

François Héritier, SGAM-Präsident

Exit Silos

Welche Chancen bietet das neue Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin?

Seit Beginn des Jahres ist der Entwurf des neuen Weiterbildungsprogramms (WBP) in Allgemeiner Innerer Medizin (AIM) auf der Website des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) abrufbar. Erste Reaktionen und Kommentare waren bereits zu lesen, weitere in dieser Ausgabe von PC. In den Reihen der SGAM haben sich einige heftige Stimmen erhoben und die Aussagen gehen zuweilen an die Grenze des guten Geschmacks. Ich kann verstehen, dass sich einige Kolleginnen und Kollegen empfindlich getroffen fühlen, und sollte ich in meiner Funktion als Präsident der SGAM persönliche Befindlichkeiten falsch eingeschätzt haben, entschuldige ich mich an dieser Stelle und übernehme die volle Verantwortung.

Eine neue Ära beginnt

Das WBP markiert den Beginn einer neuen Ära und leitet einen Veränderungsprozess in der SGAM ein. Wie jeder Wandel kann dies Verunsicherung hervorrufen. So entsteht bei einigen möglicherweise der Eindruck, mit dem Ende des derzeitigen WB-Programms für Allgemeinmedizin ginge auch der Geist der von ihnen mit aufgebauten Standesgesellschaft verloren. Tatsache ist aber, dass wir durch unsere Verträge mit der EU nicht länger drei verschiedene Weiterbildungswege in der Primärversorgung – Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Praktischer Arzt – anbieten konnten. Indem wir einen fünfjährigen Facharztstitel, statt einer dreijährigen Weiterbildung wie für den Eurodoc-Praktischen Arzt befürworten, mussten wir unter dem Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin nur die Weiterbildungen Allgemeinmedizin und Innere Medizin vereinigen. Darin besteht im Kern der aktuelle Entwurf. Da allerdings die Innere Medizin auch die Spitalärzte umfasst, hat es sich als problematisch erwiesen, ein WBP nur für die Hausarztmedizin einzurichten. Das Ergebnis ist daher die jetzige Kompromisslösung, die nach einer gemeinsamen dreijährigen Basisweiterbildung die Wahl zwischen einer Aufbauweiterbildung zum Spitalinternisten oder zum Hausarzt/Praxisinternisten vorsieht.

Dies ist keine revolutionäre Neuerung, denn die Kinder- und Jugendmedizin hat dieselbe WB-Struktur, ohne die Zugehörigkeit der Praxispädiater zu „Hausärzte Schweiz“ in Frage zu stellen.

Es wird hier also keinesfalls die Seele der Allgemeinmedizin verkauft. Das neue WBP ist im Aufbau begriffen und lässt sich noch perfektionieren. Endgültig abgeschlossen wird es ohnehin niemals sein, denn jedes Programm muss sich stets den Entwicklungen der Zeit und der medizinischen Praxis anpassen. Zudem ist das WBP das Ergebnis gegenseitiger Zugeständnisse und einer zweijährigen Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsgruppen und Vorständen der beiden Fachgesellschaften SGAM und SGIM. Dabei haben die Internisten ihrerseits einen grossen Schritt in unsere Richtung getan und auch wir müssen den Bedürfnissen unseres Partners gerecht werden.

Die Festungen verlassen

Das neue WBP berücksichtigt auch die Wünsche und Vorstellungen der jungen Generationen. Es hat eine flexible, modulare, offene Architektur und erleichtert den Übergang von der Praxis ins Spital. Damit tragen wir den Forderungen unserer künftigen Kolleginnen und Kollegen Rechnung, für die es nur schwer vorstellbar ist, 30

Jahre ihres Berufslebens in derselben Struktur zu verbringen. Überdies bietet die grössere Durchlässigkeit endlich die Chance, unsere Festungen zu öffnen und die kategorische Trennung zwischen Praxis und Spital zu überwinden. Alle angehenden Spitalärzte müssen künftig mindestens sechs Monate ambulante AIM, vorzugsweise Praxisassistenten, absolvieren. Und dies kann sogar verlangt werden, sobald ausreichend Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen.

