

Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 2)

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 Facharztstitel für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin in der Schweiz ist derzeit wieder heftig entflammt, weil das medizinische Leistungsangebot sich im Wandel befindet und das Gesundheitssystem Zwängen unterworfen ist. Im zweiten Teil unserer Stellungnahme und unserer Überlegungen wollen wir als Vertreter der universitären klinischen und ambulanten Inneren Medizin und Allgemeinmedizin in der Westschweiz die Argumente analysieren, die aus dem Blickwinkel der Lehre und der Forschung gegen die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft sprechen. Da wir zu dem Schluss kommen, dass die im ersten Teil vorgebrachten Argumente überwiegen, sprechen wir uns für die Zusammenlegung aus und präsentieren einen Entwurf für eine Individualisierung des Weiterbildungsprogramms nach Massgabe des tatsächlichen späteren Tätigkeitsfeldes (stationär oder ambulant im städtischen oder ländlichen Raum).

Einleitung

Im ersten Teil unserer Überlegungen [1] haben wir versucht, die Frage zu beantworten, welche Ärzte die Schweiz eigentlich braucht. Dabei konnten wir feststellen, dass in unserem Land in den nächsten 15 Jahren ein vorhersehbarer Mangel an Fachärzten für Allgemeinmedizin und für Innere Medizin entstehen wird, wenn es uns nicht gelingt, mehr neue Kollegen für diese Fächer zu gewinnen. Wir haben den Mangel an Attraktivität hervorgehoben, den die Laufbahn als Grundversorger für angehende Ärzte besitzt, und sind der Frage nachgegangen, ob der Zusammenschluss unserer beiden Fachgesellschaften SGIM (Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin) und SGAM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) die Position der Grundversorgungsmedizin in der Schweiz stärken könnte. Da wir aber auch die zahlreichen Schwierigkeiten sehen, die damit verbunden wären, diesen Weg einzuschlagen, möchten wir im Folgenden auf die Gegenargumente eingehen.

Argumente gegen eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemein- und Innere Medizin

Orientierungs- und Identifikationsverlust seitens der Mitglieder beider Fachgesellschaften

Obwohl im Laufe der Zeit eine zunehmende Annäherung stattgefunden hat, unterscheidet sich die Berufskultur in der Allgemeinmedizin noch etwas von der in der Inneren Medizin. Um nur einige Beispiele zu nennen: Angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin wissen meist schon am Ende ihres Medizinstudiums, dass sie Allgemeinmedizin praktizieren wollen, während viele werdende Internisten noch nach drei oder vier Jahren Weiterbildung unentschlossen sind, ob sie Allgemeine Innere Medizin wählen oder sich auf ein Teilgebiet der Inneren Medizin spezialisieren sollen. Wir können keine Studie benennen, die dies belegen würde, aber wir können diese Aussage auf unsere jeweiligen Erfahrungen als Dozenten und als Entscheider über die Einstellung von Assistenzärzten stützen. Die Innere Medizin rühmt sich gern eines höheren geistigen Anspruchs, worauf die Allgemeinmediziner in der Regel zurückgeben, sie seien in der Arzt-Patienten-Beziehung, der Langzeitversorgung sowie im Umgang mit Symptomen, die nicht ins Schema eines bestimmten Krankheitsbildes passen, besser qualifiziert. Beide Behauptungen sind wohl etwas überspitzt. Sie zeigen jedoch ungefähr die Quellen auf, aus denen das Selbstbild unserer beiden Berufsstände entspringt, und es wäre naiv, davor die Augen zu verschliessen. Dies erscheint uns jedoch nicht als unüberwindliches Hindernis.

Schwächung der Position gegenüber den Spezialgebieten

Die Spezialgebiete insbesondere aus dem Feld der Inneren Medizin (Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie usw.) zeichnen sich durch eine feste akademische Verwurzelung aus. Schon heute stellen sie die Spezifität der Stationären Inneren Medizin in Frage. Die meisten Spezialisten

1 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Auf dem Weg zu einer gemeinsamen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin? (Teil 1). Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(12/13): 516-22.

