

Hallo Hausarztmedizin*

Gelingt mit der Gründung der Vereinigung «Hausärzte Schweiz» [1] auch ein erster Schritt zur Geburt des längst überfälligen einheitlichen Facharzttitels in der Primärversorgung?

F. Marty, R.L. Meyer

Arbeitsgruppe Literatur/
Dokumentation SGAM

Einleitung

Die Stellung der Primärversorgung/Hausarztmedizin in der Schweiz ist, im Vergleich zum Ausland, sehr bescheiden. Föderal organisiert, hat das schweizerische Gesundheitssystem kein nationales Konzept für die medizinische Primärversorgung¹. Entsprechend unklar sind die Inhalte, Aufgaben und die notwendigen fachärztlichen Ressourcen für diesen wichtigen Teil des Gesundheitssystems.

Hausarztmedizin war, bis vor kurzem, an den medizinischen Fakultäten keine eigenständige Disziplin. Die fehlende akademische Verankerung hemmte deren fachliche und institutionelle Entwicklung. Hausarztmedizin wird von den Behörden, aber auch von klinisch tätigen Medizinerinnen, entsprechend diffus wahrgenommen: als nicht näher definiertes Tätigkeitsfeld, geleistet von Ärzten, welche sich primär dadurch auszeichnen, keine klinisch-stationäre Karriere verfolgt zu haben, und medizinisch-fachlich «ein bisschen von allem» machen, sozusagen als Taschenausgabe aller andern medizinischen Fächern.

In den letzten Jahren gewann die Hausarztmedizin in der Schweiz allerdings stark an Profil, gesundheitspolitisch und als Fachdisziplin. Die kantonalen respektive regionalen Zusammenschlüsse zwischen Allgemeinmedizinerinnen und den hausärztlich tätigen Allgemeininternisten [2], die Gründung eines nationalen Hausarztverbandes am diesjährigen europäischen Wonca-Kongress [3], die politische Präsenz [4, 5] und die Institute für Hausarztmedizin [6] stärkten die hausärztliche Identität. Diese im Vergleich zum Ausland verspätete, aber rasante Entwicklung ruft nach einer eigenen Fachdisziplin in der Primärversorgung.

Zur Debatte stehen ein einheitlicher Facharzttitel für Hausärzte (wie in allen entwickelten Gesundheitssystemen) oder ein EU-Facharzttitel «Allgemeine (innere) Medizin» (wie in Deutschland).

Der vorliegende Artikel beschreibt in einem ersten Teil kurz die Geschichte der Hausarztmedizin als Spezialdisziplin der Primärversorgung, diskutiert im zweiten Teil die aktuelle Debatte und skizziert im dritten Teil den Rahmen für eine effiziente Weiterbildung in Hausarztmedizin.

Zur Entwicklung der Hausarztmedizin

International

Die Hausarztmedizin formierte sich zuerst in den USA (1947), England (1952) und Kanada (1954). Von zentraler Bedeutung im mitteleuropäischen Raum war die Gründung der Societas Internationalis Medicinæ Generalis (SIMG) im Jahre 1959. Sie war eine der ganz wenigen europäischen Fachgesellschaften mit Mitgliedern auch jenseits des damaligen «eisernen Vorhanges» und publizierte eine wissenschaftliche Zeitschrift («Allgemeinmedizin/International General Practice») [7].

Als akademische Disziplin etablierte sich die Hausarztmedizin ebenfalls zuerst in den USA, England und Kanada, in den 70er und 80er Jahren folgten die angelsächsischen Länder (Holland, die nordischen Länder) in den 90er Jahren dann die Länder des romanischen Sprachraumes. Den Abschluss bildeten die Länder des ehemaligen Ostblocks, in welchen während der letzten 10 Jahre aus der vormalig kommunistisch geprägten Primärversorgung eine lebendige Hausarztmedizin entstand [8].

Der Begriff «General Practice», 1978 abgelöst durch «Family Practice», wird seit Bestehen des «Index Medicus», des weltweit wichtigsten Indexes für medizinische Literatur, als medizinische Fachkategorie geführt. Über 60000 indexierte wissenschaftliche Arbeiten zeugen von einer lebhaften Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet.

In allen europäischen Ländern sind in der Primärversorgung zwei Kategorien von Hausärzten tätig: a) Hausärzte mit einem Curriculum in Hausarztmedizin und b) praktizierende Ärzte ohne Curriculum. Die Curricula dauern, je nach Land, zwischen 3 und 6 Jahre [9, 10]. Für Ärzte ohne Curricula gilt seit 2006 im europäischen Raum eine mindestens 3-jährige Weiterbildung [11].

* Dank: Die Autoren möchten sich bei Bruno Kissling und Bernhard Rindlisbacher für die eingebrachten Ideen und das geduldige Gegenlesen und Redigieren ganz herzlich bedanken!

¹ Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) führt auf seiner Website keine Rubrik «Primärversorgung». Eine Google-Suche mit «Primärversorgung BAG» bringt zwei Treffer: einen Verweis zum Text «Vorgehen bei einer Grippepandemie» und einen Verweis zu einer Beschreibung von Sentinella.

Tabelle 1

Anzahl der in PubMed indexierten Arbeiten (Suchbegriff «Family Practice[MESH] AND 'country'[AD]»).

Land	Einwohner (Mio.)	Anzahl indexierter Arbeiten	Arbeiten pro Mio. Einwohner
Switzerland	7,5	37	4,9
Germany	82	110	1,3
Austria	8,3	5	0,6
Norway	4,8	69	14,4
Sweden	9,3	77	8,3
Denmark	5,5	112	20,4
Netherlands	16,5	482	29,2

In deutschsprachigen Ländern praktizieren, als *Besonderheit*, auch Allgemeininternisten in der Primärversorgung. Im übrigen Europa, aber auch in Amerika/Australien, ist die Allgemeine Innere Medizin (general internal medicine) eine Spezialarzt-Disziplin und in der Sekundärversorgung tätig [12]. Dies spiegelt sich in den Verbandsstrukturen auf europäischer Ebene [13, 14] und in der Kategorisierung der Ärzte EU-weit (Allgemeinmedizin und Facharzt) in der «EU Richtlinie 2005/36», dem Regulativ für die gegenseitige Anerkennung der beruflichen Qualifikationen (Abb. 1).

In der Schweiz

Allgemeinmedizin

Der «Facharzt für Allgemeinmedizin FMH» sieht sich als Repräsentant der Primärversorgung, als Pendant zum amerikanischen «Family Practitioner» [15], deutschen «Allgemeinarzt» [16], englischen «General Practitioner» [17], holländischen «Huisarts» [18] oder den Hausärzten in den nordischen Ländern [19].

