

Aktionsplan für eine akademische („universitäre“) Allgemeine Innere Medizin

Autoren

**Drahomir Aujesky^a, Stefano Bassetti^b, Edouard Battegay^c, Jacques Cornuz^d,
Christoph Hess^e, Jean-Michel Gaspoz^f, Jörg D. Leuppi^g, Martine Louis
Simonet^h, Beat Müllerⁱ, Jean-Luc Reny^j, Nicolas Rodondi^k, Peter Vollenweider^l,
Gérard Waeber^m**

^a Prof. Dr. med., Klinikdirektor und Chefarzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern; ^b Prof. Dr. med., Chefarzt Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel; ^c Prof. Dr. med., Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich (USZ); ^d Prof. Dr. méd., Directeur, Médecin-chef, Policlinique médicale universitaire, Chef du Département universitaire de médecine et santé communautaire, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ^e Prof. Dr. med., Chefarzt Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Basel; ^f Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine de premier recours, Chef du Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG); ^g Prof. Dr. med., Chefarzt Innere Medizin, Kantonsspital Baselland; ^h Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), bis 31.03.2018; ⁱ Prof. Dr. med., Leiter Medizinische Universitätsklinik, Bereichsleiter Medizin, Chefarzt Allgemeine Innere und Notfallmedizin, Kantonsspital Aarau; ^j Prof. Dr. méd., Médecin-chef de service du Service de médecine interne générale, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ab 01.04.2018; ^k Prof. Dr. med. Chefarzt und Leiter Medizinische Poliklinik, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern, Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin, Universität Bern; ^l Prof. Dr. méd., Médecin-chef du Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne; ^m Prof. Dr. méd., Chef du Département de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne.

17. Mai 2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Renaissance der AIM?	4
3.	Aktionsplan.....	4
3.1.	Notwendige institutionell-infrastrukturelle Rahmenbedingungen	4
(a)	Strategische Priorisierung der AIM	5
(b)	Eigener Kompetenzbereich, fachliche Autonomie, adäquate spitalinterne	6
3.2.	Akademische und nicht-akademische Berufs- und Karriereprofile von Allgemeininternisten am Universitätsspital.....	7
(a)	Clinician investigator	7
(b)	Clinician educator	8
(c)	Physician administrator.....	9
(d)	Der „Hospitalist“	9
4.	Risiken bei fehlender Unterstützung/Priorisierung der AIM	11
5.	Executive summary/Empfehlungen	11
	Die Autoren/innen.....	13

1. Einleitung

Die Allgemeine Innere Medizin (AIM) an Universitätsspitalern und grossen Zentrumsspitalern bildet bei integrierter internistischer Grund- und Zentrumsversorgung einen wichtigen Knotenpunkt in Dienstleistung, Weiterbildung, Lehre und Forschung. Die universitäre AIM hat für den 24/7 Spitalbetrieb eine eminente operative und strategische Bedeutung mit einem überregionalen Versorgungs- und Weiterbildungsauftrag. Von extern weisen niedergelassene Kollegen der AIM in grosser Zahl Patienten zu, sei es zur ambulanten oder zur stationären Weiterbetreuung. Intern übernimmt die AIM meist multimorbide, hochkomplexe Patienten anderer Spitaleinheiten zur internistischen Betreuung.

Dennoch haben Entscheidungsträger am Universitätsspital der universitären AIM gegenüber z.T. eine gewisse Ambivalenz. Universitäre Medizin wird zu Unrecht oft mit hochspezialisierter Medizin gleichgesetzt. Da die AIM einen ganzheitlichen Approach pflegt und nicht auf ein konkretes Organsystem, Krankheit oder Altersgruppe fokussiert, haben einige Entscheidungsträger mitunter Mühe, die Rationale der AIM am Universitätsspital zu verstehen und kritisieren deren «Profilunschärfe». Zudem konzentrieren sich auf der AIM multimorbide Patienten mit langen Aufenthaltsdauern (oft zur Entlastung anderer Kliniken!), die trotz effizienten Prozessen nicht kostendeckend abgegolten werden, was die AIM aus finanzieller Sicht weniger attraktiv und förderungswürdig erscheinen lässt. Der eher konservative Charakter der internistischen Arbeit ist oft unspektakulär und deshalb schwieriger nach aussen zu vermarkten. Der Spezialist, nicht der Generalist, gilt als universitäres Rollenmodell. Mögliche Folgen sind die Benachteiligung der universitären AIM in Bezug auf Investitionen und Abbau oder Auslagerung der Versorgung» an nicht-universitäre Standorte, mit Verlust an Sichtbarkeit/Prestige des Fachs. Teilweise wurde gar die Berechtigung einer „Allgemeinen“ Inneren Medizin am hochspezialisierten Zentrum in Frage gestellt. Sinnbildlich für diese Entwicklung war die 1999 erfolgte Auflösung des Departements für Innere Medizin am Inselspital Bern und die Verteilung der Betten und Poliklinikplätze auf Spezialkliniken. Die Aufgabe der Allgemeininternisten war im Wesentlichen auf die Supportfunktion der Spezialkliniken beschränkt, die Fälle der nicht hochspezialisierten Medizin hätten in den Berner Stadtspitalern behandelt werden sollen. Nur ein Jahr später musste die AIM wegen suboptimaler Prozessabläufe bei multimorbiden Patienten und Weiterbildung auf Druck der Ärztesgesellschaft und den Hausärzten wieder in eine eigenständige Klinik mit über 110 Betten aufgebaut werden. Der damals entstandene Schaden (Exodus von Kaderärzten, Fragmentierung des Bettenpools in z.T. unökonomisch kleine Spezialstationen, regionale spezialärztliche Überversorgung, Zuweiserentfremdung, Entakademisierung) wirkt bis heute nach und dürfte zum Aufschwung der Privatkliniken in der Stadt Bern beigetragen haben.

