

EDITORIAL

Dr. med. Salvatore Tricarico

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Ostern ist vorbei, im Garten blühen die Blumen, der Frühling hat uns erreicht.

Leider können wir das nicht behaupten bezüglich des neuen Tarifs. Dazu hat unser Tarifdelegierter Gerry Weirich einen informativen und süffisanten Bericht direkt aus den Verhandlungen erstattet. An dieser Stelle nochmals ganz herzlichen Dank für seinen Einsatz und Geduld.

Weiter finden Sie einen Bericht über Ärzdebashing von Josef Widler, Präsident der Kantonalen Zürcher Ärztesgesellschaft, mit markanten zukunftsstauglichen Ansichten. Um das Beispiel mit dem Frühling nochmals aufzugreifen denke ich, dass es nicht reicht, uns nur auf den Ärzdetarif zu stützen, sondern auch auf die drohende Margen-Erosion bei der Medikamentenabgabe bei uns Hausärzten in den ostschweizer Kantonen mit der Selbstdispensation. Ich möchte nochmals daran erinnern, dass unser Taxpunktwert, wegen der damals bedeutenderen Querfinanzierung durch die Selbstdispensation, zu tief angesetzt wurde. Die APA bietet dazu eine Fortbildung an, welche sicherlich sehr interessant ist. Das Mail habt ihr schon erhalten.

Zuletzt weise ich auf unsere GV hin. Sie ist kombiniert mit dem Treffen der Delegierten Ost von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz mit sehr interessanten Themen. Unter anderem wird Prof. Stöckli, Chefarzt HNO St. Gallen, welcher an Ausbau und Koordination des Medical Master in St. Gallen beteiligt ist, ein Referat halten, ebenso sind verschiedene Work-Shops vorgesehen.

Ich denke, es ist sehr wichtig, dass wir die Nachwuchsförderung selbst in die Hand nehmen und lokal anbieten, insbesondere um die qualitativ hochstehende Versorgung unserer Bevölkerung weiterhin zu gewährleisten.

Ich wünsche Euch allen einen wunderschönen Frühling und freue mich, Euch zahlreich an der GV begrüssen zu dürfen.



Salvatore Tricarico
Präsident

INHALTSVERZEICHNIS

Editorial	1	GV in St. Gallen am 8. Juni 2017	7
Tarmed: Ein klassisches Drama in unendlich vielen Akten.2		Impressum.....	7
Das Ärzdebashing muss endlich ein Ende haben	5	Masterstudium in Medizin in St. Gallen.....	8
ROKO - MARS Patrick Scheiwiler.....	6		

TARMED: EIN KLASSISCHES DRAMA IN UNENDLICH VIELEN AKTEN

Gerry Weirich, Schaffhausen

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Der phrygische König Gordios besass, so die Sage, einen Streitwagen, dessen Deichsel mit einem unglaublich kunstvollen, verschlungenen und verflochtenen Knoten (durchaus vergleichbar mit dem TARMED) befestigt war.

Die Sage berichtet weiter, dass demjenigen, der diesen Knoten zu lösen vermöchte, die Herrschaft über ein Weltreich, grösser noch als das Budget des Gesundheitswesens, prophezeit wurde.

Viele kluge und starke Leute (eine weitere Parallele zum TARMED) versuchten sich in der Folge, den gordischen Knoten zu lösen, aber alle scheiterten.

Da kam Alain, Verzeihung: Alexander (der Grosse) daher und machte kurzen Prozess: Er durchtrennte den Knoten mit einem beherzten Schwertstreich.

Man mag das als ein wenig roh, oder auch als nicht dem Sinn der Aufgabenstellung entsprechend betrachten, aber immerhin: Die Aufgabe war gelöst und Alexander eroberte Asien.

Genug der Parallelen: Bersets Schwert ist eher eine Sense: Alle quantitativen Dignitäten wurden auf einen einheitlichen Satz gebracht, was ja eine uralte Forderung der Hausärzte ist. Schliesslich hat das Konzept der „Hungerjahre“ der ärztlichen Ausbildung, mit denen die unterschiedlichen Dignitäten ursprünglich begründet waren, heute kaum noch eine Berechtigung. Weder Assistenz- noch Oberärzte müssen sich heutzutage noch mühsam mit Nebenjobs über Wasser halten, und viele davon können sich regelmässige Mahlzeiten und teilweise sogar ein Dach überm Kopf leisten.