Die FMH hat die Hausarztmedizin schon 1966 als spezifisches Fach anerkannt und den Facharzttitel «FMH für Allgemeinmedizin» geschaffen. Die Allgemeinmediziner bündelten ihre Kräfte und gründeten 1977 die «Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin» (SGAM). Von Beginn weg knüpfte die SGAM Kontakte zu der sich schnell entwickelnden europäischen Hausarztmedizin: in der Lehre und Forschung [20, 21], als Mitherausgeberin von nationalen und internationalen Hausarzt-Zeitschriften [22] sowie im Verband der europäischen Hausarztmedizin SIMG [23]. Die SGAM spielte auch eine wichtige Rolle in der Entwicklung der hausarztmedizinischen Forschung. Das Seminar «Forschung in der Allgemeinpraxis» 1981 in Arosa, mit internationalen Referenten, bildete den Startschuss für die Arbeitsgruppe Forschung. Die Idee eines «Sentinels» geht ebenfalls auf dieses Seminar zurück und mündete 1986 im Sentinella-Meldesystem [24].

1978, kurz nach der Gründung der SGAM, tagte die noch junge Wonca World in der Schweiz (Montreux) [25]. 1983 war die SGAM Gastgeberin eines Meetings des EGPRW («European General Practice Research Workshop») [26].

Gesundheitspolitisch verspürten die Hausärzte damals Rückenwind. Die Reform des Medizinstudiums in den 70er Jahren (Rossi-Plan) war ein politisch brisantes Thema. Sie brachte eine Grundsatzdebatte über die zukünftige Ausrichtung der medizinischen Ausbildung ins Rollen. Exponenten der SGAM [27] und verschiedene politische und wissenschaftliche Kreise setzten sich für eine Stärkung der Allgemeinmedizin ein [28, 29]; innerhalb der medizinischen Fakultäten fand sich allerdings keine Unterstützung für eine Etablierung der Hausarztmedizin als Fachdisziplin. Die Diskussionen zwischen den Exponenten der klinischen Medizin und der Primärversorgung fanden damals ihren Weg bis in die NZZ [30–32]. Kennzeichen solcher

Debatten war (bis in die jüngste Zeit) die Diskurshegemonie der Klinik gegenüber der Primärversorgung, verbunden mit einer Fokussierung auf die klinische Medizin bzw. einer Skotomisierung der Entwicklung der Primärversorgung als medizinische Fachdisziplin.

Die Einführung der neuen Prüfungsverordnung brachte nicht den erhofften Durchbruch für die Hausarztmedizin. Den parlamentarischen Absichten folgten wenig konkrete Veränderungen. Im Gegensatz z. B. zu Holland² gelang nur eine bescheidene akademische Verankerung in der Lehrtätigkeit im Rahmen der «Fakultären Instanzen für Hausarztmedizin».

Bis zur Gründung der Institute für Hausarztmedizin erfolgte die Entwicklung der Disziplin vor allem durch den Verband, die SGAM. Sie engagierte sich stark für alle hausarztmedizinischen Aspekte – in Lehre und Forschung, in Weiterbildung und Praxisassistenz, in hausarztgerechter Fortbildung und Qualitätsförderung. Seit 1995 ist die SGAM aktives Mitglied der Wonca [33] (siehe Kasten «Wonca») und 2009 Gastgeberin des europäischen Wonca-Kongresses in Basel.

Wonca

«**Wonca is an unusual, yet convenient acronym comprising the first five initials of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.** Wonca's short name is World Organization of Family Doctors.

Die Primärversorgung/Hausarztmedizin war, im Vergleich zu den organbezogenen oder technischen medizinischen Disziplinen, schwieriger zu systematisieren. Die berufstheoretischen Grundlagen für Hausarztmedizin wurden von verschiedenen Fachgesellschaften v. a. im anglo-amerikanischen Raum und diversen internationalen Gruppierungen erarbeitet. Praktisch alle relevanten Strömungen fanden im Verlaufe der 80-er Jahre innerhalb der Wonca zusammen.

Die Wonca-Arbeitsgruppe «European Academy of Teachers in General Practice» (EURACT) führte Ende der 90er Jahre verschiedene theoretische Ansätze zu einer interkulturell gültigen und allgemein anerkannten Beschreibung und Definition der Disziplin Hausarztmedizin [48,49]. Diese Grundlagen bilden heute das Rahmenwerk der Curricula für Hausarztmedizin und für das Selbstverständnis der Disziplin.

Innere Medizin

Zirka 2000 der insgesamt 6300 Hausärzte in der Schweiz sind Allgemeininternisten [34]. Trotz der grossen Zahl der Internisten, welche traditionell eine hausärztliche Laufbahn einschlugen, blieb die Innere Medizin eine klinisch-stationäre Disziplin. Als Fach spezialisierte sie sich, analog der internationalen Entwicklung, immer stärker in Subdisziplinen (Sekundär- und Tertiärversorgung) – eine Spezialisierung in Rich-

² In Holland war man zu Beginn der 80er Jahre in einer ähnlichen Situation. Mit viel Mut und Elan wurde die hausärztliche Aus- und Weiterbildung völlig neu entwickelt, pragmatisch nach den Bedürfnissen der medizinischen Grundversorgung. Die Hausarztmedizin wurde als Fachdisziplin an den Universitäten verankert.

tung «Integration» war, wie die Erfahrung zeigt, nicht möglich.

Heute befindet sich die Allgemeine Innere Medizin in der Schweiz in einem Dilemma: In der Klinik erodierte ihre Position zugunsten der Spezialisten immer stärker; in der Hausarztmedizin oder Primärversorgung fehlen ihr Grundlagen in Lehre und Forschung; international ist sie im hausarztmedizinischen Fachbereich isoliert. Die hausärztlich tätigen Allgemeininternisten ringen deshalb heute um ihre Stellung und versuchen auf nationaler und europäischer Ebene [35], Grundlagen für eine integrative Disziplin zu entwickeln («Die Internisten sind Generalisten und brauchen eine Definition») [36]. Formal und im Geiste übernehmen sie dabei viele Positionen der Wonca [37], beschränken sich fachlich aber strikt auf die Innere Medizin.

