Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 1)

Arnaud Perrier[a], Jacques Cornuz[b], Jean-Michel Gaspoz[c], Alain Pécoud[b], Gérard Waeber[d]

a Service de médecine interne générale, Département de médecine interne, Hôpitaux Universitaires de Genève

b Policlinique médicale universitaire, CHUV, Lausanne

c Service de médecine de premier recours, Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

d Service de médecine interne, Département de médecine interne, CHUV, Lausanne

Zusammenfassung
Die Diskussion um die Daseinsberechtigung getrennter Fachgesellschaften und Facharzttitel für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin in der Schweiz ist derzeit wieder heftig entflammt, weil sich das medizinische Leistungsangebot im Wandel befindet und das Gesundheitswesen Zwängen unterworfen ist. Im ersten Teil unserer Stellungnahme und Überlegungen wollen wir als Vertreter der universitären klinischen und ambulanten Inneren Medizin und Allgemeinmedizin in der Westschweiz die Argumente analysieren, die aus dem Blickwinkel von Lehre und Forschung für die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft sprechen.

Warum diese Debatte und warum sich daran beteiligen?

Die Diskussion um die Daseinsberechtigung getrennter Fachgesellschaften und Facharzttitel in den Disziplinen der Inneren und der Allgemeinmedizin in der Schweiz ist nicht neu. Langjährige Mitglieder beider Gesellschaften würden sie vielleicht gar als «alten Hut» bezeichnen. Dennoch ist die Debatte derzeit wieder heftig entflammt, in einer Entwicklungsphase unseres Gesundheitswesens, in der sich alle Beteiligten einig sind, dass das medizinische Leistungsangebot und die Ausbildungsprogramme sich an ein Umfeld anpassen müssen, das einem raschen Wandel unterworfen ist [1].

Die Debatte dreht sich um ein ganzes Spektrum unterschiedlicher Aspekte vom Berufsständisch-Politischen über die Ausbildung bis hin zur Forschung. Für uns als Ärzte und Leiter von universitätsklinischen Abteilungen, die an der Ausbildung von Allgemeinärzten und Internisten beteiligt sind, sind vor allem die Auswirkungen auf die Gliederung der Weiterbildung sowie auf den akademischen Stellenwert der beiden Disziplinen von Interesse. Wir werden daher in unserem Artikel vor allem auf diese Punkte eingehen, obwohl uns selbstverständlich die politischen Fragen des Berufsstandes keineswegs gleichgültig sind. Wir werden auch nicht zur Frage Stellung beziehen, ob die Facharztausbildung in den Händen der FMH verbleiben oder an die Universitäten beziehungsweise an eine Bundesinstitution übergehen sollte, wie es der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat in seinem Bericht «Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung» fordert [1]. Auch diese Debatte ist zwar wichtig, in unseren Augen jedoch im Vergleich zur Diskussion über die Ziele und Inhalte der Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Allgemeinmedizin zweitrangig. *Schliesslich möchten wir noch unterstreichen, dass es sich bei diesem Artikel ausschliesslich um unsere persönlichen Überlegungen und Ansichten handelt, die nicht zwingend den Positionen der Fachgesellschaften, denen wir angehören, entsprechen.* Diese Überlegungen, die Ihnen hier in der *Schweizerischen Ärztezeitung* in zwei Teilen präsentiert werden, waren bereits Gegenstand einer Veröffentlichung in der *Revue Médicale Suisse* [2].

Wie sollen die Facharzttitel und/oder Fachgesellschaften genannt werden?

Wie Ihnen vermutlich schon aufgefallen ist, geben wir hier der etwas sperrigen Formulierung «Fachärzte für Innere Medizin und Fachärzte für Allgemeinmedizin» den Vorzug vor der Bezeichnung «Grundversorger». Über die Definition der Grundversorgungsmedizin und ihrer Merkmale besteht weitgehende Klarheit. Der Definition der WONCA zufolge ist die Grundversorgungsmedizin «eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet. [Sie] stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person» [3]. Dennoch wird die Grundversorgungsmedizin von Ärzten ganz unterschiedlicher Fachrichtungen ausgeübt, nämlich von Fachärzten für Allgemeinmedizin, In-

1 Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat. Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Bern, 6. September 2007.

2 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Vers une société unique de spécialistes en médecine générale et interne en Suisse? Rev Med Suisse. 2008; 4:262-72.

