

Anhang 3: Ärztliche Aus- und Weiterbildung für Integrative Medizin und Gesundheit in Nordamerika

Durch die reichhaltig publizierte Entwicklungs- und Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der IMG im Nordamerikanischen Raum steht ein umfangreiches Material für die Theorie und Praxis der IMG und der darauf bezogenen ärztlichen AuWB zur Verfügung. Diese Entwicklung wurde in den USA unterstützt und vorangetrieben von den „National Institutes of Health (NIH)“, dem „National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH, als Abteilung des NIH), verschiedenen wissenschaftlichen Gesellschaften und Verbänden [30], wirksamen Mäzenen und Sponsoren überwiegend aus dem privaten Sektor und – nicht zuletzt – von einer zunehmenden Unzufriedenheit mit präventiver und therapeutischer Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung der USA. Stellvertretend für Stimmung und Analyse der Gesundheitsversorgung mag der Bericht von einem von der „Bravewell Collaboration“ finanzierten Gipfeltreffen des „Institute of Medicine“ der Nationalen Akademien in den USA sein, in dem in Kapitel 5, S. 111-132 „Arbeitskräfte und AuWB“ die zukünftigen ärztlichen Kompetenzen dargelegt werden, die für IMG als notwendig erachtet wurden [31]. Dieser Bericht spielt eine zentrale Rolle für die weitere Entwicklung, insbesondere weil dort die bis dahin in der ärztlichen AuWB fehlenden Kernkompetenzen dargelegt wurden, allerdings in allgemeinen Beschreibungen und mit Verweis auf damals angelaufene Pilotprogramme (s.u.). Auffallend ist, dass empfohlen wurde, die IM vor allem in Weiterbildungsprogramme („Residencies“ und „Fellowships“) einzubauen, da die Curricula der ärztlichen Ausbildung sehr dicht gepackt seien [32], Victoria Maizes, S. 122).

Ausbildung in Nordamerika

Es wurde aber in der Folge sehr wohl gezeigt, dass die von Kligler et al. vorgeschlagenen und in **Anhang 4, Tabelle 1** zusammengestellten Kernkompetenzen für IMG [33] erfolgreich in studentische curriculare Programme eingefügt werden können [34], [35]. Die Akzeptanz [36], [37] und der Effekt auf die spätere ärztliche Tätigkeit bedürfen weiterer Untersuchungen. Zudem ist das häufigste eingesetzte Befragungs-Instrument für die Einstellung zur IMG offensichtlich stark vom kulturellen Kontext abhängig [38]. Inzwischen sind die Voraussetzungen für die Entwicklung entsprechender Instrumente und Curricula mit der Definition differenzierter Kompetenzen zumindest für den westlichen Kulturkreis so explizit,

dass sich Lernziele und ergebnisorientierte Prüfungen für verschiedene medizinische Gebiete formulieren lassen (s. u. Weiterbildung in Nordamerika).

Die vorgeschlagenen Kompetenzen eignen sich auch für die Entwicklung entsprechender anvertraubarer professioneller Tätigkeiten (APT) [25] für IMG als Absolventenprofil. Diese müssten in die entsprechenden, schon formulierten Absolventen-Kernkompetenzen für den Zugang zu den Weiterbildungsprogrammen der Akkreditierungsagentur „Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)“ eingebettet sein. Diese allgemeinen (ohne IMG) Kern-APT als Voraussetzung für den Eintritt in die Weiterbildung („Residency“ und „Fellowship“) [40] haben in den USA intensive Diskussionen ausgelöst [39], [40], werden aber letztlich zur Verbesserung der Patientenversorgung als unumgänglich angesehen [41], [42].

Die Ergänzung dieser APT für IMG (APT-IMG) sind in Nordamerika noch nicht entwickelt. Kernkompetenzen für die integrative Primärversorgung geben hier Anstöße, insbesondere solche, die für die Allgemeinmedizin („Family Medicine“) entwickelt wurden, siehe **Anhang 4, Tabelle 3**, [43], [44], [45].