Lehre und Forschung

Die Innere Medizin als Fachdisziplin ist, entsprechend ihrer immer stärker aufsplittenden Entwicklung, in der Lehre und Forschung für Hausarztmedizin kaum präsent. Die Lehre, strukturell innerhalb der Fakultären Instanzen für Hausarztmedizin angesiedelt, wurde

personell wesentlich von den Allgemeinmedizinern getragen. Die Forschung fand in der Westschweiz starke Unterstützung in den universitären Polikliniken³; in der Deutschschweiz mussten aus den Fakultären Instanzen heraus, zumeist von hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinern, verschiedenste Allianzen geknüpft werden. Im internationalen Vergleich zu Ländern mit eigenständiger Hausarztmedizin (Schweden, Norwegen, Dänemark, Holland) – ist die Schweiz zusammen mit Deutschland und Österreich (Ländern mit ähnlichen Strukturen in der Primärversorgung) in der Forschung noch sehr schwach vertreten (Abb. 1).

Die aktuelle Debatte

Zurück auf der Agenda

Während der letzten Jahre schaffte es die Hausarztmedizin zurück auf die Agenda – fachlich und politisch. Es gelangen wichtige Schritte der Institutionalisierung und eine klare Positionierung in der Gesundheitspolitik. Die treibende Kraft dieser Entwicklung waren und sind die Allgemeinmediziner [38] (SGAM). Sie vertreten die politischen Interessen der Hausarztmedizin konsequent, sind in der Entwicklung des Faches mit ihren Arbeitsgruppen sehr aktiv und im Aufbau von hausarztmedizinischen Strukturen für alle Hausärzte offen und zukunftsgerichtet. In vielen wichtigen Projekten gelang es in den letzten Jahren, die hausärztlich tätigen Allgemeininternisten für eine gemeinsame Plattform zu gewinnen (z. B. in Lehre, Forschung, durch gemeinsames Publikationsorgan [39]).

Die SGAM ergriff 2005 die Initiative für den Bau solider Grundlagen und neuer Strukturen. Auf dem Bürgenstock 2006 waren sich die Kader der SGAM, der hausärztlichen SGIM, der FMP (Marginalie IV) und des KHM⁵ einig, politisch in Zukunft als eine Stimme aufzutreten [40] und sich auf den Weg zu machen für einen gemeinsamen Facharztstitel. Als Fernziel wurde eine Fusion der SGAM, SGIM und FMP genannt.

Die erste Etappe wird im Herbst 2009, am Wonca-Kongress, mit der Gründung eines gesamtschweizerischen Hausarztverbandes erreicht. Mit über 6000 Mitgliedern wird dieser der stärkste medizinische Verband in der Schweiz. Unbestritten ist auch die zweite Etappe, die Schaffung eines einheitlichen Facharztstitels. Der Weg dorthin ist allerdings noch unklar.

Innere Medizin – spezialärztliche Basis-Weiterbildung als Grundlage der Hausarztmedizin?

Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) ist gegen eine Fusion der beiden Fachgesellschaften [41]. Der zukünftige Hausarzt in der Schweiz soll Internist sein. Die Begründung ist eine formale, die europäische Anerkennung der Inneren Medizin als Facharztstitel [42]. Als «EU-Facharzt für Allgemeine (innere) Medizin» stehe dem zukünftigen Hausarzt die Tür nach Europa offen, der «EU-Arzt für Allgemeinmedizin» sei demgegenüber im europäischen Raum kein Facharztstitel.

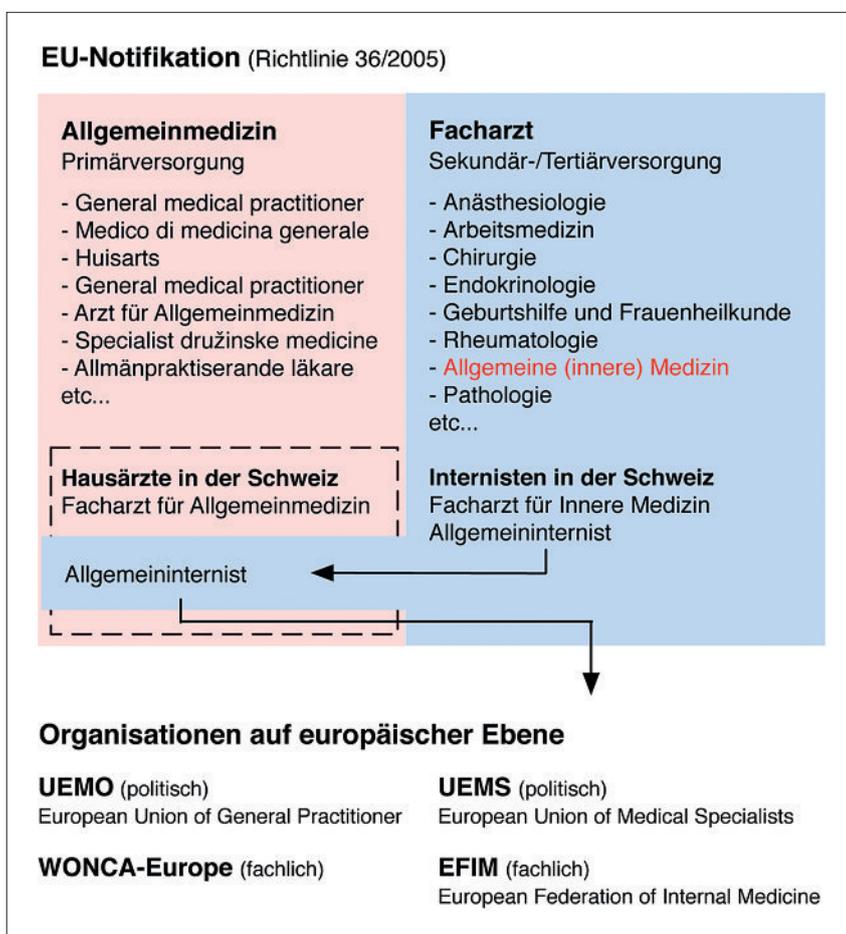
³ In Lausanne Institut Universitaire de Médecine Générale, in Genf Département de Médecine Communautaire.

⁴ Foederatio medicorum practicum FMP, <http://www.fmp-net.ch>

⁵ Kollegium für Hausarztmedizin KHM <http://www.kollegium.ch/>

Abbildung 1

EU-Notifikation für Allgemeinmedizin und Fachärzte.



Die *Chefärztervereinigung* der SGIM äusserte sich sehr besorgt über das Ansinnen einer Fusion [43].

