



## Grundversorgung: wie weiter?

Wie wird sich die medizinische Grundversorgung in der Schweiz künftig entwickeln? Sicher ist, dass sie vor einer ganzen Reihe von Herausforderungen steht. Sowohl bei der Hausärzteschaft als auch bei den Pflegefachpersonen bestehen Lösungsansätze und neue Modelle, um diesen Herausforderungen zu begegnen.

<b>Mitteilungen der SGGP</b>	<b>4</b>
<b>Aus den eidgenössischen Räten</b>	<b>5</b>
<b>Grundversorgung in der Schweiz: wie weiter?</b>	<b>6</b>
<b>Hausärzte: Junge Hausärzte wollen nicht aufs Land?</b>	<b>8</b>
<b>Politik: SP lanciert Prämien-Initiative</b>	<b>10</b>
<b>Politik: Links-Rechts-Allianz gegen die Krankenkassen</b>	<b>11</b>
<b>Löhne: Die Chefärzte im Spital sind die Spitzenverdiener</b>	<b>12</b>
<b>E-Health: Siemens Healthineers startet «digitales Ökosystem»</b>	<b>13</b>
<b>Alimentation: Berne veut moins de sucre dans les céréales</b>	<b>14</b>
<b>Soins infirmiers: A l'épreuve des responsabilités</b>	<b>15</b>
<b>Frankreich: L'offre médicale devrait croître moins vite que la demande</b>	<b>16</b>
<b>Frankreich: Ces médecins étrangers qui font tourner l'hôpital</b>	<b>19</b>
<b>Deutschland: Zwei Klassen beim Arzt</b>	<b>20</b>
<b>Deutschland: Politik plant Untergrenze</b>	<b>21</b>
<b>UK: NHS recruits must be given special status after Brexit</b>	<b>24</b>
<b>Europa: Looking back to look forward</b>	<b>25</b>
<b>USA: Nurse Replaces Surgeon General</b>	<b>26</b>
<b>USA: Softening his approach, Trump helps seal a healthcare deal</b>	<b>27</b>
<b>Internationales: Les morts du tabac en hausse depuis 1990</b>	<b>28</b>
<b>Internationales: WHO wants transparency on the pricing of medicines</b>	<b>29</b>
<b>Neuerscheinungen</b>	<b>31</b>

Ausgabe 2/Juni 2017

Die Gesundheitspolitischen Informationen/Politique de la santé : Informations (GPI) erscheinen 4-mal jährlich.

Die GPI sind das offizielle Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP).

ISSN Nr. 1420-5947

Redaktion: Sabine Graf

Druck: Fairdruck AG

Titelfoto: Thomas Reimer, fotolia.com

Quelle Rubrik Zitate (S. 18): Gerhard Kocher, «Vorsicht, Medizin! 1555 Aphorismen und Denkanstösse», h.e.p. Verlag, Bern, 3. Aufl. 2006

SGGP/SSPS

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

Société suisse pour la politique de la santé

Società svizzera per la politica della salute

Swiss Society for Health Policy

Altenbergstrasse 29, Postfach 686, 3000 Bern 8

Tel. +41 31 313 88 66, Fax +41 31 313 88 99

E-Mail Sekretariat: info@sggp.ch

E-Mail Redaktion: redaktion@sggp.ch

Website: www.sggp.ch



### **Hausarztmodell braucht Zukunft**

Ist es heute noch attraktiv, Hausarzt oder -ärztin zu werden? Angesichts überlanger Arbeitstage, manchmal fehlenden Prestiges aber auch Patienten, die immer fordernder werden, lässt sich diese Frage zu Recht stellen. Die Antwort liefert die zum Teil schwierige Versorgungssituation in ländlichen Gegenden, wo Nachfolger für Hausarztpraxen nur schwer zu finden sind.

