zu prüfen, welche Auswirkungen die Reform für die Studiengänge der Zahnmedizin und Veterinärmedizin hätte und wie die Anmeldeprozesse angepasst werden müsste.</p> <p>Schritt 3: Vorbereitung einer gemeinsamen Beschlussfassung der Kantone zu einem entsprechenden Rahmenwerk (inkl. Anpassung kantonaler Rechtsgrundlagen).</p> <p>Schritt 4: Vorbereitung der harmonisierten Implementierung durch swissuniversities und die Universitäten, nach Möglichkeit Durchführung eines Pilotprojekts.</p> <p>Schritt 5: Umsetzung des harmonisierten Zulassungsverfahrens.</p>
Zielhorizont	Vorbereitung der Reform bis 2032, Umsetzung in der BFI-Planungsperiode 2033 bis 2036 (abhängig vom Vorliegen angepasster rechtlicher Grundlagen in den Kantonen)
Federführung Umsetzung	Fachlich: swissuniversities und Universitäten Politisch: Kantone
Beteiligte	Universitäten, Studierende, externe Dritte (Beratung)

Empfehlung 2: Vermittlung von prüfungsrelevanten nicht-kognitiven Kompetenzen im ersten Studienjahr in Ergänzung zu den kognitiv orientierten Inhalten (im Rahmen einer Curriculumsrevision)	
An allen Universitäten mit Bachelor-Studiengängen werden Curriculumsanpassungen im ersten Studienjahr vorgenommen, mit Vermittlung und Prüfung von Wissen, das nebst kognitiven auch soziale, interaktionelle Kompetenzen, Resilienz und Motivation, etc. beinhaltet. Damit soll sichergestellt werden, dass ein breites Kompetenzprofil erworben wird. Die Prüfungen im ersten Studienjahr sind an jeder Universität auf das jeweilige Curriculum ausgerichtet und beinhalten keine kapazitätsorientierte Selektion mehr.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	<p>Schritt 1: Austausch zwischen den medizinischen Fakultäten mit Bachelorstudiengängen im Rahmen der SMIFK zu Fragen der Curriculumsentwicklung und zu den Prüfungen im Rahmen des ersten Studienjahres. Nach Bedarf Etablierung gemeinsamer Instrumente wie z.B. eines Rahmenkonzepts für intracurriculare Multiple Mini-Interviews (MMI) oder anderer standardisierter Verfahren zur Überprüfung eines ausreichenden Erwerbs von Kompetenzen wie Kommunikation und Interaktion, Empathie, Entscheidungsfähigkeit, ethisches Denken und Teamfähigkeit.</p> <p>Schritt 2: Vorbereitung der entsprechenden curricularen Anpassungen im ersten BA-Studienjahr und in den Prüfungsformaten durch jede Universität.</p> <p>Schritt 3: Umsetzung des ersten Studienjahres inkl. kompetenzorientierten Prüfungen zum Abschluss des Studienjahres durch jede Universität.</p>
Federführung Umsetzung	SMIFK, Medizinische Fakultäten mit Bachelorstudiengängen
Beteiligte	Universitäten und Fakultäten, Studierende

8.2 Empfehlungen zu begleitenden Massnahmen im Zugang zum Medizinstudium

Nicht alle diskutierten Aspekte des in Kapitel 4 vorgestellten Handlungsbedarfs können in ein Zulassungsverfahren integriert werden. Es ist deshalb sinnvoll, neben dem reformierten Zulassungsverfahren Begleitmassnahmen umzusetzen, welche spezifische Schwachstellen des Zugangs zum Medizinstudium gezielt adressieren.

Die Erwartungen von Bewerbenden für das Humanmedizinstudium stimmen oft nicht mit der Berufsrealität überein. Es ist daher entscheidend, dass keine falschen Vorstellungen vom Arztberuf bestehen und ein frühzeitiger Ausstieg aus dem Studium oder der späteren klinischen Tätigkeit reduziert wird. Mögliche Ansätze für einen entsprechenden «Reality Check» vor Studienbeginn reichen von Videos zu typischen Berufssituationen über obligatorische Berufsberatungsgespräche bis hin zu kurzen Praktika bzw. «Work-Shadowings» in Kliniken und Praxen. Deren Wirksamkeit und Machbarkeit sind noch vertieft zu prüfen.

Empfehlung 3: Realistische Erwartungen betreffend den ärztlichen Beruf vermitteln	
Es wird empfohlen, Instrumente zu schaffen, welche den Bewerbenden für das Medizinstudium einen Einblick in die Realität des ärztlichen Berufes bieten, um so die Erwartungen besser mit dem Berufsalltag in Übereinstimmung zu bringen. Diese Instrumente sollen im Rahmen der Anmeldung zum Medizinstudium für alle Kandidierenden verbindlich umgesetzt werden.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	<p>Schritt 1: Vertiefte Erarbeitung von Grundlagen und Erstellung eines Konzepts zur Schaffung geeigneter Instrumente</p> <p>Schritt 2: Umsetzung der ausgearbeiteten Instrumente</p>
Federführung Umsetzung	swissuniversities
Beteiligte	Fakultäten, Studierende, Leistungserbringer- und Berufsverbände

Die Schaffung alternativer Zugänge zum Medizinstudium (z. B. Passerellen, vereinfachter Zugang für Personen mit einem BA-Abschluss in Medizin aus dem Ausland oder Berufsleute aus anderen Gesundheitsberufen) liegt heute in der Verantwortung der Universitäten. Sie stimmen diese Zugänge auf ihre jeweiligen Situationen und Curricula ab. An dieser Zuständigkeit für die Entwicklung spezifischer Studienzugänge soll sich nichts ändern. In der Regel geht es hierbei um eine geringe Anzahl von Personen, die einen alternativen Zugang nutzen. Es sollte ausserdem kein gezielter «Brain Gain» zulasten anderer Gesundheitsberufe erfolgen, die ihrerseits von Fachkräftemangel betroffen sind. Wenn Universitäten sich in der Entwicklung entsprechender Zugänge engagieren wollen, liegt dies innerhalb ihrer Zuständigkeit. Nicht alle Universitäten müssen dies tun, einzelne Angebote können die geringen Zahlen der interessierten Personen aufnehmen. Die Programme sollten aber im Idealfall so abgestimmt sein, dass ein fakultärer Wechsel beim Übertritt vom Bachelor- in den Masterstudiengang nicht weiter erschwert oder gar verhindert wird.

Empfehlung 4:

Alternative Zugänge zum Studium als Angebote einzelner Universitäten

Die Schaffung von alternativen Zugängen zum Studium soll weiterhin in der Verantwortung der einzelnen Universitäten liegen. Diese können spezifische Angebote in Abstimmung mit ihren Studiengängen entwickeln.

Federführung Umsetzung	Universitäten, medizinische Fakultäten
Beteiligte	Je nach Zielgruppe des alternativen Zugangs

Ein mehrfach formuliertes Anliegen betrifft die Verbesserung der Anrechnung von Studienleistungen des Medizinstudiums für Personen, die das Medizinstudium verlassen und in thematisch verwandte Studienrichtungen wechseln (z.B. Biomedizin, Pflegewissenschaften, Psychologie). Dadurch können die gesellschaftlichen und persönlichen Kosten eines Studienfachwechsels reduziert werden. Die Anrechnung der Medizinstudiums-Leistungen an andere Studiengänge liegt allerdings nicht in der Kompetenz der medizinischen Fakultäten. Entsprechende Entscheidungen liegen strategisch bei den Universitäten und operativ bei den Fakultäten, welche diese Studierenden aufnehmen. Als wichtige Voraussetzung für eine verbesserte Durchlässigkeit ist zu beachten, dass die Unterrichtsmodule innerhalb des Medizinstudiums so beschaffen sein sollten, dass sie für andere Studienrichtungen anrechenbar sind.

Empfehlung 5:

Validierung der Studienleistungen von Personen, die das Medizinstudium verlassen

Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	<p>Schritt 1: Seitens der medizinischen Fakultäten: Anliegen im Rahmen des Konzepts zur Neugestaltung des ersten Studienjahres aufnehmen.</p> <p>Schritt 2: Strategische Entscheide der Universitäten und Auftrag an Fakultäten, ein System der Anerkennung von humanmedizinischen Studienleistungen durch andere Fakultäten und Studiengängen zu schaffen.</p>
Federführung Umsetzung	Universitäten und Fakultäten (nicht nur medizinische)
Beteiligte	Universitäten mit Medizinstudium, andere Fakultäten

Die Idee von Bonus-Punkten im Zulassungsverfahren für Leistungen wie Praktika, Studienjahre in nahen Studienfächern, abgeschlossene Berufsausbildungen oder Berufserfahrungen im Gesundheitswesen wird international in einzelnen Ländern angewandt. Der zugrundeliegende Gedanke besteht darin, dass damit Vorleistungen validiert werden und Personen, die schon eine bessere Vorstellung vom Beruf oder konkretes Vorwissen haben, ein bevorzugter Zugang zum Studium gewährt wird und dadurch weniger Austritte aus dem Beruf zu erwarten sind. Ein Bonus-System bringt jedoch bedeutende Nachteile mit sich. So werden mit einem Bonus-System Fehlanreize gesetzt: Personen absolvieren Studiengänge oder machen ganze Berufsausbildungen allein mit dem Ziel,

Zugang zum Medizinstudium zu erhalten. Dies führt zu hohen Aufwänden für diese Zubringerfunktion und verlängert die bereits lange Ausbildungsdauer der Ärztinnen und Ärzte. Werden Praktika mit Bonus-Punkten belohnt, so werden ausserdem die Gesundheitsinstitutionen eine grosse Zahl von Praktika bewältigen müssen: Die Kapazitäten dafür sind nicht vorhanden, besonders wenn Gesundheitseinrichtungen bereits erhöhte Zahlen von Studierenden und Personen in Weiterbildung bewältigen müssen. Die Einführung eines Bonus-Punkte-Systems wird deshalb als nicht zielführend beurteilt.

Empfehlung 6:

Verzicht auf die Einführung eines Systems von Bonuspunkten im Zulassungsverfahren

Es wird empfohlen, auf die Einführung von Bonus-Punkten für Vorleistungen für ein Medizinstudium zu verzichten.