Primärversorgungsnahe klinische Internisten aus Lausanne und Genf, welche sich traditionell stark in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und Forschung engagieren, sähen in einer gemeinsamen Fachgesellschaft aber auch eine Chance [44, 45]. Als zukünftiges Weiterbildungscurriculum im Rahmen dieser gemeinsamen Fachgesellschaft schlagen sie als «tronc commun» [46] zwei Jahre stationäre Innere Medizin vor, mit anschliessender Aufzweigung in eine ambulante (Hausarzt) oder stationäre Laufbahn (Allgemeininternist und Subspezialist). Bei der ambulanten Laufbahn würde zudem zwischen einer Weiterbildung für den urbanen und ländlichen Raum unterschieden.

Die *hausärztlich tätigen Allgemeininternisten* melden sich bis anhin noch mit keinen eigenständigen Vorschlägen.

Kommentar: Die Hausarztmedizin würde sich innerhalb der Inneren Medizin aus verschiedenen Gründen nicht entwickeln können:

- ein Grundkonflikt liegt in der Annahme, «Hausarztmedizin» sei ein Teilgebiet der «Inneren Medizin». Dies ist eine Verkehrung der Realitäten. Richtig ist: Die Innere Medizin ist ein Teil in der klinischen Weiterbildung zum Hausarzt.
- Hausarzt und Internist sind zwei verschiedene Berufe. Der Versuch, beide Berufe aus einem gemeinsamen Weiterbildungsprogramm zu entwickeln, muss an Zielkonflikten scheitern. Im Lichte der europäischen Curricula zur Hausarztmedizin scheint ein «tronc commun» nicht realistisch. Dieser gewichtet die Innere Medizin zu stark und lässt, als Konsequenz, den anderen klinischen Fächern zu wenig Raum.
- Die Auftrennung der hausärztlichen Weiterbildung in einen «urbanen» und einen «ländlichen» Zweig ist ein gutes Beispiel des «klinisch-spezialisierenden» Denkens, des Konzeptes einer immer stärkeren Differenzierung. Hausarztmedizin findet aber gerade in der «Gegenrichtung» statt, in der kontinuierlichen und z.T. komplexen Integration dieser immer weiter auseinanderdriftenden fachmedizinischen Aufsplitterung und, allgemeiner, Segmentierung der Versorgung. Dies ist geradezu eine Konstituierende des Faches.
- Wie jeder in der Praxis tätige Hausarzt bestätigen kann, sind die Unterschiede der fachlichen Beanspruchung nicht so sehr eine Frage des Praxisstandortes als eine Frage der «Praxisart», d. h. der individuellen Unterschiede zwischen verschiedenen Hausarztpraxen. Gefragt ist daher eine *integrative, breite* Weiterbildung in verschiedenen Fächern sowohl in Kliniken und in der *Praxis*, mit anschliessenden lebenslangen *modularen Weiterbildungsmöglichkeiten*. Die hausärztlich tätige Allgemeininternistin aus dem Emmental wird in einem späteren Lebensabschnitt möglicherweise Hausärztin in der

Stadt Bern und der Kollege aus Zürich seine Karriere als Hausarzt in den Bergen beenden.

- Die Weiterbildung zum Hausarzt im Rahmen einer internistischen Weiterbildung würde eine hohe Zahl neuer Weiterbildungsstellen erfordern. Perrier [45] weist auf die Schwierigkeiten eines solchen Unterfangens hin. Man kann sich nur schwer vorstellen, wie innerhalb der klassischen klinischen Strukturen die notwendigen praxisrelevanten Weiterbildungsstellen geschaffen werden sollen.
- Was die EU-Facharzt-Konformität betrifft ist diese von fraglicher Relevanz. Als EU-Facharzt für «Allgemeine (innere) Medizin» fände sich der internistische Hausarzt in allen europäischen Ländern, ausser in Deutschland oder Österreich, inmitten von «General Practitioners» oder «Family Doctors» mit breiter und praxisnaher Weiterbildung fehl am Platz.

FMH – ein Weg in die Sackgasse

Die FMH sieht im «Facharzt für Allgemeinmedizin FMH» ein Auslaufmodell und die Zukunft der Hausarztmedizin bei der Inneren Medizin als Facharzt «Allgemeine (innere) Medizin». Die Begründung ist eine formale: Die EU-Richtlinie 2005/36 verlange, dass auch im Bereiche der Allgemeinmedizin zukünftig in jedem Land eine einheitliche Weiterbildung gelten soll (siehe Kasten «EU-Richtlinie 2005/36»).

EU-Richtlinie 2005/36 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (Freizügigkeitsgesetz)

Die EU kategorisiert die Ärzte in zwei Bereiche und unterscheidet zwischen «Ausbildungsnachweis Allgemeinmediziner» und «Ausbildungsnachweis Facharzt» mit insgesamt 53 Facharzt-titeln (Abb. 1).

Für den «Ausbildungsnachweis Allgemeinmediziner» gilt ab 2006 eine minimale Weiterbildungszeit von 3 Jahren. Für den «Ausbildungsnachweis Facharzt» ist, bis auf Ausnahmen in einzelnen Disziplinen, eine 5-jährige Weiterbildung vorgeschrieben [9].

Im Bereich «Allgemeinmedizin» soll in Zukunft das Nebeneinander von kürzeren (Eurodoc) und längeren Weiterbildungen (Hausärzte mit spezifischem Curriculum, meist 5 Jahre) in ein und demselben Land nicht mehr möglich sein. Auch die Schweiz muss sich, im Rahmen des Freizügigkeits-Abkommens mit der EU, für *einen* Titel in der Primärversorgung entscheiden.

Die Anerkennung dieser Richtlinie bringe den «Facharzt für Allgemeinmedizin FMH» in Bedrängnis: Entweder würde er in Zukunft auf eine Weiterbildung von 3 Jahren reduziert (Eurodoc), was gegenüber den heutigen Titelhaltern ungerecht wäre; oder es würde eine Weiterbildung von 5 Jahren beibehalten,

wodurch, wegen der Freizügigkeit, die Kollegen aus dem Ausland mit 3-jähriger Weiterbildung ungerechterweise den schweizerischen Allgemeinmediziner gleichgestellt würden.

