

Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» – eine systemische und berufsphilosophische Kritik

Im Artikel von Max Giger in Heft 50/2009 der SÄZ und im gemeinsamen Editorial von Ulrich Bürgi, François Héritier und Marc Müller in Ausgabe 20/2009 von PrimaryCare wurde das neue Weiterbildungsprogramm (WBP) für «Allgemeine Innere Medizin» vorgestellt. Es stelle eine Stärkung der Hausarztmedizin dar, sei modular, pragmatisch und sinnvoll. Es trage den Schweizer Gegebenheiten Rechnung und solle weitere Fachgesellschaften zur Nachahmung animieren. Im Editorial von Gerhard Schilling in PrimaryCare Heft 2/2009 liest man von kritischen Interventionen vonseiten der «Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz» und «gewisser» Kreise. Hier folgt eine persönliche Stellungnahme zum neuen WBP aus systemischer und berufsphilosophischer Sicht.

Bruno Kissling

Veuillez également consulter à ce sujet dans ce numéro, l'éditorial de Max Giger (p. 201) et les articles de Corinne Bertschi et al. (p. 214) et de Daniel Widmer (p. 233).

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt FMH für
Allgemeinmedizin
Elfenauweg 6
CH-3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch

Nach den beiden Publikationen zum neuen WBP «Allgemeine Innere Medizin» im Dezember wurde das bisher unter Verschluss gehaltene WBP – auf Anfrage – an Personen und Kreise mit einem besonderem Interesse an der Entwicklung der Hausarztmedizin in der Schweiz herausgegeben. Der Autor dieses Beitrags, die Schweizer UEMO-Delegierten [1] und vor allem die Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz JHaS konnten das Lob über dieses WBP nicht teilen. Sie alle intervenierten bei den Verantwortlichen. Die JHaS wollten wissen, wie man mit diesem WBP ein guter Hausarzt mit einem breitgefächerten hausärztlichen Angebot von hoher Qualität im Sinn von Wonca [2] werden könne. Die Europakompatibilität des neuen WBP wurde von den UEMO-Delegierten in Frage gestellt [3, 4]. Der folgende Artikel stellt systemische und berufspolitische Problematiken in den Vordergrund.

Berichte in der SÄZ und in PrimaryCare mit Folgen

Am 7. Januar 2010 hat das SIWF [5] die Kritiker an eine notfallmässig einberufene Sitzung eingeladen. Inzwischen waren im WBP einige stossende Formulierungen modifiziert worden. Einige Beispiele:

- Der Begriff «Hausarzt» wurde eingeführt neben «Praxisinternist», «Allgemeininternist» und «Facharzt für Allgemeine Innere Medizin».
- Die Passage «selbständige allgemeininternistische Mindestversorgung der Patienten» wurde gestrichen.
- Im Abschnitt zum Ziel der Weiterbildung wurde die «minimale Kompetenz, eigenverantwortlich die medizinische Grundversorgung und fachärztliche Betreuung seiner Patienten sicherzustellen» aufgewertet, indem das Wort «minimal» gestrichen wurde.

Das WBP wurde vom SIWF und der Arbeitsgruppe Weiterbildung des KHM im Wesentlichen verteidigt. Die Wünsche der JHaS wurden wohlwollend entgegengenommen, sollten mit weiteren Minimodifikationen bereinigt werden. Die Frage nach dem enormen Zeitdruck, der vom SIWF verteidigt wurde, konnte nicht befriedigend beantwortet werden. Der Titel soll ein internistischer Titel bleiben, jedoch nicht mehr alleine der SGIM unterstellt sein, sondern von paritätischen Kommissionen von SGIM und SGAM verwaltet werden. Zur Auswirkung dieses Schweizer Sonderweges auf die Europakompatibilität standen Aussagen gegen Aussagen. Das Wissen unserer UEMO-Delegierten wurde wegdiskutiert.

Zur Person

Bruno Kissling führt seit 1982 eine hausärztliche Praxis in Bern. Er war von 1995–2003 Vorstandsmitglied der SGAM, davon 6 Jahre als Sekretär. Seit 9 Jahren ist er Redaktionsmitglied der Hausärztezeitschrift PrimaryCare, die er im Jahr 2000 mitbegründete und von 2003–2007 als Chefredaktor leitete. Von 2000–2009 vertrat er die Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte als Delegierter bei der Weltorganisation der Hausärzte Wonca. 2009 präsidierte er den europäischen Wonca-Kongress in Basel als Präsident des Organisationskomitees. Seit vielen Jahren ist er Lehrarzt in Allgemeinmedizin für die Studierenden und Prüfungsexperte für die praktische Facharztprüfung in Allgemeinmedizin. 2008 wurde er von der FIHAM Bern (heute Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM) mit dem Titel «Teacher of the year» geehrt. 2009 wurde er zum Ehrenmitglied beim Verein «Junge Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz» ernannt.