8.3 Empfehlungen zur Erhöhung der Studienplätze und zur Entwicklung der Lehrformate

Die Bedarfsprognosen zeigen, dass eine hohe Anzahl zusätzlicher Abschlüsse in Humanmedizin notwendig ist, um den Bedarf zu decken und die Auslandsabhängigkeit zu reduzieren. Angesichts dieses Mehrbedarfs ist ein zweites Sonderprogramm zur Erhöhung der Studienplätze in der Medizin zu empfehlen. Dieses kann im Grundsatz dem Muster des ersten Sonderprogramms Humanmedizin von 2017-2020 folgen, es sind jedoch Besonderheiten zu beachten.

Nach dem bedeutenden Ausbau der Studienplätze im Sonderprogramm 2017-2020 sind die Kapazitäten der Universitäten zur Erhöhung der Studienplätze weitgehend ausgeschöpft und es bestehen nur geringe kurzfristig mobilisierbare Kapazitäten zum Ausbau. Um diese aktuellen Grenzen zu überwinden, ist eine gute Vorbereitung notwendig, wobei folgende Punkte zu beachten sind.

- a. Die Standorte sind sehr heterogen aufgestellt.
- b. Die grössten Engpässe liegen bei den klinischen Ausbildungsplätzen: Es wird deshalb unverzichtbar sein, das Potenzial der Institutionen des Gesundheitswesens zur Bereitstellung klinischer Ausbildungsplätze optimal auszuschöpfen. Dies bedeutet namentlich die Bereitstellung von klinischen Ausbildungsplätzen durch das ganze Netzwerk öffentlicher Institutionen wie auch den privaten Sektor, sowohl ambulant wie stationär. Damit sich die medizinischen Fakultäten bei der Rekrutierung von klinischen Ausbildungsstätten nicht konkurrenzieren, ist eine Koordination sinnvoll.
- c. Die Erhöhung der Anzahl Studienplätze beinhaltet zwingend auch eine Weiterentwicklung der Curricula. Neben deren inhaltlichen Weiterentwicklung (siehe Kapitel 6) und der verstärkten Integration der Grundversorgung (siehe Kapitel 7) ist auch eine Weiterentwicklung der Unterrichts- und Prüfungsformate bzw. die Entwicklung neuer Formate notwendig (siehe Abschnitt 5.4), um für die Zukunft gewappnet zu sein und eine qualitativ gute und effiziente Lehre zu implementieren.
- d. Kapazitätsgrenzen bestehen auch bei der baulichen Infrastruktur, welche die zusätzlichen Studierenden nicht mehr aufnehmen kann und gleichzeitig auch nicht mehr den aktuellen Unterrichtsformaten entspricht. Die bauliche Infrastruktur ist gezielt an erhöhte Studierendenzahlen und die Anforderungen einer kompetenzorientierten humanmedizinischen Ausbildung auszurichten.

Das erste Sonderprogramm Humanmedizin hat wirkungsvoll Anreize zur Schaffung von zusätzlichen Studienplätzen und Initiierung von neuen Studienprogrammen gesetzt, ein zweites Sonderprogramm kann an diese Erfahrungen anknüpfen. Die Analysen und das Beispiel Zürich (Med500+) zeigen allerdings auch, dass die nationalen Beiträge nur einen geringen Teil der Gesamtkosten abdecken und während der Aufbauphase wie auch im Betrieb hohe Kosten bei den Kantonen, insbesondere bei den Universitätskantonen anfallen. Um einen nachhaltigen Ausbau der Studienplätze zu erreichen, müssen deshalb auch die langfristigen operativen Kosten gemeinschaftlich getragen werden.

Empfehlung 7: Durchführung eines zweiten Sonderprogramms zur Schaffung von Studienplätzen für die Humanmedizin	
<p>Es wird empfohlen, ein zweites Sonderprogramm Humanmedizin durchzuführen, in dem den Universitäten parallel zum ersten Sonderprogramm Pauschalen pro geschaffenen Studienplatz ausbezahlt werden und so Anreize zur Schaffung von neuen Studienplätzen in der Medizin unter Berücksichtigung der weiteren Massnahmen gesetzt werden.</p> <p>Die Beiträge an die initiale Schaffung von Studienplätzen sind durch ein nachhaltiges Finanzierungsmodell für den langfristigen Betrieb der erhöhten humanmedizinischen Studienkapazitäten zu ergänzen, an dem sich alle Kantone und der Bund beteiligen.</p>	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	<p>Schritt 1: Vorbereitung des Sonderprogramms (siehe Empfehlungen 8–10 und 13) in einem gemeinsamen Grundlagenprojekt und in Projekten der einzelnen Universitäten</p> <p>Schritt 2: Finanzierung von zusätzlichen Studienplätzen in der Humanmedizin durch eine Pauschale, im Vergleich zu einem festzusetzenden Basisjahr. Die medizinischen Fakultäten zeigen im Rahmen des Sonderprogramms ausserdem auf, wie sie die Grundversorgung im Curriculum verankern.</p> <p>Schritt 3: Langfristige Gewährleistung der Finanzierung durch Universitätskantone, Nicht-Universitätskantone und den Bund</p>
Federführung Umsetzung	SBFI, Universitäten, Fakultäten
Beteiligte	Bund, Kantone und Universitäten, Studierende

Gemäss den oben erwähnten Massnahmen zur Umsetzung eines Sonderprogramms ist in einem ersten Schritt das Wissen darüber zu vertiefen, wie viele zusätzliche Studienplätze anzustreben sind bzw. wie viele zusätzliche klinische Plätze dazu benötigt werden und welches Potenzial zur Mobilisierung von klinischen Ausbildungsplätzen vorhanden ist. Dies beinhaltet auch die vertiefte Prüfung curricularer Fragen zum Thema der Ausbildungsanteile, welche in der Klinik stattfinden sollen (bzw. Mindestumfang der klinischen Immersion). Auf der Basis dieser Grundlagenarbeit ist ein gemeinsames Projekt der Universitäten zu entwickeln, das die Mobilisierung der klinischen Ausbildungsplätze regional und gegebenenfalls national koordiniert. Es ist dabei zu prüfen, welche gemeinsamen Instrumente für die Koordination der Ausbildungsplätze sinnvoll sind, etwa im Bereich einer gemeinsamen Erfassung der zur Verfügung stehenden Plätze, einer Abstimmung der Praktikumszeiten oder abgestimmter Abgeltungsansätze.

Die Bereitstellung klinischer Ausbildungsplätze geschieht bisher auf freiwilliger Basis und die Kosten werden zum Teil (v.a. im Wahlstudienjahr) von den Versorgungsakteuren selbst getragen. Nicht alle Versorgungsakteure beteiligen sich gleichermassen an diesen Anstrengungen, aktuell sind vor allem die Universitätsspitäler und grösseren Kantonsspitäler und Privatspitäler involviert. Um eine Ausweitung zu erreichen, ist es notwendig, auch die übrigen Spitäler mit öffentlicher oder privater Trägerschaft sowie die Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte für die klinische Ausbildung zu mobilisieren. Dabei kann diese Mobilisierung einerseits über die Setzung von Anreizen und günstigen Rahmenbedingungen erreicht werden oder aber durch die Etablierung einer Verpflichtung zur Beteiligung an entsprechenden Programmen (z.B. über die Spitalliste oder über Ausbildungsvorgaben in Analogie zu den Pflegeberufen). Dazu sind allerdings eine Prüfung der rechtlichen Möglichkeiten sowie gegebenenfalls die Anpassung des bestehenden Rechts notwendig.

Empfehlung 8: Mobilisierung des Potenzials an klinischen Ausbildungsplätzen innerhalb des Schweizer Gesundheitswesens	
<p>Für die Mobilisierung von klinischen Ausbildungsplätzen sind Grundlagen zu schaffen, wobei die daraus folgenden Mobilisierungsbemühungen regional und schweizweit koordiniert werden sollten mit Mobilisierungskampagnen und einem gemeinsamen Framework zur Koordination der klinischen Ausbildungsplätze. Wenn möglich soll die Koordination auch die Abgeltung klinischer Ausbildungsleistungen umfassen.</p> <p>Es ist dabei zu prüfen, welche Anreize für die Schaffung von Ausbildungsplätzen eingeführt werden oder ob verbindlichere Vorgaben zur Zurverfügungstellung von Ausbildungsplätzen notwendig sind.</p>	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	<p>Schritt 1: Erarbeitung eines Konzeptes mit Vertiefung der Analysen zu den benötigten Ausbildungsplätzen, zur Mobilisierung klinischer Ausbildungsplätze und der schweizweiten Koordination sowie einer nachhaltigen Finanzierung der klinischen Ausbildungselemente. Dieser Schritt ist hoch prioritär und sollte so schnell als möglich angegangen werden.</p> <p>Schritt 2: Entwicklung von Instrumenten zur Koordination, um einen ungesunden Wettbewerb um klinische Ausbildungsplätze zu vermeiden</p>
Federführung Umsetzung	Medizinische Fakultäten
Beteiligte	<p>swissuniversities, Universitäten, Medizinische Fakultäten, Bund, Kantone, Spitäler und andere Leistungserbringer,</p> <p>Nach Bedarf Einbezug des SIWF, der Fachgesellschaften (im Hinblick auf die Koordination mit der Weiterbildung) und der Verbände der Grundversorgungsdisziplinen für die Mobilisierung von Grundversorgerinnen und Grundversorgern als Ausbilderinnen und Ausbilder.</p>
Bemerkungen	Bestehende Bemühungen an den Universitäten zur Rekrutierung von Ausbildungsplätzen sollen nicht gefährdet werden.

Die Hochschulen werden sich mit dem Spannungsfeld zwischen steigenden Studierendenzahlen und der Notwendigkeit auseinandersetzen müssen, den Kriterien der kompetenzbasierten Ausbildung gerecht zu werden. Dies setzt frühzeitige und regelmässige, über einen längeren Zeitraum hinweg stattfindende klinische Tätigkeiten unter Aufsicht voraus. Auch die Motivation der Studierenden und die Entwicklung ihrer beruflichen Identität müssen durch kontinuierliche und regelmässige sinnvolle klinische Kontakte gefördert werden. Eine Kombination aus digitalen Lernformaten und Simulationen zur Förderung des klinischen Denkens und der klinischen Kompetenzen, ergänzt durch authentische klinische Kontakte, ist unerlässlich. Der Lehrplan könnte so gestaltet werden, dass in den ersten Studienjahren in der klinischen Ausbildung stärker auf Digitalisierung und Simulation gesetzt wird, während in den späteren Jahren der Schwerpunkt auf realen klinischen Umgebungen liegt.