Das Berner Beispiel stellt einen Extremfall dar. Dennoch haben im Zuge der zunehmenden Spezialisierung an den meisten Universitätsspitalern, in verschiedenem Ausmass allerdings, ähnliche Entwicklungen stattgefunden: (1) Abtrennung der Spezialfächer, welche ein sehr selektives Patientengut für sich beanspruchen, (2) Konzentration der Fälle, welche sich nicht in ein Fachgebiet „kategorisieren“ lassen, oft finanziell wenig attraktive, komplexe Mehrfachkranke, auf der AIM, (3) Übernahme der Basisbetreuung und der unpopulären Nacht-/Wochenenddienste auf Spezialkliniken durch die AIM infolge abnehmender Kompetenz/Wille der Spezialisten, Patienten ausserhalb ihres Fachs zu behandeln. Dass diese Faktoren negative Folgen für Attraktivität, Prestige und akademische Entwicklung der AIM hatten, versteht sich von selbst. Entsprechend wird die auch Rekrutierung von Kaderärzten schwierig.

2. Renaissance der AIM?

In den letzten Jahren allerdings erlebt die schon totgeredete universitäre AIM eine Art Wiederauferstehung. Gründe hierfür sind die steigenden Gesundheitskosten, Generalistenmangel, fragmentierte Patientenbetreuung in Spital/Praxis und die auf das Gesundheitssystem zurollende Welle multimorbider Komplexpatienten (60% der Bevölkerung >65 Jahre haben ≥ 2 chronischen Erkrankungen; Barnett K, et al., Lancet 2012). Diese Probleme sind z.T. Folge der zunehmenden Spezialisierung oder können durch eine solche nicht gelöst werden (z.B. Management multimorbider Patienten). Dies hat nicht nur beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) sondern auch in den Spitaldirektionen zum Erkenntnisschub geführt, dass am Unispital neben der Spezialmedizin auch den Generalisten eine wichtige Rolle in Dienstleistung, Weiterbildung und anderen klinikübergreifenden Funktionen zukommt und dass für die AIM –wie für alle universitären Fächer– eine attraktive Zukunftsperspektive entwickelt werden muss. So empfiehlt die Themengruppe „Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation“ der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ des BAG eine Stärkung der generalistischen Fachgebiete durch Schaffung von Laufbahn-/Karrierepfaden sowie von durch Generalisten geführte Organisationseinheiten ([Link auf Bericht](#)). Auch im Ausland beobachtet man ähnliche Überlegungen. Im Bericht der *Future Hospital Commission (Report to the Royal College of Physicians, London 2013)* beispielsweise wird die wichtige Bedeutung der Generalisten in einer patientenzentrierten (im Gegensatz zu einer organ- und krankheitszentrierten) Spitalorganisation unterstrichen. Das *Collège des Directeurs Médicaux* der Universitätsspitäler hat am 23.07.2017 die Ordinarien der Universitätskliniken in AIM beauftragt, einen 10-Jahres Aktionsplan zur Stärkung der AIM in der universitären Spitalorganisation zu erarbeiten. Der folgende Aktionsplan skizziert die dazu nötigen Massnahmen im Bereich der *institutionell-infrastrukturellen Rahmenbedingungen* sowie die Schaffung/Stärkung von attraktiven *Berufs- und Karriereprofilen für Allgemeininternisten* am Universitätsspital.

3. Aktionsplan

3.1. Notwendige institutionell-infrastrukturelle Rahmenbedingungen

Die Organisationsstruktur der Schweizer Universitätskliniken ist aufgrund unterschiedlicher historischer Entwicklungen sehr heterogen. Im stationären Bereich reicht sie vom klassischen Departement für Innere Medizin, in dem die AIM über das Bettenmonopol verfügt (Basel, Baselland), bis zum Modell, in dem AIM und Subspezialitäten als eigenständige Einheiten nebeneinander existieren, ohne übergeordnete Departementsstruktur und mit getrenntem Bettenpool (Bern). Daneben finden sich Mischformen, bei welchen die AIM und gewisse internistische Fächer im gleichen Departement mit einem von der AIM gemanagten Bettenpool organisiert sind, andere Fächer (z.B. Onkologie, Kardiologie) aber eigenständige Organisationseinheiten mit eigenem Bettenpool bilden (CHUV, USZ). Im HUG wiederum betreibt die AIM den Bettenpool auch für die meisten internistischen Subspezialitäten (ausser Onkologie und Gastroenterologie), welche aber in einem separaten Departement zusammengefasst sind. In Aarau und Baselland sind die Allgemeininternisten bei stationären Patienten aller Fachgebiete auf Assistenz- und Facharztebene in der Notfallversorgung und auf der Bettenstation führend engagiert mit krankheitsfokussierter Mitversorgung durch die Spezialisten im Sinne einer Matrixstruktur. Alle Kliniken betreiben Rotationsstellen in internistischen und z.T.

chirurgischen Fachdisziplinen und gewährleisten z.T. auch deren 24/7 Dienstabdeckung. Gewisse Kliniken verfügen über eine eigene allgemeininternistische *Intermediate Care Station* (CHUV, HUG).

