

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der Schweiz – welche Fächer werden gewählt?

The Postgraduate Training Program in Family Medicine in Switzerland – Which Specialties are Chosen?

Andreas Hanhart, Thomas Rosemann, Franz Marty, Ryan Tandjung

Hintergrund: Das Weiterbildungsprogramm zum Facharzttitel Allgemeinmedizin (AM) in der Schweiz wurde seit 1998 mehrfach umgestaltet. Diese Arbeit befasst sich mit den demografischen Veränderungen der Titelanwärter zum Facharzttitel AM und dem Einfluss der Änderungen des Weiterbildungsprogrammes auf die Fächerwahl während der Weiterbildungszeit.

Methode: Deskriptive Analyse der Daten aller Titelanwärter AM von 1998 bis 2012 und deren absolvierten Weiterbildungszeiten.

Ergebnisse: In den letzten Jahren zeigte sich eine größere Zunahme des Frauenanteils unter den Titelanwärtinnen AM im Vergleich zur Zunahme in allen Fachrichtungen. Im Mittel wird aktuell in der Weiterbildungszeit ein Ergänzungsfach (ohne AM, Innere Medizin, Chirurgie) weniger absolviert als zu Beginn der beobachteten Zeitperiode. Dafür zeigte sich eine Verdoppelung des Anteils an Titelanwärtinnen AM, die eine Praxisassistentin während ihrer Weiterbildungszeit absolviert haben.

Schlussfolgerungen: Die erhobenen Daten zeigen eine Reduktion der fachlichen Breite in der Weiterbildungszeit zum Schweizer Facharzt AM. Das verbesserte Angebot an Praxisassistentinnen als hausarztsspezifische Weiterbildungsmöglichkeit wurde deutlich häufiger in Anspruch genommen. Da auf keinen Fall eine Reduktion der fachlichen Breite während der Weiterbildungszeit in Kauf genommen werden kann und ein steigendes Bedürfnis an hausarztsspezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten besteht, sollten die Organisation und Subventionierung von hausarztsspezifischen, strukturierten Weiterbildungscurricula, ausgerichtet auf relevante hausärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, weiter intensiviert werden.

Schlüsselwörter: Weiterbildungsprogramm; Weiterbildungszeit; Weiterbildungscurriculum; Allgemeinmedizin; Hausarzt

Introduction: Since 1998 the postgraduate training program in family medicine (FM) in Switzerland has been modified several times. This study shows demographic changes of the newly certified family practitioners (FPs) over the last years and the influence of the modifications of the postgraduate training program on the choice of specialties during residency.

Methods: All FPs, certified in the years 1998 to 2012, and their completed postgraduate training programs were analyzed using descriptive statistics.

Results: The percentage of newly certified female FPs showed a higher increase compared to the percentage of newly certified female physicians of all specialties. Compared to 1998 in the year 2012 the FPs completed one specialty less during residency. The part of newly certified FPs having completed a vocational training in FM during their residency doubled during the observed time.

Conclusion: The acquired medical diversity during residency decreased, while vocational training in FM showed an increasing attendance. Structured training programs should be established to allow a broad medical spectrum during residency, and preserve the high attendance at vocational training in FM.

Keywords: Post Graduate Training Program; Residency; Trainee Program; Family Medicine; Family Practitioner

Hintergrund

Das Weiterbildungsprogramm zum Facharzttitel Allgemeinmedizin (AM) in der Schweiz ist sehr offen formuliert. Die Weiterbildungszeit dauerte stets fünf Jahre und bestand immer aus einem obligatorischen Anteil in Innerer Medizin (IM) und verwandter Fachgebiete (mind. zwei Jahre) und bis 2006 auch in Chirurgie (mind. ein Jahr). Die offene Formulierung des Weiterbildungsprogrammes erlaubt seit 1998 immer eine fachlich frei wählbare Weiterbildungszeit von mindestens zwei Jahren, die meist zur Erlangung eines breiteren Fachwissens in Ergänzungsfächern (z.B. Rheumatologie, Pädiatrie, HNO, Gynäkologie etc.) genutzt wurde. Diese Fächer wurden meist im Spitalsetting absolviert. Insgesamt wurde für den Facharzttitel AM erst ab 2006 mindestens *ein* Jahr ambulante Weiterbildung gefordert, wobei neben Praxisassistenzen (PA) und Poliklinikstellen auch von einer stationären Weiterbildung pro Jahr drei Monate als ambulante Medizin angerechnet werden konnten. PA sind Weiterbildungsstellen in der hausärztlichen Praxis unter Anleitung eines zertifizierten Grundversorgers mit Facharzttitel AM oder IM. Aufgrund dieses Anforderungsprofils zeigte sich eine sehr heterogene Fächerzusammenstellung im Rahmen der Weiterbildungszeit zur Erlangung des Facharzttitels AM. Insbesondere bestand keine Pflicht, eine spezifische, hausarztorientierte Weiterbildungszeit zu absolvieren.