Kommentar:

- praktisch alle EU-Länder kennen, wie die Schweiz, neben dem «Eurodoc» einen Hausarzt mit definiertem Weiterbildungs-Curriculum [9, 10]. Alle EU-Länder sind in Sachen «Deklaration eines einheitlichen Titels für Allgemeinmedizin» vor die gleichen Probleme gestellt wie die Schweiz.
- Der Vorschlag der FMH lehnt sich an den in Deutschland eingeschlagenen Weg an, wo am 106. Deutschen Ärztetag 2004 das neue Fachgebiet «Innere und Allgemeinmedizin» geschaffen wurde. Die Allgemeinmedizin erhielt in diesem Konstrukt allerdings nicht die notwendigen Ressourcen und möchte wieder zum «Facharzt für Allgemeinmedizin» mit einem eigenständigen Curriculum wechseln [47].
- Die FMH würde auch nach Abschaffung des «Facharztes für Allgemeinmedizin FMH» eine Weiterbildungszeit für den Arzt «Allgemeinmedizin» im Sinne der EU-Nomenklatur von 3 oder 5 Jahren definieren und die Schweiz diese Ärzte im Sinne des Freizügigkeitsgesetzes anerkennen müssen.

Eine Folge der FMH-Strategie wäre ein Verlust des Anschlusses der Schweiz an die internationale Entwicklung der Hausarztmedizin (Wonca).

SGAM – Praxisassistent als Schlüssel

Die SGAM äusserte sich zuletzt sehr verhalten [48], man sah sich durch die Vorstösse der FMH in die Defensive gedrängt. Klar ist, dass für die hausärztliche Weiter- und Fortbildung fachlich die Grundlagen der Wonca gelten sollen und dass die Hausarztmedizin innerhalb der europäischen Hausarztverbände verankert und vernetzt sein muss. Diese Koordinaten stecken das Terrain ab – ein grosses Feld, um einer innovativen und bedarfsgerechten Weiterbildung die Tür zu öffnen.

Eine wichtige Mitgift der Allgemeinmedizin/SGAM, welche nicht genügend geschätzt werden kann, ist die «Praxisassistentenz». Entwickelt Mitte der 90er Jahre [49], auf stabiler berufstheoretischer Grundlage stehend, wissenschaftlich validiert [50], erfolgreich eingeführt und breit akzeptiert [51], in der Finanzierung auf gutem Weg [52] und auch international als «state of the art» in hausärztlicher Weiterbildung taxiert, drängt sich dieses Programm als zweites Standbein im hausärztlichen Curriculum, neben der spitalbasierten klinischen Weiterbildung, geradezu auf. Die Praxisassistentenz ist der Schlüssel, um den zukünftigen Hausärzten eine genügende Zahl von Weiterbildungsstellen anbieten zu können, das Netz an Lehrpraxen könnte eine 2-jährige Weiterbildung in ambulanter Hausarztmedizin anbieten.

⁶ unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnie oder Art der medizinischen Erkrankung/ des medizinischen Problems.

Die Zeit ist reif für eine eigenständige Fachdisziplin

Die Hausarztmedizin ist, ähnlich wie Ende der 70er Jahre, im Fokus des politischen Interesses. Damals ging es um eine Revision der Ausbildung mit stärkerer Ausrichtung des Studiums auf die Primärversorgung, heute neben der Ausbildung auch um eine Revision der Weiterbildung und eine breite und nachhaltige Etablierung als eigenständige Fachdisziplin der Medizin.

Auch bei den Internisten ist unbestritten, dass in der Weiterbildung zum Hausarzt grosse Defizite existieren, in Inhalt, Ablauf und Organisation [53]. Symptomatisch dafür ist die faktisch viel zu lange Weiterbildungszeit: Ein Allgemeinmediziner eröffnet durchschnittlich 8,2 Jahre, ein Allgemeininternist erst 9,3 Jahre nach Ende des Studiums eine Praxis [54]. Der Übertritt von der stationären Medizin in die Hausarztpraxis erfolgt dabei nach wie vor in der Regel *ohne* spezifische Weiterbildung in Hausarztmedizin. Das Fachspezifische der Hausarztmedizin muss so heute immer noch autodidaktisch nach Beendigung der Weiterbildungszeit erworben werden. Ein anachronistischer Zustand in einem modernen Gesundheitswesen!

Hausarztmedizin muss, wie jede andere medizinische Disziplin, auch im konkreten Arbeitsfeld gelehrt und gelernt werden können. Die jungen Hausärzte, die seit 2007 in der Vereinigung «Junge Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz» JHaS [55] organisiert sind, haben diesbezüglich klare Vorstellungen [56].

Weiterbildung zum Hausarzt – was gehört in den Rucksack?

Effiziente und kostengünstige Gesundheitssysteme sind auf eine kompetente und starke Primärversorgung, als Nahtstelle zwischen Medizin und Gesellschaft, angewiesen [57]. Hausarztmedizin heisst klinische «Breitenkompetenz» und verschiedenste Fertigkeiten und Funktionen an der Nahtstelle zwischen Gesellschaft und Gesundheitswesen. Gefragt sind «knowledge, skills and attitudes».

- Primärversorgung im fachärztlichen Sinne meint die medizinische Kompetenz, ein unselektioniertes⁶ Patientengut in den allermeisten Fällen abschliessend behandeln zu können
- Kompetenz bei der akuten Behandlung und Langzeitbetreuung sowie in der Medizin des polymorbiden Patienten
- optimale Betreuung durch Kenntnis des Patienten als Person, seiner Möglichkeiten und seines Umfeldes.

Je nach Praxisstandort oder Art der Praxis müssen in der Primärversorgung verschiedene zusätzliche Funktionen wahrgenommen werden wie Bezirksarzt, Schularzt, Betreuung von Patienten in Institutionen (Altersheim, Pflegeheim), Gefängnisarzt, Vertrauensarzt, Arbeitsmedizin, Präventivmedizin, Migrationsmedizin

u. a. Ein Weiterbildungscurriculum für Hausarztmedizin muss entsprechend pragmatisch aufgebaut sein: «*Knowledge*» (fachmedizinisches Wissen) muss in der notwendigen Breite erworben, «*skills*» (Fähigkeiten und Fertigkeiten) während der Weiterbildung konkret in den Berufsfeldern gelernt und «*attitudes*» (Haltungen) in den verschiedenen Weiterbildungsstationen erfahren werden können.

Die theoretischen Grundlagen für die Weiterbildung zum kompetenten Hausarzt sind seit Mitte der 70er Jahre bekannt, von Wonca Europe 2002 in einem internationalen Konsensverfahren definiert und von EURACT übersichtlich zusammengestellt [58, 59] worden. Als Beispiel einer praktischen Umsetzung dieser Grundlagen möchten wir auf das gut dokumentierte Curriculum der englischen GP's (Royal College of General Practitioners) hinweisen [60]. Einen Einblick in die Weiterbildungsverhältnisse für Hausarztmedizin in Frankreich gibt ein kürzlich in PrimaryCare erschie- nener Text [61].