Die Polikliniken sind ebenfalls verschieden organisiert. Entweder sind sie zusammen mit dem stationären AIM Teil einer gemeinsamen Klinik (Bern, Zürich) oder von der stationären AIM separierte Organisationseinheiten, die aber im gleichen Department (für Innere Medizin) zusammengefasst sind (Basel). Die Polikliniken der *Suisse romande* sind organisatorisch von der stationären AIM abgetrennt und zusammen mit anderen ambulanten Fächern (Notfallmedizin, Gerichtsmedizin, *Médecines des voyages et humanitaire*, etc.) in separaten Departementen organisiert (HUG) oder organisatorisch ganz vom Universitätsspital abgetrennt (CHUV). Die medizinischen Polikliniken der Romandie nehmen wichtige Aufgaben im *Service public* (z.B. Betreuung von sozialen Randgruppen, Präventivmedizin etc.) ihrer Kantone wahr, und erhalten für diese Mandate grosse staatliche Beiträge. Während es unklar bleiben muss, ob ein Organisationsmodell den anderen inhärent überlegen ist, benötigt eine gutfunktionierende, mit den Spezialfächern auf gleicher Augenhöhe operierende AIM **zwei grundsätzliche institutionell-infrastrukturelle Rahmenbedingungen:**

(a) Strategische Priorisierung der AIM

Die Zukunft der universitären AIM wird massgeblich durch Infrastruktur- und Investitionsentscheide an den Universitätsspitalern bestimmt. Die Frage ist, ob visionäre Verwaltungsräte und Spitalleitungen die wichtige Rolle der AIM für das Gesamtspital (Management multimorbider Patienten, Entlastung der Notfall- und Intensivstationen) sowie deren strategisches Potential (Zuweiseranbindung, Weiterbildung von künftigen Hausärzten, den Hauptzuweisern des Unispitals) erkennen und am Unispital nebst der hochspezialisierten Medizin auch eine generalistische Medizin fördern und ihr eine entsprechende Wachstums- und Entwicklungsperspektive zugestehen. Dazu gehört an erster Stelle die Bereitstellung einer an die wachsenden Patientenzahlen angepassten, modernen räumlichen Infrastruktur (Anzahl Betten und Poliklinikplätze) und dem nötigen ärztlichen und pflegerischen Personal. Die Betreuung multimorbider Komplexpatienten ist aus ärztlicher Sicht insofern problematisch, dass sie oft sehr koordinations- und soziallastig ist. Gemäss einer Studie aus dem CHUV verbringen allgemeininternistische Assistenzärzte nur noch etwa ein Viertel ihrer Arbeitszeit am Patientenbett, während unbeliebte administrative Aufgaben den grössten Anteil der Arbeitszeit ausmachen (Wenger N, et al., *Ann Intern Med* 2017). Die AIM ist deshalb auch überproportional von nutzerunfreundlichen elektronischen Krankengeschichten betroffen, was die Administrativlast zusätzlich verstärkt und die Fachattraktivität weiter senkt. Deshalb ist aus Sicht der AIM nebst der administrativen Entlastung durch nichtärztliches Personal (z.B. Care Koordinatorinnen oder ähnliches) die Entwicklung von schnellen, einfach zu bedienenden, vernetzten elektronischen Krankengeschichten von entscheidender Bedeutung. Aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes sollte deshalb i.d.Regel die Richtzahl von 8-9 Betten pro Assistenzarzt nicht überschritten werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die jährlichen Weiterbildungskosten pro Assistenzarzt auf der Inneren Medizin auf 30'000.- geschätzt werden (Kt. Vaud) und die kantonalen Weiterbildungsbeiträge in vielen Kantonen zu tief sind.

(b) Eigener Kompetenzbereich, fachliche Autonomie, adäquate spitalinterne Leistungsabteilung für „Serviceleistungen“.

Ein eigenes Kompetenzressort und fachliche Autonomie sind die Grundbedingungen für die *Stärkung der fachlichen Eigenidentität der AIM* und beinhalten die *Fallführung und abschliessende ärztliche Verantwortung auf dedizierten allgemeininternistischen Bettenstationen und Polikliniken*. Betriebskonzepte, wo die Aufgabe der AIM hauptsächlich aus dem autonomen Nachvollzug von Konsiliarempfehlungen und Supportdiensten wie der Sicherstellung der medizinische Basisbetreuung und Verrichten von unpopulären Nacht- und Wochenenddiensten auf Spezialabteilungen besteht, sind unattraktiv. Obwohl andere Fächer stark von diesen „Serviceleistungen“ der AIM profitieren, wird z.B. die Dienstabdeckung durch die AIM spitalintern oft ungenügend abgegolten. Eine leistungsgerechte Abgeltung oder eine entsprechende Budgetanpassung muss das Ziel sein.