Ab 1.1.2011 wurden die Weiterbildungsprogramme Innere Medizin (IM) und Allgemeinmedizin (AM) zusammengelegt und neu wird nur noch der Titel „Allgemeine Innere Medizin“ (AIM) vergeben. Das neue Weiterbildungsprogramm enthält 3 Jahre Basisweiterbildung in IM (mindestens 2 Jahre stationär, mindestens 6 Monate ambulant) und 2 Jahre frei wählbare Aufbauweiterbildung. Im günstigsten Fall wird die Aufbauweiterbildungszeit entsprechend der geplanten Ausrichtung nach Abschluss der Weiterbildungszeit absolviert. Die Anforderungen an einen Hausarzt in der Schweiz unterscheiden sich je nach Tätigkeit in einem urbanen oder einem ländlichen Gebiet. Grundsätzlich ist der Hausarzt jedoch immer primärer Ansprechpartner des Patienten und über ihn erfolgen Überweisungen

zum Spezialisten, obschon die Spezialisten auch frei zugänglich sind. Einer zunehmenden Beliebtheit erfreuen sich jedoch Hausarztmodelle der Krankenversicherer, die den Hausarzt in seiner Rolle als Gatekeeper vorschreiben, und für den Patienten zu einer Vergünstigung der Krankenkassenprämien führen. Das Weiterbildungsprogramm zum Schweizer Facharzttitel AM wurde ab 1998 mehrfach umgestaltet. Als wichtigste Änderung wurde am 1.7.2006 das chirurgische Pflichtjahr aus dem Weiterbildungsprogramm entfernt.

Praxisassistenzen wurden seit Einführung des Facharzttitels AM als Teil der Weiterbildungszeit anerkannt, deren Finanzierung war aber lange nicht geklärt, sodass erhebliche finanzielle Einbußen für den Arzt in Weiterbildung in Kauf genommen werden mussten, was wiederum ein erhebliches Hindernis zur Absolvierung einer PA darstellte. Die Finanzierung der PA erfolgte über Beiträge einer nationalen Stiftung, die vor allem durch Standesorganisationen getragen wird. Die Finanzierung von stationären Weiterbildungsstellen erfolgte über das Dienstleistungsbudget der Spitäler, wobei seit Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 in einigen Kantonen zusätzliche kantonale Beiträge dazukamen. In den letzten Jahren führten jedoch kantonale Programme mit finanzieller Förderung der PA ebenfalls zu einer adäquaten, vergleichbaren Entlohnung, die durch den Lehrarzt und den Kanton getragen wird. Neben der Förderung von PA an sich werden diese auch vermehrt eingebunden in kantonale organisierte und mitfinanzierte, hausarztspezifische Weiterbildungsprogramme [1]. PA außerhalb dieses subventionierten Stellenangebotes sind weiterhin möglich und auch anerkannt.

Neben den PA als hausarztrelevante Weiterbildungsstellen, wurde leider in den letzten Jahren das Angebot von kurzzeitigen Anstellungen, die zur breiten Weiterbildung von zukünftigen Hausärzten beitragen, aufgrund des steigenden ökonomischen Druckes auf die Kliniken reduziert.

Wir untersuchten die Titelanwärter zum Schweizer Facharzt AM/AIM (1998–2012) und deren Weiterbildungszeit auf demografische Veränderungen, die Breite der Fächerauswahl und die Rolle der Praxisassistenten während der Weiterbildungszeit.

Methoden

Seit die Facharztprüfung (1998) als Bestandteil zur Erlangung des schweizerischen Facharzttitels Allgemeinmedizin besteht, wurden Daten über die Weiterbildungszeit der Titelanwärter von der Prüfungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und der FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) gesammelt. Seit nur noch der Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin vergeben wird (ab 1.1.2011), kann dieser immer noch nach den früheren Bestimmungen für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin eingereicht werden (Übergangsfrist bis 31.12.2015). Für die Analysen wurden einzig die Daten der Titelanwärter verwendet, welche die Weiterbildungszeit nach den Bestimmungen für Allgemeinmedizin absolviert haben (1998–2012). Dadurch entsteht ein Kollektiv, das seine Weiterbildungszeit nur nach den Vorgaben des Weiterbildungsprogrammes in Allgemeinmedizin zusammengestellt hat.