Wir können die anstehenden Herausforderungen unseres Gesundheitssystems (Einführung von Managed Care, DRG usw.) nur durch eine intensivere Kooperation zwischen Spital und Ambulanz und grössere gegenseitige Anerkennung bewältigen. Deshalb sollten wir unsere nicht mehr zeitgemässen Festungen schleifen – zugunsten unserer Patienten und der Behandlungsqualität. Lassen Sie uns endlich nicht mehr länger das Klischee bedienen, der Internist Befasse sich mit Krankheiten, der Allgemeinmediziner mit Patienten. Denn im Grund verfolgen wir alle dasselbe Ziel: die bestmögliche Behandlung unserer Patienten.

Das WBP ist nicht das Ende der Hausarztmedizin, wie sie die Wonca definiert. Zwar fehlt im aktuellen Entwurf möglicherweise noch der exakte Wortlaut der Wonca-Definition, was korrigiert werden kann, doch ist es dank der ausgeprägten Modularität des Programms möglich, nach den zwei Pflichtjahren in stationärer Allgemeiner Innerer Medizin drei weitere Jahre in der Praxis zu absolvieren. Die einzige Voraussetzung ist, dass wir es schaffen, das Angebot an Weiterbildungspraxen zu erhöhen. Hier erhalten die künftigen Hausärzte die richtige Ausbildung und hier soll der Gedanke der Wonca mit Leben gefüllt werden.

Darüber hinaus unterstützt das WBP die derzeitigen Entwicklungen in einigen Regionen (St. Gallen, Zürich, Luzern, der «Cursus romand de médecine générale» usw.). In diesen ist die Praxisassistenten schon in den Rotationsstellen integriert, die angehende Hausärzte zu durchlaufen haben. Diese Programme werden von einer grossen Offenheit und Kooperationsbereitschaft zwischen öffentlichen Spitälern und Privatpraxen getragen.

Weitere Chancen

Der Erwerb des neuen Facharztstitels sollte durch die Integration der bisher vom WBP Allgemeinmedizin geforderten Zusatzkurse (Notfallmedizin, Labor, Radiologie) in die Weiterbildungsmodule vereinfacht werden.

Durch die Einführung von «Logbooks» wird die Weiterbildung künftig erleichtert und besser strukturiert. Diese Bordbücher legen für jede Disziplin die für die Praxistätigkeit erforderlichen konkreten Ausbildungsziele und zu erwerbenden Kenntnisse fest.

Die Abschaffung der mündlichen Abschlussprüfung ist dabei keine Qualitätseinbusse. Die regelmässigen Beurteilungen im Laufe der Weiterbildungsmodule, die in Form von Mini-CEX oder DOPS stattfinden, müssen eine Einschätzung des Wissens sowie der Kommunikationskompetenzen, die Grundpfeiler der guten Hausarztmedizin, erlauben (vgl. dazu den in der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 4/2010 erschienenen Artikel).

Auch hier sei nochmals gesagt, dass der Pragmatismus Vorrang hat: Angesichts der aktuellen Praxisstrukturen wäre es unrealistisch zu glauben, man könne pro Jahr über 400 mündliche Prüfungen inklusive Videos durchführen.

Aus all diesen Gründen hat der Vorstand der SGAM mit seiner Arbeitsgruppe beschlossen, gemeinsam mit der SGIM einen einzigen fünfjährigen Facharztstitel zu schaffen. Denn wir sind überzeugt, dass dies, obgleich weitere Modifikationen kommen können, den jungen Generationen mehr Vorteile bringen wird.

Für unsere Praxen und unsere Patienten wird sich durch das neue WBP nichts ändern. Wer immer sich betroffen fühlt, kann sich noch an den Diskussionen beteiligen. Ich bin offen für konstruktive Kritik, wie sie von Seiten der jungen Hausärzte der JHaS angebracht wurde. Deren Forderungen wurden zu einem grossen Teil in den aktuellen Entwurf aufgenommen.

Im Gegenzuge erhoffe und erwarte ich allerdings von einigen Kolleginnen und Kollegen ein wenig mehr Vertrauen, Offenheit, konstruktive Unterstützung und positives Denken.

Wir haben nun zusammen mit der SGIM einen gemeinsamen Facharztstitel, den wir paritätisch verwalten werden. Meine Hoffnung ist, dass er von demselben Geist getragen wird, der uns auch zur Gründung von „Hausärzte Schweiz“ motiviert hat. Denn hier haben wir der uns so teuren Hausarztmedizin eine eigene, einheitliche und laute Stimme gegeben.

Korrespondenz:

Dr. François Héritier
21, rue Saint-Germain
2853 Courfaivre
heritier.vf@vtxnet.ch

Werner Bauer, Mitglied des Präsidiums der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin

Legenden verteidigen oder für die Zukunft bauen?