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

erkennen ihr zwar Bedeutung für die Ausbildung der Studierenden und Assistenzärzte zu, zur Frage der Bedeutung einer Inneren Abteilung in der Universitätsklinik herrscht jedoch Uneinigkeit. Einige Beteiligte könnten also befürchten, dass eine Annäherung an die Allgemeinmediziner mit ihrer noch geringeren akademischen Verankerung die Rolle der Inneren Medizin im Verhältnis zu den Spezialgebieten zusätzlich schwächen könnte. *Diese Gefahr lässt sich abwenden, indem man in der Ausbildung hohe Anforderungen aufrechterhält und die Forschung in der Allgemeinmedizin ausbaut.*

Länge und Komplexität des Prozesses

Wie wir eingangs bereits erwähnt haben, wollen wir auf berufspolitische Aspekte in diesem Artikel nicht näher eingehen. Es lässt sich jedoch nicht bestreiten, dass die *Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft* (was als Formulierung wohl angemessener ist als «Fusion») *ein komplexer Prozess wäre, der einen langen Atem erfordert.* Dieser Prozess würde viele unterschiedliche Aufgabenfelder umfassen – von der Neustrukturierung der Leitungs- und Verwaltungsorgane über die Tarifverhandlungen mit den Versicherungen oder die Öffentlichkeitsarbeit für die neue Organisation bis hin zur Überarbeitung der Ausbildungsprogramme, um nur einige Beispiele zu nennen. Wir überlassen es dem Leser, sich die schwierige Frage zu beantworten, ob es der Mühe wert wäre.

Sinnloses Unterfangen

Wie bereits dargelegt, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten auf kantonaler Ebene, häufig sogar in gemeinsamen Strukturen, vielerorts schon Realität. Das haben wir als Punkt angeführt, der für die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft spricht, doch das Argument lässt sich auch umkehren: Warum all den Aufwand betreiben, wenn es im Feld doch ohnehin schon umgesetzt wird? Das erscheint uns jedoch zu kurz gegriffen. In unserem föderalen System kocht oft jeder Kanton sein eigenes Süppchen, während sehr viele Entscheidungen, die für uns von höchster Relevanz sind, auf Bundesebene getroffen werden. *Die Zusammenarbeit auf kantonaler Ebene reicht daher nicht aus.*

Entwurf für ein gemeinsames Weiterbildungsprogramm

Im letzten Abschnitt des Artikels möchten wir unseren Entwurf für ein neues Weiterbildungsprogramm für Innere/Allgemeinmedizin mit unterschiedlichen möglichen Schwerpunkten je

nach Arbeitsumfeld vorstellen. In Grundzügen könnte es wie folgt aussehen:

Zuerst Stationäre Innere Medizin als gemeinsame Grundlage

Wie bereits erläutert, ist das Kompetenzniveau bei der ambulanten Medizin anspruchsvoller als bei der stationären Medizin, bei weniger enger Betreuung. Es ist somit nur logisch, die Ausbildung in der Klinik zu beginnen und im ambulanten Bereich fortzusetzen, und nicht umgekehrt. Im Sinne der von uns genannten Qualitätsanforderungen erscheint uns für die Weiterbildung in der Stationären Inneren Medizin eine Mindestdauer von zwei Jahren erforderlich. Die Mindestdauer aller drei Weiterbildungsgänge würde fünf Jahre betragen.

Weiterbildungszweige nach Massgabe des Arbeitsumfelds

Wir unterscheiden im Folgenden drei Gruppen von Arbeitsumfeldern, welche die gegenwärtige gesellschaftliche Wirklichkeit im grossen ganzen wiedergeben: Klinik (universitär und nichtuniversitär), urbaner und ländlicher Raum.

Stationäre Medizin

Die Weiterbildung in stationärer Medizin würde vorwiegend in der Klinik stattfinden. Sie soll mindestens vier Jahre in der Inneren Medizin und deren Spezialgebieten umfassen, davon mindestens zwei Jahre in der Station für Allgemeine Innere Medizin. *Der Ausbildungsgang Stationäre Allgemeinmedizin/Innere Medizin darf sich nicht auf eine Rotation durch die Stationen der Spezialgebiete beschränken.* Wo und wie sollten angehende Ärzte sonst Fähigkeiten erlernen, wie die ganzheitliche Patientenversorgung, die Vernetzung und eine rationelle und kosteneffiziente Arbeitsweise? Die stationäre Weiterbildung müsste auch einen ausreichenden Anteil in der Notfallmedizin und Intensivmedizin umfassen, damit vielseitig einsetzbare Ärzte ausgebildet werden, die für die Arbeit in der Inneren Abteilung eines Regionalspitals und gegebenenfalls auch deren Leitung qualifiziert sind. Wir erinnern hierbei daran, dass ein konkreter und strukturierter Entwurf für einen Weiterbildungstitel «Spitalinternist» seit langem in den Schubladen der FMH verstaubt ... [2].