Empfehlung 9: Entwicklung von innovativen Lehrformaten und Weiterentwicklung bestehender Lehrformate, die sinnvoll in die Curricula integriert werden Qualitative Entwicklung der Studieninhalte und deren Vermittlung mittels neuer digitaler Formate, Simulationen, Peer-to-Peer-Formaten und Patient- and Public Involvement (PPI). Grundsätzlich liegt diese Neugestaltung der Curricula bei jeder einzelnen Universität. Es lohnt sich jedoch, im Bereich der Entwicklung neuer Lehrformate koordiniert vorzugehen und wo möglich Synergien zu schaffen.	
Vorgeschlagene Massnahme	Projekte zur gemeinsamen Entwicklung neuer Lehrformate
Federführung Umsetzung	Medizinische Fakultäten
Beteiligte	Studierende

In der Anfangsphase des Medizinstudiums muss zur Vermittlung klinischer Kompetenzen und der Fähigkeit zum logischen Denken in hohem Mass auf Simulationen und Übungslabore zurückgegriffen werden. Zur Bewältigung der erhöhten Anzahl Studierender müssen die Hochschulen die entsprechend erforderliche Infrastruktur ausbauen. Ein grosser Teil der Kosten für die Infrastruktur fällt bei den Kantonen an. Bauinvestitionsbeiträge oder Baunutzungsbeiträge des Bundes können dabei jedoch einen wichtigen Anstoss leisten, dass diese Investitionen zielgerichtet getätigt werden.

Empfehlung 10: Bauliche Voraussetzungen für die Erhöhung der Studienplätze schaffen Bauinvestitionen v.a. im Hinblick auf Simulationszentren/Skills Labs, unterstützt durch Bauinvestitions- und Baunutzungsbeiträge gemäss HFKG	
Vorgeschlagene Massnahme	Bauen von Simulationszentren und weiteren Gebäuden und Infrastrukturen für das Humanmedizinstudium.
Federführung Umsetzung	Universitäten
Beteiligte	–

8.4 Entwicklung der humanmedizinischen Curricula und Prüfungen

Das in den letzten 10 Jahren eingeführte Rahmenwerk PROFILES erfüllt die Anforderungen an eine qualitäts- und kompetenzorientierte medizinische Ausbildung. PROFILES etabliert dabei den kompetenzorientierten Ansatz für die humanmedizinischen Lehrgänge, dient als Vorgabe für Prüfungen und ist international verankert und anschlussfähig. Es erlaubt laufende Anpassungen an Entwicklungen des Berufsprofils, indem diese in neue Versionen einfließen können – so wie es in der zweiten Version von PROFILES von 2023 bereits umgesetzt wurde. Organisatorisch ist das Rahmenwerk gut aufgestellt, mit funktionierenden Revisionsprozessen innerhalb der SMIFK und einer breit abgestützten Ausarbeitung der jährlichen eidgenössischen Prüfungen, beides unter Aufsicht des BAG. Die Implementierung der Vorgaben im Rahmen der humanmedizinischen Curricula und intracurricularen Prüfungen liegt richtigerweise bei den einzelnen Universitäten. Die Implementierung einer kompetenzbasierten Ausbildung bleibt anspruchsvoll, vor allem in der Anpassung der Prüfungsmodalitäten. Die Umsetzung ist von Standort zu Standort variabel, doch sie schreitet an allen Universitäten voran.

Es besteht deshalb kein Reformbedarf betreffend die aktuellen Rahmenbedingungen für die humanmedizinischen Lehrgänge und deren Akkreditierung sowie die eidgenössischen Prüfungen.

Empfehlung 11: Beibehaltung und Pflege von PROFILES als Rahmenwerk eines kompetenzorientierten Medizinstudiums und Weiterführung der Rollenverteilung in dessen Umsetzung	
Der vorliegende Bericht beurteilt das Rahmenwerk PROFILES und die Rollenverteilung für dessen Implementierung als angemessen und zukunftsfruchtig. Das neue System funktioniert. Es wird deshalb empfohlen, das Rahmenwerk und die Zuständigkeiten beizubehalten und das Augenmerk auf die Fortsetzung der Implementierung an den einzelnen Universitäten im Kontext einer Erhöhung der Anzahl Studienplätze und der notwendigen Stärkung der Grundversorgung zu legen.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Laufende Anpassung von PROFILES an aktuelle Entwicklungen des Berufsprofils des Humanmediziners/der Humanmedizinerin durch die SMIFK Implementierung von PROFILES in die lokalen Curricula und Prüfungsansätze unter Berücksichtigung der Erhöhung der Studierendenzahlen und der Stärkung der Grundversorgung Die Akkreditierungskriterien sollten angepasst werden, um die Implementierung von PROFILES besser zu berücksichtigen.
Federführung Umsetzung	SMIFK
Beteiligte	Alle medizinischen Fakultäten, AAQ/Schweizer Akkreditierungsrat, BAG und MEBEKO, Studierende

Es besteht Einigkeit, dass ein früher klinischer Kontakt bzw. ein frühes Eintauchen in die klinische Praxis während des Studiums wichtig ist, um den Studierenden Einblicke in den medizinischen Berufsalltag zu vermitteln, wie es in der kompetenzorientierten Ausbildung vorgesehen wird. Die Formate für diese frühen Lehrformen befinden sich noch in der Entwicklung; einige Aspekte können durch Simulation abgedeckt werden, doch praktische, relevante klinische Erfahrung bleibt unverzichtbar. Eine frühzeitige Einbindung von klinischen Kursen in die Curricula ist allerdings auch kostspielig und bedeutet, dass die derzeitige finanzielle Aufteilung der IUV in vorklinische Jahre (BA1 und BA2) mit einer Abgeltung gemäss der Kostengruppe II und erst ab dem 3. Studienjahr (BA3, Beginn der klinischen Studien) einer erhöhten Abgeltung gemäss der Kostengruppe III, nicht mehr angemessen ist. Eine Evaluation dieser Unterscheidung und gegebenenfalls eine Anpassung des Finanzierungsmodells ist sinnvoll.

Empfehlung 12: Frühe klinische Exposition im Studium	
Der frühzeitige Kontakt mit klinischen Situationen ist im Rahmen der kompetenzbasierten medizinischen Ausbildung und der Entwicklung des klinischen Denkens durch die Anwendung von Grundkenntnissen von grosser Bedeutung. Dieser Kontakt kann in verschiedenen Formaten erfolgen, die auf klinischen Fällen basieren, darunter digitale Formate oder andere Formen der Simulation. Die Entwicklung klinischer Fähigkeiten erfordert Infrastrukturen, die die Möglichkeit bieten, diese Fähigkeiten praktisch zu trainieren, wie beispielsweise Laborfertigkeiten. Die Entwicklung der beruflichen Identität und die Motivation, die dem Medizinstudium Sinn verleiht, werden durch den Kontakt mit Patienten und das Eintauchen in den realen klinischen Alltag erreicht. Diese schrittweise Einbindung in das reale klinische Umfeld sollte über den gesamten Studienverlauf hinweg organisiert werden.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Schritt 1: Die Universitäten passen ihre Curricula an, um die Studierenden früh mit klinischen Situationen in Kontakt kommen zu lassen. Schritt 2: Evaluation und allenfalls Anpassung der Tarifgestaltung im Rahmen der interkantonalen Finanzierung nach IUV, um die frühe klinische Exposition angemessen abzugelten.
Federführung Umsetzung	Medizinische Fakultäten
Beteiligte	Fakultäten, Spitäler, niedergelassene Praxen etc., Kantone, BFS, Organe der IUV (EDK)

In den letzten Jahren wurde die Grundversorgung in allen Universitäten stärker in die medizinischen Curricula integriert. Diese Bemühungen betrafen vor allem die Hausarztmedizin und weniger die Bereiche der ambulanten Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Formen der Einbindung gestalten sich dabei sehr unterschiedlich. Die entsprechenden Bemühungen müssen fortgesetzt werden, um die Studierenden bereits während des Medizinstudiums frühzeitig mit relevanten Situationen der Grundversorgung vertraut zu machen. Dies bedeutet unter anderem auch den Einbezug der ambulanten Primärversorgung und eine stärkere Fokussierung auf Pädiatrie und Psychiatrie sowie auf die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Empfehlung 13: Stärkung der Grundversorgung in den medizinischen Curricula	
Die Erhöhung der Studienplätze und die damit verbundenen Anpassungen in den humanmedizinischen Curricula wird mit einer weiter vorangetriebenen Integration der Grundversorgung in die Curricula verbunden. Dabei wird ein verstärkter Fokus auf Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie als Disziplinen der Grundversorgung gelegt und die Perspektive der interprofessionellen Grundversorgung mitberücksichtigt.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Schritt 1: Die Universitäten führen die Verankerung der Grundversorgung in ihren Lehrplänen weiter und berücksichtigen besonders auch die Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schritt 2: Die Kontakte zu ambulanten Versorgungseinrichtungen werden ausgebaut und intensiviert, mit einem Fokus nicht nur auf der Hausarztmedizin, sondern auch auf Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.
Federführung Umsetzung	Medizinische Fakultäten
Beteiligte	Einstellung von verschiedenen Lehrkräften aus der ambulanten Grundversorgung und aus stationären Einrichtungen, aus allen Fachrichtungen der Grundversorgung

Empfehlung 14: Aus- und Weiterbildung als Kontinuum gestalten	
Assistenzärztinnen und Assistenzärzte befinden sich während ihrer Facharztausbildung noch in der Weiterbildung. Die Grundsätze der kompetenzbasierten medizinischen Bildung (CBME) sollten auch in der Facharztausbildung gelten, wobei dieselben Konzepte und Prinzipien sowie dieselben Betreuungskompetenzen zum Tragen kommen sollten. Dies ist ein fortlaufender Prozess, an dem alle medizinischen Fachgebiete im Rahmen der EPA mitwirken. Um die Facharztausbildung zu verkürzen, sollte die Möglichkeit geprüft werden, bestimmte Module der medizinischen Ausbildung für die Facharztausbildung anzurechnen, oder e-Portfolios zu schaffen.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Massnahme 1: Umsetzung der Grundsätze der CBME in allen Einrichtungen, die Medizinstudierende und Assistenzärztinnen und Assistenzärzte aufnehmen. Massnahme 2: Bezeichnung von Studienmodulen, die für die postgraduale Ausbildung angerechnet werden können (z. B. Wahlmodule, längere klinische Praktika oder Module mit höherem Kompetenzniveau. Weitere Koordinierungsmassnahmen sollen geprüft werden.
Federführung Umsetzung	SMIFK (integriert medizinische Fakultäten, SIWF, BAG), AAQ/Schweizerischer Akkreditierungsrat
Beteiligte	Abstimmung mit dem SIWF und den medizinischen Fachgebieten zur Umsetzung von CBME-Konzepten im Rahmen von EPA

Wie im White Paper des Collège des Doyens dargelegt, stellt der Übergang von der medizinischen Ausbildung zur Facharztausbildung und zur praktischen klinischen Tätigkeit einen entscheidenden Schritt in der Entwicklung einer Ärztin oder eines Arztes dar. Dies äussert sich in einer starken Belastung der jungen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, einer unzureichenden Verknüpfung zwischen theoretischem Wissen und klinischer Anwendung sowie einer begrenzten Entwicklung von überfachlichen Kompetenzen wie Selbstorganisation und interprofessioneller Zusammenarbeit, Umgang mit Unsicherheiten sowie mit Verantwortlichkeiten und Selbstfürsorge. Das letzte Studienjahr ist weitgehend von der Prüfungsvorbereitung geprägt anstatt von der tatsächlichen beruflichen Vorbereitung.