Welcher Facharztstitel für die Hausärzte?

Eigentlich hat mir die Redaktion eine andere Formulierung des Titels vorgeschlagen, nämlich «Hausarzt Schweiz nach Wonca oder EFIM (European Federation of Internal Medicine)?».

Ich kann den Gegensatz, der mit dieser Fragestellung impliziert wird, aber schlicht nicht erkennen. Die allgemeine Innere Medizin beinhaltet – und das wird eigentlich von niemandem bestritten – den Haupttätigkeitsbereich der heutigen Hausarztmedizin. Je nach Ort und Struktur einer Praxis sind andere Fachbereiche, wie Pädiatrie, Unfallchirurgie sowie Gynäkologie, ebenfalls von Bedeutung. Alles deutet aber darauf hin, dass das Berufsbild der Hausärzte in raschem Wandel begriffen ist. Das Berufsbild der Zukunft beschreibt den Hausarzt als Geleiter und Begleiter der Patienten durch die Institutionen des Gesundheitswesens, als Koordinator von Diagnostik und Therapie, als Kommunikator und Vertrauensperson, als zentrales Mitglied eines Teams und nicht mehr als denjenigen, der von Tagesanbruch bis tief in die Nacht hinein weitgehend alles selber macht.

Das nun vorgeschlagene Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» ist so liberal und modular aufgebaut, dass sich jede junge Ärztin und jeder junge Arzt neben der Basisweiterbildung von drei Jahren Innerer Medizin ein Curriculum zusammenstellen kann, das genau diejenigen Kompetenzen vermittelt, welche sie für ihren zukünftigen Berufsweg benötigen. Nach Abschluss der Weiterbildung haben diese Ärztinnen und Ärzte einen weltweit anerkannten Titel in Innerer Medizin und gleichzeitig den EU-konformen Titel «Praktischer Arzt/Praktische Ärztin», sind zugelassen für die ärztliche Grundversorgung im Spital und im Hausarztsektor und haben die verschiedensten beruflichen Optionen, wie immer auch sich ihr Leben entwickeln mag.

Menschenzentriert oder krankheitszentriert?

Ein unverständlicher Einwand, der gegenüber den Internisten immer noch manchmal erhoben wird, ist die Behauptung, Allge-

meinmedizin sei menschenzentriert, Innere Medizin sei krankheits- oder organzentriert. Abgesehen davon, dass eigentlich überhaupt kein Fachbereich der Medizin den ganzen Menschen ausser Acht lassen sollte, beinhaltet das Selbstverständnis der Inneren Medizin ohne jede Einschränkung das Grundprinzip, dass bei einer Erkrankung alle Aspekte der Problematik eines Patienten erfasst werden müssen.

Zwar auf Englisch, aber unmissverständlich und klar, wird diese Grundhaltung in der Präambel zum Basisdokument der Europäischen Internistenföderation (2010) beschrieben:

“Internal Medicine can revive the essential approach in medical education and practice in looking towards «systems medicine», which incorporates the complex biochemical, physiological, and environmental interactions that sustain humans.

A holistic approach to medicine benefits patients and society, taking into consideration the ethical, socio-legal and economic implications. It promises greater precision in diagnosis, opportunity of earlier intervention, risk-based prevention, individualization of care, and optimization of the patient-clinician interface.”

Die gleiche Grundhaltung ist auch in die EFIM-Definition der Inneren Medizin eingeflossen:

“Internal Medicine is the core medical discipline that is responsible for the care of patients with one or more complex, acute, or chronic illnesses, both in the hospital and in the community. It is patient-centred, scientifically based and committed to ethical, scientific and holistic principles of care.”

Spitalärzte und Hausärzte: zwei Welten?

Man muss eine grosse Vorliebe für Dogmen haben, um zu behaupten, dass es heute noch auf der einen Seite eines virtuellen Grabens die Spitalmedizin und auf dessen anderer Seite die Hausarztmedizin gebe. Natürlich kennen wir alle die Kommunikations- und Koordinationsprobleme sowie die kleineren oder grösseren Animosität-

ten zwischen Spitalärzten und Praktikern. Die Entwicklungen im Gesundheitswesen von den modernen Methoden und Technologien, mit denen viele Interventionen in den ambulanten Bereich verlagert werden, bis zur Einführung der DRG's lassen aber immer weniger Grenzzäune zwischen der Spital- und der Nicht-Spital-Welt zu. Diese Tatsache hat eine klare Konsequenz für die ärztliche Grundversorgung: Sie umfasst die Basisbetreuung der Patienten innerhalb und ausserhalb des Spitals, sie wird geleistet von Haus- und Spitalärzten, und die Fachdisziplin, die in vielen Fällen die besten Dienste leisten kann, ist die Innere Medizin. Sogar auf chirurgischen Abteilungen zeichnet sich die Tendenz ab, dass die ärztliche Betreuung der Patienten auf der Station den Internisten anvertraut wird.

