

Igor Švab, President Wonca Europe

# The medical speciality of family medicine: the European perspective

My task in this debate is to shed some light on the context of new proposals for vocational training in Switzerland, from an international perspective. In my position as the president of the European Organisation of Family Doctors, I have often been asked questions about specialty training of family physicians by policymakers in Europe. I have always tried to promote the highest standards of family medicine in the European region, which is one of the aims of the organisation. Of course, the situation in different countries in Europe is very varied, and the advice must take into account the specificities of different realities in Europe. Nevertheless, when discussing the quality of family medicine, one needs to answer to the following questions:

## Who is it for?

The population in every country deserves the best possible health care that the country can afford. When discussing the training of health professionals, one must move away from discussions about how the training will affect us as doctors and think about how the training will affect the population and patients. The quality of training is, therefore, in the best interest of the population of a country. This is especially important in primary care, where family medicine is the leading discipline. It has been clear for a long time that primary care is the most cost-effective method of providing health services. The World Health Organisation (WHO) has recently made it very clear that countries should invest in primary care in order to achieve better health outcomes at the population level.

## Can we afford it?

No country in the world can afford to invest in health as much as health services can offer. The challenge is the same for the rich countries (like Switzerland) and the poor ones. From the cost-effectiveness point of view, specialty training for family medicine has the following characteristics:

- Since it involves the biggest proportion of doctors, it represents an important investment that must be considered at the national level. This usually affects the length of training and its practicalities of organisation.
- Because family medicine is a very cost-effective discipline, investment in training yields a very good economic "return": high quality family medicine provides excellent health care results. Therefore, the family medicine speciality should be considered as a good investment.

It is my belief that Switzerland should be able to use the best possible standards in training and should not be satisfied with minimal standards of training that have been accepted at the EU level. It should move towards optimum standards of training.

## What is the content?

Family medicine and its organisation is a speciality with its specificities like every other speciality. It is demanding emotionally, intel-

lectually and even physically. As it is a speciality in its own right, the complexity of training must reflect the specificities of the discipline. Curricula of family medicine tends to be more complex than curricula of some other clinical disciplines.

Fortunately, the European Academy of Teachers of Family Medicine has developed a very useful document; the Teaching Agenda, which can serve as a reference point for curriculum design. This document has been widely used and accepted and has been developed by leading experts in family medicine education in Europe.

## Who is in charge?

It is logical that the training should be developed, monitored and managed by family physicians, who should be in charge of the programme and respond to the policymakers regarding quality of training. This is sometimes a problem, because family medicine does not have the same academic pedigree as other disciplines. This is a struggle that many family medicine organisations in Europe had to face. Fortunately, this battle has been won in most countries. It is now very clear that family doctors are absolutely competent in ensuring good quality training of the future family doctors. The most developed countries in Europe are an excellent example of that.

## Mine is longer than yours

The length of training is often discussed in great detail. There is ample reason for that: the length of training has its economic consequences and is also a very rough measure of the perceived complexity of a discipline. It is still considered that the longer the training, the more prestigious discipline is. As a principle: if one considers family medicine as a discipline comparable to others in health care, then the length

of training should be comparable to other specialities, certainly not shorter.

The other struggle is the division of training in hospitals and in primary care. It is often considered that hospital training is excellent for providing experience of rare conditions, with an aura of science and high technology. However, it is also an environment that is not "natural" for family medicine. There is also another, more profane reason why hospital training is very popular: training in hospitals is often a source of cheap labour, provided by residents. This is a well known problem: doctors in hospital training are there not to learn, but to provide services. For that reason, the length of training in hospitals should be limited and most of the training should be done in primary care.

## Attractiveness

Of course, training must be attractive in order to attract the brightest and the best, but the training itself does not per se guarantee adequate number of primary care physicians. The reasons why young people will choose family medicine have more to do with their future conditions of work. No matter how good the training is,

---

It is now very clear that family doctors are absolutely competent in ensuring good quality training of the future family doctors.

---

if the doctors expect that they will be underpaid and overworked during their professional career, they will not choose family medicine. This is the challenge for policymakers who decide about the working conditions of family doctors in the country and who have to provide adequate working conditions for them.

#### To summarise ...

1. Good speciality training for family medicine is in the public health interest of the country, because it provides excellent outcomes at affordable prices. Investment in primary care must become a national priority. This request is supported by recent declarations by the WHO.
2. Switzerland as a country should be able to afford the best possible standards of training for its population and should not be satisfied with minimal standards set by the European Union.
3. The content of training should be based on the European document of family medicine training (the Teaching agenda) and should reflect the working conditions of future family doctors.

4. The specialty training should be run by academic institutions of family medicine or professional organisations of family medicine, ideally by both in parallel.
5. The length of training should be comparable to other specialties, and at least half of the training (and possibly much more) should be done in the "natural environment" of the future doctor.
6. Attractiveness of the discipline is less a result of training and more a result of attractiveness of the future profession.

