

Beunruhigende Entwicklungen des Fachs Allgemeinmedizin in der Schweiz – Parallelen zu Deutschland?

Aus der Schweiz erreichte uns die nachfolgende Anfrage des Kollegen Dr. Ruedi Meyer, Allgemeinarzt aus Möhlin (Ehrenmitglied der DEGAM)

„Vor relativ kurzer Zeit kam die recht beunruhigende Meldung, dass in der Schweiz zukünftig nur mehr der Facharzttitel Innere Medizin anerkannt werden soll und dass die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin in der Schweizerischen Gesellschaft für Inneren Medizin (SGIM) aufgehen soll. Anlass dazu soll eine EG-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (2005/36/EG) sein.

Ich weiss nicht, wie es in Deutschland gewesen ist, aber in der Schweiz hat die Gruppierung hausärztlicher Internisten seit über 30 Jahren (mit Ausnahme von ganz wenigen individuellen Kollegen) überhaupt nichts zur Optimierung der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung getan, geschweige denn auch Forschungsbeiträge geliefert. Ich bin überzeugt, dass die Innere Medizin als Disziplin in allen Forschungsbeiträgen pro Jahr keine 5 % im Setting einer hausärztlichen Population durchführt. Die Bemühungen um eine Professionalisierung und Optimierung der Primärversorgung kamen einzig von Allgemeinärzten, die sich in den späten 70er Jahren zur Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin zusammengeschlossen hatten. Der jetzt vorgesehene Entscheid käme einer Beerdigung all dieser Bemühungen gleich. Denn danach würde die ‚Akademik‘ der Inneren Medizin die Schweizerische Gesellschaft weiterhin beherrschen und eine Entwicklung der Primärversorgung über primitive Ansätze hinaus nicht dulden.

Zudem: Ich weiss gar nicht, ob die SGIM überhaupt der UEMO oder WONCA beitreten könnte (oder überhaupt wollte).

Offenbarer Grund ist der sog. Euro-Doc, der nur 3 Jahre Weiterbildung hat. In Deutschland gibt es doch auch eine fünfjährige Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin. Wie verhalten sich DEGAM und Hausärzterverband zu dieser EU-Richtlinie? Was bereitet in Deutschland die grosse Politik vor? Wie waren die deutschen Erfahrungen mit

dem gemeinsamen Facharzttitel ‚Allgemeine Medizin – Innere Medizin‘?

Ich erinnere mich auch, dass vor einiger Zeit im Rahmen der finanziellen Ausschüttung der KVen je ein Topf für Hausärzte und Spezialisten gebildet wurde. Die Allgemeininternisten hatten dabei doch die Wahl, welchem der beiden Entschädigungssysteme sie beitreten wollten. Wieviele Internisten traten dem ‚Hausärzte-Topf‘ bei und wie gross war der Anteil der Internisten, die wieder zur spezialärztlichen Seite gewechselt haben?“

Antwort von Dr. Wolfgang Kölling, Allgemeinarzt aus Mandelbachtal (bis September 2008 Sprecher der Sektion Weiterbildung in der DEGAM).

„Nach langen und kontroversen Diskussionen hatten sich Hausärzterverband (HÄV) und wissenschaftliche Fachgesellschaft (DEGAM) gemeinsam mit den internistischen Berufspolitikern und der Bundesärztekammer auf einen Kompromiss geeinigt. Es war vorgesehen, einen einheitlich qualifizierten Hausarzt unter dem Titel ‚Innere und Allgemeinmedizin‘ in der Weiterbildungsordnung zu etablieren. Hierdurch sollte der unselige Pluralismus in der primärärztlichen Versorgung (Facharzt für Allgemeinmedizin, praktischer Arzt, Allgemeininternist) endgültig aus der Versorgungslandschaft verbannt werden. Gleichzeitig war man bemüht, ein einheitliches Curriculum festzulegen, das für den Nachwuchs in dem grossen gemeinsamen Gebiet attraktiv und leistbar sein sollte.

Im Rahmen dieses durchaus schmerzhaften Kompromisses waren selbstverständlich auch Zugeständnisse aller Fachgesellschaften und Berufsverbände vonnöten. Besonders schwer fiel es der DEGAM dabei, künftig auf die identitätsstiftende Seminarweiterbildung sowie verpflichtende chirurgische und pädiatrische Teilabschnitte zu verzichten.