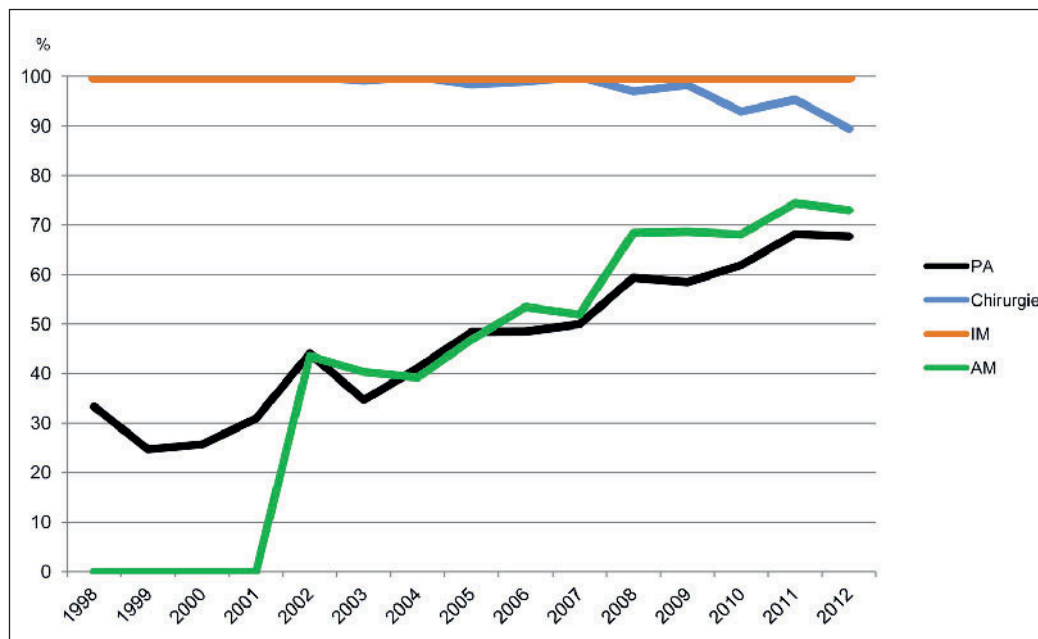
Zur Analyse der Fächerwahl während der Weiterbildungszeit wurde eine deklarierte Weiterbildungszeit von minimal fünf (60 Monate), bis maximal zehn Jahren (120 Monate) als Einschlusskriterium definiert. Die angegebene Weiterbildungszeit soll die Minimaldauer der verlangten Weiterbildungszeit von fünf Jahren nicht unterschreiten. Die Obergrenze wurde bei zehn Jahren festgelegt, da in der Übergangsphase viele bereits praktizierende Ärzte im Nachhinein erst die Facharztanerkennung beantragten und deshalb die angegebene Weiterbildungszeit häufig nicht mehr repräsentativ ist für eine Weiterbildungszeitgestaltung bis zur Facharzttitelanerkennung.

Praxisassistenzen gehen meist unter Allgemeinmedizin oder seltener unter Innerer Medizin (je nach Facharztanerkennung des verantwortlichen Lehrarztes) in die Datenbank ein.

Die Analysen erfolgten mittels deskriptiver Statistik unter Anwendung von Stata Version 12.1 (Stata Corporation, Collage Station, TX 77845 USA).

Ergebnisse

Die Datenbank umfasst 2434 Datensätze von Titelanwärtern für den Facharzttitel Allgemeinmedizin (1998–2010)

**Abbildung 1**

Anteil Titelanwärter Allgemeinmedizin (AM) mit absolvierten Stellen in den Fachbereichen AM, Innere Medizin (IM), Chirurgie oder Praxisassistentenz (PA) während ihrer Weiterbildungszeit

und Allgemeine Innere Medizin (2011–2012). Aufgrund zweimaliger Titelerreichungen wurden neun Titelanwärter doppelt erfasst. Im Jahr 2011/12 wurden 321 respektive 341 Titelanwärter ausgeschlossen, welche die Weiterbildungszeit nach den Bestimmungen der Inneren Medizin absolviert hatten. 1763 Datensätze wurden ausgewertet. Dieses resultierende Gesamtkollektiv wird Titelanwärter AM (total) genannt. Der Einfachheit halber werden nur die männlichen Formen verwendet. Die Daten werden in Prozenten sowie absoluten Zahlen und Jahr in Klammern beschrieben.

Demografische Veränderungen

Im Fachbereich AM zeigte sich in den ersten neun Jahren der untersuchten Zeitperiode eine Zunahme des Frauenanteils um 14,1 % (29,0%/20/1998; 43,1 %/47/2007). In den letzten fünf Jahren der untersuchten Zeitperiode zeigte sich dann eine deutlich stärkere Zunahme des Frauenanteils um 19,6 % bis auf 62,7 % (99/2012).

Während der gesamten untersuchten Zeitperiode bleibt der prozentuale Anteil an Titelanwärtern AM im Verhältnis zu den totalen jährlichen Titelerwerbungen in allen Fachbereichen konstant. Im Mittel beträgt der Anteil 10,4 % (SD 1,7 %) und bewegt sich im Bereich von 8,5 % (132/2003) und 13,3 % (103/2001).