Als suboptimal sind auch Organisationsformen einzuschätzen, wo die grosse Mehrheit des internistischen Staffs auf Rotationstellen ausserhalb der AIM eingesetzt wird und wo die Aufgabe des Klinikdirektors als verantwortlicher Weiterbildner auf die Anstellung der Weiterzubildenden und Erstellung von Rotationsplänen beschränkt ist. Beruhend auf Erfahrungswerten ist eine koordinierte Weiterbildung und die Entstehung einer „*corporate identity*“ schwierig, wenn zu viele Weiterbildungsplätze auf Spezialrotationen ausserhalb der eigenen Klinik angeboten werden. Führungs- und Weiterbildungsaspekte sind dann beträchtlich erschwert. Die Proportion der auf anderen Kliniken angebotenen Rotationsstellen im Vergleich zum AIM Kernbereich sollte nicht viel höher als etwa 50% sein. In Anbetracht der wachsenden Zahl multimorbider Patienten und der Sicherstellung der Basisbetreuung auf vielen anderen Kliniken, braucht die AIM einen genügend grossen eigenen Kernbereich, welcher mindestens 20% der Akutbetten des Universitätsspitals ausmachen sollte.

Woraus bestehen die Kernkompetenzen der AIM am Universitätsspital? Als organ- und krankheitsübergreifende Disziplin liegt der fachliche Schwerpunkt der AIM im folgenden Aufgabenbereich: (1) Betreuung multimorbider (Komplex-)Patienten, (2) Abklärung von unklaren oder unspezifischen Symptomen/Befunden („Führen vom Symptom zur Diagnose“) und (3) kosten-effektives Management häufiger Pathologien, welche primär keiner spezialisierten Behandlung bedürfen (Basisversorgung). Diese Kompetenzen sollen von der Spitalleitung explizit anerkannt und sinnig zugeordnet werden. Zudem hat die AIM traditionell oft eine führende Rolle in der „*Medical education*“, Patientensicherheit und anderen medizinischen Entwicklungen wie der *Evidence-based medicine*, *Smarter medicine*, *Global health* und im *Medical professionalism*.

Zwangsläufig besteht mit den aus der Inneren Medizin hervorgegangenen Spezialfächern eine Überschneidung im Leistungsangebot, was spitalintern zu Konkurrenz führen kann. Dabei lässt sich der Anspruch einer generell besseren Behandlungsqualität durch Spezialisten nicht belegen. Patienten mit komplexen (Einzel-)Erkrankungen und komplexen Therapien (z.B. Interventionen) gehören primär in die Hand des Spezialisten.

Komplexe Patienten mit Mehrfacherkrankungen und solche mit alltäglicheren Problemen, wo für das Management durch Spezialisten kein besseres Kosten/Nutzen-Verhältnis zu erwarten ist, sollten primär von Generalisten betreut werden, mit selektivem Beizug von Spezialisten.

Besonders erwähnenswert die aufgrund der Bevölkerungsalterung und längeren Lebenserwartung auf die Schweizer Spitäler einrollende Welle an

multimorbiden Patienten, wobei sich die schwersten Fälle (welche oft auch Leistungen der hochspezialisierten Medizin benötigen) naturgemäss am Universitätsspital konzentrieren. Da bei multimorbiden Patienten nicht unbedingt die Krankheit eines Einzelorgans im Vordergrund steht, braucht es für eine optimale Behandlungsqualität und -effizienz ein integratives Fach wie die AIM, welches einerseits häufige Probleme ohne Zeitverlust abschliessend managen kann, andererseits komplexe Behandlungsprozesse in Zusammenarbeit mit Spezialisten und Hausärzten koordiniert und auf den individuellen Patienten abstimmt. Im Management dieser komplexen Patienten (im stationären Bereich u.a. durch Schaffung von Patientenpfaden zur Senkung der Aufenthaltsdauer) liegt die Chance für eine **Schärfung des fachlichen und akademischen Profils der AIM**. Multimorbide Patienten bieten zudem gute Möglichkeiten zur Weiterbildung (viele Krankheiten pro Patient) und zur patientenzentrierten klinischen Forschung mit der Gelegenheit, zahlreiche Patienten in Studien einzuschliessen.

3.2. Akademische und nicht-akademische Berufs- und Karriereprofile von Allgemeininternisten am Universitätsspital

In den letzten Jahren ist es an Universitäts- und Nicht-Universitätsspitalern immer schwieriger geworden, Chef- und Kaderärzte für die AIM zu finden. Auch Spezialisten, die auch über eine breite Weiterbildung in AIM verfügen, gibt es immer weniger. Wie vom *Collège des Directeurs Médicaux* richtig erkannt, stellt nebst den erwähnten institutionell-infrastrukturellen Massnahmen die Entwicklung/Förderung von *klar definierten und strukturierten Berufs- und Karriereprofilen* einen wichtigen Grundpfeiler zur Stärkung der universitären AIM dar. Im Folgenden sind Beispiele akademischer und nicht-akademischer Berufsprofile für Allgemeininternisten beschrieben.