Dies könnte überwunden werden, wenn das empfohlene Konzept der programmatischen Bewertung eingeführt würde, die sich mehr auf die gezielte Förderung und Einübung der angestrebten Kompetenzen stützt als auf das Erreichen der notwendigen Werte zum Bestehen der Prüfungen.

Empfehlung 15: Eine Phase der Transition etablieren und in deren Rahmen die Vorbereitung der Studierenden auf die Realitäten des Berufsalltags in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten integrieren	
Ein kompetenzorientierter Lehrplan (CBME), der auf die angestrebte Selbstständigkeit abzielt, ist ein erster Schritt, um Studierende auf die Praxis vorzubereiten, und geht über eine spezifische und begrenzte Vorbereitungsphase hinaus. In Rahmen der Transitionsphase können spezifische Aktivitäten eingeführt werden, welche die Realität der Praxis widerspiegeln.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Schritt 1: Soweit möglich ein kompetenzorientiertes Curriculum umsetzen, das idealerweise auch einen Ansatz zur programmatischen Bewertung umfasst. Schritt 2: Ein Langzeitprogramm zur Entwicklung der beruflichen Identität einführen, welches die Integration in die Praxis unterstützt.
Federführung Umsetzung	Medizinische Fakultäten

8.5 Begleitende Massnahmen zur Stärkung der Lehre und der Grundversorgung

Ein wiederkehrendes Thema ist die mangelnde Wertschätzung der klinischen Lehre. Derzeit übernehmen Oberärztinnen und -ärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte den Grossteil der Lehre am Krankenbett, ohne dafür ausreichend gewürdigt zu werden. Sie sollten durch «protected teaching time» für die Lehre, berufliche Anreize sowie akademische Laufbahnen und Titel wertgeschätzt werden.

Angesichts der für den CBME-Ansatz erforderlichen Supervisionskompetenzen sollte die formale Ausbildung von klinischen Ausbilderinnen und Ausbildern ausgeweitet und verstärkt werden. Diese Ausbildung könnte auch für die Graduiertenausbildung von Nutzen sein, da dort dieselben Kompetenzen zum Tragen kommen.

Empfehlung 16: Anerkennung und Unterstützung der Rolle der Dozierenden und klinischen Ausbilderinnen und Ausbilder	
Die Rolle der akademischen Lehrperson und des klinischen Ausbilders/der klinischen Ausbilderin sollte als Beitrag zu einer akademischen Laufbahn oder als eigenständiger Karriereweg gewürdigt und anerkannt werden. Gleichzeitig sollten Dozierende und klinische Ausbilderinnen und Ausbilder durch geeignete Bildungsmassnahmen unterstützt werden.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Massnahme 1: Einrichtung eines klinischen Karrierepfades, der eine akademische Laufbahn im Lehrbereich (anknüpfend am klinischen Dozent-Titel) und mit «protected time» für die Lehre ermöglicht Massnahme 2: Unterstützung der Lehrkräfte durch ein Weiterbildungsprogramm zu Didaktik und Supervision («Teach-the-Teachers»-Programm) sowie pädagogische und administrative Unterstützungsangebote. Die gegenseitige Anerkennung dieser Ausbildung mit dem Angebot des SIWF ist zu erreichen.
Federführung Umsetzung	Universitäten
Beteiligte	Lokale oder regionale «Teach-the-Teachers»-Programme, Anbindung an eine Universität für akademische Laufbahnen, SIWF

In den letzten Jahren wurde die Hausarztmedizin an neun medizinischen Fakultäten oder Einrichtungen in Form von Instituten oder Zentren für Hausarztmedizin institutionalisiert. Diese akademische Grundlage ist wichtig für den Ausbau der entsprechenden Anteile in der Lehre, reicht jedoch nicht aus. Die Institutionalisierung sollte auch die grundversorgungsrelevanten Komponenten der Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie umfassen und die interprofessionelle Zusammenarbeit, beispielsweise mit der Pflege oder anderen Berufsgruppen auf tertiärer Ebene, einbeziehen. Es gibt verschiedene Modelle zur Verbesserung des akademischen Status der Grundversorgung; die Umsetzung sollte dabei den Universitäten im Rahmen ihrer bestehenden Organisationsstruktur überlassen bleiben.

Empfehlung 17: Institutionalisierung und akademische Verankerung der Grundversorgung	
Die fortschreitende Institutionalisierung der Grundversorgung in der akademischen Lehre soll fortgesetzt und geeignete Massnahmen ergriffen werden, um die Pädiatrie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie angemessen als Disziplinen der Grundversorgung zu integrieren und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.	
Vorgeschlagene Schritte / Massnahmen	Die Universitäten und medizinischen Fakultäten entwickeln Projekte zur Stärkung der akademischen Verankerung und des Ansehens der Grundversorgung sowie der berufsübergreifenden Zusammenarbeit, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der Einbindung anderer Fachrichtungen als der Hausarztmedizin liegt.
Federführung Umsetzung	Universitäten, medizinische Fakultäten
Beteiligte	Institute für Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie, Pflegewissenschaften etc.

Anhang 1: Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	
AAQ	Schweizerische Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung
AMCAS	American Medical College Application Service
AR/VR	Augmented Reality/Virtual Reality
BA	Bachelor
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BMAT	Biomedical Admission Test)
CBME	Competency-Based Medical Education = kompetenzbasierte medizinische Ausbildung
EDK	Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektorinnen und -direktoren
EMS	Eignungstest für das Medizinstudium in der Schweiz
EPA	Entrustable Professional Activity = anvertraubare berufliche Tätigkeit
ETCS	European Credit Transfer and Accumulation System
ETHZ	Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
EPFL	École polytechnique fédérale de Lausanne
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum, Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HamNat	Hamburger Naturwissenschaftstest (Deutschland)
HFKG	Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich (Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz)
HSG	Hochschule St. Gallen
IUV	Interkantonale Vereinbarung über die Beiträge an die Ausbildungskosten von universitären Hochschulen (Interkantonale Universitätsvereinbarung, IUV)
KI	Künstliche Intelligenz
LAS	Licence Accès Santé (Frankreich)
MA	Master
MC	Multiple Choice
MCAT	Medical College Admission Test (Kanada, USA)
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz)
MedReg	Medizinalberuferegister
MMI	Multiple Mini-Interviews
NC	Numerus clausus
Obsan	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OSCE	Objective Structured Clinical Examination = <i>Objektiv strukturierte klinische Prüfung</i> (OSKP), Prüfungsformat zur Prüfung klinisch-praktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten wie körperliche Untersuchungen und Anamnesen sowie die Beurteilungs- und Problemlösungskompetenz und Arzt-Patienten-Kommunikation unter Einbezug von Simulationspersonen
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé (Frankreich)
PASS	Parcours Accès Spécifique Santé (Frankreich)
PET	Psychometric Entrance Test (Israel)
PPI	Patient and Public Involvement
PROFILES	Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland
PgB	Projektgebundene Beiträge nach HFKG
SAFMED	Swiss Academy of Family Medicine

SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SCLO	Swiss Catalogue of Learning Objectives
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin
SHK	Schweizerische Hochschulkonferenz
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SJT	Situational Judgement Test = Test zur situationsbezogenen Urteilsfähigkeit
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission
swimsa	Swiss Medical Students' Association
swissuniversities	Dachorganisation der Schweizerischen Hochschulen / Konferenz der Rektorinnen und Rektoren der schweizerischen Hochschulen
SWR / SWIR	Schweizerischer Wissenschaftsrat (von 2014 bis 2017 Schweizerischer Wissenschafts- und Innovationsrat SWIR)
TMS	Test für medizinische Studiengänge (Deutschland)
TOLC-MED/IMAT	Test OnLine CISIA – Medicina / International Medical Admissions Test (Italien)
UCAT	University Clinical Aptitude Test (Grossbritannien)
UniBasel	Universität Basel
UniBE	Universität Bern
UNIGE	Université de Genève / Universität Genf
UniFR	Universität Fribourg / Université de Fribourg
UNIL	Université de Lausanne / Universität Lausanne
UniLU	Universität Luzern
UniNE	Université de Neuchâtel / Universität Neuenburg
USI	Università della Svizzera italiana
UZH	Universität Zürich
UMZH	Universitäre Medizin Zürich
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WFV	Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (Weiterbildungsfinanzierungsverordnung)
ZSAV-HS	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Kantonen über die Zusammenarbeit im Hochschulbereich
ZTD	Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik an der Universität Freiburg, Schweiz

Anhang 2: Die Motionen Roduit und Hurni

23.3293 Motion

Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität⁶⁴

eingereicht von Benjamin Roduit, 16.03.2023 im Nationalrat
überwiesen an den Bundesrat am 23.9.2024

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, im Bereich der universitären medizinischen Aus- und Weiterbildung in Absprache mit den Kantonen Massnahmen zu ergreifen, sodass die Zulassung von Studierenden hauptsächlich auf Kompetenz- und Qualitätskriterien beruht. Zu diesem Zweck soll er insbesondere in der Grundversorgung und im ambulanten Bereich für ein besseres Angebot an Studienplätzen und klinischen Praktika sorgen. Gemeinsam mit den Kantonen sollen die dafür notwendigen Mittel bereitgestellt werden.