Der Politik kann dies nicht gleichgültig sein, denn eine gute Grundversorgung für alle muss gewährleistet sein. Nötig ist deshalb eine Verbesserung der Rahmenbedingungen. Es beginnt beim Zugang zum Medizinstudium. Eine Abschaffung des Numerus Clausus wäre die richtige Lösung, zumindest aber sind die Prüfungen vermehrt so auszugestalten, dass sie auch Aussagen über Sozialkompetenz erlauben. Weiter müssen Modelle begünstigt werden, die die Zusammenarbeit in Netzwerken erlauben, in welchen nicht mehr die alleinige Arbeitslast bei einem Arzt liegt. Solche Netzwerke sollen regional breit abgestützt sein. Für ländliche Gebiete oder Bergregionen sind Modelle denkbar, die stärkere Anreize bieten, also Tarifstrukturen, die die besondere Situation berücksichtigen, Assistenzstellen, die zusätzlich vergütet werden, oder Zuschüsse an die Infrastrukturkosten. Wirken Politik, Patienten und Ärzteschaft zusammen, dann hat das Hausarztmodell weiterhin Zukunft. Und daran haben wir alle ein Interesse.

### **Le modèle du médecin de famille doit encore avoir de l'avenir**

Est-il encore intéressant, de nos jours, de devenir médecin de famille ? Des journées de travail à rallonge, un manque de prestige parfois, des patient-e-s de plus en plus exigeant-e-s : autant de raisons qui rendent cette question légitime. Face à une situation parfois préoccupante dans les régions rurales, où il est difficile de trouver un successeur disposé à reprendre le cabinet médical, la réponse saute pourtant aux yeux.

Les politiques ne peuvent y rester indifférents, car leur tâche est de garantir des soins de base pour l'ensemble de la population. Il est donc primordial d'améliorer les conditions cadres. Cela commence par l'accès aux études de médecine. Une suppression du numerus clausus serait la bonne solution. Il conviendrait, tout au moins, d'élaborer les examens de façon à ce qu'ils mettent en évidence les compétences sociales des candidat-e-s. Il faut par ailleurs privilégier les modèles qui favorisent la collaboration en réseaux au sein desquels toute la charge de travail n'incombe plus seulement au médecin. De tels réseaux devraient disposer d'une large assise régionale. Pour les zones rurales ou les régions de montagne, on pourrait envisager des modèles plus stimulants, avec par exemple des structures tarifaires tenant compte de la situation spécifique, une rémunération supplémentaire pour les assistant-e-s médicaux/ales, ou encore des aides financières pour subvenir aux frais d'infrastructure. Si les responsables politiques, les patient-e-s et le corps médical agissent ensemble, le modèle du médecin de famille aura encore de l'avenir. Et chacun de nous y a tout intérêt.

Dr. Regine Sauter, Nationalrätin/Conseillère nationale  
Mitglied Zentralvorstand SGGP/Membre du comité central SSPS

# SGGP – RÜCKBLICK

## MITGLIEDERVERSAMMLUNG UND TAGUNG

### Mitgliederversammlung

Am 11. Mai 2017 hat in Bern die jährliche Mitgliederversammlung stattgefunden. In ihrer Funktion als oberstes Organ der SGGP ist sie den Anträgen des Zentralvorstandes gefolgt. Insbesondere sind folgende Beschlüsse zu erwähnen:

- Regine Sauter, Dr., Nationalrätin FDP ZH und Direktorin der Zürcher Handelskammer, wurde einstimmig in den Zentralvorstand gewählt.
- Kathrin Huber, lic. rer. soc., MPH, Stv. Zentralsekretärin der Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, wurde als Nachfolgerin von Stefan Leutwyler, der eine neue berufliche Herausforderung angenommen hat, gewählt.

Schliesslich wurden der Präsident und die weiteren Mitglieder des Zentralvorstandes sowie René Vögtli als Revisor für eine weitere Amtszeit von 3 Jahren wiedergewählt.

Interessenten finden den Jahresbericht und die weiteren einschlägigen Versammlungsunterlagen auf der Homepage der SGGP im Mitglieder-Login.

### Tagung

Unter dem Titel «Mehr Qualität im Gesundheitswesen: Warum Patienten Druck machen und Ärzte bremsen/Davantage de qualité dans le domaine de la santé : Pourquoi les patients font-ils pression et les médecins freinent» fand im Anschluss an die Mitgliederversammlung eine Fachtagung statt. Die gut besuchte Tagung hat deutlich gemacht, dass mehr Qualität im Gesundheitswesen unbestritten ist. Sie hat aber ebenso deutlich gemacht, dass nach wie vor grosse Unterschiede zwischen Leistungserbringern einerseits und Patientinnen / Patienten sowie Versicherern andererseits bestehen, wie dieses «Mehr» an Qualität erreicht werden kann. Die Fortsetzung dieser Diskussion, die auch zu einer Anpassung des Krankenversicherungs-Gesetzes führen soll, wird erfordern, dass alle Beteiligten über ihren Schatten springen.