Im Nachgang an diese Sitzung hat der SGAM-Vorstand auf Begehren eines kantonalen Präsidenten eine ausserordentliche Präsidentenkonferenz auf den 4.3.2010 einberufen. Die Meinung der SGAM-Kader, die bis anhin ausgeschlossen waren, soll eingeholt werden.

«Der Name «Allgemeine Innere Medizin» repräsentiert die Spitalinternisten, nicht die Hausärzte»

Titel für «Allgemeine Innere Medizin» statt «Hausarztmedizin»

Namen sind wichtig, nicht nebensächlich, wie im Zusammenhang mit dem WBP «Allgemeine Innere Medizin» immer wieder argumentiert wird. Ein gut gewählter Name enthält ein Programm und vermittelt in Kürzestform einen hinter dem Namen stehenden Inhalt oder ein ganzes Denksystem. Er kann nicht einfach geändert werden.

Formules clés:

- Nous voulons une médecine de famille forte en Suisse pour la médecine de premier recours ambulatoire et une «médecine interne générale» forte dans les hôpitaux.
- La «médecine interne générale» stationnaire et la médecine de famille sont deux professions différentes, avec des épidémiologies et des procédures distinctes. Toutes deux ont besoin d'un programme de formation postgraduée spécifique avec des possibilités de transition clairement définies.
- Il nous faut un programme de formation postgraduée de cinq ans spécifique aux médecins de famille pour un titre de spécialiste en «médecine de famille» pour tous les médecins ambulatoires de premier recours et de famille.
- Il nous faut un programme de formation postgraduée orienté vers la médecine hospitalière pour la «médecine interne générale» dans les hôpitaux, afin qu'elle puisse être maintenue comme une discipline complémentaire à la médecine de famille.
- Le nom «médecin de famille» est une «marque». Il représente une médecine de famille complète, interdisciplinaire et intégrée de grande qualité, telle qu'elle a été fixée dans la définition européenne de la médecine de famille Wonca 2002/2005 et qu'elle est recherchée par l'initiative «Oui à la Médecine de famille».
- L'appellation «Médecine interne générale» représente les spécialistes hospitaliers des maladies internes, pas les médecins de famille.
- Un programme de formation postgraduée spécifique au médecin de famille renforce l'attrait de cette profession et donne aux futurs médecins de famille la capacité de pratiquer une médecine de premier recours basée sur l'évidence et la science, interdisciplinaire et complète, dès leur premier jour au cabinet médical.
- Les CV des médecins de famille doivent garantir une trajectoire sans obstacles à travers un vaste choix de sites de formation postgraduée pertinents pour la profession, ambulatoires et stationnaires, choisis en fonction du lieu de travail ultérieur (ville, campagne, montagne/tourisme).
- Il faut que soit garantie une eurocompatibilité correcte dans les deux sens.
- Le programme de formation continue actuel doit être suspendu pour faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Der Name «Hausarzt» ist in den letzten Jahren in der Schweiz zu einem «Brand» geworden. Er hat mitgeholfen, dass die «Hausärzte Schweiz» ihre Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» – mit Hilfe der Patienten – in der Rekordzeit von 76 Tagen zustande gebracht haben. Er bewirkt, dass die Menschen sich trauen, in ein Hausarzt-Versicherungsmodell einzutreten. Die Leute haben eine klare Vorstellung von einem Hausarzt. In ihm sehen sie einen persönlichen Arzt als erste Anlaufstelle für alle Anliegen; einen fachlich versierten Menschen für eine persönliche umfassende Langzeitbetreuung betreffend ihre verschiedenen parallelen chronischen Leiden; einen ärztlichen Berater in verschiedensten gesundheitsrelevanten Lebensbelangen; ihren persönlichen Arzt, der ihnen zuhört, den sie verstehen, dem sie trauen können, der sie durch den Dschungel des Gesundheitswesens führt ...