Begründung

In seiner Antwort auf die Frage 22.7629 räumt der Bundesrat ein, dass trotz der Erhöhung der Anzahl Studienplätze in der Medizin die Nachfrage die Kapazität der Universitäten übertrifft und dass bei weitem weder genügend Studienplätze noch genügend klinische Praktika vorhanden sind. Dies hat zur Folge, dass an den Universitäten sehr selektive schriftliche Eignungstests durchgeführt werden oder die Selektion nach dem ersten Studienjahr stattfindet. In der Tat werden dadurch viele Studierende (2022 haben sich auf 2172 Studienplätze 6147 Personen eingeschrieben) vom Studium abgehalten, ohne dass qualitative Kriterien vorhanden waren. Schlimmer noch: Die Studierenden beschwerten sich regelmässig über einen unerbittlichen Konkurrenzkampf. Die Medien berichten ebenfalls von kompetenten abgewiesenen Studierenden, die im Ausland (z. B. in Rumänien) ein nach Bologna zertifiziertes Diplom erwerben, bevor sie in die Schweiz zurückkehren und hier ihren Beruf ausüben.

Gemäss dem Bericht 4/2022 des Gesundheitsobservatoriums Obsan wird das Sonderprogramm Humanmedizin (2016-2025) des Bundes zur Erhöhung der Abschlüsse in Humanmedizin an Schweizer Universitäten von 850 im Jahr 2014 auf mindestens 1350 im Jahr 2025 allein nicht ausreichen, um die Auslandabhängigkeit der Schweiz genügend zu senken. Derzeit hat fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte mit einem schweizerischen Weiterbildungstitel ihr Medizinstudium im Ausland absolviert. Daher müssen der Bund und die Kantone weitere Massnahmen ergreifen, um die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in der Humanmedizin zu erhöhen.

Stellungnahme des Bundesrates vom 10.05.2023

Der Bundesrat geht mit dem Motionär einig, dass die Ausbildung von genügend Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz ein wichtiges Anliegen ist. Dank den grossen Anstrengungen der Kantone, welche hauptsächlich für die universitären Ausbildungen zuständig sind und des vom Bund mit 100 Millionen Franken unterstützten Sonderprogramms «Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin» (SPHM) konnten die Studienplatzkapazitäten an den bestehenden Standorten weiter ausgebaut sowie neue Studiengänge und Kooperationen an der ETH Zürich, den Universitäten Freiburg, Luzern, St. Gallen und Tessin aufgebaut werden. Diese Massnahmen sollen dazu führen, dass sich die Anzahl der Master-Diplome in Humanmedizin von knapp 900 im Jahr 2016 nachhaltig auf über 1'300 im Jahr 2025 erhöhen und damit die Abhängigkeit der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischem Diplom verringern wird. Die Umsetzung des Sonderprogramms verläuft plangemäss. 2021 konnten bereits 1'088 Masterdiplome in Humanmedizin vergeben werden. Gleichzeitig wurden auch die Hausarztmedizin und die Interprofessionalität im Medizinstudium mit besonderen Massnahmen wesentlich verstärkt. Die vom SBF 2022 durchgeführte Evaluation und das Schlussreporting 2021 von swissuniversities zum SPHM haben die aktuelle Zielerreichung bestätigt und geben dem Massnahmenpaket gute Noten. 2025 werden Bund und Kantone die abschliessende Zielerreichung prüfen.

Da die Anzahl Anmeldungen die Kapazitäten der universitären Hochschulen weiterhin deutlich übersteigen, beschränken diese in eigener Kompetenz den Zugang zum Medizinstudium mittels Eignungstest (EMS) und Numerus clausus (Universitäten Basel, Bern, Freiburg, Tessin, Zürich und ETHZ) oder mittels Selektion nach dem ersten Studienjahr (Universitäten Genf, Lausanne und Neuenburg). Die Schweizerische Hochschulkonferenz (SHK), das höchste hochschulpolitische Organ der Schweiz, hat 2017, gestützt auf den Bericht des Schweizerischen Wissenschaftsrats (SWR, www.sbf.admin.ch > Publikationen > Publikationsdatenbank > Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus), den kognitiv orientierten Eignungstest (EMS) als geeignetes Instrument zur Selektion der Medizinstudierenden untersucht und bestätigt. Die Vor- und

⁶⁴ Motion 23.3293 Roduit, Numerus clausus. Schluss mit dem Ausschluss von Medizinstudierenden aufgrund anderer Kriterien als Kompetenzen und Qualität, siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20233293> (Abfrage 6.4.2026).

Nachteile verschiedener Selektionsmethoden (Praktika, Wissenstests, etc.) wurden untersucht und im Ergebnis bekräftigt, dass es sich beim EMS um einen für beide Geschlechter fairen, kosteneffizienten und validen Test zur Ermittlung der Studieneignung handelt, der zudem möglicherweise die soziale Selektivität verringert. Die Methode der Selektion nach dem ersten Studienjahr öffnet zwar den freien Zugang zum ersten Studienjahr, birgt aber u.a. hohe Kosten und Anforderungen bezüglich der notwendigen Infrastruktur. Beide Zulassungsarten orientieren sich damit weitgehend an den Kriterien von Kompetenz und Qualität.

Im Bereich der Weiterbildung ist festzuhalten, dass der Bund, wie auch im Ausbildungsbereich, über keine Kompetenzen verfügt, Weiterbildungsstätten zu verpflichten, eine bestimmte Anzahl an Weiterbildungsstellen festzulegen. Die Ausgestaltung der Lerninhalte und -formate der Weiterbildung erfolgt durch die Fachgesellschaften und das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF). Der Bund beteiligt sich in spezifischen Arbeitsgruppen mit Stakeholdern des Gesundheitswesens an der Diskussion zur Qualität und zu innovativen Formaten der Weiterbildung.

23.3854 Motion

Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen!⁶⁵

eingereicht von Baptiste Hurni, 15.06.2023 im Nationalrat
überwiesen an den Bundesrat am 19.3.2025

Eingereichter Text

Der Bundesrat wird beauftragt, zur Deckung des wachsenden Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten, namentlich an Hausärztinnen und Hausärzten, einen Entwurf zu Gesetzesbestimmungen vorzulegen, mit denen sichergestellt werden kann, dass in der Schweiz genügend Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.

Begründung

Der seit Langem angekündigte Ärztemangel, insbesondere der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten, ist in der Schweiz mittlerweile zur Realität geworden. Gemäss der Schweizerischen Ärztezeitung, die bereits im Januar dieses Jahres Alarm schlug, dürfte sich die Lage sogar noch weiter verschlechtern (1). Daher kommt heute niemand mehr daran vorbei einzusehen, dass mit Massnahmen darauf reagiert werden muss, mit denen die Herausforderungen, vor denen unser Gesundheitssystem stehen wird, bewältigt werden können. Es steht ebenfalls fest, dass die Strategie des Bundesrates gegen den Ärztemangel unbedingt überdacht werden muss. So hält die Schweizerische Ärztezeitung fest: «Die Berechnung der bundesrätlichen «Strategie gegen Ärztemangel», dass man lediglich 1'200 bis 1'300 neue Ärzte und Ärztinnen pro Jahr brauche, erwies sich als realitätsfremd» (2). So hat die Schweiz 2021 nur 1'118 eidgenössische Diplome in Humanmedizin erteilt, neben den 2'736 Diplomen ausländischer Humanmedizinerinnen und -mediziner, die sie anerkannt hat (3). Im Übrigen sei daran erinnert, dass 40 Prozent der Ärzteschaft aus dem Ausland kommen, beziehungsweise Inhaberinnen und Inhaber eines ausländischen Diploms sind.

Angesichts dieser Überlegungen erscheint es mehr als unerlässlich, diesen Missstand zu beheben. Ich beauftrage daher den Bundesrat, eine wirklich ambitionierte Politik gegen den Ärztemangel umzusetzen und namentlich Wege und Mittel zu prüfen, mit denen die Anzahl der Aus- und Weiterbildungsplätze und -stellen signifikant erhöht werden kann – und zwar sowohl an den Universitäten, an denen ein Medizinstudium angeboten wird, als auch in den Spitälern –, mit denen die Hausarztmedizin aufgewertet und gefördert wird und mit denen die Abläufe so angepasst werden, dass die administrativen Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte verringert werden.

(1) Gilli Yvonne, Wille Nora, «Ärztemangel: Nicht nur die Energie kommt aus dem Ausland», Schweizerische Ärztezeitung, 11.1.2023: «[...] Im Oktober prognostizierte eine Studie eine «gnadenlose Zuspitzung» des Fachkräftemangels mit 40'000 fehlenden Pflegekräften und 5'500 fehlenden Ärztinnen und Ärzten bis zum Jahr 2040.»

(2) Gilli Yvonne, «Unterversorgung mit Ansage», Schweizerische Ärztezeitung, 15.2.2023

(3) Statistik des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS / BAG, «Ärztinnen und Ärzte 2021», April 2022

⁶⁵ Motion 23.3854 Hurni Mangel an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Vorbeugen ist besser als Heilen! Siehe <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20233854> (Abfrage 6.4.2026).

Stellungnahme des Bundesrates vom 30.8.2023

Der Bundesrat geht mit dem Motionär einig, dass die medizinische Aus- und Weiterbildung in der Schweiz stetig überprüft werden muss. Die Entwicklung weiterer Kapazitäten bei Aus- und Weiterbildungsplätzen stellt aber ein komplexes Zusammenspiel von unterschiedlichen Anspruchsgruppen dar (Universitäten, Spitäler, weitere Bildungsinstitutionen, zu bildende Personen).

Grundsätzlich liegt die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung in der Kompetenz der Kantone. Das Anliegen kann nicht alleine durch die Formulierung neuer rechtlicher Bestimmungen auf Bundesebene gelöst werden. Auch die Höhe der Studienplatzzahlen liegt weitgehend in der Hand der Universitäten in kantonaler Trägerschaft und Autonomie.

Dank eines Zusatzkredits von 100 Millionen Franken für das «Sonderprogramm Erhöhung der Abschlüsse in Humanmedizin» zeigt die Anzahl Abschlüsse unter Berücksichtigung der Zahlen bis 2022 einen steigenden Trend und nähert sich dem Ziel von 1'300 Abschlüssen an. Die Massnahmen zeigen also Wirkung, wie unter anderem auch der Schlussbericht von swissuniversities vom 2. Dezember 2021, veröffentlicht am 13. April 2022, dokumentiert (vgl. www.swissuniversities.ch > Dokumentation > Berichte). Gleichzeitig wird an den Universitäten die Hausarztmedizin gefördert, wie beispielsweise an der Universität Freiburg, wo im Masterstudium der Fokus auf der Hausarztmedizin liegt (siehe auch Antwort auf die Interpellation 22.4187 von Falkenstein «Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin»).