3 WONCA Europe. Die europäische Definiton der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin 2002.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Arnaud Perrier
Service de médecine interne générale
HUG
Rue Micheli-du-Crest 24
CH-1211 Genf 14
Tel. 022 372 90 52
Fax 022 372 91 16

arnaud.perrier@medecine.unige.ch

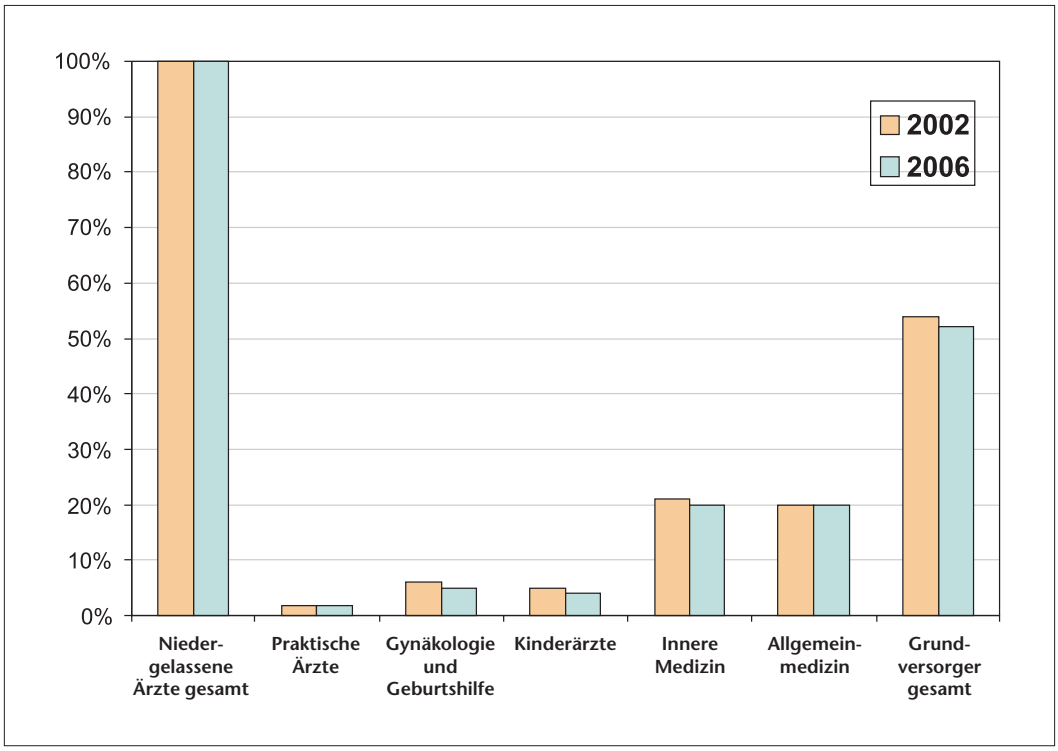
nere Medizin, Pädiatrie sowie Gynäkologie/Geburtshilfe. Während (worauf wir noch genauer eingehen werden) Internisten und Allgemeinärzte davon profitieren könnten, eine Ausbildung mit gemeinsamem Stamm und ergänzenden Modulen je nach zukünftigem Tätigkeitsfeld zu durchlaufen, bietet sich dies bei den anderen genannten Fachrichtungen weniger an. Die Bezeichnung «Fachgesellschaft für Grundversorgungsmedizin» könnte daher ebenso irreführend sein wie ein gleichnamiger Weiterbildungstitel. In jedem Fall wäre es verfrüht und ungeschickt, sich in diesem Stadium bereits auf eine Bezeichnung für eine Fachgesellschaft und einen Facharzttitel festzulegen – Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Allgemeine Innere Medizin –, da dies fälschlicherweise auf die Verdrängung einer der bestehenden Fachrichtungen schliessen lassen könnte, und dies ist nicht Gegenstand der Debatte. Beim gegenwärtigen Stand der Diskussion sind die Inhalte und Begriffe wichtiger als eventuelle Auseinandersetzungen um Bezeichnungen.

Welche Ärzte braucht die Schweiz im Jahr 2020?