Was man sich fragen darf und muss ist aber, wieso der BR den Dignitätsfaktor nicht, wie es logisch wäre, auf 1.0, sondern auf 0.968 gesetzt hat. Wir erinnern uns: Tarmed wurde ursprünglich ohne Dignitätsfaktor, also implizit mit 1.0 kalkuliert.

Erst in einer späten Phase wurde, auf Betreiben der FMS, ein Faktor zwischen 0.905 und 2.2625 eingeführt. Betriebswirtschaftlich korrekt wäre somit 1.0.

Bevor ich nun weiter schimpfe, sei noch folgendes festgestellt: Wir Hausärzte können mit dem vom Bundesrat für 2018 verordneten Tarif nicht schlecht leben. Im Gegensatz zu den Spezialisten werden wir keine Haare lassen müssen, eventuell liegt für den Einen oder Anderen sogar ein kleines Plus im einstelligen Prozentbereich drin.

Ich glaube allerdings nicht daran, dass es für die Ärzteschaft als Ganzes, oder sogar für das Schweizer Gesundheitswesen, von Vorteil ist, wenn Hausärzte und Spezialisten gegeneinander ausgespielt werden. Ich gehe deshalb im Folgenden auf einige Haare in der jüngsten Tarmed-Suppe ein:

Der Bundesrat begründet in seiner Botschaft die Einebnung der Dignität auf 0.968 statt auf 1.0 wie folgt:

«Damit diese Änderung (also die Einebnung der Dignität, red.) nicht zu einer Kostenerhöhung führt, wurde der Dignitätsfaktor so gewählt, dass statisch gesehen eine Reduktion des Taxpunkt volumens von ca. 60 Mio. Taxpunkten (im Vergleich zur heute gültigen Tarifstruktur Version 1.08_BR) – im Sinne einer Sicherheitsmarge – resultiert.»

Wir stellen fest: Der Bundesrat, dessen wichtigstes Anliegen doch just immer die Kostenneutralität war, will jetzt auf einmal nichts mehr von Kostenneutralität wissen. Stattdessen will er ein nicht wirklich begründbares «Sicherheitspolster» von 60 Mio TP pro Jahr zulasten der Ärzteschaft aufbauen. Man hätte das Problem ja auch anders lösen können, beispielsweise mit einem Faktor von 1.0 und Monitoring mit Anpassung über die nächsten ein, zwei Jahre. Dazu kommt, dass



der BR auch nicht weiter darauf eingeht, wie er überhaupt auf diese 0.968 kommt.

Auch weitere Details des bundesrätlichen Tarifeingriffs machen einen etwas freihändigen Eindruck, da kommen wieder Parallelen zwischen Alain und Alexander zum Vorschein: Es wird ohne nähere Begründung einfach mal angenommen, dass teure Geräte heute günstiger sind und besser ausgelastet werden, als vor 20 Jahren. Deswegen wird der Kostensatz bei Einrichtungen, welche mehr als (vermutlich daumengepeilte) CHF 750'000 kosten, um 10% gesenkt. Zwar betrifft das uns Hausärzte wohl nur selten, aber ich finde es schon sehr eindrücklich, wie Alainxandre da mit einem gewissen «was interessieren mich genaue Zahlen» einen Finger in den Wind hält, und anschliessend sein Schwert bei 10% einschlägt. Das zeigt mal wieder die Grundmisere des Tarmed, der stets wirtschaftlich genau sein wollte, und doch (schon immer) am Ende ein politischer Tarif ist.

Auch die Produktivität gehört zu jenen geheimnisvollen Tarmed-Innereien, von denen man nicht mehr so ganz genau weiss, wie sie ursprünglich von den weisen Beratern des Königs Gordios bestimmt worden sind.

Sicher ist es einleuchtend, dass die Produktivität eines Operationssals niedriger ist, als die eines Sprechzimmers: Es vergeht mehr unproduktive Zeit, um einen OP vorzubereiten, als um einen neuen Patienten ins Sprechzimmer zu bitten. Aber wieviel macht das aus? Die hinterlegte Produktivität hat einen recht hohen Einfluss auf den Preis einer Leistung, der sich umgekehrt proportional dazu verhält. Nun, hier hat Alexander nicht das Florett, sondern den Zweihänder gewählt: In der Sparte OP I beispielsweise wird die Produktivität von 45% auf 72% erhöht. Bäng. Per Dekret werden die Schweizer Operationsteams ab 1.1.2018 um 60% produktiver arbeiten. Vielleicht sollte man diese Methode auch einmal im Nationalrat anwenden?

