

Peter Schläppi

# Neues Weiterbildungsprogramm Hausarztmedizin?

## Wissenschaftliche Aspekte zur Entwicklung eines Bildungsprogramms

Die Exponenten der Fachgesellschaften SGIM und SGAM sowie der FMH legen ein neues, jetzt gemeinsames Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» vor, das uns künftig gute, europafähige Hausärzte liefern soll. Das Programm erinnert in Sinn und Geist, Struktur und Inhalt stark an das alte internistische Facharztprogramm. Daraus hervorgehen sollen sowohl ein guter Praxis- als auch ein guter Spitalinternist. Aber auch ein guter Hausarzt bzw. eine gute Hausärztin? Ist das nun das allseits geforderte attraktive Programm, das unsere jungen Kolleginnen und Kollegen motiviert, das Berufsziel Hausärztin oder Hausarzt zu wählen?

### Hausärztinnen und -ärzte für wen?

Was Hausärztinnen und -ärzte lernen sollen, muss sich letztlich an den Bedürfnissen derer orientieren, die Hausärzte brauchen. Das ist in der Curriculumentwicklungsliteratur ausführlich beschrieben [1, 2] und in Abbildung 1 kurz zusammengefasst.

Wurden für das neue Programm die Bedürfnisse und Erwartungen der Zielgruppen erhoben und in die Lernziele aufgenommen? Die Erwartungen von Patientinnen und Patienten, Gesundheitsbehörden, anderen Gesundheitsberufen, Versicherern, aber auch heutigen Hausärztinnen und -ärzten, Studierenden, (Praxis-)Assistenzärztinnen und -ärzten berücksichtigt? Erfahrungen aus Literatur und anderen Ländern einbezogen?

Hausärzte bekommen es im Praxisalltag mit vielen Ansprüchen, Beratungsursachen und Situationen zu tun [3, 7]. Diese wichtige Vorarbeit in der Programmentwicklung, was die Anforderungen an Hausärzte sind, muss geleistet werden, damit die richtigen Kernkompetenzen, die prioritären Lerninhalte und Weiterbildungsstätten bestimmt werden können. Die Grundprinzipien der Hausarztmedizin liegen dabei im europäischen Konsens ebenso vor [5, 6] wie eine gute Klassifikation der praktischen hausärztlichen Tätigkeit (ICPC [7]), die als Vorlagen für ein neues Weiterbildungsprogramm in Hausarztmedizin dienen *müssen*, gerade wenn man die europäische Kompatibilität der schweizerischen Hausarztmedizin anstreben will. Von diesen Vorlagen findet sich wenig im geplanten Weiterbildungsprogramm. Warum nur?

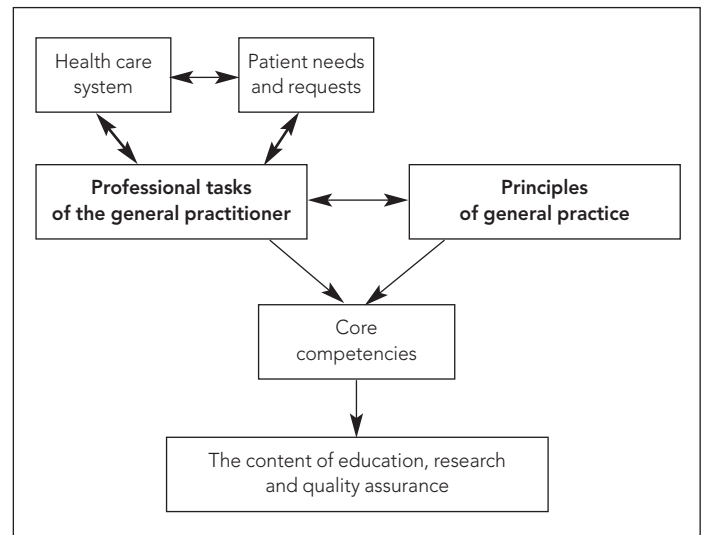
### Wo Lernen?

Erst wenn *konkrete Lernziele* (diese liegen zurzeit noch nicht öffentlich vor) bestimmt sind, folgt die wohl schwierigste Phase in der Programmentwicklung, die *konkretisierte Umsetzung*: Welche Weiterbildungsstätten sind geeignet, welche Lehrenden sind ausgebildet (oder müssen noch ausgebildet werden), wer ist dafür verantwortlich, dass die Lernenden die entsprechende Kompetenz auch wirklich lernen können und schliesslich beherrschen?