Auf Bundesebene wurden neben dem genannten Sonderprogramm weitere Massnahmen getroffen, um dem Ärztemangel in der medizinischen Grundversorgung entgegenzuwirken. So passte der Bundesrat 2014 im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (SR 832.10) die Tarifstruktur TARMED zugunsten der Grundversorger an. Bei der aktuell laufenden Prüfung der TARDOC-Tarifstruktur gilt ein besonderes Augenmerk den Grundversorgern. Zudem beschäftigt sich die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» beispielsweise mit dem Task Shifting, was die Ärzteschaft, insbesondere die Grundversorgerinnen und Grundversorger, entlasten kann.

Zudem erarbeitet eine durch den Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte einberufene Arbeitsgruppe, in der auch der Bund vertreten ist, aktuell u.a. Lösungen zur Reduktion des administrativen Aufwands.

Insgesamt erzielen die ergriffenen Massnahmen also schrittweise Wirkungen. Ob weiterer Handlungsbedarf zur Sicherung der Grundversorgung besteht – auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung – wird der Bundesrat unter Einbezug der Kantone in Erfüllung der Postulate 23.3678 Juillard und 23.3864 Hurni prüfen.

Anhang 3: Fragenkatalog zur Umsetzung der Motionen Roduit und Hurni

Quelle: Fragenkatalog von SHK/SBFI vom 18.7.2025, Auszug für die Themenbereiche «Zulassung» und «Ausbildung».

Fragestellungen zum Teilprojekt «Zulassung»

Überprüfung der Zulassungsverfahren (Selektionsverfahren) in Genf, Lausanne und Neuenburg (Concours) und der übrigen Schweiz (EMS)

- Inwiefern gibt es seit 2016 (letzte Überprüfung des EMS) Änderungen/neue Auswahlmethoden/neue Bedürfnisse der Beteiligten (Kantone/Hochschulen/Studienanwärterinnen und -anwärter)?
- Gibt es bei den heutigen Zulassungsverfahren (Concours und EMS) Auswahlkriterien, die nicht als «Kompetenz- und Qualitätskriterien» angesehen werden können? (siehe Wortlaut Motion)
- Gibt es Prognoseverfahren zur «Berufseignung» von potenziellen Ärztinnen und Ärzten, die bereits im Zulassungsverfahren eingesetzt werden könnten? Inwiefern unterscheidet sich die Definition der Berufseignung je nach Fachrichtung?
- Inwiefern kann man die Motivation und Bleibewahrscheinlichkeit vorhersagen/testen?
- Inwiefern kann man Empathie-Fähigkeit testen?
- Gibt es gute Beispiele im Ausland?
- Wie und wann entscheiden sich Studierende für eine Fachrichtung? Inwiefern könnte vor diesem Hintergrund die Anpassung der Auswahlkriterien im NC dazu beitragen, Fachrichtungen mit (drohendem) Mangel zu entlasten?
- Wäre es möglich, bereits im Auswahlverfahren Anreize für bestimmte Fachrichtungen (z.B. Quoten für bestimmte Fachrichtungen wie Hausarztmedizin, Grundversorgung) zu schaffen? Welche unerwünschten Auswirkungen könnten dadurch entstehen?

Fragestellungen zum Teilprojekt «Ausbildung»

Erhöhung der Anzahl Studienplätze

- Wie kann der Bedarf an ärztlichen Fachpersonen zuverlässig eruiert werden? Wie viele zusätzliche Studienplätze bräuchte es vor diesem Hintergrund, um den Bedarf der (künftigen) Versorgung zu decken? Mit welchen Kosten wäre hierbei für die zuständigen Akteure zu rechnen?
- Inwiefern müsste die Grundversorgung in der Ausbildung noch weiter gestärkt werden und wie könnte dies aussehen? Inwiefern wäre z.B. ein eigener Studiengang in «Grundversorgung» oder eine andere Gewichtung von «Grundversorgung» und «Spezialisierung» bei der Ausbildung denkbar und wie müsste ein solches Vorhaben aussehen (Zulassungskriterien, Ziele/Kompetenzen, etc.)?
- Wie kann die Anzahl klinischer Ausbildungsplätze erhöht werden und mit welchen Kosten wäre dies verbunden?
- Inwiefern könnten Elemente der digitalen Transformation (z.B. Simulationen) zur Schaffung von mehr Studienplätzen und klinischen Praktikumsplätzen beitragen und mit welchen Kosten wäre dies verbunden?
- Inwieweit bereitet die praktische/klinische Ausbildung auf die Realität im Krankenhaus vor, insbesondere auf die Verwaltungsarbeit?
- Wie hoch ist die Drop-out-Quote und hat sich diese in den letzten Jahren verändert? Gibt es Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie? Welche Informationen braucht es im Studium, damit Personen eine realistische Vorstellung vom Berufsalltag haben und länger im Beruf bleiben?

Curricula

- Inwiefern können sich die Curricula aktuell effizient auf sich verändernde Bedürfnisse der (späteren) Berufspraxis angepasst werden und inwiefern gibt es diesbezüglich Optimierungsbedarf?
- Inwiefern wird die spätere Wahl von Fachrichtungen aktuell durch den Aufbau der heutigen Curricula beeinflusst?
- Gibt es Kooperationen zwischen den einzelnen Hochschulen? Sind diese sinnvoll? Könnten diese verbessert werden/vereinheitlicht werden o.ä.?
- Inwiefern besteht Handlungsbedarf in Bezug auf die Durchführung und den Aufbau der eidgenössischen Prüfungen nach Abschluss des Medizinstudiums?
- Einfluss Digitalisierung: Inwiefern könnten Elemente der digitalen Transformation zur Optimierung der Curricula beitragen und mit welchen Kosten wäre dies verbunden?
- Nationaler und internationaler Vergleich zu Inhalt und Anforderungen: Wie verhalten sich die Curricula untereinander? Gibt es Beispiele von Curricula in anderen Ländern mit tieferem Ressourceneinsatz pro Studienplatz bei vergleichbarem Qualitätsanspruch?

Anhang 4: Relevante Akteure und ihre Zuständigkeiten betr. die Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern

Ebene	Akteur	Zuständigkeit/Aufgabe
Bund	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI	Hochschul- und Forschungspolitik sowie Planung und Finanzierung über die BFI-Botschaft, internationale Anschlussfähigkeit Schweizer Abschlüsse
	Bundesamt für Gesundheit BAG	Durchführung der eidgenössischen Prüfungen, Anerkennung der Diplome, Festlegung der Lernziele (PROFILES), Qualitätssicherung der Ausbildung, Aufsicht, Registerführung, MEBEKO, Strategien und Programme zur Entwicklung und Koordination der Gesundheitsversorgung und Berufsbildung (Medizinalberufe, Gesundheitsberufe)
	Medizinalberufekommission MEBEKO	Qualitätssicherung, Aufsicht über die eidg. Prüfungen, Anerkennung von ausländischen Abschlüssen und Registerführung
	Schweizerischer Akkreditierungsrat / Agentur für Akkreditierung und Qualitätssicherung AAQ	Akkreditierung von Institutionen und Studienprogrammen, Überprüfung der Qualitätssicherung der Hochschulen
	Bundesamt für Statistik BFS	Erstellung von hochschulbezogenen Statistiken und Auswertungen, u.a. zu Studienplätzen, Studierendenzahlen, Abschlüssen sowie zur späteren Arbeitsmarktsituation.
Kantone	Bildungsdirektionen und Hochschulämter der Universitätskantone	Kantonale Hochschulpolitik, Finanzierung und Betrieb der Universitäten, Bestimmung des Zulassungsverfahrens, Festlegung der Anzahl Studienplätze
	Bildungsdirektionen von Kantonen ohne Universität	Mitfinanzierung ausserkantonale Studierende
	Gesundheitsdirektionen	Planung der Gesundheitsversorgung und der universitären und nicht-universitären Gesundheitsberufe (u.a. Zulassungsbeschränkungen betr. Ärztinnen/Ärzte nach KVG), Finanzierung der Weiterbildung in Spitälern und ambulanten Praxen
Interkantonal	Schweizerische Hochschulkonferenz SHK und Hochschulrat	Koordination Bund – Kantone, strategische Steuerung
	EDK	Finanzierungsmechanismen interkantonale Finanzierungsflüsse gemäss der Vereinbarung über die Hochschulkoordination und der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV)
	GDK	Interkantonale Vereinbarung zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung (WFV)
	swissuniversities	Hochschulkoordination, operative Umsetzung des EMS, Koordination von PgB-Projekten
	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan	Monitoring der Ärztinnen und Ärzte (gemeinsam mit BAG), Bedarfsprognosen zum Thema Zulassung zur ärztlichen Berufsausübung nach KVG, etc.

Universitäten und eidg. Hochschulen	Medizinische Fakultäten und andere universitäre Fakultäten oder Departemente als Anbieter von medizinischen Studiengängen	Durchführung der medizinischen Studiengänge und der Prüfungen während des Medizinstudiums, Gestaltung der Curricula im Rahmen der Vorgaben von PROFILES, Organisation der klinischen Ausbildung zusammen mit den Spitälern und anderen Einsatzorten, Vorbereitung der Studierenden auf die eidgenössischen Prüfungen
	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission SMIFK	Abstimmung der medizinischen Fakultäten und weiterer Anbieter von humanmedizinischen Studiengängen, Abstimmung der Curricula, Entwicklung und Revisionen PROFILES, Koordination der Prüfungsformate, Austausch zu Qualitätsstandards
Weitere	Universitätsspitäler	Klinische Ausbildung, enge Zusammenarbeit von medizinischen Fakultäten und Universitätsspitalern, z.B. mit geteilten Anstellungen (u.a. Lehrstuhlinhaberinnen und -inhaber)
	Lehrspitäler und andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	Klinische Ausbildung
	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF	Zertifizierung und Qualitätssicherung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung, Anerkennung der Weiterbildungstitel