Es herrscht allgemeiner Konsens darüber, dass das Verhältnis zwischen Grundversorgern und Spezialisten etwa 60:40 betragen sollte. Der Untersuchung zur Ärztedemographie, die im Auftrag des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierates durchgeführt wurde [1], ergab einen Anteil von 52% Grundversorgern (Abb. 1). Während dieser Anteil von 2002 bis 2006 relativ stabil blieb, verschärft sich langfristig doch der Mangel: Die Zahl der Spezialisten ist seit 1998 um 14,2% gestiegen, die der Grundversorger im selben Zeitraum nur um 2,4%. Gleichzeitig nimmt das Interesse der Studierenden für die Grundversorgungsmedizin stetig ab. Heute stellen die Allgemeinärzte noch einen Anteil von rund 20% der gesamten Ärzteschaft, doch in einer Umfrage unter 439 angehenden Internisten im vierten Weiterbildungsjahr, die sich bereits für einen Tätigkeitsschwerpunkt entschieden hatten, gaben lediglich 45 (8,4%) der Befragten an, sich auf Allgemeinmedizin spezialisieren zu wollen. Die Zahl von 126 Befragten (24,1%), die die Innere Medizin nannten, ist insofern schwierig zu deuten, als nicht bekannt ist, in wie vielen Fällen eigentlich eine Spezialisierung in einem Teilgebiet der Inneren Medizin angestrebt wurde. Eine hochaktuelle Umfrage zur Praxisnachfolge im Kanton Waadt ergab ganz ähnliche Zahlen [4]. Dabei liegt das Durchschnittsalter der heute tätigen Grundversorger über dem der Kollegen anderer Fachgebiete; in den kommenden Jahren werden also für beson-

Abbildung 1

Anteile der Fachrichtungen an der Schweizer Ärzteschaft 2002 und 2006 [1].



4 Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Paccaud F. Relève des médecins dans le canton de Vaud : enquête 2006 auprès des étudiants de 2e et 6e année, des assistants et des chefs de clinique et perspectives sur l'évolution du nombre de médecins de premier recours. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2007.

ders viele Grundversorger Nachfolger gesucht werden. Darum muss die Attraktivität der Grundversorgungsmedizin für die Medizinstudenten dringend gesteigert werden. Hierfür sind zahlreiche Anreize denkbar. Einige mögliche Ansätze wären in der übergeordneten Gesundheitspolitik auf Bundesebene angesiedelt (Lohnpolitik, Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Grundversorger usw.), doch auf dem Gebiet der Weiterbildung können – und müssen! – wir und unsere Fachgesellschaften unsere Kräfte bündeln und handeln. Die Lehrpläne für Innere Medizin und Allgemeinmedizin müssen dringend überprüft werden, um festzustellen, ob sie noch den heutigen Anforderungen entsprechen.

Facharzttitel Innere Medizin und Allgemeinmedizin – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Profil und Aufgaben der Fachärzte

Einen Überblick über die Aufgabengebiete der Fachärzte beider Disziplinen, wie sie im jeweiligen Weiterbildungsprogramm der FMH beschrieben werden [5, 6], finden Sie in Tabelle 1. Die Gegenüberstellung zeigt, dass die Tätigkeitsbereiche der beiden Fachrichtungen sich in vielen Punkten überschneiden. Insbesondere sind folgende Aspekte hervorzuheben:

- umfangreiches Tätigkeitsspektrum;
- Primärversorgung; bei Bedarf Triage und Überweisung;
- individuelle und ganzheitliche Behandlung und Versorgung;
- effizienter, d.h. «kosteneffizienter» Einsatz von Ressourcen;
- besonderer Bezug zur Gesellschaft und öffentlichen Gesundheit.

Der Hauptunterschied liegt darin, dass zum Aufgabenfeld der Internisten auch die stationäre Behandlung gehört, während dies für die Rolle der Allgemeinärzte nicht vorgesehen ist. Ist es aber deswegen von vornherein sinnlos, über die Neustrukturierung und Annäherung der Weiterbildungsprogramme nachzudenken? Die Antwort

5 FMH. Facharzt für Allgemeinmedizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2006 (letzte Revision: 23. November 2006)

6 FMH. Facharzt für Innere Medizin inkl. Schwerpunkt Geriatrie. Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2002 (letzte Revision: 6. September 2007).

Tabelle 1

Aufgabenfelder des Allgemeinarztes und des Internisten im Vergleich.