Okay, das ist nun etwas spitz ausgedrückt. Ehrlicherweise muss man sagen, dass auch uns Hausärzten in Zeiten der LeikoV die allzu tief kalkulierten Produktivitäten der schneidenden Zunft manchmal ein Dorn im Auge waren. Oder, wie es Berset so treffend ausdrückt: Kann es wirklich sein, dass Chirurgen mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit unproduktiv sind?

Na gut, verlassen wir die Bereiche, die uns nicht wirklich betreffen. Was uns aber sehr wohl betrifft, ist die Änderung der Position 00.0140 (Leistung

1 Allfällige weitere Assoziationen, die bei Ihnen dabei aufkommen, sind ausschliesslich Ihr eigenes Problem.

2 Der Bundesrat sanktioniert diesen Informationsmangel mit folgenden geradezu köstlichen Worten (Auf Seite 10 des Begleittextes): „Auch die Kostensätze dieser Sparten werden daher im Sinne eines Intransparenzabzuges um 10% gekürzt.“

in Abwesenheit des Patienten). Diese wird neu in mehrere Leistungen aufgesplittet, die genauer zeigen sollen, wofür die Leistung eigentlich erbracht wurde. Dagegen ist nicht unbedingt viel einzuwenden, allerdings fehlt just ein wesentlicher Punkt: Aufwand, um Fragen der Krankenkassen zu beantworten. Viel ärger ist aber die neue Limitation: 6 Mal pro drei Monate, verglichen mit 12 Mal bisher. Die Begründung des Bundesrats ist von einer eigentlich erheiternden Schlichtheit: Weil die Position in den letzten Jahren zunehmend angewandt wurde, muss sie nun gekürzt werden.

Ich erlaube mir mal, das zu verallgemeinern: Wenn der Bundesrat immer mehr Geschäfte erledigen muss, dann kann man dem am besten begegnen, indem man die Zahl der Bundesräte reduziert. Oder: Wenn die Züge überfüllt sind, muss man einfach weniger Züge auf den Weg schicken. Wir alle wissen, dass die Anforderungen „in Abwesenheit des Patienten“ laufend zunehmen. Ebenso wie Lehrer, Behörden und andere, stellen auch wir Ärzte fest, dass immer öfter Gespräche, E-Mails, SMS, Whatsapps etc. mit Patienten, Eltern, Partnern, Arbeitgebern, Versicherungen, Schulen, Apotheken und Behörden nötig sind, und dass Zahl und Umfang der zu lesenden Dokumente (nicht zuletzt wegen der DRG-bedingten Aufblähung der Spitalberichte) laufend ansteigt. Aber der Bundesrat entscheidet mit entwaffnender Ignoranz: «Dann dürft Ihr das eben nur noch halb so oft tun!» Folgen sind absehbar: Der Patient bekommt sein Rezept eben nicht mehr «in Abwesenheit» erstellt, sondern er muss zu einer Konsultation zur Entgegennahme des Rezepts erscheinen. Es wird auch keine interdisziplinären Besprechungen eines Behandlungsteams bei schwierigen, demenzten oder hospitalisierten Patienten mehr geben, denn eine solche Sitzung dauert ja gut und gern mal eine Stunde und kann somit nur noch halb verrechnet werden. Und das Telefonat der Dame von der Versicherung nimmt man erst im nächsten Quartal entgegen, wenn man wieder einige 140er verrechnen darf.

Ja, wenn wir schon bei den Limitationen sind: Ein Tarif soll keine medizinischen Entscheidungen treffen, nicht wahr? Tut er aber: Eine Konsultation darf maximal 20 Minuten dauern. Punkt. Auch die bisherige Regel «Limitation entfällt bei elektronischer Abrechnung» wurde gestrichen.