Aber auch die Einarbeitung in die ambulante Medizin ist hochgradig wünschenswert, allein schon damit die angehenden Klinikärzte die Zwänge und Schwierigkeiten ihrer niedergelassenen Kollegen aus eigener Erfahrung kennen. Eine der grossen Schwächen unseres gegenwärtigen Gesundheitssystems ist gerade die mangel-

2 de Torrenté A. Achtung: Verwechslungsgefahr! Schweiz Med Forum. 2002;1113-4.

hafte Kommunikation zwischen den verschiedenen Kollegen, mit denen ein Patient im Verlauf seiner medizinischen Behandlung zu tun hat. Eine bessere Kenntnis der Probleme, die sich den Kollegen stellen, ist ein Schlüssel zur Verbesserung der Kommunikation mit ihnen. Ein ganzes Jahr in der ambulanten Medizin, wie es derzeit vorgeschrieben ist, erscheint uns allerdings zu viel für die Weiterbildung in Stationärer Innerer und Allgemeinmedizin.

Medizin im urbanen Raum

Im städtischen Raum, insbesondere in Grossstädten, unterscheiden sich die Berufsbilder des Allgemeinarztes und des Internisten kaum noch. Beide sind ausser in Ausnahmefällen kaum gefordert, ihre Kenntnisse in Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie oder Chirurgie anzuwenden. Eine wichtige Ausnahme hiervon bilden die Diagnose und Therapie kleinerer Traumata (Verstauchungen, Schnittwunden etc.), insbesondere bei den Kollegen, die in Strukturen mit Ausrichtung auf ambulante Notfallmedizin tätig sind. Nach der gemeinsamen stationären Anfangsphase der Weiterbildung müsste der Schwerpunkt in diesem Fach dann auf einer herausragenden Qualifizierung in ambulanter Medizin liegen, die vorzugsweise die Arbeit in Einrichtungen wie einer universitären Poliklinik und in einer Notfallambulanz sowie eine Praxisassistentz miteinander verbindet. Wir sind überzeugt, dass diese Erfahrungen nicht gegeneinander austauschbar sind, sondern einander ergänzen. Uns ist bewusst, dass dies leichter gesagt als getan ist und dass viele Hindernisse überwunden werden müssen, um eine solche Weiterbildung zu ermöglichen (vor allem ausreichende Anzahl Weiterbildungsplätze in poliklinischen und notfallmedizinischen Ambulanzen und Finanzierung der Praxisassistenten). *Doch es geht um nichts Geringeres als die Einrichtung eines neuen Weiterbildungsprogramms mit praxisorientierter Gliederung und hohen Anforderungen.*

Medizin im ländlichen Raum

In einem sich wandelnden soziologischen Umfeld lässt sich sicherlich darüber streiten, was als ländlicher Raum zu bezeichnen ist. Im Rahmen unseres Entwurfs definieren wir den Begriff als ärztliches Tätigkeitsumfeld, in dem der Allgemeinarzt/Internist aufgrund der geringen Dichte an Grundversorgern auch Kinder behandelt und gynäkologische Grundversorgung leistet. Er müsste also auch in diesen beiden Gebieten über

solide Kompetenzen verfügen und auch in kleiner Traumatologie mindestens ebenso kompetent sein wie der Arzt im städtischen Raum. Zusätzliche Grundkenntnisse müsste er insbesondere in HNO-Medizin und Augenheilkunde besitzen. An dieser Stelle könnte man sich fragen, warum wir die Psychiatrie noch nicht genannt haben – doch das ist eine Diskussion für sich, die den Rahmen dieses Artikels sprengen würde. *Jeder Grundversorger, ob stationär oder ambulant, braucht Grundkenntnisse in Psychiatrie.* Er ist es ja, der häufige psychische Störungen wie Angstzustände oder Depressionen als erster entdeckt und, in unkomplizierten Fällen, auch behandelt. Die Frage ist mithin nicht, *ob* er Kompetenzen in diesem Bereich erwerben sollte, sondern *wo* und *wie*. *Es ist fraglich, ob eine Assistenz in einer psychiatrischen Klinik, in der ja sehr schwere Fälle versammelt sind, der optimale Weg ist, diese Kenntnisse zu erwerben. Diese Frage muss für alle hier beschriebenen Weiterbildungsgänge gemeinsam durchdacht werden.*