Der Titel «Allgemeine Innere Medizin» vermittelt diese klare politische Botschaft zum Hausarzt nicht. Doch zufällig gewählt wurde er nicht. Er soll die internistische Wurzel des Weiterbildungstitels präsentieren. Entsprechend sollte er zuerst der SGIM unterstellt sein. Dieser Name stimmt sehr gut für die im Spital tätigen Allgemeininternisten. Doch dazu später.

Berufsphilosophisch betrachtet repräsentiert der Name «Allgemeine Innere Medizin» in keiner Weise die umfassende, fächerübergreifende und integrierende Hausarztmedizin, wie sie in der Europäischen Definition der Hausarztmedizin [6] (im Konsensverfahren unter 30 europäischen Ländern, darunter der Schweiz) festgelegt sowie der Teaching Agenda der EURACT [7] und Research Agenda der EGPRN [8] zugrunde gelegt wurde. Die Hausarztmedizin ist ein umfassender und fächerübergreifender Beruf in der ambulanten Grundversorgung, *eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis (Evidenz) und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit, die als klinisches Spezialgebiet auf die Primärversorgung ausgerichtet ist*. Die «Allgemeine Innere Medizin» kann höchstens den internmedizinischen Teilaspekt von alledem abdecken.

Ein gemeinsamer Titel für Spitalinternisten und Hausärzte – falsch

Das WBP «Allgemeine Innere Medizin» beinhaltet eine kombinierte Weiterbildung zum Hausarzt und Spitalinternisten. Diese Integration ist falsch. Es handelt sich um zwei völlig unterschiedliche Berufe mit entsprechend unterschiedlichen Tätigkeiten, verschiedenen Epidemiologien und Vorgehensweisen, die sich im Behandlungsprozess eines Patienten komplementär ergänzen. Beide Berufe benötigen für ihre Positionierung ein eigenes WBP. Beide sollen einen Teil der Weiterbildung im Bereich des anderen Berufsfeldes absolvieren, um das nötige Verständnis zu erlangen. Die beabsichtigte Durchlässigkeit zwischen den beiden Berufen, die von jungen Ärztinnen, aber auch von Kolleginnen und Kollegen nach langjähriger Tätigkeit in einem der beiden Berufsfelder, wünschbar sein

könnte, kann bei getrennten und klar positionierten WBP bestens mit Transitionsbestimmungen festgelegt werden.

Die fundamentalen Unterschiede zwischen den beiden Berufswelten sollen durch einige wenige Beispiele verdeutlicht werden:

- Der Hausarzt ist in der Regel die Erstanlaufstelle für alle Patienten mit unselektionierten Leiden. Der Spitalinternist betreut zugewiesene selektionierte Patienten mit spezifischen Fragestellungen.
- Der Hausarzt ist spezialisiert für die Langzeitbetreuung von chronisch kranken polymorbiden Patienten. Der Spitalinternist macht vertiefte Abklärungen und Kurzinterventionen eventuell im Rahmen eines Langzeitleidens.
- Der Hausarztmedizin obliegen die Primärprävention auf individueller und Public Health-Basis sowie Sekundär-, Tertiär- und Quarternärprävention [9] auf individueller Basis. Die Spitalmedizin befasst sich mit individueller Sekundär- und Tertiärprävention, selten mit Quarternärprävention und kaum mit der Primärprävention, sicher nicht auf Public Health-Basis.

Das vorliegende WBP mit seiner doppelten Zielsetzung ist ein «Zwitterprodukt» ohne klare Positionierung, weder für den einen noch für den anderen Beruf. Mit den nötigen Kompromissen beinhaltet es die Gefahr, junge Ärztinnen weder zum Hausarzt noch zum Spitalinternisten zu motivieren.

Nur mit einem spezifisch auf die Hausarztmedizin ausgerichteten WBP kann die Attraktivität der Hausarztmedizin gesteigert werden; werden Hausärztinnen und Hausärzte am Ende ihrer Weiterbildung befähigt, ohne Praxischock, vom ersten Praxistag an eine angemessene, Evidenz- und Wissenschaft-basierte, fächerübergreifende und umfassende medizinische Grundversorgung zu praktizieren; muss der Beruf nicht mehr autodidaktisch im Verlauf der ersten Praxisjahre erlernt werden. Dies alles sind zentrale Anliegen eines neuen WBP.

In einem klar auf die Hausarztmedizin ausgerichteten WBP kann zudem mit geeigneten Curricula auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der künftigen Arbeitsorte (Stadt, Land, Berge/Tourismus) der Hausärzte eingegangen werden. Jedes dieser Curricula mit einem möglichst breiten Fächer von Fähigkeiten, die während einer Weiterbildung von 5 Jahren im stationären und ambulanten Sektor erworben werden können.