Fachliche Breite der Weiterbildungszeit

144 Titelanwärter wurden aufgrund ihrer deklarierten Gesamtweiterbildungszeit ausgeschlossen. Dieses resultierende Gesamtkollektiv wird Titelanwärter AM genannt. Die deklarierte Gesamtweiterbildungszeit ist über die beobachtete Zeitdauer ungefähr konstant (Median 71,5 Mon.; min. 66,5/2000, max. 73,5/2001).

Es zeigte sich eine Reduktion von absolvierten Ergänzungsfächern (Fächer ohne IM, AM, Chirurgie) während der Weiterbildung in der beobachteten Zeitperiode (Abb. 2). Im Mittel wurde während der Weiterbildung aus diesen Fachbereichen ein Fach weniger belegt (2,43/1998, 1,44/2012).

Die Weiterbildungszeit in Monaten, die für diese einzelnen Fachbereiche vom Titelanwärter AM aufgewendet wurde, bleibt im Mittel über die beobachtete Zeitperiode (1998/2012) ungefähr konstant: Gynäkologie (12,8/10,7), Pädiatrie (9,2/9,5), Psychiatrie (14,3/13,1), HNO (6,1/8,0), Rheumatologie (10,9/10,2).

Im Gegensatz dazu zeigt sich in den Fachbereichen IM und AM eine Verlängerung der aufgewendeten Weiterbildungszeit. In diese Fachbereiche gehört auch die Praxisassistentenz (Abb. 2). Der Anteil der Titelanwärter AM mit einer absolvierten Praxisassistentenz während ihrer Weiterbildungszeit stieg kontinuier-

lich von 33,3 % (1998) auf 67,8 % (2012) an (Abb. 1).

Nach der Änderung des Weiterbildungsprogrammes 2006 mit Entfernung von Chirurgie als obligatorisches Weiterbildungsjahr zeigte sich nur eine leichte, kontinuierliche Abnahme der Titelanwärter AM, die Chirurgie in ihrer Weiterbildungszeit absolvierten, von 100 % auf 89,2 % (141/2012), wobei die dafür aufgewendete Weiterbildungszeit in Monaten über die beobachtete Zeitdauer konstant blieb (17,8/1998, 18,1/2012).

Diskussion

In den letzten fünf Jahren der untersuchten Zeitperiode (1998–2012) zeigte sich eine größere Zunahme des Frauenanteils unter den Titelanwärtern AM (total) im Vergleich zur Zunahme in allen Fachrichtungen. Im Mittel wird aktuell *ein* Ergänzungsfach (ohne IM, AM, Chirurgie) weniger absolviert in der Weiterbildungszeit. Dafür zeigte sich in den letzten zehn Jahren der untersuchten Zeitperiode eine Verdoppelung des Anteils an Titelanwärtern AM, die eine Praxisassistentenz während ihrer Weiterbildungszeit absolviert haben, auf ca. 2/3 aller Titelanwärter AM.

Demografische Veränderungen

Von 2008 bis 2012 erfolgte in der Schweiz eine größere Zunahme des Frauenanteils unter den Titelanwärtern AM/AIM (total)

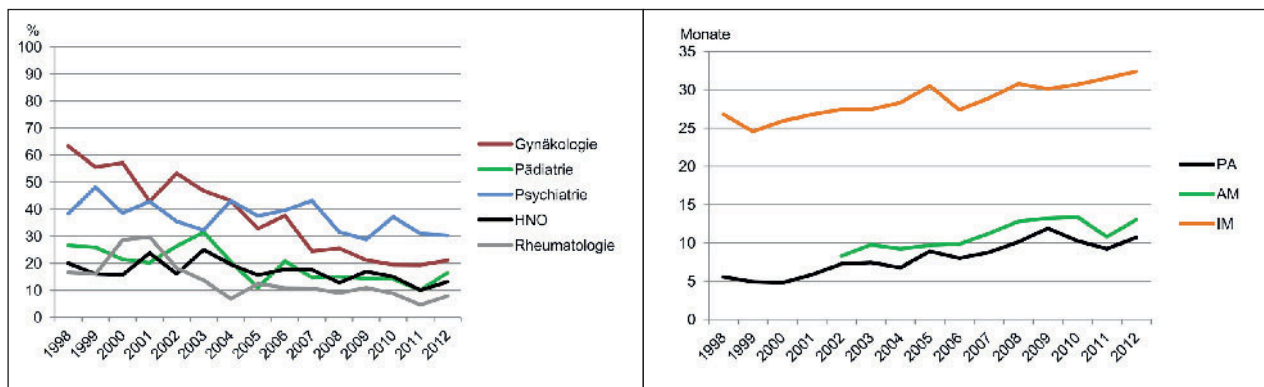


Abbildung 2 Anteil Titelanwärtinnen Allgemeinmedizin (AM) mit absolvierten Stellen in den angegebenen Ergänzungsfachbereichen. Mittlere Anzahl Monate pro Fach (AM, Innere Medizin (IM), Praxisassistenten (PA)) pro Titelanwärtin AM während Weiterbildungszeit.