Da Weiterbildungsordnungen aber durchaus lebendige und entwicklungs-fähige Strukturen sind, vertrauten HÄV und DEGAM langfristig auf die Kraft des Faktischen und eine kontinuierliche

Qualitätsentwicklung. Hierfür wollten wir eine breite Basis, die letztendlich auch im Hinblick auf die stationäre Weiterbildungszeit (Innere Medizin als Hauptfach!) eher mit als gegen die Internisten möglich schien.

Leider hat der Ärztetag von Münster diese Intentionen konterkariert. Durch die Wiedereinführung des Allgemeininternisten, für den es weder im stationären noch im ambulanten Bereich einen echten Bedarf gibt, hat man die hausärztlichen Vertreter, die als einzige worttreu geblieben waren, harsch brüskiert.

Die DEGAM sieht den künftigen Allgemeinarzt keineswegs als Appendix der Inneren Medizin oder gar als einen Schmalspurinternisten an. Vielmehr sind Allgemeininternisten unzureichend auf den spezifisch hausärztlichen Versorgungsauftrag vorbereitet und darüber hinaus aufgrund fehlender Subspezialisierung nur selten in der Lage, Zielaufträge abschließend zu bearbeiten.

Auch deshalb haben die meisten spezialistischen Kollegen im Gebiet der Inneren Medizin für die fachärztliche Tätigkeit votiert und somit eine eigene Versorgungsebene etabliert.

Die aktuell unbefriedigende Situation wird sowohl die DEGAM als auch die Bundesärztekammer weiter beschäftigen. Der zunehmende Unmut in unseren Reihen birgt genügend Sprengstoff, um das zurzeit geltende Weiterbildungsrecht in absehbarer Zeit zu sprengen.

Neben der inhaltlichen Ausgestaltung der Muster-Weiterbildungsordnung geht es der DEGAM dabei insbesondere um Qualität, Leistbarkeit und Finanzierung der festgeschriebenen 5 Jahre – eine Weiterbildungszeit, die angesichts der vielfältigen (auch neuen) Versorgungsaufgaben durchaus adäquat erscheint.

EU-rechtlich sind Praktischer Arzt, Internist und FA für Allgemeinmedizin notifiziert! Die für den „EU-Praktiker“ geforderten 3 Jahre Weiterbildung sind dabei als Mindestanforderung zu sehen.

Die Sozialsysteme der Partnerländer sind durchaus berechtigt, höherwertige Qualifikationen zu fordern, müssen aber das Weiterbildungsrecht EU-kompatibel gestalten und die europaweite Norm an-

erkennen, um so einer „Ausländer-Diskriminierung“ entgegenzuwirken“

Kommentar von Prof. Dr. Thomas Lichte, Institut für Allgemeinmedizin der Universitäten Magdeburg und Halle

Die Entwicklungen in der Schweiz – nach Bericht von Dr. R. Meyer – sind denen in Deutschland ähnlich. Der Allgemeininternist ist (bei den vielen Subspezialitäten) auch im südlichen Nachbarland heute nicht mehr in der Lage, innerhalb des spezialärztlichen Settings zielführend Probleme zu lösen. Er muss sich also anderen Versorgungsbereichen zuwenden; und da bietet sich der hausärztliche Bereich an; diesmal ist uns eben mal die Schweiz hinterher! Aber vielleicht kann sie aus unseren Fehlern lernen (s. Leserbrief Dr. W. Kölling).

Hausärztliche Internisten werden bei selbstkritischer Betrachtung immer wieder erkennen, dass sie selbständig fachinternistische Probleme kaum noch ohne Subspezialisten klären können, dass aber auch im hausärztlichen Bereich u. a. die Synopsis mit den „kleinen Fächern“ fehlt! Bildlich gespro-

chen sieht der Allgemeininternist eben nicht den ganzen Menschen wie der Allgemeinarzt, sondern einen Torso von der Schilddrüse bis zum Enddarm ohne Kopf, Hirn, Seele, Haut, Geschlechtsorgane, Stütz- und Bewegungsapparat.

Die breit weitergebildeten Hausärzte – frühere Fachärzte für Allgemeinmedizin – müssen ihre Erfahrung und ihr Wissen in die (Berufs-)Politik einbringen, um eine breit gefächerte Weiterbildung konkret zu gestalten und diese auch den jungen Kolleginnen und Kollegen – am besten in einem attraktiven Verbundsystem mit gerechter Bezahlung – zu ermöglichen. Die wichtigsten Inhalte mit Fokussierung nicht nur auf technische Fertigkeiten, sondern auf die Notwendigkeiten und Bedürfnisse in der hausärztlichen Versorgungsebene, stellen die Weiterbildungsgremien mit der gesamten DEGAM und dem Hausärzterverband in Deutschland vor die Herausforderung, einen „Hausarzt 2010“ plus zu schaffen.