Viele hausärztliche Lernziele können nur im Praxisumfeld erreicht werden, ein Weiterbildungsprogramm muss deshalb dort *investieren* und – wenn schon obligatorische Teile vorgesehen werden – *Bildung in der Praxis vorschreiben*. Dabei müssen Praxisassistenzen nicht nur in der Hausarztpraxis bevorzugt werden, sondern auch in

Abbildung 1

Relationship between the principles of the discipline of general practice and the tasks demanded of family doctors [5].



den Spezialfächern. Denn auch ein Fachspezialist in der Praxis hat meist schon andere, praxisorientiertere, patientenzentriertere Vorgehensweisen als seine Kolleginnen und Kollegen im stationär-poliklinischen Bereich.

Vor 15 Jahren wurde ein aus hausärztlicher Sicht viel ausgereifteres Weiterbildungsprojekt als das heute vorliegende auf Basis eines Entwurfs aus Genf («tronc commun» [8]) in einer Arbeitsgruppe der SGIM und der SGAM vorbereitet. Dieses Projekt sah beispielsweise vor, dass die Basisweiterbildung (zwei Jahre) in Spital, Poliklinik und Praxis für alle zu erfolgen hat und während dieser Zeit mit spezifischen Lehrangeboten (z.B. «enseignement didactique interactif ou de la relation interpersonnelle») ergänzt werden soll, damit diejenigen Kompetenzen, die dort nicht genügend erlernt werden können (z.B. *compétences scientifiques*, *compétences en communication*), vervollständigt werden. Oder es wurde bei den optionalen Lernzielen daran gedacht, dass für Hausärztinnen und -ärzte auch komplementärmedizinisches Wissen nötig ist. Warum wurde dieses Projekt nicht weiterverfolgt bzw. allenfalls jetzt weiter bearbeitet?

Das *Lernen im Kontext* des späteren Berufsfeldes, das Modelllernen, das Imitieren von Vorbildern ist essentiell, um gute Berufsleute hervorzubringen. Das Umgehen mit komplexen Patientenproblemen der Praxis muss ein angehender Hausarzt ebenso im Praxis-

### Zur Person

Dr. med. Peter Schläppi, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, ist ehemaliger Leiter der Abteilung für Ausbildungs- und Examensforschung der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, heute wieder Hausarzt und wissenschaftlicher Leiter der SWICA Gesundheitszentren.

kontext lernen können wie spezifische praktische Fertigkeiten. In einer Erstkonsultation («ungefiltertes Patientengut») braucht es andere Problemlösungsstrategien, ein anderes Denken als in der vorselektierten Situation beim Spezialisten oder im Spital. Das prozessorientierte, beobachtende, Schlimmes ausschliessende, abwartende, mit Unsicherheit umgehen könnende Vorgehen eines Hausarztes ist der Kern dieser Disziplin. Damit lassen sich viele Patienten (auch schwer kranke, nicht nur Bagatellen!) sinnvoll betreuen, beraten, abschliessend behandeln. Dass dieses Vorgehen heute auch aus gesundheitsökonomischer Sicht essentiell ist, liegt auf der Hand: Jedes Symptom beim Erstkontakt immer sofort breit nach Guidelines abzuklären, wie ein Hausarzt das im Spital gelernt hat («möglichst an alles denken und ausschliessen»), ist oft gar nicht nötig, für Patienten manchmal sogar belastend, potentiell schädigend und kostet oft auch unnötig viel.

### Wie prüfen?

Auch wenn prüfen Aufwand bedeutet, ist es doch stets der Ort, an dem klar wird, was nun eigentlich Sache ist in einem Fach («the assessment drives the curriculum»). Gelernt wird, was und wie geprüft wird. Der Konsens einer Expertengruppe, was nun genau als richtige Antwort einer Prüfungsfrage akzeptiert wird, reflektiert den ganzen vorangegangenen Lernprozess. Warum wird kein landesweiter Konsens über die richtige Antwort zu Frage X erreicht? Warum wissen die Absolventinnen und Absolventen keine Antwort zu Frage Y? Sind gewisse Lehrende oder Weiterbildungsstätten uneins oder didaktisch schlecht? Was müssen wir verbessern? Welche Kandidatinnen und Kandidaten sind nicht gut genug, um als Hausärztinnen bzw -ärzte zu arbeiten? Die Arbeit rund ums Prüfen hält ein Fach und seine Bildung «à jour».