(a) Clinician investigator

Obwohl in der AIM qualitativ hochstehende Grundlagenforschung betrieben wird (Bsp. Poliklinik in Basel), bewegt sich die Schweizer AIM-Forschung wie in den USA und anderen Ländern weg von der traditionellen Grundlagen- und Typ 1 translationalen Forschung („*from bench to bedside*“) zur patientenzentrierten klinischen und Outcome-orientierter Versorgungs- Forschung, deren Ziel die direkte Verbesserung der Behandlungsqualität ist. Unabhängig von der Art der Forschung ist es eminent wichtig für die Ausbildung eines akademischen Profils der AIM, dass eine sichtbare, eigenständige Forschung im Fach selbst, also innerhalb der AIM, betrieben und angeboten wird. Da gute klinische Forschung fast immer einen interdisziplinären Charakter hat, sind Kooperationsmodelle zwischen AIM und anderen Fachgebieten zu ermutigen. Das Modell jedoch, dass Forschung vollständig in ein anderes Fach, z.B. in eine internistische Subspezialität, ausgelagert wird und dass der Forschende danach z.B. als Kaderarzt wieder in die AIM zurückkehrt, funktioniert immer weniger und trägt auch nicht zur **akademischen Profilschärfung** der AIM bei.

Wichtig für die klinisch orientierte Forschung in der AIM sind Themen um prävalente Krankheitsbilder und multimorbide, polymedikalisierte Patienten unter *Real life* Bedingungen unter Berücksichtigung von patienten-relevanten *Outcomes*, wie z.B. funktionaler Status, Symptomgesamtlast und aktive Lebenserwartung (d.h. ohne Krankheitsperioden). Klinische AIM Forschungsthemen mit Zukunftspotential umfassen u.a. Prävention, *Outcomes and (comparative) effectiveness research*, Prognose, Versorgungsforschung, Kosten/Nutzen- Analysen, medizinische Lehre, randomisierte

Studien zu häufigen Therapien, epidemiologische und genetische Studien. Ebenfalls einen zentralen Stellenwert in der AIM Forschung sollten aber auch experimentelle Fragestellungen und das Erarbeiten von fundamentalen physiologischen und pathophysiologischen Mechanismen (z.B. nach einem MD-PhD Studium) haben. Weiterhin können qualitative Forschungsthemen und die wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit der medizinischen Lehre ein methodologisch breites Studienspektrum ergänzen.

Der **Clinician investigator** ist der Typus des akademischen, klinisch forschenden Allgemeininternisten, dessen Hauptaktivität eine klinische Forschungstätigkeit und die Patientenbetreuung (stationär und/oder ambulant) umfasst, mit kleineren Tätigkeitsanteilen in Lehre und Administration. Der typische Karriereweg umfasst eine abgeschlossene Facharztausbildung in AIM mit Oberarztstätigkeit, inklusive einer 6- bis 12-monatigen Forschungsrotation auf der AIM sowie eine vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützte, mehrjährige klinische Forschungstätigkeit im Ausland gepaart mit einem Masterstudium in klinischer Forschung (*Master of Science [MSc] oder Master of Advanced Studies [MAS]*). Das letztere wird aufgrund der zunehmenden methodologischen Komplexität und auch für das erfolgreiche Einholen von kompetitiven Drittmitteln immer wichtiger. Obwohl Studiengänge in klinischer Forschung zunehmend auch in der Schweiz angeboten werden (Bsp. *Certificat en recherche clinique* in Lausanne, *Certificate in advanced studies [CAS] in clinical research and PhD in health sciences/clinical research* in Bern und *CAS et diplôme en recherche clinique* sowie *MAS in Drug discovery and clinical development* in Genf) ist ein Auslandsaufenthalt aus Gründen des Ideenaustauschs und der internationalen Vernetzung wünschenswert. Die Kosten des Masterstudiums (*Tuition fees*) werden im Rahmen eines Weiterbildungsvertrags von der AIM-Klinik bestritten, wodurch der Forschende zumindest mittelfristig an die Klinik angebunden wird. Nach der Rückkehr aus dem Ausland erfolgen zeitnah Habilitation und Promotion zum Leitenden Arzt. Die *Clinician investigators* sind das Rückgrat der «investigator-initiated» Forschung und Entwicklung in der AIM und stellen den Pool der universitären Kaderärzte und künftiger internistischer Chefärzte in der AIM dar.

Es sei darauf hingewiesen, dass zwar von der Spitalseite her die Finanzierung von Rotationsstellen, Masterstudium und Kaderstellen für Auslandsrückkehrer wichtige Supportelemente für den Erfolg dieses Karrieretracks darstellen, der „Wille zur Forschung“ und deren klinikinterne Priorisierung jedoch von den zuständigen Klinikdirektoren ausgehen muss, inklusive die Schaffung von Forschungsangeboten innerhalb der AIM, Vorbildfunktion als Forscher sowie zeitintensives persönliches *Mentoring* des akademischen Nachwuchses.