Weiterbildung zum Hausarzt – der Rahmen

Ein Facharztstitel «Hausarztmedizin» hängt, soll er überhaupt gelingen und im Gesundheitssystem auch wirken, von einigen Voraussetzungen ab:

- Ein Weiterbildungs-Curriculum in Hausarztmedizin muss, wie in den anderen medizinischen Fächern, von konkret im Fach tätigen Ärzten entwickelt und gepflegt werden, d. h. von den Allgemeinmedizinern, den hausärztlich tätigen Internisten (Allgemeininternisten) und den praktischen Ärzten.
- Die Erarbeitung eines solchen Curriculums ist ein längerfristiger Prozess – auch in Gesundheitssystemen mit grosser Erfahrung in der Primärversorgung wie in England [62]. Er ist insbesondere kein verbandspolitischer, sondern ein technischer Akt, wo Kenntnisse zu Inhalt, Methoden und Verfahren gefragt sind.
- Das Curriculum muss in eine *offene* Berufskarriere münden. Weiterbildungsmodule für Klinik und andere relevante Gebiete der Primärversorgung sollen, das Berufsfeld begleitend, eine lebenslange Karriereentwicklung ermöglichen.
- *Primäres* zuerst, *Sekundäres* danach: Ärzte mit dem Weiterbildungsziel Hausarztmedizin müssen zuerst in Hausarztmedizin/Primärversorgung abschliessen können. Eine weitere Spezialisierung wie z. B. in «Forschung und Lehre», in «Public Health» usw. oder in fachmedizinisch engere Felder wie z. B. «Innere Medizin», «Arbeitsmedizin» usw. sollen anschliessend folgen.

Weiterbildung zum Hausarzt – die Inhalte

Das englische Weiterbildungscurriculum der «General Practitioners» [63], revidiert im Jahre 2007, hält sich stark an die von der EURACT geleisteten theoretischen Vorarbeiten [59]. Es ist ausgezeichnet dokumentiert

und hat in seinen «Statements» die Lehr-/Lerninhalte für Ärzte in der Primärversorgung definiert und formalisiert.

Grundsätzlich lässt sich eine Weiterbildung zum Hausarzt in 3 Teile gliedern:

- eine möglichst breite, *auf die Primärversorgung ausgerichtete* klinische Weiterbildung in stationärer Medizin (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, kleine Fächer, ambulante Sprechstunden in Spezialfächern). Für die Schweiz bedeutet dies ein eigenständiges hausärztliches Curriculum zum Facharzt für Hausarztmedizin. Die Situation heute, ohne eigenen Facharztstitel, führt zu überlangen, suboptimalen Weiterbildungswegen (siehe oben).
- Eine breite Weiterbildung in der *ambulanten Hausarztmedizin*. Für die Schweiz heisst dies Weiterbildungsstellen in hausärztlichen Praxen in der Stadt und auf dem Land, in Einzel- und in Grosspraxen, bei freischaffenden und bei angestellten Hausärzten.
- Weiterbildungsangebote in *nicht-klinischen Bereichen* wie Epidemiologie, Ethik, Lehre und Forschung, öffentliche Gesundheit (Public Health), medizinische Informatik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme und Gesundheitsversorgung, betriebswirtschaftliche Grundlagen/Management (z. B. für die medizinische Leitung mittelgrosser und grosser Praxen) usw. Für die Schweiz heisst dies Anerkennung bestehender modularer Angebote in diesen Bereichen [64] als Weiterbildungszeit für den Facharzt Hausarztmedizin.

Weiterbildung zum Hausarzt – die Gewichtung

Eine Weiterbildungszeit von 5 Jahren ist in allen Ländern mit entwickelten Gesundheitssystemen etabliert. Eine gleichmässige Aufteilung der Weiterbildungszeit in klinisch-stationäre und ambulante Weiterbildung ist eine Voraussetzung, um als Hausarzt nach der Weiterbildung gut gerüstet zu starten.

Beispiel England (Abb. 2): Im 5-jährigen Weiterbildungs-raster der GP's folgen nach einem 2 Jahre dauernden «Foundation Programme» mit Innerer Medizin und Chirurgie⁷ 3 Jahre «Speciality Training» (ST1-3). Während dieser 3 Jahre sind Module in Praxisassistentz (mindestens 18 Monate), Spezialfächern (maximal 12 Monate) und «innovative training posts» d. h. in Forschung und anderer für die Primärversorgung relevanter Weiterbildung, möglich.

Der zukünftige Hausarzt erwirbt auf diese Weise eine gute Grundlage in klinischer Medizin («Foundation Programme» plus Spezialfächer = 3 Jahre) sowie in der Praxis/Primärversorgung (Praxisassistentz mindestens 18 Monate) und kann sich in angrenzenden Gebieten weiterbilden. Dies erlaubt, gerade auch im Hinblick auf die spätere Laufbahnentwicklung, persönliche Interessen und Neigungen schon früh zu gewichten und zu entwickeln.

⁷ In England können sich die Ärzte erst nach einer zweijährigen «Grundweiterbildung» in Innerer Medizin und Chirurgie (Foundation Programme) spezialisieren.

Abbildung 2

Weiterbildungsrastrer General Practice in England (ST = Speciality Training for GP's).

Foundation Programme		ST 1			ST 2		ST 3
F1	F2	Sp1	Sp2	Sp3	ITP	GP	GP
or							
F1	F2	ITP			ITP	GP	GP
or							
F1	F2	GP	Sp1	Sp2	Sp3/4	GP	GP
or							
F1	F2	Sp1	Sp2	Sp3	Sp4	GP	GP
or							
F1	F2	GP	Sp1	Sp2	GP	ITP	GP

F1 = first year of foundation programme
 F2 = second year of foundation programme
 Sp = hospital specialty post

ITP = innovative training post
 GP = GP post

Schlussfolgerungen

«Primary health care is primary care applied on a population level. As a population strategy, it requires the commitment of governments to develop a population-oriented set of primary care services in the context of other levels and types of services. Primary care is the provision of first contact, person-focused ongoing care over time that meets the health-related needs of people, referring only those too uncommon to maintain competence, and coordinates care when people receive services at other levels of care.» [65]

Die Schweiz braucht gesundheitspolitisch ein Konzept für die medizinische Primärversorgung (commitment of the government). Ein eigenständiges Fach «Hausarztmedizin» (Primary Care) gibt dafür die solide fachmedizinische Basis.

Wie die Erfahrungen der letzten 50 Jahre in Europa zeigen, setzt die Entwicklung der Hausarztmedizin als Disziplin nur ein, wenn der Hausarztberuf als Facharztstitel konstituiert und die Hausarztmedizin als Fachdisziplin an den Universitäten verankert ist.