Anhang 5: Literatur

- Abbiati M, Nendaz MR, Cerutti B, Brodmann Mäder M, Spinass GA, Vicente Alvarez D, Teodoro D, Savoldelli GL, Bajwa NM. Exploring Medical Career Choice to Better Inform Swiss Physician Workforce Planning: Protocol for a National Cohort Study. *JMIR Res Protoc.* 2024 Jan 17;13:e53138.
- Ahsan Z. Integrating artificial intelligence into medical education: a narrative systematic review of current applications, challenges, and future directions. *BMC Med Educ.* 23 août 2025;25(1):1187.
- Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med.* 2013 Aug;88(8):1171-7.
- Berendonk C, Waldvogel TEE, Bonvin R, Schirlo C, Goldhahn J, Zimmermann F, Nendaz M. Revision of a nationwide competency framework for undergraduate medical education in Switzerland: PROFILES 2. *Swiss Medical Weekly.* 15 sept 2025;155(9):4389-4389.
- Blood AD, Farnan JM, Fitz-William W. Curriculum Changes and Trends 2010-2020: A Focused National Review Using the AAMC Curriculum Inventory and the LCME Annual Medical School Questionnaire Part II. *Acad Med.* sept 2020;95(9S A Snapshot of Medical Student Education in the United States and Canada: Reports From 145 Schools):5-14.
- Boshra M, Lee A, Kim I, Malek-Adamian E, Yau M, LaDonna KA. When patients teach students empathy: a systematic review of interventions for promoting medical student empathy. *Can Med Educ J.* 2022 Nov 15;13(6):46-56.
- Bundesamt für Gesundheit, Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern, Bern 8.12.2025.
- Burla L, Widmer M, Zeltner C, Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Obsan Bericht 04/2022. Neuchâtel 2022.
- Burla L, Widmer M et al., Obsan Bericht 5/2023 – Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz, Teil 2, Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie, Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik, Neuenburg 2023.
- Collège des Doyens, SMIFK, SIWF, VSAO and swimsa: White Paper on Medical Education and Students. Understanding and Shaping the Medical Career Pathway in Switzerland. 2026.
- Commonwealth Fund – International Health Policy Survey, Auswertung Obsan 2026.
- Demoscope, Management Summary zur Mitgliederbefragung 2023 im Auftrag des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao), April 2023.
- Dorris L, Young D, Barlow J, Byrne K, Hoyle R. Cognitive empathy across the lifespan. *Dev Med Child Neurol.* 2022 Dec;64(12):1524-1531.
- Foster A, Chaudhary N, Kim T, Waller JL, Wong J, Borish M, Cordar A, Lok B, Buckley PF. Using Virtual Patients to Teach Empathy: A Randomized Controlled Study to Enhance Medical Students' Empathic Communication. *Simul Healthc.* 2016 Jun;11(3):181-9.
- François M, Pfarrwaller E, Rozsnyai Z, Streit S, Zurkinden E, Rodondi N, Zeller A, Rodondi PY. Primary care physicians in Switzerland: state of play and future directions, November 2023.
- Hänsgen K-D, Spicher B. Numerus clausus: Finden wir mit dem «Eignungstest für das Medizinstudium» die Geeigneten? *Schweizerische Ärztezeitung* 2002;83(31):1653–60.
- Harden RM. Ten key features of the future medical school – not an impossible dream. *Medical Teacher.* 3 oct 2018;40(10):1010-5.
- Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of specialty of Australian medical graduates. *Med J Aust.* 2005 Sep 19;183(6):295-300.
- Howick J, Dudko M, Feng SN, Ahmed AA, Alluri N, Nockels K, Winter R, Holland R. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ.* 2023 Apr 24;23(1):270.

- Huang PH, Arianpoor A, Taylor S, Gonzales J, Shulruf B. Insights into undergraduate medical student selection tools: a systematic review and meta-analysis. *J Educ Eval Health Prof.* 2024;21:22. doi: 10.3352/jeehp.2024.21.22.
- Husbands A, Dowell J. Predictive validity of the Dundee multiple mini-interview. *Med Educ.* 2013 Jul;47(7):717-25.
- Jaehn M, Hissbach J, Frickhoeffer M, Weppert D, Zimmerhofer A, Hampe W, Kadmon M, Becker N. Predictive validity of admission tests and educational attainment on preclinical academic performance - a multisite study. *BMC Med Educ.* 2025 Sep 23;25(1):1255, doi: 10.1186/s12909-025-07974-2.
- Jörg R, Haldimann L. Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. *Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin, Obsan Bericht 7 / 2022, Neuenburg 2022.*
- Khanna RK, Blanchard E, Pasco J, Diot P, Angoulvant D. Reform of the first year of medical studies and diversification of student profiles in France: an unmet need? *BMC Med Educ.* 2024 May 28;24(1):581.
- Kim DH, Kang YJ, Lee YM. Twelve tips for developing and implementing AI curriculum for undergraduate medical education. *Med Educ Online.* 31 déc 2025;30(1):2585637.
- Hostettler S, Kraft E, FMH-Ärzttestatistik 2024 – tiefe Grundversorgungsdichte, in: *Schweizerische Ärztezeitung 2025/11–12.*
- Krings R, Huwendiek S, Walsh N, Stricker D, Berendonk C. Predictive power of high school educational attainment and the medical aptitude test for performance during the Bachelor program in human medicine at the University of Bern: a cohort study. *Swiss Med Wkly.* 2020 Dec 31;150:w20389.
- Luchsinger L, Berthold A, Bauer W, Brodmann Maeder M, Siegrist M (2021). Vom Studium in den Alltag als Arzt und Ärztin in Weiterbildung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 102(29–30), 944–947.
- McGaghie WC, Barsuk JH, Wayne DB, Issenberg SB. Powerful medical education improves health care quality and return on investment. *Med Teach.* janv 2024;46(1):46-58.
- Mertens F, de Groot E, Meijer L, Wens J, Gemma Cherry M, Deveugele M, et al. Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. *Medical Teacher.* févr 2018;40(2):117-34.
- Michaud P, Jucker-Kupper P, The P. The «Profiles» document: a modern revision of the objectives of undergraduate medical studies in Switzerland. *Swiss Medical Weekly.* 1 févr 2016.
- Mielke I, Hampe W, Ehrhardt M, Knorr M. Spoilt for Choice in Undergraduate Medical Admission: Selection of Confident and Considerate Students Using Professional Prequalification and Situational Judgement Test. *Perspect Med Educ.* 2025 Jun 23;14(1):360-370.
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011 Aug;86(8):996-1009.
- Nordquist J, Hall J, Caverzagie K, Snell L, Chan MK, Thoma B, et al. The clinical learning environment. *Medical Teacher.* 17 mars 2019;1-7.
- Obsan, Nationales Monitoring Ärztinnen und Ärzte, Indikator Patientenstopp Grundversorgung, siehe <https://ind.obsan.admin.ch/docmo> (Abfrage 30.3.2026).
- OECD, *Health at a Glance 2025*, November 2025, revised version March 2026.
- Patterson F, Knight A, Dowell J, Nicholson S, Cousans F, Cleland J. How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Med Educ.* 2016 Jan;50(1):36-60.
- Pfarrwaller E, Audétat MC, Sommer J, Maisonneuve H, Bischoff T, Nendaz M, et al. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice: *Academic Medicine.* Nov 2017;92(11):1536-42.
- Pfarrwaller E, Abbiati M, Baroffio A, Haller DM. Geneva medical students increasingly identify primary care physicians as role models after introduction of a compulsory clerkship. *European Journal of General Practice.* 1 janv 2021;27(1):326-30.
- Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, Maisonneuve H, Nendaz M, Junod Perron N, et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. *J Gen Intern Med.* sept 2015;30(9):1349-58.
- PwC, *Schweizer Spitäler. So gesund waren die Finanzen 2021. Die Zukunft der Arbeit – unsere Fachkräfte von morgen. Vergleich der wichtigsten Kennzahlen von Schweizer Spitätern*, 11. Ausgabe, Oktober 2022.

- Rees EL, Hawarden AW, Dent G, Hays R, Bates J, Hassell AB. Evidence regarding the utility of multiple mini-interview (MMI) for selection to undergraduate health programs: A BEME systematic review: BEME Guide No. 37. *Med Teach*. 2016 May;38(5):443-55.
- Reinhard L, Clarfeld L et al., Current and future workforce of general internal medicine in Switzerland: a cross-sectional study, *Swiss Med Wkly*. 2024;154:3861.
- Schweizerischer Wissenschafts- und Innovationsrat SWIR, Zulassungsverfahren für das Medizinstudium an den Universitäten mit Numerus clausus. Bericht zuhanden der Schweizerischen Hochschulkonferenz, vom Schweizerischen Wissenschafts- und Innovationsrat SWIR verabschiedet am 21. November 2016.
- Sohrmann M, Berendonk C, Nendaz M, Bonvin R, Swiss Working Group for PROFILES Implementation. Nationwide introduction of a new competency framework for undergraduate medical curricula: a collaborative approach. *Swiss Medical Weekly* 2020;150 (1516).
- Sommer J, Ritter C, Bestandesaufnahme / Ist-Analyse Institute für Hausarztmedizin Schweiz. Durchgeführt im Rahmen des Projektes «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG an die fünf Schweizer Institute für Hausarztmedizin, mit Erhebung durchgeführt von der «Unité de Médecine de Premier Recours» der Medizinischen Fakultät der Universität Genf, Genf Januar 2013, Version 20.2.2013.
- Steinert Y, Basi M, Nugus P. How physicians teach in the clinical setting: The embedded roles of teaching and clinical care. *Medical Teacher*. 2 déc 2017;39(12):1238-44.
- swissuniversities, Anmeldezahlen zum Medizinstudium, jährliche Statistiken.
- swissuniversities. Anmeldung und Zulassung zum Medizinstudium. Durchführung des Selektionsverfahrens 2024. Mantelbericht swissuniversities zuhanden der Schweizerischen Hochschulkonferenz.
- swissuniversities, Aufnahmekapazitäten für medizinische Studiengänge 2024/2025.
- swissuniversities, Sonderprogramm Humanmedizin. Schlussbericht von swissuniversities zum Sonderprogramm «Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin» vom 02. Dezember 2021.
- VSAO & Demoscope, Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Mitgliederbefragung 2023, Reporting April 2023.
- Webster ES, Paton LW, Crampton PES, Tiffin PA. Situational judgement test validity for selection: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. 2020 Oct;54(10):888-902.
- Werwick K, Winkler-Stuck K, Robra BP. From HAM-Nat to the «Physikum» - Analysis of the study success parameters before and after the introduction of a science test in the approval procedure. *GMS J Med Educ*. 2018 Aug 15;35(3):Doc30.
- WHO, WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010.