Mit einem klar auf die Spitalmedizin ausgerichteten WBP kann der Beruf des «Allgemeininternisten» im Spital gefördert werden. Die stationäre »Allgemeine Innere Medizin« benötigt dringend einen Schub, damit sie in unserer immer tiefer spezialisierten Medizin überleben kann, im Interesse einer optimalen und umfassenden Spitalbetreuung unserer polymorbiden Patienten.

Der Titel «Allgemeine Innere Medizin» und Europa – ein Schuss nach hinten

Ob der internistische Titel mit dem Namen «Allgemeine Innere Medizin» anstelle von «Allgemeinmedizin» oder «Hausarztmedizin» die Aspekte der Europa-kompatibilität und die Problematik rund um die Euro-docs lösen könnte, ist mehr als fraglich. Das Gegenteil könnte eintreffen, wie unsere UEMO-Delegierten befürchten [3, 4]. Die Schweizer Ärztinnen auf dem Weiterbildungsweg zur Hausarztmedizin könnten im europäischen Ausland benachteiligt werden. Die Euro-docs könnten zu alleinigen Hausärzten der Schweiz werden. Das europaweite Ziel eines Weiterbildungstitels von fünf Jahren könnte gefährdet werden.

In Wonca-Hausarztkreisen stösst man mit dem Namen «Allgemeine Innere Medizin» auf verständnisloses Kopfschütteln. Die Problematik, die sich mit der Europa-kompatiblen Migration ergibt, würde durch diesen für das Fach inkompatiblen Namen nicht gelöst. Jedes Land habe seine eigenen Weiterbildungsvorgaben für die Zulassung zur selbständigen hausärztlichen Tätigkeit in der medizinischen Grundversorgung. Es sei jedem Land anheimgestellt, neben diesen für alle geltenden Zulassungsanforderungen einen Facharzttitel für Grundversorgerinnen und -versorger zu führen. Aus internationaler Sicht werde verlangt, dass Hausärzte aus allen europäischen Ländern, welche in ihren Heimatländern die Weiterbildungsvorgaben (3 oder 5 Jahre, mit oder ohne Facharzttitel) erfüllen, in jedem europäischen Land ohne Diskriminierung arbeiten können. Es sei keinem Land verboten, aus Qualitätsgründen zusätzliche Forderungen zur Zulassung eines Arztes aus dem europäischen Ausland zu stellen, wie z. B. Kenntnis der Sprache, Einführung in die landesüblichen Usancen usw.

Systemisch untragbare Vorgehensweise zur Abschaffung des WB-Titels «Allgemeinmedizin FMH»

Die Entstehungsgeschichte dieses WBP ist aus systemischer Sicht untragbar. Die Arbeitsgruppe war wohl mit Vertretern aus verschiedenen Bereichen der Hausarztmedizin zusammengestellt. Alle Mitglieder haben, aus welchen Gründen auch immer, ihre jeweilige Gruppierung oder Institution nicht in den Entstehungsprozess des WBP einbezogen. Dabei handelt es sich um ein massiv einschneidendes Projekt. Der bestehende und bisher einzige auf die Bedürfnisse der Hausarztmedizin ausgerichtete Weiterbildungstitel für «Allgemeinmedizin FMH» wäre beinahe sang- und klanglos aufgegeben worden, ohne Einbezug zumindest der Kader, ohne breitere Vernehmlassung ...

Erst mit der Intervention der Jungen Hausärztinnen und Hausärzte Schweiz und «gewisser» Kritiker gelangte das WBP in die öffentliche Diskussion.

Erst jetzt können die Kader der betroffenen Gesellschaften, der «Hausärzte Schweiz», der «Jungen Haus-

ärztinnen und Hausärzte Schweiz» sowie die Institute für Hausarztmedizin mitbestimmend einbezogen werden. Nötig ist zudem der Beizug von Experten aus Ländern mit einer stark entwickelten Hausarztmedizin, der UEMO und von Wonca. Ein Sonderweg Schweiz im Rahmen der weltweiten Aufwertung der Hausarztmedizin ist inakzeptabel.

Epilog und Forderungen

Das politisch motivierte und wenig innovative WBP «Allgemeine Innere Medizin» muss aufgehoben und breit re-reflektiert werden.