Prof. Igor Švab, MD, PhD, FRCGP (Hon.)  
 Medical faculty  
 Department of family medicine  
 Poljanski nasip 58  
 SLO-1000 Ljubljana  
 igor.svab@mf.uni-lj.si

Fritz Georg Fark, Daniel Widmer<sup>1</sup>

## Der Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin» und seine Auswirkungen auf die Beziehungen zwischen der Schweiz und Europa

Die Autoren zeigen die Auswirkungen des neuen Titels «Allgemeine Innere Medizin» auf die Beziehung zwischen der Schweiz und Europa sowie auf die Migration von Hausärzten in beiden Richtungen. Mit einem eigenen Vorschlag stellen sie Verbesserungsmöglichkeiten dar.

Der geplante Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin» (AI) liegt quer in der nationalen und europäischen Landschaft. Wo liegen wesentliche Probleme, was muss verbessert werden? Im Folgenden möchten wir anschaulich darstellen,

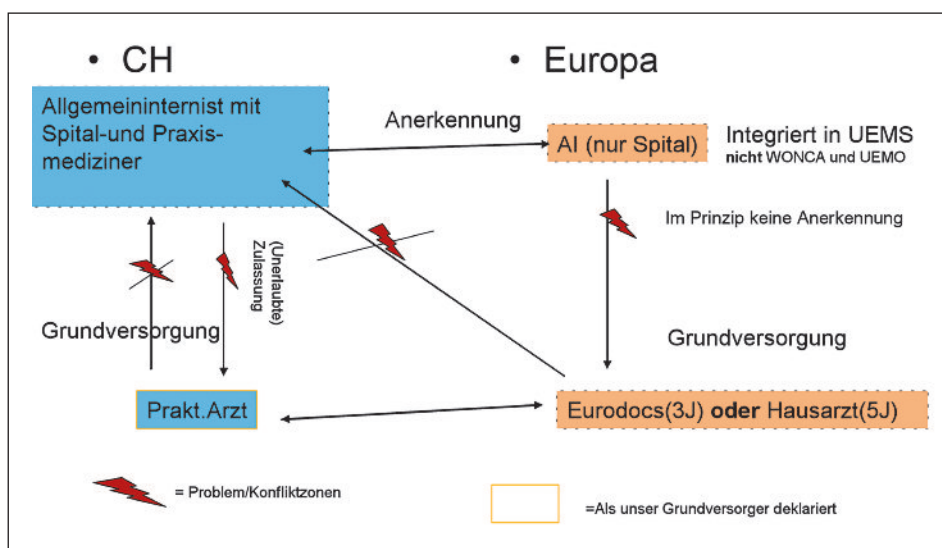


Abbildung 1

Geplante Titel-Version SIWF mit resultierenden Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU.

<sup>1</sup> Die Autoren sind Delegierte für die Schweiz bei der UEMO (European Union of General Practitioners).

wie die Einbettung des neuen Titels von der SIWF geplant ist und welches die damit verbundenen Folgen sein könnten. Ausserdem zeigen wir die Implikationen eines Verbesserungsvorschlags auf. Inhaltliche Verbesserungen des Weiterbildungsprogramms sind ebenfalls unabdingbar nötig, sind aber nicht Gegenstand dieser Darstellung.

### Ein Weiterbildungstitel «Allgemeine Innere Medizin» für Spitalinternisten und Hausärzte

Abbildung 1 zeigt die vom SIWF geplante Version. Als Grundversorger- und Hausarztztitel wird offiziell der praktische Arzt (drei Jahre) deklariert. Allgemeinmediziner und bisheriger Internist werden gestrichen. Der neue Titel ist für Allgemeinmediziner, hausärztlich tätige Internisten und

Spitalinternisten nun – unter dem Dach der Inneren Medizin – der gleiche (AI). Auch Spitalinternisten sollen in der Grundversorgung arbeiten können. Europäischen Hausärzten soll aber nur der praktische Arzt verliehen werden (Stichwort «der Fünfer und das Weggli»).

Folgen: Offiziell ist in der Schweiz nur der praktische Arzt Hausarzt gegenüber BAG, Politik, EU. Damit ist zumindest nach aussen eine dreijährige Hausarzt-Ausbildung zementiert. Das BAG wird sich dadurch in seinem Bestreben, die Ausbildung der Grundversorger zu kürzen, bestärkt sehen. Der Mini-Doc à la Sottas<sup>2</sup> liegt noch in der Schublade. Auch für Politik und Bevölkerung wäre es unverständlich, warum sie eine Hausarztinitiative unterstützen sollen, wenn wir Ärztinnen und Ärzte selbst den Hausarzt aus der Grundversorgung streichen.