Die Kritik am neuen Weiterbildungsprogramm, die auf der Behauptung beruht, dass die Innere Medizin eine Spitaldisziplin sei, war in der Schweiz schon immer falsch. Auf Grund der heutigen Entwicklungen wird sie noch falscher. Die beiden Standbeine der inneren Medizin im Spital und in der ambulanten Medizin machen eine ihrer Stärken aus, die in Zukunft noch besser genutzt werden muss.

Hausarztmedizin ist Facharztmedizin!

Das klingt selbstverständlich, ist es aber nicht. Weltweit beträgt die durchschnittliche Weiterbildungsdauer für Hausärzte bei weitem nicht fünf Jahre wie bei uns. In vielen Ländern innerhalb und ausserhalb von Europa dauert die Weiterbildung zwei oder drei Jahre. Dies bedeutet in vielen Ländern einen klaren Niveau- und Prestigeunterschied gegenüber den Spezialärzten, der auch von der Bevölkerung so wahrgenommen wird.

Alle, denen die Hausarztmedizin in der Schweiz wirklich am Herz liegt, sind überzeugt, dass eine qualitativ hoch stehende, glaubhafte Hausarztmedizin nur möglich ist, wenn sie von Fachärztinnen und Fachärzten praktiziert wird. Es gibt aber auch in unserem Land durchaus Tendenzen und Überlegungen, wonach man Grundversorger billiger und kürzer ausbilden könnte. Sogar von einem Fachhochschul-Lehrgang oder von einem «Bachelor of primary care medicine» ist immer einmal wieder die Rede.

Es kann in der Schweiz keine ernst zu nehmende Strategie sein, die Hausarztmedizin auf dem Niveau von «praktizierenden Ärzten» mit 2 oder 3 Jahren Training anzusiedeln. Deshalb ist das Konzept, die

Allgemeinmedizin formell als Titel aufzuheben, die Allgemeinmediziner aber als Allgemeininternisten anzuerkennen und die kommende Generation auch entsprechend weiterzubilden, elegant und logisch. Wir erfüllen damit die gestellte EU-Forderung und sichern das Facharzniveau für die Hausarztmedizin vorerst unabhängig vom langfristigen Ergebnis der Verfassungsinitiative, denn der weltweit anerkannte Titel «Innere Medizin» ist unangefochten.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass nicht auch unter dem Dach der allgemeinen inneren Medizin eine hausärztliche Forschung und Lehre gedeihen wird, und ich kann mir nicht vorstellen, dass die europäische Hausärzteorganisation UEMO so stur ist, dass sie die schweizerischen Hausärzte hinauswirft, nur weil diese neben dem Titel «Praktischer Arzt» den Internistentitel tragen. Entscheidend ist ja, wie sie weitergebildet worden sind und was sie tun!

Emotionen sind unvermeidbar, aber ...

Ich vermute, dass das jetzt zur Diskussion stehende Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» keine Wogen von Meinungsäusserungen auslösen würde, wenn es als Programm «Allgemeinmedizin» oder «Hausarztmedizin» daher käme. Es ist so liberal und modular, wie man sich nur wünschen kann. Es lässt die freie Wahl der verschiedensten Optionen zu, es öffnet die Türen zur Praxisassistenz und es erlaubt eine berufliche Entfaltung in verschiedenen Richtungen.

Wir dürfen Emotionen zulassen, aber wir sollten keine Legenden verteidigen, und am Ende unserer Diskussionen müssten wir fähig sein, ein Weiterbildungsprogramm einzuführen, dass für die junge Generation attraktiv ist und sicher stellt, dass sich auch in Zukunft kompetente Ärzte um die Patienten kümmern.

Korrespondenz:
Dr. med. Werner Bauer
Facharzt für Innere Medizin FMH
Kohlrainstrasse 1
8700 Küsnacht
Werner.Bauer@hin.ch