Dazu noch ein kleiner Exkurs: Diese Regel war natürlich ebenfalls unsinnig. Sie wurde eingeführt,

um Ärzte, die sich der für die Kassen einfacheren elektronischen Abrechnung widersetzen, mit einer Limitation zu bestrafen. Jetzt, wo fast alle Ärzte elektronisch abrechnen, wird die Argumentation umgedreht: Normalfall ist jetzt die Strafe, nämlich die Limitation, und der früher erwünschte Fall, nämlich der Wegfall der Limitation, entfällt. Ein Logik-Salto gewissermassen,

Meinen Sermon beschliessen möchte ich mit der wundersamen Kürzung der Staten: Die kleine und die grosse Untersuchung werden nicht mehr als Handlungsleistungen (Pauschalen) geführt, sondern in 5-Minuten-Zeitleistungen umgewandelt. Grund dafür sei unter Anderem, dass die Ärzte, «nach Informationen der Krankenkassen» (o-Ton Bundesrat) sowieso oft nicht alle für einen Status vorgeschriebenen Untersuchungen durchführten. Ich habe keine Ahnung, ob das stimmt, aber ich frage mich, woher die Krankenkassen das wissen. Haben die einen Vertrag mit der NSA? Oder eigene Kameras in unsere Untersuchungszimmer eingebaut? Der Bundesrat schweigt sich über die Quelle dieser Erkenntnisse leider aus. Wie auch immer, was bewirkt das? Eine Handlungsleistung wurde ursprünglich so festgelegt: Man schaut bei verschiedenen älteren, jüngeren, effizienteren, langsameren Ärzten, bei einer Reihe von Untersuchungen, wie lang sie brauchen, und nimmt dann den Mittelwert als Minutage der Leistung. So bekommen erfahrenere Ärzte einen Effizienzgewinn und Anfänger bekommen eben weniger. Man kann das gut finden oder schlecht, aber jetzt wird aus dem ehemaligen Mittelwert ein Maximalwert. Dauerte früher ein kleiner Status im Schnitt 15 Minuten, dauert er jetzt, per Dekret, maximal 15 Minuten. Ein kleiner, aber feiner Unterschied.

Es gäbe noch viel zu erzählen, aber ich will ja dieses Heft nicht im Alleingang füllen. Stattdessen fordere ich Sie auf, den Tarifeingriff selbst durchzulesen. Den Einstieg finden Sie auf der Website des BAG: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-verordnung-festlegung-anpassung-tarifstrukturen-krankenversicherung.html>

Mein persönliches Fazit: Dem Bundesrat gebührt Dank dafür, dass er den gordischen Knoten zerschlagen hat, und wie gesagt, für uns Hausärzte sieht es trotz den oben beschriebenen Mängeln rein rechnerisch nicht so schlecht aus. Aber

manche Dinge hätte man vielleicht ein wenig behutsamer behandeln können. Und es wird einmal mehr deutlich, dass die Tarifpartner endlich wieder einen eigenen Tarif aushandeln müssen. Was übrigens auch Alainxandre Berset mehrfach schreibt: Ein wesentlicher Grund für die Härte des Tarifeingriffs sei, den Tarifpartnern einen Tritt in den Allerwertesten zu geben, damit sie selbigen endlich in Gang setzen (Okay, er schreibt es nicht genau mit diesen Worten, aber sinngemäss schon).

Warum er allerdings nur die Ärzteschaft «bestraft», nicht aber zum Beispiel die Krankenkassen, die sich der Tarmed-Revision ja grösstenteils gesperrt haben, darüber schreibt er nichts. Eine abschliessende Bitte: beteiligen Sie sich an der Vernehmlassung. Dazu ist jeder berechtigt, der vom Tarif betroffen ist. Schreiben Sie an uns HKO, an MFE, an die FMH, oder direkt ans BAG. Aber schreiben Sie. Vor allem, wenn Sie etwas beitragen möchten, was hier noch nicht erwähnt wurde.

DAS ÄRZTEBASHING MUSS ENDLICH EIN ENDE HABEN

Gerry Weirich



Mit diesen markanten Worten äusserte sich der Präsident der Zürcher Ärztesgesellschaft AGZ, Josef Widler, im Tages Anzeiger <http://www.tagesanzeiger.ch/zuerich/das-aerztebashing-muss-endlich-ein-ende-haben/story/30863492>

In seinem interessanten Interview mit Susanne Anderegg befasste er sich mit der Tarifsituation, insbesondere mit dem Tarmed, welcher seit seiner Einführung vor 12 Jahren ja nie umfassend angepasst wurde.