Nach konkreter Darstellung der Inhalte der hausärztlichen Versorgung mit Gestaltung und Umsetzung einer ent-

sprechenden Weiterbildung kann auch wieder an Entscheidungsgremien herangetreten werden. Nur mit Argumenten sind die Vertreter der (Berufs-)Politik zu überzeugen, dass eine Weiterbildung zum Hausarzt der Zukunft sich breit auf kleine Fächer einlassen muss, und dies ist nur mit einer entsprechend curricularen Weiterbildung möglich. Die jetzige Weiterbildungsordnung lässt dies ohne Weiteres zu, da mit zwei Jahren Innerer Medizin im stationären Bereich eine gute Basis für ärztliche Fertigkeiten geschaffen werden kann und neben 18 Monaten Weiterbildung im hausärztlichen Praxisbereich bis zu 6 weitere (kleine) Fächer auch nach individuellen Wünschen der Ärzte in Weiterbildung evt. auch ambulant in jeweils drei Monaten abgeleistet werden können. Zur Identitätsstiftung im Fach sind begleitende Veranstaltungen und Mentoring sehr sinnvoll.

Eine bessere hausärztliche Weiterbildung und damit auch Versorgung müsste die notwendigen Bedingungen schaffen, um sich gegen den bereits eingetretenen und sich verschärfenden Hausärztemangel erfolgreich zu stemmen.

Zugangsorientierter primärmedizinischer Versorgungsauftrag

Die bislang sicheren Grundlagen unserer Tätigkeit und damit auch die bisherigen Definitionen unseres Faches* (siehe <http://www.degam.de/fachdefinition.html>) werden derzeit unterminiert:

- der Wert von Medizinstudium/Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (=> Agnes, VeraH, Mopra o. ä.)
- Hausbesuche als besonderes Merkmal eines Hausarztes (=> Agnes, VeraH, Mopra o.ä.)
- die persönliche Arzt-Patient-Beziehung und die „erlebte Anamnese“ (=> Großspraxen, zunehmende Bürokratisierung)
- die Individualität der Behandlung (=> DMP, Leitlinien, Behandlungspfade)
- eine qualitativ hochwertige Versorgung (=> Pauschalierung in EBM...)
- das Vertragsmonopol der KVen (=> alle 2 Jahre erneute Ausschreibung der §73b/73c-Verträge?)
- der Sicherstellungsauftrag der KVen (=> 2011 Ende der Niederlassungsplanung?)

Diese Verunsicherung bei gleichzeitig extremem Zeitdruck (ca. 2–3 x so viele Patientenkontakte pro Woche wie in vergleichbaren Ländern; durchschnittlich um mehrere Stunden höhere Wochenarbeitszeit) führen über Zukunftsängste, Burn-out, und frühzeitiger Praxisaufgabe bei Nachwuchsmangel gerade im hausärztlichen Bereich zu immer mehr Versorgungsgapsen.

Angesichts des raschen Wandels der Strukturen ist eine zeitgemäße Definition notwendig, um eine großflächige, erreichbare und funktionierende allgemeinmedizinische Versorgung zu gewährleisten. Wenn man die regionale Versorgungsqualität analog den Hilfsfristen der Rettungsdienste in den Mittelpunkt stellt, ergibt sich ein modernes Modell, das mit Indikatoren und Benchmarking klare Zielvorgaben für die Politik bietet.

Dazu möchte ich – in Ergänzung der inhaltlich guten DEGAM-Definition – einige Thesen für Grundbedingun-

gen einer zugangsorientierten primärmedizinischen Versorgung vorschlagen:

1. Niedrigschwellige Basisversorgung: für jeden (WHO-Forderung) sollte eine primärmedizinische = allgemeinärztliche Versorgung ohne „Kassengebühr“ zur Verfügung stehen.

2. Kompetenz: auf der Primärversorgungsebene sollte die Mehrzahl (z. B. mindestens 60 %) der Beratungsanlässe geklärt werden können.

3. Wohnortnähe: eine Primärversorgung sollte für fast alle (z. B. mindestens 90 % der Bevölkerung) innerhalb von kurzer Zeit (z. B. max. 30 min Fahrzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder 15 min mit PKW) erreichbar sein.

4. Schnelligkeit: in dringlichen Fällen sollte kurzfristig (z. B. an Werktagen innerhalb von 24 h) ein Behandlungstermin möglich sein.

5. Positivlisten: auf dieser Ebene sollten (mindestens 80 %) der Medikamenten/