(43,1 %/2007, 62,7 %/2012) im Vergleich zur Zunahme in allen Facharzttiteln (43,9 %/2007, 51,5 %/2012) [2]. Damit zeigte sich eine Angleichung zu den deutschen Vergleichszahlen für den Frauenanteil in Allgemeinmedizin/Allgemein- und Innere Medizin (64,1 %/2012) und den Frauenanteil in allen Facharztanerkennungen (50,4 %/2012) [3].

Eine wahrscheinliche Ursache dafür ist, dass Frauen die flexible Gestaltung der Weiterbildungszeit mit der Möglichkeit von Teilzeitarbeit und einer breiten Fächerauswahl, die für die Facharztanerkennung akzeptiert wird, und die flexible Arbeitszeit als Hausarzt besonders schätzen. Diese Flexibilität macht einen Teil der Attraktivität des Hausarztberufes aus, der vor allem dem Bedürfnis von Frauen mit Familie oder in Familienplanung sehr wichtig ist [4–8].

Fachliche Breite der Weiterbildungszeit

Aufgrund des Weiterbildungsprogrammes müssen alle Titelanwärtinnen Innere Medizin (mind. 2 Jahre) in ihrer Weiterbildungszeit absolvieren.

Erstaunlich ist, dass die Zeitdauer der absolvierten Weiterbildung in Chirurgie konstant bleibt (17,9 Mon./1998, 18,1 Mon./2012) und der Anteil der Titelanwärtinnen AM, die Chirurgie in ihrer Weiterbildungszeit absolvierten, ab 2007 nur geringfügig abnimmt (Abb. 1, 89,2 %/2012), trotz Entfernung des obligatorischen Weiterbildungsjahres aus dem Weiterbildungsprogramm im Jahr 2006. Einerseits ist es so, dass ein beträchtlicher Teil der Titelanwärtinnen AM aus den letzten Jahren der untersuchten Zeitperiode die Weiterbildungszeit in Chirurgie

noch während der Zeit bis 2006 absolviert hat, in der Chirurgie noch obligatorisch war. Andererseits könnte dies darauf zurückzuführen sein, dass Chirurgie häufig als klinisches Einstiegsfach direkt nach dem Studium gewählt wird, und diese Rolle trotz Aufhebung des Obligatoriums erhalten blieb, oder dass Chirurgie von den Ärzten in Weiterbildung ganz allgemein als relevantes Fach für ihre zukünftigen beruflichen Karriereoptionen beurteilt wird. Während der Weiterbildungszeit wird im Verlauf der beobachteten Zeitperiode im Mittel ein Ergänzungsfach (ohne Chirurgie, IM, AM) weniger absolviert, wobei gleichzeitig die Gesamtweiterbildungszeit sowie die aufgebrauchte Zeit pro Fachbereich im Mittel konstant bleibt. Parallel zeigt sich ein Anstieg des Anteils der Titelanwärtinnen AM, welche AM absolvierten (meist Praxisassistenten, Abb. 1) und der Zeitdauer, welche für AM und IM aufgebracht wurde (Abb. 2). Wir postulieren verschiedene Gründe, weshalb die fachliche Breite in der Weiterbildung abgenommen hat.

Kurze Stellen für Ergänzungsfächer werden immer weniger angeboten, da der Kostendruck auf die Weiterbildungsinstitutionen steigt. Das heißt, je länger Ärzte in Weiterbildung eine Stelle innehaben, desto kosteneffizienter arbeiten sie und desto attraktiver sind sie für die Institution. Dies bringt ebenfalls mit sich, dass in diesen Bereichen Stellen für Titelanwärtinnen AM immer weniger angeboten werden, weil sie primär an eigene Facharztanwärtinnen vergeben werden.

In urbanem Gebiet mit einfach zugänglichen Spezialisten kommt dem Hausarzt immer stärker die Funktion eines Spezialisten in Allgemeiner Innerer Medizin zu. Das Fachwissen in diesem

Bereich wird immer komplexer, weshalb in der Weiterbildung mehr Zeit dafür investiert wird.

Trotz des hier nachgewiesenen Trends, der mit dem überwiegenden Bedürfnis von angehenden Hausärzten übereinstimmt, eine praktische Tätigkeit in der Stadt oder Agglomeration aufnehmen zu können, darf keine Einschränkung der fachlichen Breite in der Weiterbildung angestrebt werden.