Allgemeinmedizin	Innere Medizin
Die Allgemeinmedizin …	Am Ende seiner Weiterbildung muss der Kandidat folgende Aufgaben erfüllen können:
a. stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person;	Förderung der Gesundheit der Patienten und von Patientengruppen durch wirksame und individuell angepasste Präventionsmassnahmen;
b. nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von Patientenanliegen übernimmt;	Behandlung von ambulanten und stationären Patienten mit Akut- oder Langzeitproblemen unter Einbezug von psychischen, sozialen und kulturellen Gesichtspunkten;
c. arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist;	Diagnosestellung, Gewichtung und Behandlung von Gesundheitsproblemen, richtige Einschätzung des Kosten/Nutzen-Verhältnisses der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Massnahmen, des Beizugs anderer Fachärzte und Berufsgruppen und der Spitaleinweisungen;
d. bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt und Patient den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht;	Durchführung der technischen Massnahmen, welche zur Prävention, Diagnose und Behandlung erforderlich sind;
e. ist für eine durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich;	Koordination und Durchführung der Massnahmen in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.
f. verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird;	
g. befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern;	
h. befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen Patienten;	
i. fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention;	
j. trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit;	
k. beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.	

Entnommen aus den FMH-Weiterbildungsprogrammen der beiden Disziplinen [5, 6].

ist in unseren Augen ein klares Nein, und zwar aus zwei Gründen: Einerseits muss auch der Allgemeinarzt einen Teil seiner Weiterbildung im stationären Bereich absolvieren. Andererseits wird die klinische Praxis eines Allgemeininternisten im klinischen Umfeld gerade durch das Allgemeinmedizinische geprägt [7, 8].

Aufbau der Weiterbildung

Auch vom Ablauf der Weiterbildung her weisen Allgemeinmedizin und Innere Medizin Gemeinsamkeiten auf, hier überwiegen jedoch die Unterschiede (Tab. 2). Im Mittelpunkt der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin stehen die ambulante Medizin sowie die Arbeit in verschiedenen Fachgebieten, insbesondere Chirurgie, Pädiatrie und Psychiatrie. Der angehende Facharzt muss allerdings lediglich in einer dieser Fachrichtungen zwölf Monate lang arbeiten, um sich für den FMH-Titel zu qualifizieren. Dafür sind die Anforderungen in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung niedriger als in der internistischen, was die Arbeit in der stationären Inneren Medizin angeht: Für Allgemeinmediziner ist ein Jahr vorgeschrieben, für Internisten zweieinhalb Jahre, davon mindestens eins in einer Einrichtung der Kategorie A. Dazu sind drei Dinge anzumerken:

1. *Ein einziges Jahr Weiterbildung im klinischen Bereich erscheint möglicherweise unzureichend als Grundausbildung, auch für Allgemeinärzte.* Die klinische Ausbildung ist eine unverzichtbare Grundlage für die hochkomplexe Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, unabhängig davon, in welchem Umfeld später praktiziert wird. Zum einen trifft der angehende Facharzt in der Klinik auf eine grosse Vielfalt unterschiedlicher Patienten und klinischer Situationen. Zum anderen herrschen dort bessere Bedingungen für die Betreuung und Beaufsichtigung als im ambulanten Bereich. Selbst in den Universitätspolikliniken kann nicht jede Sprechstunde von einem leitenden Arzt beaufsichtigt werden, im stationären Bereich hingegen ist dies die Regel.
2. *Die Reihenfolge der Weiterbildungsmodule ist nicht festgelegt.* Die ambulante Arbeit stellt den angehenden Facharzt vor besondere Herausforderungen. Sie ist durch die geringe Prävalenz schwerer und/oder seltener Krankheiten gekennzeichnet. Die Triage der Patienten gehört daher zu den Kernaufgaben des ambulant tätigen Grundversorgers. Die FMH-Programme für Allgemeinmedizin und Innere Medizin schreiben jedoch keine bestimmte Reihenfolge für die einzelnen Bausteine der Weiterbildung vor, so dass es vorkommen kann, dass ein Kandidat ausgerechnet das schwierigste Modul, die Ambulanz, als erstes absolviert. Deshalb ist beispielsweise in Genf eine stationäre Grundausbildung von mindestens zwei Jahren Dauer erforderlich, um danach mit der Tätigkeit im Grundversorgungsbereich (der früheren Medizinischen Poliklinik) beginnen zu können. In Lausanne ist dies nicht formell vorgeschrieben, doch de facto verfügt die grosse Mehrheit der dort Eingestellten bereits über stationäre Erfahrung. In der Inneren Medizin ist es Tradition, eher mit der stationären Ausbildung zu beginnen, doch auch dort gibt es keine vorgeschriebene Reihenfolge.
3. *Das Pflichtjahr in der ambulanten Weiterbildung ist für Ärzte, die den Aufbau einer ambulanten Praxis beabsichtigen, absolut gerechtfertigt. Dasselbe gilt jedoch nicht unbedingt für «Kliniker»,* also diejenigen, die in der Allgemeinen Inneren Medizin in der Klinik tätig werden wollen [9]. Dieselbe Anforderung wird jedoch für beide FMH-Titel gestellt, was belegt, dass keiner von beiden höher bewertet wird, sondern dass beide einander ergänzende Kompetenzen vermitteln, deren praktischer Nutzen dann mehr vom späteren Arbeitsumfeld abhängt als vom angestrebten Titel.