Im Umfeld der EU, die den Hausarztztitel schon aufgewertet hat und weiter aufwerten will, ist das ein unverständliches Signal. Kein EU-Land versucht einen solchen Trick. Die Einbindung der Schweiz in Wonca und UEMO ist ausserdem mit dem AI-Titel gefährdet, da dieser Titel unter «Spezialist für Innere Medizin» geführt wird.

Es resultiert auch eine Benachteiligung der freien Berufsausübung für unsere Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Ohne Spezialregelung kann unser AI in Europa nur im Spital arbeiten, während die europäische Spital-AI umgekehrt bei uns direkt in die Grundversorgung einsteigen können.

Für Europa dürfte das gravierendste Problem wahrscheinlich darin bestehen, dass in der Schweiz de facto immer noch zwei verschiedene Titel in der Grundversorgung zugelassen sind und dass mit dem ganzen System ein einseitiger Titelschutz erreicht werden soll. Spätestens wenn es auffällt, dass in der Grundversorgung kaum praktische Ärzte, sondern fast nur AI arbeiten oder wenn ein Eurodoc diesen AI-Titel für sich in Brüssel einklagt, werden Probleme vorprogrammiert sein.

<sup>2</sup> Von Herrn Sottas vor ein paar Jahren geplante Einführung eines neuen arztähnlichen (nur 3-jährigen) Grundversorgerberufs.

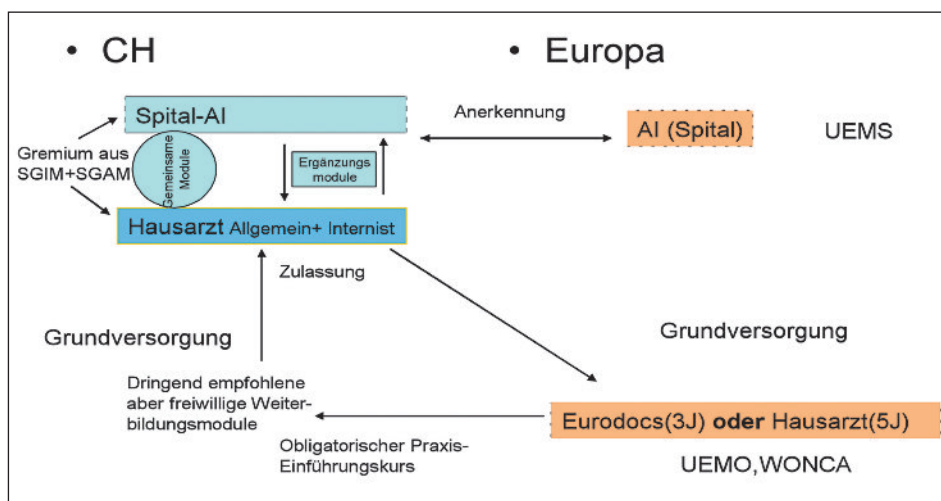


Abbildung 2

Der Vorschlag von Fark und Widmer mit resultierenden Beziehungen zwischen der Schweiz und der EU.

### Unser Vorschlag: Zwei Weiterbildungstitel für Spitalinternisten und Hausärzte

Der Hauptvorteil des Verbesserungsvorschlags besteht darin, dass er europakompatibel ist – ohne Berufsbehinderung und ohne Tricks. Als richtiger Hausarztztitel mit einem klaren Bekenntnis zur Hausarztmedizin stützt er die Hausarztinitiative und wird als Produkt der neugegründeten «Hausärzte Schweiz» wahrgenommen.

Ausserdem signalisieren wir der Basis, den Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten, dem BAG und der EU: Wir wollen eine qualitativ hochstehende Hausarztmedizin und keinen kleinlichen Titel-Protektionismus. Der einzige Nachteil ist, dass auch EU-Docs unseren Titel tragen können. Das ist jedoch höchstens ein marginales Problem, da nur noch wenige europäische Länder eine hausärztliche Weiterbildung von drei Jahren haben. Insbesondere hat Deutschland, woher drei Viertel der zuwandernden Ärztinnen und Ärzte stammen, auch den Fünf-Jahres-Titel und diesen gegenüber der EU klar als Grundversorgertitel deklariert.

Gerade in Zeiten des Hausarztmangels ist es sinnvoll, europäische Kolleginnen und Kollegen einzubinden und sie mit einem Praxis-einführungskurs und der sehr stark empfohlenen Möglichkeit, Lücken mittels Weiterbildungsmodulen zu füllen, zu fördern.

Der schweizerische Hausarzt bleibt in Wonca und UEMO eingebunden und damit Teil der gesamteuropäischen Hausarztbewegung.

Korrespondenz:  
Dr. med. Fritz-Georg Fark  
Grenzstrasse 5  
2558 Aegerten  
f-g-fark@bluewin.ch