Um einen Hinweis für besonders hausarztrelevante Fachbereiche zu erhalten, können die häufigsten Beratungsanlässe (Symptome, Diagnosen) in Konsultationen der Grundversorgung betrachtet werden [9–11]. Es zeigen sich am häufigsten Anlässe aus dem Fachbereich der Inneren Medizin mit Subspezialitäten, was dem Bedarf an erweitertem Fachwissen aus diesem Bereich und somit der beobachteten Verlängerung der Weiterbildungszeit in IM in den letzten Jahren entspricht. Die häufigsten Beratungsanlässe, welche mit Ergänzungsfächern in Verbindung gebracht werden können, kommen aus den Bereichen Bewegungsapparat (neben Chirurgie/Orthopädie: Rheumatologie), Haut (Dermatologie) und Psychologie (Psychiatrie). Unsere Resultate (Abb. 2) zeigen eine häufige Absolvierung von Ergänzungsfächern, die vor allem in ländlichen Gebieten noch zur Grundversorgung gehören (Gynäkologie, Pädiatrie). Übereinstimmend mit den häufigsten Beratungsanlässen [10, 11] gehören Psychiatrie und Rheumatologie zu den am häufigsten absolvierten Ergänzungsfächern. Dabei ist zu erwähnen, dass die Fachrichtung Rheumatologie in der Schweiz Diagnostik und nicht operative Therapieoptionen (Infiltrationen etc.) von allen Beschwerden des Be-

wegungsapparates, also nicht nur von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, sondern im überwiegenden Anteil auch von degenerativ bedingten Beschwerden, umfasst. Keine Übereinstimmung findet sich in den Fächern HNO (häufig absolviert, seltene Beratungsanlässe) und Dermatologie (selten absolviert, häufige Beratungsanlässe), wobei in letzterem Fachbereich in der Schweiz kaum Weiterbildungsstellen für angehende Hausärzte verfügbar sind.

Zur Erhaltung der fachlichen Breite in der Weiterbildung müssen im Allgemeinen wieder mehr kürzer dauernde Stellen erreichbar gemacht werden.

Einen wichtigen Beitrag zu einer breiten Weiterbildung leisten auch die Praxisassistenzen, jedoch können diese die Stellen in den Ergänzungsfachbereichen nicht komplett ersetzen. Die Praxisassistenzen sind jedoch wichtiger Bestandteil der hausarzt-spezifischen Weiterbildung. Seit 1998 zeigte sich eine Verdoppelung der Titelanwärter AM, welche eine PA während der Weiterbildungszeit absolvierten. Es besteht also ein steigender Bedarf an PA, in denen diese hausarzt-spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt werden können. Dies wurde erkannt und die ursprünglich schlechten finanziellen Bedingungen einer PA konnten in den letzten Jahren über neue Finanzierungsmöglichkeiten mit zusätzlicher finanzieller Beteiligung der Kantone korrigiert werden. Trotzdem haben nur 2/3 aller Titelanwärter AM eine PA während ihrer Weiterbildungszeit absolviert. Es bleibt abzuwarten, ob mit einer verbesserten Verfügbarkeit und Entlohnung von PA und einer verbesserten Stellenkoordination (PA alleine oder im Rahmen von Weiterbildungscurricula) eine weitere Zunahme der PA zu beobachten ist. Dass Titelanwärter AM mit Absolvierung einer PA in der Weiterbildungszeit eher als Hausarzt tätig sein würden als ohne PA, konnte für die Schweiz nicht bestätigt werden [8]. Im Rahmen der laufenden Neustrukturierungen des Praxisassistentenwesens in der Schweiz müssen diese Daten jedoch reevaluiert werden.

Um den fachlichen Kompetenzerwerb während der Weiterbildungszeit in der gesamten Breite wieder erhöhen zu können, sollten Ergänzungsfächer und PA einfacher erreichbar gemacht werden. Diese schwierige Aufgabe kann über die Organisation und Subventionierung von hausarzt-spezifischen, strukturierten Wei-