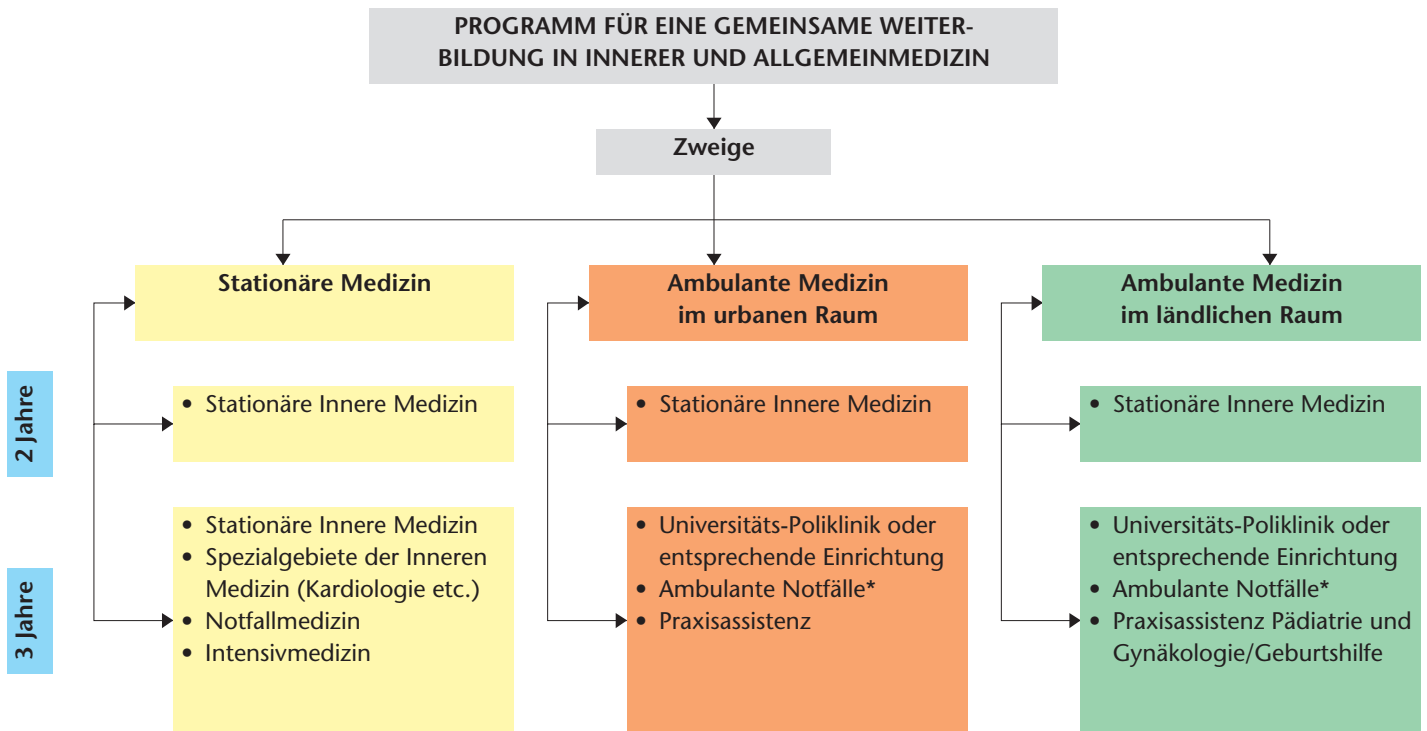
Beim letztgenannten Weiterbildungszweig sollte auf die gemeinsame Grundlage die ambulante Arbeit in der Poliklinik und in der Praxis sowie in der Notfallambulanz folgen, ausserdem zumindest Rotationen in die (vorzugsweise ambulanten) Bereiche Pädiatrie und Gynäkologie. In der Abbildung 1 ist der Entwurf noch einmal im Überblick dargestellt.