Weiterbildung in Nordamerika

Programme für IMG haben sich in den USA bis heute tatsächlich überwiegend auf Weiterbildungscurricula konzentriert. Vor allem Weiterbildungsprogramme („Residencies“ und „Fellowships“) für Allgemeinärzte („Family Medicine“), wurden detailliert untersucht. Deren Ergebnisse und Auswirkungen liegen aktuell in mehreren Publikationen vor. Eine Arbeitsgruppe des „Academic Consortiums for Integrative Medicine and Health“ hatte zunächst Kernkompetenzen für eine spezielle Weiterbildung („Fellowship in IM“) beschrieben [45], die in **Anhang 4, Tabelle 2** zusammengestellt sind. Anschließend wurden diese Kompetenzen weiterentwickelt und für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin („Family Medicine Residency“) eingesetzt und validiert [44], [46], [47], [48]. 2013 wurde von dem „Board of American Physician Specialties (ABPS)“ das „American Board of Integrative Medicine (ABOIM)“ eingerichtet, um die spezielle Weiterbildung für IMG mit einer anerkannten Prüfung aufzuwerten. Dabei orientieren sich die Kompetenzen für IMG an den Richtlinien des „Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)“. Die entsprechende Facharztprüfung des ABOIM verlässt sich (wie alle Weiterbildungsprüfungen in Nordamerika) auf durch den ACGME akkreditierte und dokumentierte strukturierte Weiterbildungsprogramme mit Kernkompetenzen, Meilensteinen und APT. Da diese in den

strukturierten Weiterbildungsprogrammen geprüft und im Ergebnis dokumentiert werden, können die Weiterbildungsprüfungen der „Boards“ reine Wissensprüfungen sein. Diese werden (überwiegend) schriftlich und/oder mündlich durchgeführt.

In den USA [49] und Canada [50] werden aktuell eine Vielzahl von Weiterbildungsprogrammen für ärztliche IMG angeboten, die im Wesentlichen auf den Kern-Kompetenzen aufbauen, die von einer Arbeitsgruppe des AC vorgeschlagen wurden [43]. Alle diese Programme haben noch keine Kern-APT als Absolventenprofil für die Weiterbildung entwickelt (s. Ausbildung in Nordamerika).

Dagegen wurden für die Weiterbildung in verschiedenen Disziplinen („Residencies“, „Fellowships“) Kompetenzen im direkten Anschluss an die ärztliche Ausbildung in verschiedenen Disziplinen entwickelt, die insbesondere für die Primärversorgung („Family Medicine“) eingesetzt wurden [44]. Prüfungsmethoden dafür wurden getestet [50] und die Anwendung multizentrisch pilotiert und getestet [47], [51]. Diese Kompetenzen orientierten sich an den Akkreditierungsvorgaben der ACGME vor der „APT-Ära“.

Interprofessionelle AuWB in Nordamerika

Besondere Aufmerksamkeit muss auf die Fähigkeit zur *Organisation einer interprofessionellen Zusammenarbeit* für die Versorgung eines individuellen Patienten oder einer individuellen Patientin gelegt werden, für deren Kompetenzen Vorschläge vor allem für die Ausbildung [32] und ausführlich für die Weiterbildung [43], [44], [52] gemacht wurden, siehe auch **Anhang 4, Tabellen 3 und 4**. Ärztinnen und Ärzte, die IMG praktizieren wollen, Forschende, die über IMG arbeiten wollen und Lehrende in Programmen für IMG sollten nach entsprechender AuWB und Teilnahme an Fakultätsentwicklungsprogrammen zwar alle relevanten Disziplinen und Therapiesysteme kennen und einschätzen können, aber sie werden immer andere Gesundheitsberufe einbeziehen müssen, wenn es - wie in der Primärversorgung grundsätzlich notwendig - zu Diagnostik und Therapie kommt. Für eine integrative *primäre* Gesundheitsversorgung gilt dies in ganz besonderem Maße. Alle Gesundheitsberufe, die etwas zur IMG beitragen können, benötigen deshalb über ihre eigene Disziplin hinausgehende interprofessionelle „Metakompetenzen“. Diese wurden von einer Expertengruppe des „National Center for Integrative Primary Healthcare (NCIPH)“ vorgeschlagen [53] und von Kligler et al. 2015 publiziert [52]. Sie sind in **Anhang 4, Tabelle 4** zusammengestellt. Das NCIPH hat darüber hinaus Entwürfe für Kompetenzen und Teilkompetenzen für folgende Disziplinen veröffentlicht: Akupunktur und Orientalische Medizin [54], Verhaltensmedizin

[55], Chiropraxis [56], Allgemeinmedizin [45], Allgemeine Innere Medizin [57], Naturheilverfahren [58], Pflege [59], Pädiatrie [60], Pharmazie [61], Arztassistenten [62], Präventive Medizin [63] und Public Health [64].

Für den Erwerb dieser Kompetenzen setzten sich u.a. insbesondere die „Academy of Integrative Health and Medicine“ [65] und das „Andrew Weil Center for Integrative Medicine“ [16] ein, die auch eine multiprofessionelle Weiterbildung als „Fellowship“ anbieten.