Wir wollen eine Stärkung der Hausarztmedizin. Dazu brauchen wir ein hausarzt spezifisches, modernes, innovatives und wissenschaftlich basiertes WBP mit einer WB-Dauer von 5 Jahren für einen gemeinsamen Facharzt titel aller in der ambulanten medizinischen Grundversorgung/Hausarztmedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Wir wollen eine starke «Allgemeine Innere Medizin» in den Spitälern. Dazu benötigen wir ein für Spitalärzte eigenes spezifisches WBP, das wegen der besonderen Arbeitsweise ganz wesentlich von jenem der Hausärzte abweicht.

Es eile, wird moniert. Es eilt. Aber es eilt nicht so sehr, dass es nicht Zeit gäbe, zwei breit abgestützte, je für die Hausärzte und Spitalinternisten spezifische WBPs in Ruhe zu erarbeiten.

Literatur

- 1 UEMO: The European Union of General Practitioners is the (political) organisation for general practitioners and specialists in family medicine in Europe.
- 2 Wonca: World Organization of Family Doctors. www.globalfamilydoctor.com. Die SGAM ist Mitglied für die Schweiz bei Wonca Europe und World.
- 3 Fark FG. Das neue Weiterbildungsprogramm für Allgemeine Innere Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2009;91(3):71.
- 4 Widmer D. Le nouveau programme de formation postgraduée en médecine interne générale du point de vue de l'Europe. Schweiz Ärztezeitung. 2009;91(6):233.
- 5 SIWF Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung. www.fmh.ch/bildung-siwf.html
- 6 www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm
- 7 European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine, www.euract.org/upload/file/200911/the_euract_educational_agenda.pdf
- 8 European General Practice Research Network www.egprn.org/images/Research%20Agenda%20for%20General%20Practice_Family%20Medicine.pdf
- 9 Prävention vor Schaden infolge unnötiger Prävention.

Le point de vue du chef de la délégation suisse à l'Union Européenne de Médecine Omnipraticienne (UEMO)

Le nouveau programme suisse de formation postgraduée en médecine interne générale

Daniel Widmer

Chef de la délégation suisse à l'UEMO

Veuillez également consulter à ce sujet l'éditorial de Max Giger (p. 201) et les articles de Corinne Bertschi et al. (p. 214) et de Bruno Kissling (p. 230).

Correspondance:
Dr Daniel Widmer
Médecine générale FMH
Médecine psychosomatique
et psychosociale ASMPP
2, av. Juste-Olivier
CH-1006 Lausanne
Tél. 021 320 42 60
Fax 021 320 42 64

drwidmer@belgo-suisse.com

Bruno Kissling qui est notre ex-représentant à la Wonca s'est exprimé sur la forme et le contenu du nouveau programme de formation des futurs internistes généraux (voir article précédent). Ses commentaires sont parfaitement dans la logique de l'association *scientifique* faïtière des médecins de famille et de la définition européenne «general practice/family medicine». Je soutiens sa position tant sur le plan philosophique que scientifique. Qu'il me soit permis de donner ici mon point de vue de chef de la délégation suisse à l'UEMO, l'organisation politique des généralistes européens qui intervient à Bruxelles. Ma position est celle d'un équilibriste, proche d'une décompensation schizophrénique.

A titre personnel j'applaudis à la création d'un nouveau titre, qui nous permettra de mettre ensemble deux spécialités qui font le même travail: les internistes de cabinet et les généralistes. Je pense que cette création vaut bien un compromis. A titre personnel je

ne suis pas nominaliste et je pourrais même me satisfaire de ce nouveau nom (interniste général): j'avoue toutefois préférer le vocable médecin de famille. Ce qui compte c'est le contenu de la formation. Nous travaillons déjà ensemble au niveau cantonal et dans les instituts de médecine générale ou de premier recours, généralistes avec internistes, et je ne crois pas que nos philosophies soient fondamentalement différentes. Je ne crois pas non plus qu'à cause d'un nom, la préoccupation que je vois actuellement en Suisse pour une relève de qualité va fondamentalement changer. Cela correspond à une vieille conviction chez moi, que ce sont davantage les volontés individuelles que les superstructures qui font avancer les choses.

Comme représentant suisse à l'UEMO et européen convaincu, je sais ce que nous apportent les échanges avec les médecins de famille d'autres pays et le «Alleingang» protectionniste suisse me rend extrêmement triste. Dans mon esprit, on peut, il faut même unifier