Fazit

Mehr denn je braucht die Schweiz heute hochkompetente Fachärzte für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, die gleichzeitig vielseitig sind und speziell für die Ausübung ihres Fachs in einem bestimmten Umfeld (Klinik, Stadt oder Land) ausgebildet sind. In diesem Artikel haben wir versucht, eine ehrliche und ausgewogene Bestandsaufnahme der Argumente zu liefern, die in der Diskussion um die Annäherung von Allgemeinmedizin und Innerer Medizin angeführt werden. Unserer Ansicht nach haben die Argumente, die für die Schaffung einer gemeinsamen Fachgesellschaft für Internisten und Allgemeinärzte sprechen, das bei weitem grössere Gewicht, daher vertreten wir mit grosser Überzeugung diese Idee. Die vielfältigen Schwierigkeiten praktischer, politischer, logistischer und kultureller Art, die es hierbei zu überwinden gilt, sind uns sehr deutlich bewusst. Wir sind jedoch überzeugt, dass der Zeitpunkt günstig ist, das Projekt anzugehen – in einem Geist ehrlicher Hochachtung vor den Stärken des anderen.

Abbildung 1

Entwurf eines gemeinsamen Weiterbildungsprogramms mit Aufgliederung nach Arbeitsumfeld.



* einschliesslich kleine Traumatologie

Stellungnahme der SGIM

Verena Briner, Präsidentin SGIM

Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Inneren Medizin ist Kerngeschäft der SGIM. Der SGIM-Vorstand hat deshalb mit Interesse Kenntnis vom vorliegenden Artikel von A. Perrier et al. genommen, der Vorschläge zur Optimierung der Weiterbildung und der Zusammenarbeit von Innerer Medizin und Allgemeinmedizin enthält.

Perrier et al. betonen, mit dem Aufruf zum Zusammenschluss der Fachgesellschaften für Innere Medizin (SGIM) und Allgemeinmedizin (SGAM) ihre persönliche Meinung zu vertreten und das Ziel zu verfolgen, die Diskussion anzuregen. Da der Artikel aber aus der Feder von vier akademischen Hauptvertretern der Inneren Medizin an den Universitäten Genf und Lausanne stammt, erhält dessen Inhalt unweigerlich einen gewissen offiziellen Charakter. Der Vorstand der SGIM wurde deshalb zur Stellungnahme eingeladen.

Der SGIM sind die im Artikel von Perrier et al. erörterten Ideen bestens vertraut, betreffen sie

doch Problembereiche, die – vor allem während der letzten zwei Jahre – innerhalb der Internistengesellschaft wie auch mit dem KHM und anderen Fachgesellschaften intensiv diskutiert und bearbeitet wurden. Die SGIM erachtet die Schaffung einer einzigen Fachgesellschaft aus SGIM und SGAM nicht als allumfassenden Lösungsansatz der komplexen Problematik. Sie zielt vielmehr auf ein differenziertes stufenweises Vorgehen bei der Lösung der vielschichtigen Probleme. Einige Teilaspekte aus dem angesprochenen komplexen Problemkreis Innere Medizin/Allgemeinmedizin (Standespolitik, Nachfolge für Hausärzte, Weiterbildungsprogramme, Forschung, gemeinsame Facharzttitel für Hausarztmedizin) sollen im Folgenden speziell kommentiert werden.

Standespolitik

Die Autoren propagieren den Zusammenschluss der beiden Fachgesellschaften SGIM und SGAM und betonen, dass es ihnen vor allem um die

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Verena Briner
Luzerner Kantonsspital
Departement Medizin
CH-6000 Luzern 16

verena.briner@ksl.ch

Weiterbildung gehe, wobei aber ein ganzes Spektrum unterschiedlicher Aspekte wie Standespolitik, Fortbildung und Forschung auch tangiert wird.