Mit einer erfrischenden Perspektive, die man je nach Blickwinkel provokativ oder naiv nennen kann, begründet er, wieso die AGZ nicht nur eine Taxpunktwert-Erhöhung von 89 Rappen auf einen Franken, sondern auch eine Entschädigung des Notfalldienstes fordert.

Seine Argumente sind allesamt nachvollziehbar, und wenn etwa ein Automobilverband eine Mitgliederegebühr verlangt, um unter Anderem seine Vorhalteleistungen für den Pannendienst zu finanzieren, dann findet das ja auch jeder logisch. Nur bei den Hausärzten scheint die Logik dahin zu gehen, dass Gemeinden und ihre Bewohner deren Vorhalteleistungen gratis konsumieren sollen.

Lesen Sie das Interview selbst. Vielleicht bräuchte die Ärzteschaft mehr Leute, wie Josef Widler, die das ach so böse Wort «Geld» in den Mund zu nehmen wagen – auch auf die Gefahr erneuten «bashing» hin.

ROKO - MARS

Patrick Scheiwiler

Roko – wieso eigentlich nicht?

Alle Jahre wieder kommt die Roko-Daten-Erhebung zu den Praxisinhabern. Sie ist die wichtigste Datengrundlage, wenn es um Ertragsfragen, Taxpunktwert oder Tarifstruktur der Arztpraxis geht. Im Jahr 2014 wurde die Rollende Kostenstudie im Kanton St. Gallen von 106 (9.9 Prozent) und im Jahr 2015 von 122 (11.4 Prozent) Praxen ausgefüllt und eingereicht – und dies bei einem Aufwand von einer Viertelstunde, wenn der Treuhänder die Zahlen aufbereitet hat. In beiden Jahren wurden 1072 Fragebogen verschickt.

Wer Zahlen nicht liefert, schwächt Ärzteschaft

Die wenigsten Ärzte sind sich bewusst, wie schnell sie die Roko ausgefüllt haben, denn bereits mit den 8 Summenzahlen ist die Roko-Pflicht erfüllt. Je mehr Praxen mitmachen, desto repräsentativer werden die Roko-Daten für die Ärzteschaft. Diese Daten erhalten die kantonalen Ärztesellschaften anonymisiert und exklusiv. Die Roko-Daten sind pro Unternehmung (Einzelfirma oder AG) auszufüllen. Wer die Daten nicht liefert, schwächt die Verhandlungsposition unserer Tarifdelegierten und somit das eigene Einkommen.

Datenerhebung soll obligatorisch werden

Mit MARS - und diese Erhebung kommt so sicher wie das Amen in der Kirche - müssen die Arztpraxen ihre Strukturdaten liefern, wenn auch noch nicht zwingend dieses Jahr. Wer die Roko ausgefüllt hat, kann die Daten per Mausklick importieren. Für die anderen beginnt das Ausfüllen spätestens mit der ersten, obligatorischen MARS-Erhebung. Es macht keinen Sinn, die Daten nur dem BAG und den Krankenkassen zu liefern und der eige-

nen Berufsorganisation zu verwehren. Den Tarifdelegierten verhelfen die Roko-Zahlen zu einem entscheidenden Informations- und Zeitvorsprung in den Taxpunktwertverhandlungen.

Bei einem Festsetzungsverfahren wird der Taxpunktwert anhand der Strukturdaten durch die Institutionen festgelegt. Wenn solche fehlen, kann die Ärzteschaft nicht richtig argumentieren. Die Tarifregion Ost hat deshalb beschlossen, sich mit gutem Zahlenmaterial für Taxpunktwertkündigungen zu wappnen. Die Konferenz der Ostschweizer Ärztesellschaften hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, über die Roko-Daten die Verhandlungsposition zu stärken. Sie empfiehlt allen Partnerärztegesellschaften, ein Lieferobligatorium zu beschliessen. MV im April entscheidet.

Der Vorstand hat deshalb entschieden, dieses Obligatorium auch im Kanton St. Gallen einzuführen. Mit Ihrer Unterstützung helfen Sie uns, unsere Verhandlungsposition zu stärken und Ihnen, den Zeitaufwand beim Ausfüllen von MARS zu senken.