Hausarztmedizin soll, wie andere medizinische Fächer, nach 5-jähriger Weiterbildung mit einem Facharztstitel abgeschlossen werden können. Die Weiterbildung soll, im Spital und in der Praxis, optimal auf die spätere Tätigkeit vorbereiten, sich am Bedarf der Bevölkerung orientieren und in eine offene Berufskarriere münden – zu Lehre und Forschung, zu Betriebswirtschaft und Management oder zu Funktionen an den Nahtstellen unseres Gesundheitssystems.

Von zentraler Bedeutung ist, wie in jeder medizinischen Disziplin, dass das Curriculum von den im Fach tätigen Ärzten entwickelt wird und dass ein Facharztverband den Facharztstitel verwaltet. Eine Mehrdeutigkeit schwächt die Position der Hausärzte.

In der heutigen Situation kann der Facharztstitel «Hausarztmedizin» sinnvollerweise nur aus dem

neuen Berufsverband heraus erfolgen: Er ist das neue gemeinschaftliche Fundament, hat politisch genügend Gewicht und bringt die notwendige Zeit sowie den Spielraum, um ein Curriculum zu entwickeln, welches den Bedarf der Bevölkerung an medizinischer Primärversorgung abdeckt. Gefragt sind Pragmatismus, Integration im medizinischen Bereich («medical home»), aber auch versorgungsmässig (Labor, Röntgen, Medikamente, Spitem u. a.).

Die Schweiz braucht einen eigenständigen «Facharzt für Hausarztmedizin» und nicht den «Facharzt Allgemeine (innere) Medizin» – weil wir uns international sonst isolieren. Der Versuch in Deutschland, die Primärversorgung in die Innere Medizin zu integrieren, ist für die Hausärzte enttäuschend. Aus medizinpolitischer Sicht gilt es, uns zusammen mit den europäischen Hausärztkollegen für einen EU-Facharzt «General Practitioner, Family Medicine/Hausarztmedizin» einzusetzen [66] und vor allem auch einer «Zweiklassen-Familienmedizin» (Nationale Hausarzt-Curricula versus Eurodocs) entgegenzuwirken [67].

Bis zur Verabschiedung des einheitlichen Facharztstitels könnten weiterhin die alten Facharztstitel gelten. Die Titelträger könnten während einer Übergangszeit ohne weitere Bedingungen zum neuen Titel wechseln. Im Sinne einer Besitzstandwahrung für die Allgemeininternisten (Kompatibilität mit dem EU «Facharzt für Allgemeine [innere] Medizin») könnten diese den Doppeltitel «Facharzt Hausarztmedizin und Innere Medizin» führen. In Zukunft wäre der Titel für «Allgemeine (innere) Medizin als Zweittitel jedoch an den Abschluss eines Curriculums in Hausarztmedizin, mit anschließender Ergänzung durch zusätzliche internistische Weiterbildung, gebunden.

Literatur

- 1 Gründungsversammlung der Vereinigung «Hausärzte Schweiz» am 17. September 2009 in Basel anlässlich des 32. SGAM-Kongresses, der in den 15. europäischen Wonca-Kongress integriert ist.
- 2 z. B. Kanton Waadt 2001, Bern 2003, Solothurn 2006.
- 3 Wonca Europe 2009 Conference.
<http://www.congress-info.ch/wonca2009/home.php>
- 4 Späth HU. 1. April 2006. PrimaryCare 2006;6:258.
<http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-14/2006-14-027.PDF>
- 5 Stricker B. Hausarztmedizin: Volksentscheid statt Behördenwillkür. PrimaryCare. 2008;8:384–6.
http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-19/2008-19-347.PDF
- 6 Gründung von Instituten für Hausarztmedizin Basel 2005, Lausanne 2006, Zürich 2007 und Bern 2008.
- 7 Eine ausführliche Übersicht unter RL Meyer. Die Entwicklung der Allgemeinmedizin in Europa. Ther Umsch. 1986;43:607–11.
- 8 Roger Jones, et al. Oxford Textbook of Primary Medical Care. p. 65–75.
- 9 EURACT – European Academy of Teachers in General Practice (eine Arbeitsgruppe der Wonca Europe) «GP/FM Training Schemes in Europe»
<http://module.achg.be/euract/>
- 10 General practitioners and specialists in general medical practice / family medicine in Europe.
http://www.fmh.ch/de/data/pdf/import_fmh/awf/weiterbildung/cp2002_044.pdf
- 11 Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.
<http://eur-lex.europa.eu/JOhtml.do?uri=OJ:L:2005:255:SOM:DE:HTML>
- 12 European Federation of Internal Medicine (EFIM). What is the relationship between internal medicine and family practice (especially for the office internist). <http://www.santor.net/pdf/efim/question4.pdf>
- 13 The European Union of General Practitioners.
<http://www.uemo.org/>
- 14 Union Européenne de Médecins Spécialistes.
<http://www.uems.net/>
- 15 American Academy of Family Physicians.
<http://www.aafp.org/online/en/home.html>
- 16 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. <http://www.degam.de/>
- 17 Royal College of General Practitioners – RCGP.
<http://www.rcgp.org.uk/>
- 18 Nederlands Huisartsen Genootschap.
<http://nhg.artsennet.nl/Home.htm>
- 19 Nordic Federation of General Practice.
<http://www.nordicfederationofgeneralpractice.com/>
- 20 Verschiedene Autoren, ganzes Heft. «Forschung in Europa». Allgemeinmedizin International 1981;10:3–49.
- 21 Verschiedene Autoren, ganzes Heft. «Forschungsergebnisse aus der Allgemeinmedizin». Allgemeinmedizin. 1986;15:57–112.
- 22 «Allgemeinmedizin» (Springerverlag); «Allgemeinmedizin International» (Krüger Verlag); «Medicina generalis Helvetica» (Zeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin).
- 23 «Societas Internationalis Medicinæ Generalis» (SIMG), ein Vorläufer von «Wonca Europe».
- 24 Bundesamt für Gesundheit, Meldesysteme:
http://www.bag.admin.ch/k_m_meldesystem/
- 25 Tripet J. Grussworte. Allgemeinmedizin International 1978;7:48.
- 26 Verschiedene Autoren, ganzes Heft. European General Practice Research Workshop. Allgemeinmedizin International 1983;12:145–91.
- 27 Meyer RL. Studienzielorientierte Medizinalprüfungen. Betrachtung aus der Sicht des in der Primärversorgung tätigen Hausarztes. Schweiz Ärztezeitung. 1978;59:1114–6.
- 28 80.083 Botschaft über die Genehmigung von Prüfungsverordnungen für das Medizinalpersonal und die Änderung des Freizügigkeitsgesetzes (19. November 1980), Plenar-Protokolle amtliches Bulletin (Parlamentdienste Bern).
- 29 Pauli HG. Die Kontroverse um eine Revision des Medizinalprüfungsreglementes: Ist ärztliches Handeln lehrbar, beobachtbar und beurteilbar? Schweiz Ärztezeitung. 1979;60:1360–3.
- 30 Prof P. W. Straub, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik. Ärzteausbildung in der Grundversorgung NZZ 4. August 1982.
- 31 Dr. med. A. Hunziker. Ärzteausbildung in der Grundversorgung – eine Entgegnung NZZ 25. August 1982.
- 32 Pauli HG. Universität Bern. Ärztliche Kompetenz, NZZ 29. August 1982.
- 33 Global Family Doctor.
<http://www.globalfamilydoctor.com/WONCA>
- 34 Angaben FMH, Stand Januar 2006.
- 35 European Federation of Internal Medicine (EFIM).
http://www.efim.org/index1.php?pageID=sommaire_accueil_public
- 36 Bauer W. Innere Medizin: Die Generalisten sind wieder da! Schweiz Med Forum. 2009;9:12–3.
http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2009/2009-01/2009-01-229.PDF
- 37 Palsson R, et al. Core competencies of the European internist: A discussion paper. Eur J Intern Med. 2007;18:104–8. <http://www.efim.org/download/EFIM/CoreCompetenciesEJIMpub2007.pdf>
- 38 Kissling B. Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin – eine «Real Life»-Serie mit Highlights und Tief-schlägen. Schweiz Med Forum. 2008;8:995–6.
http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2008/2008-51/2008-51-221.PDF
- 39 PrimaryCare. Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin. <http://www.primary-care.ch>
- 40 Späth HU. Die «Elefantenrunde» oder: «SGIM und SGAM haben (fast) fusioniert!» PrimaryCare. 2006;6:390. <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-21/2006-21-322.PDF>
- 41 Stellungnahme der SGIM. PrimaryCare. 2007;7:154.
<http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-09/2007-09-112.PDF>
- 42 Briner V, Präsidentin SGIM. Stellungnahme der SGIM. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89:569–71.
http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-170.PDF