Anhang 6: Autoren und Autorinnen, beteiligte Gremien, Expertinnen und Experten sowie Stakeholder

Steering Board

Mitglieder des Steering Boards

- Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer, Vorsitzende Steering Board, Direktorin Universitäre Medizin Zürich, UZH
- Prof. Dr. Antoine Geissbühler, Stellvertretender Vorsitzender Steering Board, Dekan der Medizinischen Fakultät Genf, UniGE
- Prof. Dr. Eva Scheurer, Dekanin der Medizinischen Fakultät, UniBasel
- Prof. Dr. Claudio Bassetti, Dekan der Medizinischen Fakultät, UniBE
- Prof. Dr. Michael Walch, Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen und Medizinischen Fakultät, UniFR
- Prof. Dr. Renaud Du Pasquier, Dekan der Fakultät für Biologie und Medizin, UniL
- Prof. Dr. Stefan Boes, Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin UniLU
- Prof. Dr. Miodrag Filipovic, Co-Direktor, School of Medicine, HSG (Med-HSG)
- Prof. Dr. Giovanni Pedrazzini, Dekan der Facoltà di scienze biomediche, USI
- Prof. Dr. Frank Rühli, Dekan der Medizinischen Fakultät, UZH
- Prof. Dr. Jörg Goldhahn, Studienleiter Depart. Gesundheitswissenschaften und Technologie, ETHZ

Teilprojekt «Zulassung» (Teil II dieses Berichts)

Mitglieder der Arbeitsgruppe «Zulassung» und Mitautorinnen und -autoren des Berichts, Teil II «Zulassung zum Medizinstudium»

- Prof. Dr. Johannes Loffing, Leiter der Arbeitsgruppe «Zulassung», Projektkoordinator Teilprojekt Curriculum Med500+, Medizinische Fakultät UZH
- Prof. Dr. Frank Zimmermann, Vizedekan/Studiendekan, Medizinische Fakultät UniBasel
- PD Dr. Roman Hari, Lehrdekan, Medizinische Fakultät UniBE
- Prof. Dr. David Hoogewijs, Mathematisch-Naturwissenschaftliche und Medizinische Fakultät UniFR
- Prof. Dr. Raphaël Bonvin, Studiendekan, Mathematisch-Naturwissenschaftliche und Medizinische Fakultät UniFR
- Dr. sc. Marc Sohrmann, Stellvertretender Direktor Betrieb, École de médecine, Faculté de biologie et de médecine UNIL
- Prof. Dr. Pierre-Alexandre Bart, Direktor, École de médecine, Faculté de biologie et de médecine UNIL
- Dr. med. Christian Schirlo, Leiter Studiendekanat, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin UniLU
- Prof. Dr. Mathieu Brochet, Leiter erstes Studienjahr Bachelorprogramm Medizin, Medizinische Fakultät UniGE
- Prof. Dr. Werner Albrich, Mitglied der Programmleitung Joint Medical Master-HSG/UZH, School of Medicine HSG
- Prof. Dr. Luca Gabutti, Vizedekan/Studiendekan der Facoltà di scienze biomediche, USI
- Prof. Dr. Jörg Goldhahn, Studiendirektor BSc MED, ETHZ
- Agnes Nienhaus, Projektkoordinatorin UMZH, UZH

Befragte Expertinnen und Experten

- Prof. Dr. Wolfgang Hampe, Mirjana Knorr, Ina Mielke, Johanna Hissbach (Universität Hamburg): Situation in Deutschland, HamNat, EMS/TMS, Abiturnote, SJT
- Dr. Benjamin Spicher (Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik ZTD, UniFR): EMS, Digitalisierung & Nachteilsausgleich
- Dr. Sabine Felder & Kathrin Balmer (swissuniversities): Organisation & Kosten EMS
- Prof. Dr. Benjamin Ory & Prof. Dr. Marc Baud'huin (Universität Nantes): Situation in Frankreich, intracurriculare MMI
- Prof. Dr. Thomas A. Lutz (VetSuisse, Zürich/Bern): Eigenheiten der Veterinärmedizin, Auswirkungen einer Weiterentwicklung des Zulassungsverfahrens auf deren Studiengänge
- Hearing mit 10 Studierenden diverser Universitäten (aus Bachelor, Master & 1 Person mit kürzlich abgeschlossenem eidg. Diplom)

Teilprojekt «Ausbildung» (Teil III des Berichts)

Mitglieder Arbeitsgruppe «Ausbildung» und Mitautorinnen und -autoren des Berichts, Teil III «Ausbildung Humanmedizin»

- Prof. Dr. Mathieu Nendaz, Leiter der Arbeitsgruppe «Ausbildung», Vizedekan für die Ausbildung von Studierenden und die Entwicklung der beruflichen Identität, Medizinische Fakultät UniGE
- Prof. Dr. Raphaël Bonvin, Lehrdekan, Mathematisch-Naturwissenschaftliche und Medizinische Fakultät UniFR
- PD Dr. Roman Hari, Lehrdekan, Medizinische Fakultät UniBE
- Prof. Dr. Michael Sinnreich, Vizedekan Lehre, Ressort Humanmedizin, Medizinische Fakultät, UniBasel
- Dr. Michael Wilde, Medizinische Fakultät, UniBasel
- Dr. sc. Marc Sohrmann, Stellvertretender Direktor Betrieb, École de médecine, Faculté de biologie et de médecine UNIL
- Prof. Dr. Pierre-Alexandre Bart, Direktor École de médecine, Fakultät für Biologie und Medizin UNIL
- Prof. Dr. Francesca Amati, Stellvertretende akademische Direktorin der Fakultät für Biologie und Medizin UNIL
- Dr. med. Dr. sc. Stefan Gysin, Studiengangsleiter Joint Medical Master, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin UniLU
- KD Dr. med. Simone Krähenmann, Mitglied Programmmanagement, Medical School HSG
- Prof. Dr. Marilù Guigli Poretti, Dozentin, Fakultät für Biomedizinische Wissenschaften, USI
- Prof. Dr. Dominik Schaer, Vizedekan Lehre Klinik, Medizinische Fakultät UZH
- Mirdita Useini, Studienkoordinatorin BSc MED, ETHZ
- Prof. Dr. Jörg Goldhahn, Studiendirektor BSc MED, ETHZ
- Ammy Pimolsri, Vizepräsidentin für Aussenbeziehungen swimsa, Bachelorstudentin Medizin UniL
- Sixtine Bonart, Vizepräsidentin für medizinische Ausbildung swimsa, Masterstudentin Medizin UZH
- Agnes Nienhaus, Projektleiterin UMZH, UZH

Befragte Expertinnen und Experten betr. die Prognose des Ausbildungsbedarfs

- Leila Burla, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan
- Prof. Dr. Milo Puhan, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention, UZH

Einbezogene Stakeholder am Stakeholder-Anlass vom 27. Februar 2026

- Dr. Simon Aeberhard, Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Prof. Dr. Werner Albrich, School of Medicine HSG
- Sabine Baeriswy, Kanton Freiburg
- Dr. Severin Baerlocher, Verband schweizerischer Assistenz- und Oberärzt:innen VSAO
- Prof. Dr. Nadia Bajwa, Faculté de Medicine UniGE
- PD Dr. Yara Banz, Medizinische Fakultät UniBE
- Prof. Dr. Beatrice Beck Schimmer, Universitäre Medizin Zürich, UZH
- Dr. Eveline Bergmüller, Vetsuisse Universität Zürich
- Sibylle Bihl, Universitäre Medizin Schweiz unimeduisse
- Dr. Silke Biller, Medizinische Fakultät UniBasel
- Dr. Nelly Blindenbacher, Verband schweizerischer Assistenz- und Oberärzt:innen VSAO
- Prof. Dr. Patrick Bodenmann, Faculté de biologie et de médecine UNIL
- Sixtine Bonart, swimsa (Swiss Medical Students' Association)
- Prof. Dr. Raphaël Bonvin, UniFR
- Prof. Dr. Mathieu Brochet, Faculté de Medicine UniGE
- Prof. Dr. Philip Brunner, UniNE
- Dr. Ariane Bürgi, Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- Dr. Claudia Buser, Medizinische Fakultät UniBE
- Dr. Maya Cosentino, Schweizerische Gesellschaft für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP)
- Dr. Michael Dischl, Hochschulamt Kanton Zürich
- Susanne Dreier, FMH
- Prof. Dr. Maud Frieden, UniGE
- Dr. Simon Fuchs, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Floriane Gasser, Kanton Freiburg, Service des affaires universitaires

- Dr. Marilu Guigli Poretti, Università della Svizzera Italiana
- Dr. François Grandjean, swissuniversities
- Dr. Dr. Stefan Gysin, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin UniLU
- Dr. Linda Habib, Junge Haus- und Kinderärztinnen Schweiz JHaS
- Dr. Telemachos Hatzisaak, School of Medicine HSG
- Sonja Henrich-Barrat, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFJ
- Prof. Dr. Balthasar Hug, Zentrum für Hausarztmedizin UniLU
- Dr. Sebastien Jotterand, Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)
- Sandra Laubscher, Universitäre Medizin Schweiz unimeduisse
- Prof. Dr. Johannes Loffing, Universität Zürich
- Prof. Dr. Mathieu Nendaz, Faculté de Médecine UniGE
- Prof. Dr. Stefan Neuner-Jehle, Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care, UniLU
- Agnes Nienhaus, Universitäre Medizin Zürich, UZH
- Régis Nyffeler, Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFJ
- Prof. Dr. Giovanni Pedrazzini, USI
- Prof. Dr. Arnaud Perrier, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
- Prof. Dr. Horst Posthaus, Vetsuisse UniBE
- Prof. Dr. Gregory Röder, UniNE
- Prof. Dr. Pierre-Yves Rodondi, Université de Fribourg & Société suisse de médecine interne générale (SSMIG)
- Sandro Rohrer, swimsa (Swiss Medical Students' Association)
- Damian Rosset, Direction générale de l'enseignement supérieur, Canton de Vaud
- Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Andrea Schenker-Wicki, Universität Basel, Kammer UH swissuniversities
- Dr. Barbara Schild, SIWF
- Dr. Christian Schirlo, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin Universität Luzern
- Joëlle Schneuwly, FMH, SMIFK / Collège des Doyens
- Jocelin Sessa, swimsa (Swiss Medical Students' Association)
- Prof. Dr. Michael Sinnreich, Medizinische Fakultät UniBasel
- Dr. sc. Marc Sohrmann, UNIL
- Dr. Johanna Sommer, Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE), UniGE
- Dr. Benjamin Spicher, Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik, UniFR
- Dr. Ines Trede, H+ Spitäler der Schweiz
- Dr. Björn Uhlmann, Bundesamt für Gesundheit
- Mirdita Useini, ETH Zürich
- Dr. Christina Venzin, college M (Moderation)
- Prof. Dr. Nicolas Von der Weid, Pädiatrie Schweiz
- Dr. Salome von Greyerz, Bundesamt für Gesundheit
- Dr. Michael Wilde, Medizinische Fakultät UniBasel
- Cinzia Zeltner, Bundesamt für Gesundheit
- Prof. Dr. Frank Zimmermann, Medizinische Fakultät UniBasel