Wie man medizinisch kompetent prüft, ist vielerorts beschrieben, sogar national [4]. Die Basisprüfung für den Schweizer Hausarzt soll nun aber eine reine internistische Wissensprüfung werden, zudem alleine mit Multiple-Choice-Fragen auf Englisch, wie sie schon bisher als internmedizinische Facharztprüfung durchgeführt wurde (mit eingekauften Fragen aus den USA). Was für einen Spitalinternisten vielleicht noch sinnvoll sein kann, ist es wohl kaum für Hausärztinnen und -ärzte. Diese brauchen entsprechend den Lernzielen eine viel breitere, dafür eine oft viel weniger detaillierte Wissensbasis. Bisher wurden deshalb in der Facharztprüfung Allgemeinmedizin eigene Prüfungsfragen entwickelt, zudem in einem Format, das nicht nur passives Wiedererkennungswissen prüft, sondern auch aktiv formuliertes Wissen (Kurzantwortfragen). Warum soll dieser wertvolle, über Jahre erarbeitete Fragenpool nicht mehr genutzt werden?

Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen neu direkt in den Weiterbildungsstätten überprüft werden. Das kann formativ eine gute Sache sein. Aber diese Bereiche müssen auch summativ geprüft werden, um eine – in Ergänzung zur Wissensprüfung – gute Facharztprüfung in Hausarztmedizin zu erreichen. Wie?

### Fazit

Aus Sicht wissenschaftlicher Programmentwicklung und aus lern- und prüfungstheoretischen Qualitätsüberlegungen muss man bezweifeln, ob das geplante Weiterbildungsprogramm «Allgemeine Innere Medizin» künftig diejenigen Hausärztinnen und -ärzte hervorbringen wird, die wir für unser Land so dringend brauchen. Diese Sichtweise wird mich in den Augen der Verfasser wohl als unrealistischen «Theoretiker» erscheinen lassen, obwohl ich als auch langjährig praktizierender Hausarzt und Leiter eines Gesundheitszentrums die praktischen Auswirkungen unseres heutigen Weiterbildungsprogramms – ob Innere Medizin oder Allgemeinmedizin – oft schmerzlich erlebt habe: sei es eigenes Unvermögen, seien es junge Kolleginnen und Kollegen, die auf unsere tägliche hausärztliche Aufgaben viel zu wenig vorbereitet sind.

Warum existiert kein *visionärer Mut*, wirklich etwas Gutes, Neues, Gewinnbringendes zu gestalten? Ich bin zudem überzeugt, dass viele praktizierende Kolleginnen und Kollegen mitmachen würden, mehr Lehre in der Praxis zu ermöglichen, wenn sie denn die entsprechende professionelle Unterstützung erhalten würden, wie sie im Spitalbereich üblich und finanziert ist.

### Literatur

- 1 Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. Curriculum Development for Medical Education. The Johns Hopkins University Press; 1998/2009.
- 2 Stewart P, Mennin, Deana M, Richter. Quick Reference Guides For Planning, Implementing, And Assessing Learning Experiences. University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque; 2003.
- 3 Kissling B. «Complexity» zwischen «simple» und «chaotic». PrimaryCare. 2003;3:11–15. [www.primary-care.ch/pdf/2003/2003-01/2003-01-301.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf/2003/2003-01/2003-01-301.PDF).
- 4 Kompetent prüfen. Institut für Aus-, Weiter- und Fortbildung IAWF (heute Institut für Medizinische Lehre IML) der Medizinischen Fakultät der Universität Bern, 1999. [http://www.iml.unibe.ch/dienstleistung/assessment\\_pruefungen](http://www.iml.unibe.ch/dienstleistung/assessment_pruefungen).
- 5 The European Definition of General Practice / Family Medicine, WONCA Europe, Edition 2005. <http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm> (auch auf deutsch).
- 6 Declaration on Specific Training in GP/FM in Europe. European Union of General Practitioners UEMO, 2003. [http://www.uemo.org/policy/uemo\\_2003\\_declaration\\_on\\_specifi.htm](http://www.uemo.org/policy/uemo_2003_declaration_on_specifi.htm).
- 7 International Classification for Primary Care ICPC-2, WONCA, 1998. <http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/sensi.html>.
- 8 Humair JP, Stalder H. Perspectives pour la Formation Postgraduée en Médecine de Premier Recours. Policlinique de Médecine, Département de Médecine Communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève; 1996.

### Korrespondenz:

Dr. med. Peter Schläppi  
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
 Brückenstrasse 1  
 3005 Bern  
[peter.schlaepi@hin.ch](mailto:peter.schlaepi@hin.ch)