- 43 Hangartner PJ. Eine Fusion von SGIM und SGAM – Stellungnahme der Chefärztervereinigung der SGIM. *PrimaryCare*. 2007;7:259. <http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-16/2007-16-186.PDF>
- 44 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 1). *Schweiz Ärztezeitung*. 2008;89: 516–22. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-12/2008-12-153.PDF
- 45 Perrier A, Cornuz J, Gaspoz JM, Pécoud A, Waeber G. Plädoyer für eine gemeinsame Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin und Innere Medizin in der Schweiz (Teil 2). *Schweiz Ärztezeitung*. 2008;89: 566–9. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-170.PDF
- 46 Analog dem in den 90er Jahren von J.P. Humair und H. Stalder vorgeschlagenen *tronc commun*, siehe auch: H Stalder. *Le défi de l'enseignement en médecine ambulatoire*. *Rev Med Suisse* 2001 genauere Angaben nicht auffindbar. <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=21623>
- 47 Degam (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin). Die Weiterbildungsordnung – beständig im Wandel. <http://www.degam.de/weiterbildung.html>
- 48 Späth H, Präsident SGAM. Time to say goodbye – die SGAM am SGAM-Kongress Zürich 2008. *PrimaryCare*. 2008;8:239. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-13/2008-13-134.PDF
- 49 Rindlisbacher B, Battaglia M. Weiterbildung in Hausarztpraxen. *Schweiz Ärztezeitung* 2002; 83:407–9. <http://www.saez.ch/pdf/2002/2002-09/2002-09-108.PDF>
- 50 Feller S. Praxisassistent: ... die lehrreichste Zeit in meiner Ausbildung! *Schweiz Ärztezeitung*. 2005;86: 1147–53. <http://www.saez.ch/pdf/2005/2005-19/2005-19-326.PDF>
- 51 Röllin A. Konfrontation mit der Praxisrealität. *PrimaryCare*. 2004;40:764–6. <http://www.primary-care.ch/pdf/2004/2004-40/2004-40-226.PDF>
- 52 Nach Jahren eigenständiger ärztlicher Finanzierung finden sich jetzt neue Finanzierungsmodelle durch die Kantone. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Medizinische_Grundversorgung/SchlussberichtWB-d_publiziert_26.10.06_.pdf
- 53 Pfisterer J. Praxisassistent – eine wichtige Dimension in der Weiterbildung zum Hausarzt. *PrimaryCare*. 2008;8:377. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-18/2008-18-354.PDF
- 54 Workforce Studie 2006 (in Publikation). Eine repräsentative Umfrage bei 1800 Hausärzten in der Schweiz.
- 55 Website Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz www.jhas.ch
- 56 Streit S. Zukünftige HausärztInnen nehmen Stellung zur Aus- und Weiterbildung. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-02/2009-02-397.PDF
- 57 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 2002;60:201–18.
- 58 European Definition of General Practice/Family Medicine (Version 2005). <http://www.euract.org/pdf/European%20definition%202005.pdf>
- 59 Euract Educational agenda. <http://www.euract.org/pdf/agenda.pdf>
- 60 Royal College of General Practitioners – Curriculum and Assessment Site. <http://www.rcgp-curriculum.org.uk/>
- 61 Aubert J. Ausbildung von Hausärzten in Frankreich – ein Erfahrungsbericht. *PrimaryCare*. 2009;9:12. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-01/2009-01-360.PDF
- 62 The Learning and Teaching Guide (Seite 4). http://www.rcgp-curriculum.org.uk/PDF/curr_Curriculum_Guide_for_Learners_and_Teachers.pdf
- 63 RCGP – GP Curriculum Statements (reviewed in January 2007).
- 64 z. B. Swiss school of public health. <http://www.ssphplus.ch>
- 65 B. Starfield, powerpoint presentation.
- 66 Widmer D. Allgemeinmediziner und Freizügigkeit. *PrimaryCare*. 2008;8:208. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-14/2008-14-221.PDF
- 67 Widmer D. Qualifikation – Requalifikation *PrimaryCare*. 2009;9:208:164–5. http://www.primary-care.ch/pdf_d/2009/2009-08/2009-08-092.PDF