terbildungscurricula angegangen werden, wie es in den Standards für die Weiterbildung zum Hausarzt der World Organisation of Family Doctors (WONCA) vorgeschlagen wird [12]. Zum Erlernen der für den Hausarzt essenziellen Fähigkeiten und Fertigkeiten wird empfohlen, eine Koordination der gesamten Weiterbildungszeit vorzunehmen, sodass Einblick in sämtliche medizinisch, organisatorisch und wirtschaftlich relevanten Bereiche erhalten werden kann. Insbesondere sollten mindestens 50 % der Weiterbildungszeit im hausärztlichen Setting unter Führung eines Hausarztes stattfinden. In Anlehnung an diesen internationalen Standard wurden in verschiedenen Ländern Konzepte zur optimalen Gestaltung des Weiterbildungscurriculums eines angehenden Hausarztes erlassen [13–15]. In Deutschland und der Schweiz werden vermehrt subventionierte, hausarzt-spezifische Curricula angeboten. In Deutschland werden diese regional organisiert, nach einem bestehenden Konzept der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) [14]. In der Schweiz werden die Curricula kantonal organisiert [1] ohne Stützung auf ein landesweites Konzept, jeweils in Anlehnung an die internationalen Standards und unter Berücksichtigung der lokalen Möglichkeiten. Das Erlangen des Facharztstitels Allgemeinmedizin ist jedoch in beiden Ländern nicht an das Absolvieren eines solchen Curriculums gebunden. In anderen europäischen Ländern wurden die Kernfähigkeiten eines Hausarztes genau definiert und diese müssen in der Weiterbildungszeit, zum Teil im Rahmen von solchen Curricula, erlangt werden [16, 17]. Da in der Schweiz und in Deutschland das bestehende Weiterbildungsprogramm in Basis- und Aufbauweiterbildung aufgeteilt ist, wäre eine strukturierte Formulierung der hausarzt-spezifischen Lernziele für die dreijährige Basisweiterbildung in Innerer Medizin eine wertvolle Orientierungshilfe, da dies auch dem Bedürfnis der Ärzte in Weiterbildung entspricht [18]. Da das Interesse für die Grundversorgung am Ende des Studiums relativ gering ist [19], erachten wir die Platzierung von hausarzt-spezifischen Weiterbildungsprogrammen am ehesten ab dem 4. Weiterbildungsjahr, nach Abschluss der Basisweiterbildung in Innerer Medizin, als optimal. Solche strukturierten Weiterbildungscurricula können zentral organi-

siert werden und kurz andauernde Stellen (Rotationen von z.B. 6 Monaten Dauer) in Ergänzungsfächern sowie Praxisassistenzen beinhalten. Solche spezifische Weiterbildungscurricula existieren auch in der Schweiz [1] und in Deutschland. Da die existierenden Curricula in der Schweiz nicht die ganze Weiterbildungszeit beinhalten, sondern nur die Aufbauweiterbildung abdecken (zwei Jahre), können nicht 50 % des gesamten Curriculums im hausärztlichen Setting durchgeführt werden, wie in den WONCA standards for postgraduate family medicine education [12] gefordert.

Durch die zentrale Organisation solcher Weiterbildungscurricula kann für die Institute, welche die Weiterbildungsplätze zur Verfügung stellen, und auch für die Titelanwärter AM eine größtmögliche Stellenplanungssicherheit angeboten werden.

Stärken und Schwächen

Die vorliegenden Datensätze sind komplett und enthalten alle Ärzte, die zwischen 1998 und 2012 den Facharzttitel AM oder AIM erlangt haben. Die Daten beruhen auf Selbstdeklarationen. Ob alle absolvierten Stellen von den Titelanwärtern AM aufgeführt wurden, oder nur diejenigen, die für den Facharzttitel benötigt wurden, kann nicht beurteilt werden. Aus diesem Grund wurde insbesondere auf Subgruppenanalysen, welche die Dauer der ärztlichen Weiterbildungsstellen und die Gesamtdauer der Weiterbildungszeit der Titelanwärter AM beinhalten, verzichtet. Demografische Daten wie Alter der Titelanwärter AM oder Orte der Weiterbildungsstellen (Stadt, Land) wurden nicht erhoben, weshalb entsprechende Subgruppenanalysen nicht durchgeführt werden konnten. Um diese Subgruppenanalysen in Zukunft durchführen zu können, sollte eine Ausweitung der erhobenen Daten bei der Titelskommission evaluiert werden.

Leider geht aus den Daten nicht hervor, wie viele Ärzte aus dem oben genannten Kollektiv nach Erlangen des Facharztstitels AM tatsächlich in der Grundversorgung arbeiten. Es liegen keine Daten zum Kollektiv der Titelanwärter auf den Facharzttitel Innere Medizin vor, welche in der Schweiz ebenfalls sehr häufig in der Grundversorgung arbeiten.

Dr. med. Andreas Hanhart ...

... ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und seit 2012 als Hausarzt in einer vorstädtischen Gemeinschaftspraxis tätig. Eine Teilzeitanstellung am Institut für Hausarztmedizin in Zürich ermöglicht ihm, seinem Interesse an der wissenschaftlichen Arbeit im Rahmen von Projekten in der Versorgungsforschung weiter nachzugehen.