Und die Forschung?

Die Gesellschaft für Allgemeinmedizin stellt den Anspruch nach eigener klinischer Forschung. Während die klinische Forschung in der Arztpraxis mit besonderen Herausforderungen verbunden ist (die in der Schweiz bisher grösstenteils ungelöst sind), ist es doch zulässig, die Spezifität der Forschung in der Allgemeinmedizin in Frage zu stellen. Die Themen und Instrumente der klinischen Forschung sind vielfältig. Denkbare Themenbereiche sind beispielsweise Versorgungsqualität, Evaluierung neuer Technologien und/oder Versorgungssysteme, aber auch Genetik, Translational Research oder Pharmakogenetik. Ebenso gross ist die Bandbreite der Werkzeuge, wobei sich deren Auswahl nach der Art der Forschung richtet und nicht danach, ob es um Allgemein- oder Innere Medizin geht. Entscheidend in Forschungsfragen wird die Rekrutierung der Patienten und somit das Praxisumfeld sein, ebenso die Phase der medizinischen Behandlung, in der sich der Patient befindet, weniger hingegen der genaue Titel auf dem Diplom des Prüfarztes. Studien zur Früherken-

7 Auerbach AD. Long live generalism. Hospital medicine and the Journal of General Internal Medicine. J Gen Intern Med. 2005; 20:208-9.

8 Perrier A. [Hospital internist: profession with a future or endangered species?]. Rev Med Suisse. 2006;2:2323-4.

9 Wachter RM. Reflections: the hospitalist movement a decade later. J Hosp Med. 2006;1:248-52.

nung und frühzeitigen Behandlung der Herzinsuffizienz beispielsweise können nur ausserhalb der Klinik durchgeführt werden, während Studien zur Verbesserung der Versorgung bei akutem Herzversagen ihren Platz in der Klinik haben. Es besteht also kein unversöhnlicher Gegensatz zwischen allgemeinmedizinischer und internistischer Forschung, zwischen ambulantem und stationärem Umfeld. Ganz im Gegenteil – es ist höchste Zeit, die Synergien zwischen beiden Bereichen für die Forschung auszuschöpfen, um so mehr, als es in vielen Fällen um dieselben Patienten in unterschiedlichen Phasen geht.

Argumente für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin

Förderung einer gemeinsamen Kultur

Wie schon erwähnt, steht der «Generalist» für einen Ansatz und eine Form der Berufsausübung, die es um jeden Preis zu erhalten gilt. Seine Arbeit ist nicht in Frage gestellt, und die Politik steht ebenso hinter ihm wie die Bevölkerung, die ihre hausärztliche Versorgung sehr schätzt. In den Kliniken, insbesondere den Universitätskliniken, ist der Generalist als umfassender Betreuer des Patienten bedroht. Und da gerade die Universitätskliniken den Ton angeben und «vorleben», was für die Arztausbildung wichtig ist, sollte dies Anlass zur Besorgnis sein. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft könnte mit grossem Gewicht die Aussage vertreten, dass das Modell der globalen Patientenversorgung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis gelehrt und umgesetzt werden muss.*

Festlegung neuer Ausbildungsziele

Obwohl sowohl die SGAM als auch die SGIM mit hohem Aufwand Kataloge mit Ausbildungszielen erstellt haben, sind diese in zwei Punkten noch verbesserungsfähig: messbare Qualitätskriterien und Individualisierung der Ausbildungsziele mit Blick auf die vielfältigen Tätigkeitsfelder, die Fachärzten für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin offenstehen.