Alle Präsentationen können auf der Homepage der SGGP im Mitglieder-Login heruntergeladen werden.

## AUSTAUSCH MIT DELEGATION AUS TAIWAN

Vom 22. bis 31. Mai 2017 fand in Genf die WHO World Health Assembly statt. Es ist die beschlussfassende Versammlung aller Gesundheitsminister der 193 Mitgliedstaaten der WHO. Im Rahmen dieser Versammlung treffen sich jährlich ranghohe Gesundheitspolitikerinnen und Gesundheitspolitiker sowie Gesundheitsfachleute aus der ganzen Welt. Aufgrund eines sehr guten Kontakts von Prof. Dr. Bettina Borisch, Mitglied des Zentralvorstandes der SGGP, bot sich für die SGGP-Mitglieder die Möglichkeit, eine hochrangige Delegation aus Taiwan zu treffen, namentlich den Gesundheitsminister Taiwans, den Direktor der Krankenversicherung sowie weitere Gesundheitsfachpersonen. Eine wertvolle Gelegenheit also, für einen spannenden Erfahrungs- und Gedankenaustausch.

Eingeleitet wurde dieser Erfahrungsaustausch durch den taiwanesischen Gesundheitsminister, Shih-Chung Chen, der sich erfreut über dieses Treffen zeigte. Im Rahmen der anschliessenden Präsentationen bot Jean-François Steiert, Präsident der SGGP, einen kurzen Überblick über die Besonderheiten des Schweizer Gesundheitssystems und der Direktor der nationalen Krankenversicherung Taiwans, Po-Chang Lee, stellte demgegenüber den Anwesenden das taiwanesisches Gesundheitssystem vor. Taiwan hat ein sehr effizientes Gesundheitssystem (6,2% des BIP für Gesundheit – Daten 2010). Es funktioniert auf der Basis eines privatwirtschaftlich organisierten Gesundheitsmarktes – so zum Beispiel die freie Arztwahl – und seit 1995 mit einer einzigen Krankenkasse. Inzwischen sind 99.6 Prozent der taiwanesischen Bevölkerung in der nationalen Krankenkasse versichert, wie Po-Chang Lee ausführte. Der Leistungskatalog dieser nationalen Kasse ist äusserst umfangreich, so gehören beispielsweise auch Zahnbehandlungen und Leistungen von Augenärzten in den Katalog. Wie Po-Chang Lee weiter zeigte, ist es in Taiwan aufgrund



Links im Bild: Shih-Chung Chen, Minister of Health and Welfare, rechts daneben Po-Chang Lee, Director General of National Health Insurance Administration; im Vordergrund: Prof. Dr. Bettina Borisch, Mitglied Zentralvorstand SGGP, rechts daneben Jean-François Steiert, Präsident SGGP

der geografischen Verhältnisse ebenso schwierig, die Grundversorgung zu garantieren, wie in der Schweiz – hinzu kommen in Taiwan die offshore-lebenden Patienten, die mittels Telemedizin versorgt werden. Auch E-Health wird in Taiwan gross geschrieben: Mit der App «My health bank» kann jeder Taiwanese auf seine Gesundheitsdaten der letzten drei Jahre zugreifen. Die taiwanesisches Bevölkerung ist äusserst zufrieden mit ihrem Gesundheitssystem, führte Po-Chang Lee weiter aus. Diese hohe Zufriedenheit hat jedoch einen Nachteil, wie in der anschliessenden Diskussion klar wurde: Sie erschwert das Umsetzen von Reformen. Dies zeigt – und darin waren sich alle Teilnehmenden einig –, dass es kein Gesundheitssystem gibt, das perfekt ist.