Für den Bereich des Berufspolitischen und «Gewerkschaftlichen» muss darauf hingewiesen werden, dass in vielen Regionen ein Zusammenschluss der lokalen Organisationen beider Fachgesellschaften bereits erfolgt ist. Die treibende Kraft hierfür ist die Optimierung der Ressourcen für Tarif- und ähnliche Verhandlungen. Die Anliegen der praktizierenden Grundversorger (Internisten, Allgemeinmediziner, Pädiater) werden seit Jahren vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) wahrgenommen. In mehreren Ländern (Deutschland, Grossbritannien, USA usw.) werden übrigens standespolitische bzw. fachspezifische und wissenschaftliche Interessen von zwei getrennten Gesellschaften vertreten. Beispielsweise zeichnet in Deutschland für die wissenschaftlichen Belange die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin verantwortlich, für die gewerkschaftlichen dagegen der Berufsverband Deutscher Internisten.

In der Schweiz ist dieser Prozess auch im Gange: Die Vorbereitungen zur Gründung eines Verbandes Hausärzte Schweiz, der die gemeinsamen Interessen sowohl der Internisten als auch der Allgemeinmediziner und Pädiater vertreten wird, sind in vollem Gange. Diesem Verband wird die SGIM natürlich alle entsprechenden Kompetenzen übertragen, so dass er im Namen und Auftrag aller Hausärzte aktiv sein kann.

Nachfolge für die Hausärzte

Die Ansprüche der jungen Ärzte, aber auch ihrer Familien an eine befriedigende Lebensführung haben sich geändert. Die Bereitschaft zum Wahrnehmen von Eigenverantwortung durch das Individuum nimmt ab, und gesellschaftliche Probleme werden medizinalisiert. Die zunehmende Begehrlichkeit der Bevölkerung, nahezu jederzeit eine Beurteilung ihrer Beschwerden – Befindlichkeitsstörungen inklusive – zu erhalten, und die wirtschaftliche Unsicherheit (TARMED-Positionen, Taxpunktwert, Labor, Selbstdispensation usw.) tragen dazu bei, dass sowohl in den ländlichen Gegenden als zunehmend auch in den Städten Hausärzte oft erst nach langem Suchen einen Nachfolger finden. Neue Modelle der Praxisführung und der Zusammenarbeit Praxis-Spital müssen dringend diskutiert und realisiert werden, um die Grundversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft zu sichern. Es ist verfehlt zu glauben, dass eine Fusion der beiden Grundversorgergesellschaften den Nachwuchsmangel löst.

Weiterbildungsprogramme

Jedes medizinische Fachgebiet verfügt über ein Spital- und Praxissegment. Ausnahme: die Allgemeinmedizin. Das Weiterbildungsprogramm Innere Medizin hat dieser Tatsache insofern Rechnung getragen, als seit etwa 15 Jahren 1 Jahr ambulante Medizin verlangt wird. Nur damit werden die jungen Ärzte aber in ungenügendem Masse motiviert, eine eigene Praxis als Fernziel anzustreben. Vielmehr wünschen sie, an den Spitalern zu bleiben, und sie erweitern ihre Weiterbildung oft um einen Doppeltitel. Ein Teil der Ärzte wird im Laufe ihres Lebens dann trotzdem in einer Praxis tätig sein, und deshalb ist es wichtig, dass ein gemeinsamer Titel für die im Spital wie auch für die in der Praxis tätigen Internisten beibehalten wird (parallel zum Titel Pädiatrie). Eine modulare und liberale Struktur des Weiterbildungsweges trägt den modernen Anforderungen am besten Rechnung. Von der FMH/KWFB wurde der Antrag auf die Schaffung eines Schwerpunktes Spitalinternist (2 Jahre Weiterbildung nach Erlangung des Facharztstitels Innere Medizin) mit der Begründung abgelehnt, es handle sich lediglich um eine Vertiefung und nicht um eine Ergänzung von Wissen. Deshalb steht nun eine Anpassung des Weiterbildungsprogramms vor dem Abschluss. Eine Basisweiterbildung in stationärer Innerer Medizin und Notfallmedizin wird von allen Titelanwärtern verlangt, dazu werden verschiedene Module gemäss späterer Ausrichtung empfohlen, die je nach Berufsziel praxis- oder spitalorientiert sind. Wir müssen unser Weiterbildungsprogramm nicht nur den sich ändernden Ansprüchen der Ärzte, sondern auch der Kranken und der Krankheiten anpassen! Die Zahl der geriatrischen und der polymorbiden Patienten nimmt zu. Sie benötigen ein multidimensionales Assessment.