Patrick Scheiwiler, Vizepräsident Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen

(Artikel mit freundlicher Genehmigung aus dem Newsletter Nr. 77 der Ärztesgesellschaft St. Gallen übernommen)

**GV in St. Gallen am 8. Juni 2017,
FHS St. Gallen, 14:00 Uhr**
mit Regionaltreffen der Delegierten von
mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz «Gruppe Ost»



Im Anschluss an die Generalversammlung freuen wir uns, zusammen mit der «mfe Delegierten Gruppe Ost», auf einen politischen Teil mit Gästen. Es referieren Reto Wiesli, Geschäftsführer von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, zum Thema «Gesundheitspolitik selber beeinflussen», und Prof. Sandro Stöckli zum Thema «Medical Master in St. Gallen».

Im Anschluss an die beiden Inputreferate werden die Themen in Workshops vertieft.

Wir hoffen, mit diesem Programm Ihr Interesse zu wecken und wären glücklich, möglichst viele, auch junge Aerzte, an unserer Tagung willkommen zu heissen.

IMPRESSUM

HKO Informationen: Herausgegeben vom Vorstand des Verbandes Haus- und Kinderärzte Ostschweiz. Beiträge sind jederzeit willkommen.

Sekretariat HKO: Luzia Schneider, Oberplattenstrasse 73, 9620 Lichtensteig.
Tel. 071 988 66 40, Fax 071 988 66 41, E-Mail sekretariat@hk-o.ch

Redaktion: Gerry Weirich, Rietstrasse 30, 8200 Schaffhausen
Tel. 052 624 40 77, E-Mail praxis@weirich.ch

MASTERSTUDIUM IN MEDIZIN IN ST. GALLEN: JOINT MEDICAL MASTER (JMM SG)



Der Ärztemangel in der Schweiz ist vor allem in der Ostschweiz ausgeprägt. Es wird immer schwieriger, offene Stellen im ambulanten und stationären Bereich mit Medizinern zu besetzen, welche in der Schweiz ausgebildet wurden. Die Zahl der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte ist in der Ostschweiz deutlich höher als in anderen Regionen der Schweiz.

Um unser Gesundheitssystem weiterhin in hoher Qualität und genügender Quantität zu garantieren, müssen in der Region mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, wobei sich die Ausbildung vermehrt an den Zielen einer zweckmässigen und patientenzentrierten Medizin (inklusive der multimorbiden und chronisch Kranken) auszurichten hat.

Ein Ausbildungsgang in Humanmedizin in der Ostschweiz am Standort St. Gallen soll diese Problematik lindern. Die vom Regierungsrat des Kantons St. Gallen 2015 eingesetzte Projektgruppe favorisierte in ihrem Bericht 2016 als Struktur der me-

dizinischen Ausbildung ein Kooperationsmodell mit den Universitäten Zürich und St. Gallen sowie dem Kantonsspital St. Gallen. Dieses Kooperationsmodell schafft in relativ kurzer Frist klinische Ausbildungsmöglichkeiten. Gegenüber einem Vollstudium sind die Vorbereitungsarbeiten geringer, die Rekrutierung von Lehrkräften einfacher und die Kosten tiefer. Das vereinbarte Kooperationsmodell beinhaltet einen Bachelor extern (mehrheitlich ZH) und einen Master (mehrheitlich SG).

In St Gallen wird ein attraktives Masterstudium mit drei Vertiefungsthemen angeboten

1. Medizinische Grundversorgung inkl. Pädiatrie und Allgemeine Innere Medizin im Spital (Hospitalist)
2. Interprofessionelle Zusammenarbeit
3. Management und Governance im Gesundheitswesen. Das Masterstudium wird 2020 mit 40 Studierenden in St.Gallen beginnen.

Diese St. Galler-Studierenden nehmen im Herbst 2017 ihr Medizinstudium im Bachelorstudiengang in Zürich auf und wechseln 2020 zum Masterstudium nach St. Gallen, wo sie ihr Medizinstudium abschliessen. Für die 40 St. Galler Studienplätze haben sich 86 Maturandinnen und Maturanden angemeldet. Diese grosse Zahl angemeldeter Studierender bestätigt das Interesse an einer Ausbildung in Humanmedizin in St. Gallen und darf als Zeichen der Zustimmung zum geplanten Studiengang gewertet werden.

Dr. med. Christian Häuptle, St. Gallen

Joint Medical Master St. Gallen

Medizinische
Grundversorgung

Inter-
professionalität

Management
und Governance

partnerschaftlich, zukunftsorientiert, nah