(b) Clinician educator

Oft sind Kliniken und Polikliniken für AIM überproportional in der Lehre und –aufgrund der hohen Anzahl von Assistenzärzten- in der Weiterbildung engagiert. Zusammen mit den Hausarztinstituten ist die universitäre AIM eines der letzten Fächer, das Medizinstudenten und Weiterzubildende einen ganzheitlichen Approach vermittelt und zur Berufswahl des Generalisten motiviert. Der mit der steigenden Anzahl von Studenten und Assistenzärzten parallel ansteigende Bedarf nach Teaching- und Weiterbildungsleistung eröffnet einen relativ neuen akademischen Karriereweg für Allgemeininternisten am Universitätsspital, nämlich den **Clinician educator**. Dieser paart seine klinische und z.T. administrative Tätigkeit mit einer substantiellen Aktivität in Lehre und Weiterbildung. Diese umfasst das innovative und qualitativ hochstehende

Teaching von Studenten und Assistenzärzten, Entwicklung von Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula, *Mentoring* und Karriereberatung und idealerweise eine Forschungstätigkeit in *Medical education*. Aufgrund der ständigen Entwicklung und Professionalisierung in der medizinischen Lehre ist auch hier ein Masterstudiengang in *Medical Education* sinnvoll. *Master of Medical Education (MME)* Studiengänge werden von der Universität Bern und verschiedenen nordamerikanischen und niederländischen Universitäten angeboten. An der Universität Genf ist ein CAS „*formateurs des professions de la santé*“ im Aufbau. Wie beim *Clinician investigator* sollten die Kosten des Masterstudiengangs zwecks künftiger Mitarbeiteranbindung vom Spital übernommen werden. Erfolgreiche *Clinician educators* sollten ebenfalls zu Leitenden Ärzten befördert werden.

Zudem sollte auf universitärer Ebene die Möglichkeit zu einer Habilitation im Bereich Lehre bestehen. Die *Clinician educators* sind massgeblich für die Qualität von Aus- und Weiterbildung verantwortlich und prägen den Ruf des Universitätsspitals als Weiterbildungsstätte. Sie kommen, sofern habilitiert, ebenfalls als künftige internistische Chefärzte in Frage.

(c) Physician administrator

Die Tätigkeit als Generalist am Universitätsspital prädestiniert dank ihrer fachlichen Breite und den multiplen Schnittstellen zu anderen Fachgebieten/Zuweisern sowie der grossen Erfahrung in Weiterbildung, Personalmanagement und organisatorischen Aufgaben (z.B. komplexe Rotationsplanungen) zu Führungs- und Managementaufgaben im Gesamtspital.

Dieser Trend ist z.B. in den USA aber zunehmend auch in der Schweiz zu beobachten, wo Ärzte mit internistischem *Background* Karrierewege in der Spitaladministration wählen, z.B. als Medizinischer Direktor. So kommen z.B. 3 der 5 medizinischen Direktoren der Schweizer Universitätsspitäler aus der Inneren Medizin. Allgemeininternisten mit Interesse an klinikübergreifenden Organisations- und Managementaufgaben sollten früh identifiziert und in Zusammenarbeit zwischen Klinik und Spitalleitung im Sinne einer strukturierten Weiterbildung gefördert und auf ihren späteren Tätigkeitsbereich vorbereitet werden. Fördermassnahmen beinhalten beispielsweise die Absolvierung eines *Master of Business Administration (MBA)*, eines *Masters of Public Policy (MPP)* sowie Weiterbildungen in Gesundheitsökonomie, *Leadership*, etc. Wie bei den vorherigen Karrierepfaden sollten die Kosten dieser Zusatzausbildungen zwecks Personalanbindung vom Spital getragen werden.

(d) Der „Hospitalist“

Für die optimale Patientenbetreuung ist es wichtig, auch nichtakademischen Allgemeininternisten mit längerer Berufserfahrung eine Langzeitperspektive am Unispital anzubieten. V.a. im stationären Bereich tätige Generalisten (ganz überwiegend Allgemeininternisten) erlebten in den USA als „*Hospitalist movement*“ in den letzten 20 Jahren einen Boom und stellen heute mit ca. 50'000 Mitgliedern eine der grössten ärztlichen Berufsgruppen dar (Wachter RM & Goldman L, *New Engl J Med* 2016). Gefördert wurde dieser Boom u.a. durch ökonomische Gründe (keine Arbeitszeitlimitierung, kürzere Aufenthaltsdauer von durch *Hospitalists* betreuten Patienten), dem Rückzug vieler Spezialisten aus der stationären Medizin und die relative Unattraktivität der ambulanten Grundversorgung in den USA. Die Funktion des *Hospitalist* ist allerdings sehr heterogen und reicht vom in Forschung, Lehre und/oder Qualitätsverbesserung tätigen *Hospitalist* am Universitätsspital bis zum reinen

Dienstleister mit selbständiger Patientenbetreuung in nichtakademischen Spitälern.

In der Schweiz hat die *Hospitalist*-Bewegung nur sehr zögerlich Fuss gefasst und ist vom Stellenprofil her ebenfalls recht heterogen. Das Spektrum reicht von einem fachlich autonom funktionierenden Arzt („Assistenz- und Oberarzt in Personalunion“) mit direkter Patientenbetreuung auf der Bettenstation bis zum Kaderarzt mit Supervisorfunktion und Zusatzaufgaben in Lehre, Klinikorganisation oder anderen Spezialfunktionen. Internistische *Hospitalists* werden auch durch meist chirurgische Kliniken rekrutiert, wo sie die direkte perioperative Patientenbetreuung übernehmen. Auch die Berufsbezeichnung des *Hospitalist* variiert beträchtlich und schliesst Begriffe wie Spitalfacharzt (*Médecin hospitalier*), Spitalinternist (*Interniste hospitalier*), Kaderarzt (*Médecin cadre*) und ähnliches ein.

