

# Leserbriefe

## Stolpersteine im Berufsbild Facharzt für allgemein innere Medizin

Lesebrief zu: Weiterbildungskommission SGAIM, Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin\*, Prim Hosp Care (de). 2016;16(17):314–316.

Das Berufsbild, das uns die Weiterbildungskommission zur Diskussion vorstellt, beginnt mit einer perfekten Definition. In einem Satz wird alles Wesentliche gesagt, was die Hausarztmedizin ausmacht. Das knapp Gesagte umfasst sehr vieles. Es folgt die ebenfalls sehr gute Beschreibung des zunehmenden Spannungsfeldes zwischen einer sich weiter spezialisierenden Medizin und der Notwendigkeit einer patientenzentrierten Versorgung. An diesem Scheideweg finden junge Ärztinnen das Spezialistentum attraktiver als das Umfassende. Das Silodenken liegt ihnen näher als ein Weitblick auf die Zusammenhänge. Sie trauen es sich selbst kaum mehr zu, Allgemeinpraktiker zu werden. Sich als erste Ansprechperson umfassend und kontinuierlich um Kranke kümmern? Welche Fähigkeiten und Motivationen braucht es, um diesen Ansprüchen gerecht zu werden? Konkrete Vorstellungen von Hausärzten dieser Art vermisse ich im Artikel. Solange den jungen Ärzten niemand vorzeigt, wie das geht, wirkt die hohe Erwartung abschreckend. Sich kontinuierlich kümmern? Das passt nicht zur Teilzeitarbeit. Vertrauensperson? Das passt nicht zur Teamarbeit. Umfassende Betreuung? Das geht doch nicht bei dem riesigen Wissen, auf das die Medizin stolz ist. Und patientenzentriert arbeiten, bei den herrschenden Erwartungen der profitorientierten Arbeitgeber? Die kommende Generation lebt mehrheitlich mit Arbeitsbedingungen, die den Erwartungen an einen Hausarzt nicht entsprechen. Das ist sehr schade, und gleichzeitig eine sehr grosse Herausforderung an die Weiterbildungskommission. Da reicht es nicht am Ende des Artikels zu behaupten, das Berufsbild sei attraktiv – hier verrät der Entwurf sein Wunschdenken. Doch eigentlich sollte gerade die Weiterbildungskommission den Weg aufzeigen, ebnen und fördern, der zur Erlangung der speziellen hausärztlichen Fähigkeiten führt.

An zwei Beispielen will ich meine Zweifel erläutern, ob der, verglichen mit den Spezialisten, ganz andere Bildungsweg zum Hausarzt überhaupt gesehen und gefördert wird.

– Der Hausarzt muss sich neu *Facharzt für Allgemeine Innere Medizin* nennen. Dieser unanschauliche Titel verrät mit seinem Zusatz *Innere* einen Widerwillen, dem um-

fassenden Auftrag genügen zu müssen. Was hat dieser «Innere Mediziner» mit Chirurgie, Traumatologie, Psychiatrie, Psychosomatik, den sozialen Problem und allen den Nebenfächern am Hut? Er muss sich ja als Innerer Mediziner auch nicht dafür interessieren. Ich weiss, dieser Titel widerspiegelt den Kompromiss beim politisch sinnvollen Zusammenschluss zweier Fachgruppen. Aber hat man damit nicht einen Kniefall vor dem Glauben an die Spezialisten gemacht, und das wichtigste Anliegen, das patientenzentrierte umfassende Verständnis der Gesundheitsanliegen der Bevölkerung, verraten? Wollte man mit diesem Kunstwort nicht einfach den Konflikt vermeiden im Spannungsfeld zu den Spezialisten? Fehlt es nicht an Mut, der Medizin der Spezialisten eine ganz andersartige Medizin der umfassenden menschlichen Betreuung entgegenzusetzen?

– Dass «nomen» «omen» ist, verrät ein Blick in die Weiterbildungsordnung. Wenn Hausarztmedizin etwas anderes ist als Spezialistentum, ja auf weite Strecken das Gegenstück, so wären die praktizierenden Hausärzte wohl die geeignetsten Lehrer für ihren Nachwuchs. Die Weiterbildungsordnung gibt jedoch einem Lehrarzt gerade mal den Raum eines Nebenfaches, ein Jahr. Das finde ich nun doch einigermaßen skandalös. In einem persönlichen Gespräch mit dem SWIF-Präsidenten zu diesem Thema rechtfertigte er die Einschränkung damit, dass spätestens nach einem Jahr jeder Assistent bei ihm das gesehen hat, was es zu lernen gibt. Da frage ich mich, wer von der Weiterbildungskommission überhaupt weiss, wie ärztliche Grundversorgung praktiziert wird. Die Vielfalt unserer Arbeit und das zu vermittelnde ebenso vielfältige Know-how ist neben dem Freiraum, den man dem Jungarzt geben muss, um seinen Stil zu finden, soviel Stoff, dass die Basisausbildung umgekehrt gestaltet werden müsste: Mindestens zweieinhalb Jahre Lehrarzt und mindestens ein halbes Jahr stationäre Innere Medizin. Noch besser wäre, den einzelnen Ärzten in der Grundversorgung bei ihrer Weiterbildungsgestaltung eine weitgehend individuelle Freiheit der Wahl von Art und Dauer der für ihn wichtigen Weiterbildungstätigkeiten zuzugestehen. Hausarztmedizin kann man nicht schematisch praktizieren, der Einzelfall passt in kein Schema. Wenn man seinem Gesundheits-

anliegen wirklich entsprechen will, muss man die zu ihm passende «Medizin» jedes Mal neu suchen und finden.

Die Zeichen für eine hochstehende «Allgemeine Innere Medizin» stehen nicht gut. Nicht, wenn man beim Nachwuchs genau hinsieht, nicht, wenn man die bevorzugten Arbeitsmodelle betrachtet, nicht, wenn man die Theorie und Forschung in der Lehre auf Substanz abklopft, nicht einmal, wenn man zuschaut, wie sich meine begeisterte und privilegierte Generation angepasst und knauserig aus dem Staub macht. Über die Qualität der Medizin als Ganzes entscheidet das Niveau der Grundversorgung. Umso mehr Gewicht kommt der Weiterbildungskommission zu. Sie muss den Weg vorgeben, sie muss das Ziel kennen, sie muss damit ernst machen, dass wir uns umfassend um die Gesundheitsanliegen der Bevölkerung, die, einmal krank, aus lauter Einzel- und Sonderfällen besteht, kümmern können – zu 90% im Alleingang.

Dr. med. Louis Litschgi, Basel