Kriterien für hohe Qualität

Bei beiden FMH-Titeln ist die Aufstellung der Weiterbildungsziele eine Liste ohne Profil und ohne Prioritäten. Es ist kaum definiert, zu welchem Grad die einzelnen Kompetenzen beherrscht werden sollen oder wie dies zu überprüfen wäre. Ein konkretes Beispiel: Im FMH-Weiterbildungsprogramm für die Allgemeinmedizin

Tabelle 2
Dauer und Gliederung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin.

	Allgemeinmedizin		Innere Medizin	
	Dauer	**Anmerkungen**	**Dauer**	**Anmerkungen**
Stationäre Innere Medizin	1 Jahr	Keine Vorschriften zur Kategorie der Einrichtung	2½ Jahre	1 Jahr in einer Klinik der Kategorie A
Stationäre oder ambulante Innere Medizin oder Allgemeinmedizin	1 Jahr	Praxisassistenz oder entsprechende Tätigkeit im ambulanten Klinikbereich (medizinische Poliklinik)		
Ambulanzmedizin	1 Jahr	3 Monate davon können in der Klinik absolviert werden	1 Jahr	Mindestens 6 Monate an einer medizinischen Poliklinik, in einer Arztpraxis oder in einer Spezialsprechstunde
				Notfallstation (maximal 6 Monate)
Optionen/Wahljahre	2 Jahre	Mindestens 12 Monate in einem der folgenden Fächer: Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie	Maximal 1½ Jahre	Maximal 18 Monate in Fachgebieten, die der Inneren Medizin nahestehen
		Maximal 6 Monate nichtklinische Weiterbildung bzw. Forschung		Maximal 12 Monate nichtklinische Weiterbildung bzw. Forschung
Weitere Bestimmungen		Laborkurs		Autor einer Dissertation oder Autor/Co-Autor eines Artikels in einem Peer-Review-Journal
		Von der SGAM anerkannter Kurs in Notfallmedizin		3 von der SGIM anerkannte Weiterbildungskurse (Mindestgesamtdauer 5 Tage)
		Kurs zur Sensibilisierung in der Allgemeinmedizin		Von der SGIM anerkannter Kurs in Notfallmedizin
Gesamtdauer	**5 Jahre**		**5 Jahre**	

ist im Anhang «Detaillierte, klinikbezogene Lerninhalte der Allgemeinmedizin», Anfang des Abschnitts D über das Verdauungssystem, folgendes zu lesen:

> «Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist fähig, bei den nachfolgenden Erkrankungen und Verletzungen des Verdauungssystems mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln eine erste Einschätzung vorzunehmen, potentiell gefährliche Situationen zu erfassen und die angebrachten Massnahmen zu ergreifen. Unter Berücksichtigung seiner individuellen Kompetenz und deren Grenzen führt er die Diagnostik und evtl. Therapie selber durch oder überweist den Patienten an einen Spezialisten.»

Die gleiche Formulierung steht am Anfang jedes Abschnitts. Der Vorteil hiervon liegt auf der Hand: Die Formel deckt die ganze Vielfalt der klinischen Situationen und verfügbaren Mittel ab, und sie berücksichtigt, dass die Kompetenzen des Allgemeinarztes je nach Fachgebiet mehr oder minder ausgeprägt sein können. Wäre der gemeinsame Nenner nicht dennoch genauer zu definieren?

Auch im Weiterbildungskatalog für die Innere Medizin ist das zu erreichende Kompetenzniveau kaum konkretisiert. Dort liest man beispielsweise unter «Fähigkeiten» wenig präzise Angaben wie «Durchführung pharmakologischer und nichtpharmakologischer Behandlungen, inkl. Beratung zu Verhaltensänderung, diätetischen Massnahmen, Bewegungstherapie und Rehabilitation» oder auch «Koordination der diagnostischen und therapeutischen Massnahmen». *Wir brauchen eine Neudefinition der Lernziele sowie die Festlegung hoher Qualitätsmassstäbe und des in jeder Fähigkeit zu erreichenden Kompetenzniveaus. Eine gemeinsame Fachgesellschaft hätte die notwendigen Personalressourcen und, dank der Bandbreite der Mitgliedschaft, auch die notwendige Expertise für diese wichtige Aufgabe.*