# Aus den eidgenössischen Räten

## In der Frühjahrssession 2017 entschieden

### **Bessere Unterstützung für schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder, die zu Hause gepflegt werden (pa.lv. Joder, 12.470)**

Familien, welche schwerkranke oder schwerbehinderte Kinder zu Hause pflegen, sollen entlastet werden. Der Ständerat stimmte der parlamentarischen Initiative oppositionslos zu. Damit wird der Intensivpflegezuschlag (IPZ) erhöht: Je nach Pflegebedarf erhalten Familien neu zwischen 940 und 2350 Franken. Hinzu kommt, dass der Zuschlag künftig nicht mehr vom Assistenzbeitrag abgezogen wird. Dies hatte der Bundesrat abgelehnt. Der Nationalrat hatte bereits in der Wintersession 2016 mit 186 zu 2 Stimmen bei 3 Enthaltungen der Vorlage in der Gesamtabstimmung zugestimmt. In der Schlussabstimmung wurde das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom Nationalrat und vom Ständerat angenommen. Das Gesetz untersteht dem fakultativen Referendum – die Frist läuft bis am 6. Juli 2017.

## Traktandierete Geschäfte Sommersession 2017

### **Nachbesserung der Pflegefinanzierung (pa.lv. Egerszegi-Obrist, 14.417)**

Mit der Gesetzesänderung soll geklärt werden, dass der Herkunftskanton auch dann für die Restkosten der Pflege aufkommen muss, wenn eine Person in einem anderen Kanton in ein Pflegeheim eintritt. In der Differenzbereinigung zum Entwurf zur parlamentarischen Initiative beantragt die Mehrheit der Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-NR), dem Ständerat einen Schritt entgegenzukommen. Uneinig sind sich die beiden Räte in der Frage, ob die Übernahme der Restkosten nach den Regeln des Wohnsitzkantons oder des Standortkantons des Pflegeheimes geschehen soll. Gemäss Ständerat soll ein Kanton nur dann die Restfinanzierung nach den Regeln des Standortkantons übernehmen müssen, wenn er der betroffenen Person keinen innerkantonalen Pflegeheimplatz bieten kann. Der Nationalrat hatte hingegen in der Wintersession 2016 oppositionslos entschieden, dass der Herkunftskanton die Restkosten nach den Regeln des Standortkantons des Pflegeheims übernehmen muss. Mit 24 zu 1 Stimmen beantragt die SGK-NR nun, dass für die Festsetzung der Restkosten die Regeln des Standortkantons des Heims gelten sollen, sofern die Kantone keine anderslautenden Vereinbarungen abgeschlossen haben. Der Nationalrat behandelt die Vorlage am 7. Juni 2017.

### **Medicrime-Konvention: Genehmigung und Umsetzung (17.029)**

Das Übereinkommen des Europarates über die Fälschung von Arzneimitteln und Medizinprodukten und über ähnliche die öffentliche Gesundheit gefährdende Straftaten (Medicrime-Konvention) schafft die Grundlage, um die Fälschung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zu bekämpfen. Die Schweiz erfüllt die Anforderungen des Übereinkommens bereits weitgehend. Einige punktuelle Anpassungen der Strafprozessordnung und des Heilmittelgesetzes sind aber notwendig, um schärfer gegen Heilmittelfälschungen vorgehen zu können. Neu sollen auch Swissmedic und die Eidgenössische Zollverwaltung Observationen und verdeckte Fahndungen anordnen können. Pharmaunternehmen sollen zudem auf Packungen von verschreibungspflichtigen Medikamenten Sicherheitsmerkmale anbringen können, womit die Echtheit überprüft und die Packung identifiziert werden können. Die Gesundheitskommission des Stände-



Foto: parlament.ch

rates (SGK-SR) trat einstimmig auf den Bundesbeschluss ein, mit welchem der Bundesrat ermächtigt wird, die Medicrime-Konvention zu ratifizieren. In der Gesamtabstimmung hat die Kommission die Vorlage einstimmig angenommen. Der Ständerat befasst sich am 13. Juni 2017 mit der Vorlage.