Zwar gibt es keine Direktvergleiche zur Performance verschiedener *Hospitalist*-Modelle, jedoch funktionieren Profile, wo der *Hospitalist* primär für die Aufnahme, Betreuung und Austritt von stationären Patienten direktverantwortlich ist, längerfristig eher nicht. Auch Modelle, bei denen der internistische *Hospitalist* auf chirurgischen Kliniken über längere Zeit die Basisbetreuung (inkl. Administration!) gewährleistet und dabei dem chirurgischen Kaderarzt unterstellt ist, sind oft unbefriedigend. Ein im *Service de médecine interne* des CHUV durchgeführtes Pilotprojekt untersuchte die Effizienz einer von Hospitalisten geführten Abteilung. Dabei liess sich im Vergleich zu einer traditionell geführten Abteilung keine Verkürzung der Aufenthaltsdauer nachweisen, jedoch geringfügig tiefere Labor-, Radiologie- und Lohnkosten (ca. geschätzt -400 Sfr. pro Fall). Der Versuch wurde jedoch wegen Unattraktivität der Hospitalistentätigkeit sowie Rekrutierungsschwierigkeiten wieder sistiert.

Am besten scheinen abwechslungsreiche Arbeitsmodelle zu funktionieren, wo der *Hospitalist* einerseits analog zu einer Oberarztstätigkeit mit besonderer Funktion eine Supervisionsfunktion einnimmt, andererseits aber auch eine ihm eigene Spezialfunktion innehat, z.B. in der medizinischen Lehre, Qualitätsverbesserungsprojekten, Administration (z.B. Rotationsplanung) oder klinische Spezialfunktionen. Dabei muss auch die Möglichkeit zur fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung gewährleistet sein. *Hospitalists*, die auf nichtinternistischen Kliniken eingesetzt werden, sollten zwecks fachlichem Austausch/Weiterentwicklung an die AIM angebunden bleiben und sollten neben ihrer klinischen Tätigkeit auch einen nichtklinischen Tätigkeitsanteil aufweisen oder zumindest in verschiedenen chirurgischen Fächern rotieren. Berufsbezeichnungen wie Kaderarzt oder Spitalinternist wirken attraktiver als Begriffe wie Spitalfacharzt oder das englische „*Hospitalist*.“ Fantasievolle Wortschöpfungen wie „*Comprehensivist*“ wirken surreal.

4. Risiken bei fehlender Unterstützung/Priorisierung der AIM

Sollte die AIM im Vergleich mit den anderen universitären Fachgebieten in Bezug auf Priorisierung und Ressourcenverteilung benachteiligt werden, drohen Fragmentierung, suboptimale Betreuung von multimorbiden Patienten, regionale Verschiebung des Ärztemix zur Spezialmedizin hin (welche dann das universitäre Mutterhaus konkurrenziert), Verteuerung des Gesundheitssystems sowie Zuweiserentfremdung. Auf der AIM selbst drohen weiterer Prestigeverlust, Entakademisierung und Nachwuchsmangel, welcher „downstream“ den Mangel an Hausärzten und Spitalkaderärzten noch weiter verstärken wird. Da internistische Spezialfächer ihren Nachwuchs aus der AIM rekrutieren, ist sekundär auch ein Nachwuchsmangel in der Spezialmedizin zu erwarten.

5. Executive summary/Empfehlungen

Da die AIM ein generalistisches Fach ist, das einen ganzheitlichen Approach pflegt und nicht auf ein konkretes Organsystem, Krankheit oder Altersgruppe fokussiert, haben Entscheidungsträger z.T. Mühe, die Rationale der AIM am sich immer weiter subspezialisierenden Universitätsspital zu verstehen und kritisieren deren «Profilunschärfe». Dazu kommt, dass sich auf der AIM komplexe multimorbide, z.T. unrentable Patienten konzentrieren und die allgemeininternistische Arbeit aufgrund ihres „konservativen“ Charakters wenig spektakulär ist. Mögliche Folgen sind die Benachteiligung in Bezug auf Priorisierung und Ressourcen. Daraus wiederum resultieren Attraktivitätsverlust, Entakademisierung und z.T. Nachwuchsschwierigkeiten, was im Sinne eines *Circulus vitiosus* die Wahrnehmung der „Profilunschärfe“ der AIM weiter verstärkt.

In letzter Zeit hat die universitäre AIM allerdings wieder verstärktes Interesse bei den Spitalleitungen erfahren. Gründe sind die „Epidemie“ an multimorbiden Patienten, welche sich schwer in Spezialgebiete klassifizieren lassen, die spezialisierungsbedingte Fragmentierung der medizinischen Betreuung und die Kompetenzabnahme der Spezialmedizin, Probleme ausserhalb ihres Fachgebietes zu managen. Dies führte zum Auftrag des *Collège des Directeurs Médicaux* der Universitätsspitäler an die Ordinarien der Schweizer Universitätskliniken, einen 10-Jahres Aktionsplan zur Stärkung der AIM in der universitären Spitalorganisation zu erarbeiten. Die Ordinarien empfehlen zur Schärfung der fachlichen Identität und beruflichen Attraktivität der universitären AIM zwei institutionell-infrastrukturelle Massnahmen und Schaffung von klar strukturierten Berufsprofilen. Diese sollen das Prestige, Entwicklungspotential und die Attraktivität des Fachs AIM verstärken.