Individualisierung der Ausbildungsziele

Die Kompetenzen eines Allgemeinarztes/Internisten sollten sich nach seinem Tätigkeitsbereich richten und nicht danach, welchen Facharzttitel er trägt. Wie bereits erwähnt, sind angehende FMH-Allgemeinärzte angehalten, mindestens 12 Monate in Fachgebieten wie Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe oder Psychiatrie zu arbeiten. Niemand wird bestreiten, dass das für einen Arzt sinnvoll ist, der sich in einer ländlichen Gegend mit geringer Ärztedichte niederlassen will. Aber in der Grossstadt hat wohl jede Familie ihren Kinderarzt, jede Frau ihren Frauenarzt. Und welcher Internist oder Allgemeinarzt führt schon regelmässig kleine Operationen durch? Ebenso verlangt das FMH-Programm für Innere Medizin unter anderem die Beherrschung folgender Techniken: Knochenmarkspunktion, Lumbalpunktion, suprapubische Blasenpunktion, Feinnadelpunktion, Legen eines zentralvenösen Katheters. Ein niedergelassener Arzt braucht diese Fertigkeiten nicht, und davon abgesehen wissen wir alle, dass wir nicht garantieren können, dass unsere Assistenzärzte sie am Ende ihrer Weiterbildung erlernt haben und wirklich beherrschen. Für einen Internisten hingegen, der eine Laufbahn in der Klinik, insbesondere in einem Regionalspital, anstrebt, sind diese Fähigkeiten essentiell. Dieses Beispiel belegt, dass unsere Lernzielkataloge oft faule Kompromisse zwischen den Beteiligten sind; die Frucht ihres Bestrebens, einen gemeinsamen Nenner für die Weiterbildung von Individuen zu finden, die später ganz unterschiedliche Berufe ausüben. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft könnte individualisierte Bildungswege ausarbeiten, die auf das tatsächliche spätere Tätigkeitsfeld zugeschnitten sind.*

Vorhandene gemeinsame Strukturen

Schon heute haben sich in vielen Kantonen (zumindest in der Westschweiz) die Allgemeinärzte und die Internisten zusammengeschlossen. In gemeinsamen Organisationen wie GGMO (Groupement genevois des médecins omnipraticiens) oder AMOV (Association des médecins omnipraticiens vaudois) arbeiten sie zusammen und vertreten gemeinsam die Interessen ihrer Kollegen. Dasselbe gilt für neugeschaffene universitäre Einrichtungen, deren Ziel die Förderung der Lehre und Forschung in der Allgemeinmedizin im weitesten Sinne ist und an denen sowohl Allgemeinmediziner als auch Internisten tätig sind, wie die Unité de médecine générale in Lausanne oder die Unité d'enseignement en médecine générale in Genf. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft würde somit an vielen Stellen nur sanktionieren, was ohnehin schon Realität ist.*

Einigkeit macht stark

Die Ärzteschaft der Schweiz ist stark zersplittert. Das zeigt schon die Anzahl von 44 offiziellen Facharzttiteln – auf europäischer Ebene wird es lediglich 17 geben (EU-Richtlinie 2005/36, die per 2009 in Kraft treten wird). Die Allgemeinärzte selbst halten es für wahrscheinlich, dass der Schweizer Titel «FMH für Allgemeinmedizin» abgeschafft wird [10]. Andererseits sind die Partikularismen, die wir in bestem helvetischem Identitätsstreben hegen und pflegen, oft niemandem ausser uns selbst verständlich. Auf politischer

10 Cina C. Aus dem Sitzungszimmer des SGAM-Vorstandes. Primary Care. 2007;6:106.

Ebene haben unsere gewählten Vertreter und die Exekutive oft alle Mühe, sich zwischen Allgemeinmedizin und Innerer Medizin, Hausarzt und Grundversorger zurechtzufinden, zumal die unglücklichen Übersetzungen der Termini in den drei Amtssprachen, garniert mit einigen englischen Einsprengseln, zusätzliche Verwirrung stiften. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft besässe erheblich grösseres Gewicht auf politischer Ebene.*

Attraktivität für den Nachwuchs

Wie bereits erwähnt, nimmt der Anteil der Medizinstudierenden und Assistenzärzte, die sich der Allgemeinmedizin und Inneren Medizin zuwenden, stetig ab. Die Ursachen hierfür sind komplex und den Fachgesellschaften zumindest teilweise nicht zugänglich, doch es steht zu hoffen, dass ein Zusammenschluss die Attraktivität dieser Laufbahn wieder steigern würde. Anspruchsvolle und klare Lernziele, die auf das Tätigkeitsfeld zugeschnitten sind; einheitliche Vertretung der Allgemeinmedizin in der Klinik wie in der Praxis, in der Stadt wie auf dem Land; attraktive klinische Forschung; eine starke Lobby – alle diese Aspekte sind zweifellos geeignet, das Ansehen unseres Berufsstandes zu verbessern und mehr neue Kollegen zu gewinnen. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft würde mehr Studierende in diesem Weiterbildungszweig anziehen.*