### **Ergänzungsleistungen und Prämienverbilligung entkoppeln (Mo. Nationalrat (Humbel), 14.3366)**

Nach Ansicht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) wurden im Rahmen der Reform der Ergänzungsleistungen (ELG. Änderung (EL-Reform), 16.065) auch Anliegen von mehreren Motionen und einer Standesinitiative berücksichtigt, weshalb sie sich aus Sicht der Kommission erübrigen – darunter auch die Motion Humbel (14.3366). Mit der Motion soll der Bundesrat beauftragt werden, eine Änderung des Bundesgesetzes über die Ergänzungsleistungen zur AHV/IV (ELG) vorzulegen, damit die Prämienverbilligung von den Ergänzungsleistungen entkoppelt wird und die Kantone auch für EL-Bezüger die Richtprämie für die Prämienverbilligung festsetzen können. Der Ständerat behandelt die Motion gemeinsam mit der Vorlage zur EL-Reform am 31. Mai 2017.

## In der Kommission hängig

### **OKP-Kostenanstieg dämpfen durch geeignete Kostenbegrenzungs-Massnahmen (Mo. Ettlín Erich, 16.3987) / Einführung einer Vergütungspflicht von im Ausland freiwillig bezogener OKP-Leistungen (Mo. Ettlín Erich, 16.3988) / Tarifpflege und Entwicklung (pa.lv. SGK-NR, 17.401) / Steuerung der Kosten im KVG durch die Vertragspartner (pa.lv. SGK-NR, 17.402)**

Die Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates (SGK-SR) hat an ihrer Sitzung vom 26. April 2017 eine gesundheitspolitische Auslegeordnung vorgenommen. Im Rahmen des Themenblocks «Tarifpflege und Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen» hat sie die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Leistungserbringer, Versicherer, Patientenorganisationen und den Preisüberwacher angehört. Auf Basis dieser Anhörung und der Erkenntnisse einer vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzten Expertengruppe zur Prüfung von neuen Modellen zur Dämpfung der Gesundheitskosten wird die Kommission im vierten Quartal ihre Beschlüsse fassen. Die Vorstösse werden im vierten Quartal 2017 in der SGK-SR traktandiert.

# Grundversorgung in der Schweiz: wie weiter?

Wie wird sich die medizinische Grundversorgung in der Schweiz künftig entwickeln? Sicher ist, dass sie vor einer ganzen Reihe an Herausforderungen steht – vom sich abzeichnenden Hausärztemangel über die Zunahme chronischer Erkrankungen bis hin zum Verteilungsproblem zwischen urbanen und ländlichen Regionen. Sowohl bei der Hausärzteschaft als auch bei den Pflegefachpersonen bestehen Lösungsansätze und neue Modelle, um diesen Herausforderungen zu begegnen.



**Interview mit Dr. med. Sven Streit, Leiter Nachwuchsförderung und Vernetzung Hausärzte, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) der Universität Bern** (Interview: Sabine Graf)

## GPI: Wie beurteilen Sie die aktuelle Situation in Bezug auf die medizinische Grundversorgung in der Schweiz?

Dr. med. Sven Streit: Wir haben eine sehr gute Grundversorgung, was der Bevölkerung auch wichtig ist: 2014 sagten 88% Ja zur medizinischen Grundversorgung, in der die Hausarztmedizin eine zentrale Rolle spielt. Studien zeigten, dass Hausärzte weniger unnötige Untersuchungen machen<sup>1)</sup> und 94% der Beschwerden ohne Überweisung an Spezialisten behandeln können<sup>2)</sup>. Die Schweiz hat aber einen Hausärztemangel, der in den nächsten Jahren aufgrund von Pensionierungen noch zunehmen wird. Der Bundesrat lancierte deswegen Massnahmen für mehr Ausbildungsplätze in der Humanmedizin<sup>3)</sup>. Mehr Ärzte bedeutet aber nicht automatisch mehr Hausärzte, weshalb flankierende Massnahmen nötig sind.

## Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, dass Nachwuchs-Mediziner heute den Beruf der Hausärztin/des Hausarztes ergreifen?