Schlussfolgerungen

Es zeigte sich eine Reduktion der fachlichen Breite in der Weiterbildungszeit zum Schweizer Facharzt AM um im Mittel *ein* Fach pro Titelanwärter AM über die beobachtete Zeitperiode (1998–2012). Das verbesserte Angebot an Praxisassistenten als hausarzt-spezifische Weiterbildungsmöglichkeit wurde deutlich häufiger in Anspruch genommen. Da auf keinen Fall eine Reduktion der fachlichen Breite während der Weiterbil-

dungszeit in Kauf genommen werden kann und ein steigendes Bedürfnis an hausarzt-spezifischen Weiterbildungsmöglichkeiten besteht, sollen die Organisation und Subventionierung von hausarzt-spezifischen, strukturierten Weiterbildungscurricula, ausgerichtet auf relevante hausärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, weiter intensiviert werden. Wir gehen davon aus, dass durch die Schaffung solcher Weiterbildungsstellen, die Attraktivität einer hausärztlich ausgerichteten Aufbauwei-

terbildung im Weiterbildungsprogramm AIM gesteigert werden kann und somit ein wichtiger Beitrag zur Nachwuchsförderung von jungen Hausärzten geleistet wird.

Danksagungen: Wir danken Dr. Bernhard Rindlisbacher und Dr. Nicodem Zemp für den Aufbau der Datenbank.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Andreas Hanhart
Institut für Hausarztmedizin
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
8091 Zürich, Schweiz
andreas.hanhart@usz.ch

Literatur

- Tandjung R, Garaventa-Tadres D, Rosemann T, Djalali S. Spezifische Weiterbildungsangebote für Hausarztmedizin in der Schweiz-Bestandesaufnahme verschiedener kantonaler Programme. *Praxis (Bern 1994)* 2013; 102: 843–9
- FMH, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. FMH-Ärzttestatistik. <http://www.fmh.ch/services/statistik/aerzttestatistik.html> (letzter Zugriff am 19.08.2013)
- Bundesärztekammer. Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Entwicklung der Arztzahlen zum 31. Dezember 2012. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.3> (letzter Zugriff am 07.08.2013)
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices – impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 137
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R. The new generation of family physicians – career motivation, life goals and work-life balance. *Swiss Med Wkly* 2008; 138: 305–12
- Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R. Career paths in physicians' postgraduate training – an eight-year follow-up study. *Swiss Med Wkly* 2010; 140: w13056
- Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? *Dtsch Med Wochenschr* 2012; 137: 1242–47
- Tandjung R, Senn O, Marty F, Krauss L, Rosemann T, Badertscher N. Career after successful medical board examination in general practice – a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly* 2013; 143: w13839
- Chmiel C, Bhend H, Senn O, Zoller M, Rosemann T; FIRE study-group. The FIRE project: a milestone for research in primary care in Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2011; 140: w13142
- Laux G, Kühnlein T, Gutscher A, Szece-sny J (Hrsg.). *Versorgungsforschung der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009.* Heidelberg: Springer, 2011
- Rizza A, Kaplan V, Senn O, Rosemann T, Bhend H, Tandjung R; FIRE study group. Age- and gender-related prevalence of multimorbidity in primary care: the Swiss FIRE project. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 113
- WONCA. WONCA standards for postgraduate family medicine education. <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Education/WONCA%20ME%20stds.pdf>, (letzter Zugriff am 15.01.2014)
- Tannenbaum D, Kerr J, Konkin J, et al., Working Group on Postgraduate Curriculum Review Members. Triple C Competency-based Curriculum. Report of the Working Group on Postgraduate Curriculum Review-Part 1. 2011. www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/WGCR_TripleC_Report_English_Final_18Mar11.pdf (letzter Zugriff am 15.01.2014)
- DEGAM. DEGAM-Konzept Verbundweiterbildung^{plus}. www.degam.de/fileadmin/user_upload/degam/Weiterbildung/DEGAM_Konzept_Verbundweiterbildung_plus_130718.pdf (letzter Zugriff am 16.01.2014)
- RCGP – Royal College of General Practitioners. GP curriculum. 2013. <http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/gp-curriculum-overview.aspx> (letzter Zugriff am 07.08.2013)
- DSAM – The Danish College of General Practitioners. Specialist training in general practice, statement of aims. <http://www.dsam.dk/flx/english/> (letzter Zugriff am 09.09.2013)
- Sylvester S, Magin P, Sweeney K, Morgan S, Henderson K. Procedural skills in general practice vocational training – what should be taught? *Aust Fam Physician* 2011; 40: 50–4
- Badertscher N, Schöni M, Zoller M, Rosemann T. Weiterbildung von angehenden Hausärzten an stationären Weiterbildungsstellen: Sicht der Chefärzte. *Praxis (Bern 1994)* 2011; 100: 349–55
- Halter U, Tschudi P, Bally K, Isler R. Berufsziel von Medizinstudierenden. Erste Resultate einer Studie des IHAM Basel. *Primary Care* 2005; 20: 468–72