Empfehlung 1, Strategische Priorisierung der AIM mit Investitionen in Infrastruktur und Personal. Aufgrund der rasch wachsenden Patientenzahlen sowie der Basisbetreuung auf vielen anderen Klinken durch die AIM soll die AIM in Bezug auf die nötige räumlichen Infrastruktur (Anzahl Betten und Poliklinikplätze) und dem zum Betrieb benötigten Personal adäquat berücksichtigt werden. Dabei ist von einem Richtwert von ca. 8-9 Patientenbetten pro Assistenzarzt auszugehen. Wegen der raschen Zunahme von multimorbiden Patienten und mit dem Ziel, eine Patienten- und Individuum-zentrierte Medizin zu fördern, ist der Anteil an generalistischen Betten und die Zahl der Allgemeininternisten in den Universitätsspitalern zu erhöhen, wobei die Proportion der AIM Betten mindestens 20% der Akutbetten am Universitätsspital ausmachen soll. Die AIM soll bei der Senkung der unerträglich hohen Administrativlast

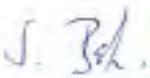
(z.B. durch Anstellung von Care Koordinatorinnen und Einführung von „userfreundlichen“ elektronischen Krankengeschichten) unterstützt werden.

Empfehlung 2, Schaffung/Erhaltung adäquater klinikeigener Kompetenzbereiche und spitalinterner Abgeltung. Die Kernkompetenzen der AIM, die Betreuung multimorbider Patienten, Diagnostik/Abklärung von unklaren Symptomen/Befunden und das kosten-effektive Management häufiger Pathologien, sollen von der Spitalleitung anerkannt und explizit zugeordnet werden. Es sind stationäre und ambulante Kompetenzbereiche zu schaffen und zu erhalten (AIM Bettenstationen und Poliklinikplätze), wo in Zusammenarbeit mit den Spezialdisziplinen facheigene Patientenbetreuung, Lehre/Weiterbildung und Forschung möglich wird. „Aussenrotationen“ sollen zur Förderung der „*corporate identity*“ in einem adäquaten Verhältnis zur Anzahl der AIM-eigenen Weiterbildungsstellen stehen und nicht viel mehr als ca. 50% der Weiterbildungsstellen ausmachen. Spitalinterne „Serviceleistungen“ für andere Fächer (Betreuung von Bettenstationen, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste) sollen der AIM leistungsgerecht abgegolten werden.

Empfehlung 3, Schaffung von gut definierten Berufsprofilen und Karrierepfaden. Typen solcher akademischer und nichtakademischer Berufspfade umfassen den *Clinician investigator*, *Clinician educator*, *Physician administrator* sowie den *Hospitalist*. Diese Typen müssen in Zusammenarbeit zwischen der AIM-Klinik und Spitalleitung entwickelt werden. Die Spitalleitung kann insbes. bei der Finanzierung von Zusatzausbildungen Unterstützung bieten. Wechsel zwischen Karrierepfaden, z.B. vom *Clinician investigator* zum *Physician administrator*, muss möglich sein und unterstützt werden.

Die Autoren/innen

Prof. Dr. med. Drahomir Aujesky
Klinikdirektor und Chefarzt
Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Universitätsspital Bern



Prof. Dr. med. Stefano Bassetti
Chefarzt Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel



Prof. Dr. med. Edouard Battegay
Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich (USZ)



Prof. Dr. méd. Jacques Cornuz
Directeur, médecin-chef, Policlinique médicale universitaire
Chef du Département universitaire de médecine et santé communautaire, CHUV



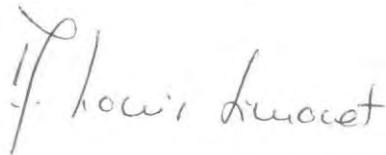
Prof. Dr. méd. Jean-Michel Gaspoz
Médecin-chef du Service de médecine de premier recours
Chef du Département de médecine communautaire, de premier recours et des
urgences, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)



Prof. Dr. med. Christoph Hess
Chefarzt Medizinische Poliklinik, Universitätsspital Basel



Prof. Dr. med. Jörg D. Leuppi
Chefarzt Innere Medizin, Kantonsspital Baselland



Professeure Dr. méd. Martine Louis Simonet
Médecin-chef du Service de médecine interne générale,
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), bis 31.03.2018



Prof. Dr. med. Beat Müller
Chefarzt, Leiter Medizinische Universitätsklinik, Bereichsleiter Medizin,
Kantonsspital Aarau



Prof. Dr. méd. Jean-Luc Reny
Médecin-chef de service du Service de médecine interne générale,
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ab 01.04.2018



Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi
Chefarzt und Leiter Medizinische Poliklinik, Universitätsklinik für Allgemeine Innere
Medizin, Universitätsspital Bern Direktor des Berner Instituts für Hausarztmedizin,
Universität Bern



Prof. Dr. méd. Peter Vollenweider
Médecin-chef du Service de médecine interne, Centre Hospitalier Universitaire
Vaudois (CHUV), Lausanne



Prof. Dr. méd. Gérard Waeber
Chef du Département de médecine, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
(CHUV), Lausanne