Zunächst musste sich das Bild der Hausarztmedizin wandeln. Dies gelang u.a. dem Verein Junge Hausärzte Schweiz, indem er zukünftige Hausärzte an einem jährlichen Kongress zusammenbringt, um ein neues Bild der Hausarztmedizin zu vermitteln: jung, dynamisch und motiviert. Die Universitäten sind diesem Ruf gefolgt und setzen auf vermehrte Präsenz der Hausarztmedizin im Studium. Studierende mit Interesse in der Hausarztmedizin müssen wir früh ansprechen und bis zur Praxistätigkeit fachlich und persönlich, zum Beispiel durch Mentoring, begleiten. In der Weiterbildung verlieren wir zu viele Nachwuchsärzte, wenn sie als Assistenzärzte in Spitälern arbeiten. Dort können wir mit attraktiven Curricula (Praxisassistentenprogramme in Hausarzt-

praxen und Rotationen in beliebten Fächern) Gegensteuer geben. Auch attraktive Rahmenbedingungen sind wichtig, wozu unter anderem das Einkommen gehört.

## Wie wird die medizinische Grundversorgung in ein paar Jahren aussehen – in Bezug auf mögliche Modelle aber auch Kosten?

Die Bevölkerung wächst, besonders die Gruppe der sehr alten Menschen (> 80-jährig), die meist mehrere chronische Krankheiten haben, wo man als Spezialist rasch den Überblick verlieren kann – mit Über-/Unterversorgung als Folge. Hausärzte sind für solche komplexen Fälle die Spezialisten und dort ist auch die Rolle der Versorgungsforschung. Hausärzte setzen dabei vermehrt auf Gruppenpraxen mit je nach Versorgungsgebiet auch anderen Berufen. Wir Hausärzte setzen uns für die Interprofessionalität ein und unterstützen Modelle, in denen kostengünstig und effizient der Überblick über die Bedürfnisse unserer Patienten nicht verloren geht in Zeiten einer immer fragmentierteren Medizin.

## Und wie werden sich das Berufsbild der Hausärzte und deren Aufgaben wandeln?

Holland und England sind uns bezüglich kostengünstiger und effizienter Gesundheitsversorgung voraus, weil sie die Rolle der Hausärzte massiv gestärkt haben. In Holland ist der Hausarzt die Ansprechperson und der Direktzugang zu Spezialisten wurde eingeschränkt. Die finanzielle Aufwertung der Hausärzte und die Akademisierung, indem zum Beispiel Hausärzte Richtlinien verfassen und nicht Spezialisten, haben ihr Weiteres dazu beigetragen.

Weitere Informationen zum Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM): [www.biham.unibe.ch](http://www.biham.unibe.ch)

## Integrierte Versorgungsmodelle: das Pilotprojekt CareNet+

CareNet+ wurde 2016 von Pro Senectute Kanton Zürich als zweijähriges Pilotprojekt im Bezirk Affoltern am Albis gestartet. CareNet+ koordiniert die Zusammenarbeit aller beteiligten Fachstellen für Menschen ab 50 Jahren in Lebenssituationen mit komplexen Problemstellungen. Durch gezielte Koordination der Leistungserbringer aus den Bereichen Medizin, Pflege, Betreuung und Soziales sowie der Kostenträger wird die Effizienz in der Versorgung der Betroffenen erhöht.

Ein Assessment führt zur individuellen Bedarfseinschätzung, welche die Basis für den Behandlungsplan und die Umsetzung der notwendigen Massnahmen bildet. Bei Unklarheiten oder Uneinigkeit in der Vorgehensweise wird eine Fallkonferenz einberufen, um gemeinsam einen Handlungsplan zu erarbeiten, der von allen Beteiligten mitgetragen wird. In dieser Form werden zum ersten Mal betroffene Klienten, alle beteiligten Leistungserbringer und Kostenträger in die Versorgungsplanung und Umsetzung miteinbezogen. Die Fallkoordination erfolgt durch eine neutrale Stelle mit dem Ziel, die bestmögliche Versorgung für die Klienten sicherzu-

1) [http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2617278?utm\\_medium=alert&utm\\_source=JAMA%20Intern%20MedPublishAheadofPrint&utm\\_campaign=10-04-2017](http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2617278?utm_medium=alert&utm_source=JAMA%20Intern%20MedPublishAheadofPrint&utm_campaign=10-04-2017)

2) <https://primary-hospital-care.ch/de/article/doi/phc-d.2017.01483/>

3) Staatssekretariat für Bildung, F.u.I.S., Mehr Ausbildungsplätze in Humanmedizin.

<https://www.sbfi.admin.ch/sbfi/de/home/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-64577.html>