Argumente für die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft für Innere Medizin und Allgemeinmedizin

- Eine gemeinsame Fachgesellschaft könnte mit grossem Gewicht die Aussage vertreten, dass das Modell der globalen Patientenversorgung sowohl in der Klinik als auch in der Praxis gelehrt und umgesetzt werden muss.
- Wir brauchen eine Neudefinition der Lernziele sowie die Festlegung hoher Qualitätsmassstäbe und des in jeder Fähigkeit zu erreichenden Kompetenzniveaus. Eine gemeinsame Fachgesellschaft hätte die notwendigen Personalressourcen und, dank der Bandbreite der Mitgliedschaft, auch die notwendige Expertise für diese wichtige Aufgabe.
- Eine gemeinsame Fachgesellschaft könnte individualisierte Bildungswege ausarbeiten, die auf das tatsächliche spätere Tätigkeitsfeld zugeschnitten sind.
- Eine gemeinsame Fachgesellschaft würde an vielen Stellen nur sanktionieren, was ohnehin schon Realität ist.
- Eine gemeinsame Fachgesellschaft besässe erheblich grösseres Gewicht auf politischer Ebene.
- Eine gemeinsame Fachgesellschaft würde mehr Studierende in diesem Weiterbildungszweig anziehen.
- Eine gemeinsame Fachgesellschaft wäre ein Motor für anspruchsvolle Forschungsaktivitäten insbesondere in der ambulanten Medizin.

Ein Katalysator für die Forschung

Mit einer gemeinsamen Fachgesellschaft dürfte das Niveau der Forschung, wie sie derzeit in der Allgemeinmedizin initiiert und durchgeführt wird, steigen, weil die Innere Medizin traditionell mehr akademische Forschung betreibt. Um jedoch die Integration in die medizinischen Fakultäten zu fördern, ist es unverzichtbar, dass die Allgemeinmediziner Forschung auf hohem Niveau aufnehmen und betreiben und dabei auch kompetitiv erfolgreich sind, um die Finanzierung insbesondere durch den Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung zu sichern. Die meisten Allgemeinmediziner, die derzeit an der wissenschaftlichen Entwicklung mitwirken, erkennen diese Ansicht als zutreffend an und teilen sie. Das ist übrigens auch der Grund dafür, dass die medizinische Poliklinik an der Universität Lausanne dafür gekämpft hat, dass ihr das neue allgemeinmedizinische Institut angeschlossen wird: wegen der guten Anbindung der Poliklinik an die Medizinische Fakultät. Und weil die akademische Lehre nicht losgelöst von der wissenschaftlichen Forschung bestehen kann, müssen auch Synergien aufgedeckt und ausgeschöpft werden, die sich aus den zahlreichen Überschneidungen ableiten lassen, die zwischen der klinischen Tätigkeit des Internisten und der des Generalisten zumindest im städtischen Raum bestehen. *Eine gemeinsame Fachgesellschaft wäre ein Motor für anspruchsvolle Forschungsaktivitäten insbesondere in der ambulanten Medizin.*

Fazit

In diesem ersten Teil des Artikels haben wir versucht, den zukünftigen Ärztebedarf in der Schweiz im Überblick darzustellen und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ausbildungsgänge und Tätigkeitsfelder von Allgemeinmedizinern und Internisten in unserem Land aufzuzeigen. Daran anknüpfend haben wir versucht, Argumente für die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft für Innere Medizin und Allgemeinmedizin zu entwickeln, und zwar ausschliesslich aus dem Blickwinkel der Weiterbildung und Forschung. Im zweiten Teil des Artikels, der in der nächsten Ausgabe der *Schweizerischen Ärztezeitung* erscheinen wird, werden wir auf die Argumente eingehen, die gegen die Zusammenlegung sprechen, und einen Entwurf für eine auf das spätere Tätigkeitsfeld zugeschnittene Ausbildung vorlegen.

Der zweite Teil und eine Stellungnahme der SGIM folgen in der nächsten Ausgabe der SÄZ.