Dieses moderne Programm ist zurzeit in Vernehmlassung bei der Chefärztevereinigung Innere Medizin.

Forschung

Jedes an universitären Spitalern verankerte Fach ist zur Forschung verpflichtet. Der Druck zu publizieren (Bedeutung fürs Curriculum, Lohnwirksamkeit usw.) mag einfach zu realisierende Forschung fördern und die viel aufwendigere klinische oder epidemiologische Forschung, Forschung an gewöhnlichen Patienten und an den nichtselektionierten Studienpatienten in den Hintergrund drängen.

Gemeinsamer Facharzttitel für Hausarztmedizin

Die Autoren betonen, dass es in Europa 17 akkreditierte Facharzttitel gebe, inklusive den Facharzttitel Innere Medizin. Es gebe keinen anerkannten Titel, der unserem Facharzttitel Allgemeinmedizin entspricht. Es ist somit indiskutabel, dass in der Schweiz auch künftig der Facharzttitel Innere Medizin weiterbestehen muss. Eine Diskriminierung junger Schweizer Ärzte wäre die Folge, wenn sie in einem anderen europäischen Land arbeiten gehen und einen nur in der Schweiz anerkannten Facharzttitel vorweisen könnten. Einmal mehr ein «Sonderfall Schweiz»! Dass die Hausärzte in den allermeisten Ländern weltweit unseren Allgemeinpraktikern mit ihrer fünfjährigen, fundierten Weiterbildung hinsichtlich Qualität und Kompetenz nicht die Stange halten können, wissen auch die Schreibenden des Artikels und die Verantwortlichen der SGAM.

Der Kern des Problems ist somit, dass ein fünfjähriger Weiterbildungsangang zum Facharzt für Allgemeinmedizin, der den Spezialärzten ebenbürtig ist, in Europa und unseres Wissens auch sonstwo nicht anerkannt ist. Was soll denn da eine Fusion der Gesellschaften und der Titel? Wir würden einen «weltweit einmaligen Hausarzt helvetisierten Zuschnitts» schaffen, der an die fatalen Zeiten erinnert, als zum Beispiel bei militärischen Beschaffungen alles «helvetisiert» und damit vor allem verteuert werden musste. Für junge Ärzte ist eine Weiterbildung ideal, die ihnen ein Leben lang alle Türen (Praxis, Spital, neue Arbeitsmodelle, Inland, Europa, Übersee)

öffnet. Dieser Titel muss auf der Anerkennung Innere Medizin aufbauen.

Die Hausärzte, die ihre Patienten menschlich und fachlich ausgezeichnet betreuen, sind Internisten, Allgemeinpraktiker und Kinderärzte. Es mag sein, dass man sie nicht unterscheiden kann, wenn das Namensschild es nicht verraten würde. Manchem wäre es wohl einerlei, ob er zu dieser oder jenen Fachgesellschaft gehören würde, wenn es sich um Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Forschung handelt. Manchen entspricht vielleicht die «outspoken» Ausrichtung und Gangart der SGAM beispielsweise im Tarifwesen mehr. Zwischen SGIM und SGAM gibt es sicherlich viele Unterschiede, aber auch zahlreiche Gemeinsamkeiten. Letztere sollten zum gegenwärtigen Zeitpunkt im bereits bestehenden Gremium der Grundversorger, dem Kollegium für Hausarztmedizin, und im neuen Gewerkschaftsbund der Schweizer Hausärzte vertieft werden, statt falsche Hoffnungen auf die Lösung aller Probleme durch einen überstürzten Zusammenschluss von SGIM und SGAM zu setzen.

Der Vorstand der SGIM verfolgt die Gedanken der Autoren gerne mit ihnen zusammen weiter. Ohne eine Doktrin oder Schlagworte zu übernehmen, muss der kommenden Ärztesgeneration eine Weiterbildung vermittelt werden, die attraktiv, flexibel, international anerkannt und ein Leben lang nützlich ist. Die SGIM hat die klare Absicht, sich für den Bereich Innere Medizin in diesem Sinne nachhaltig einzusetzen und neue Entwicklungen in vorderster Front mitzugestalten.