

Die Zukunft der internistischen Weiterbildung in Deutschland

The future of clinical training in internal medicine in Germany

Autoren

M. Hallek¹ T. Schröter¹

Institut

¹ für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. und den Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (s. Anhang)

Einleitung

Die Entwicklung der ärztlichen Weiterbildung im Allgemeinen und der internistischen im Speziellen ist ein vorrangiges Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und des Berufsverbandes Deutscher Internisten, um die Qualität der Weiterbildung und die Attraktivität des Berufs für den internistischen Nachwuchs zu sichern.

Die aktuelle Situation der internistischen Weiterbildung

1. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) [1] der Bundesärztekammer vom 25.06.2010 wird 2012 nach unterschiedlichen Übergangsfristen in allen Landesärztekammern gültig sein, mit gewissen regionalen Unterschieden (▶ Tab.1). Bei den Facharztkompetenzen mit einer inhaltlich gleich ausgestalteten internistischen Basisweiterbildung unterscheiden die Kammern in der Regel zwischen dem Facharzt für Allgemeinmedizin/Hausarzt (5 Jahre Mindestweiterbildungszeit), dem Facharzt für Innere Medizin (5 Jahre Mindestweiterbildungszeit) und dem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt (6 Jahre Mindestweiterbildungszeit). Einen hervorragenden Überblick zu dieser Thematik gibt die kürzlich aktualisierte Monographie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin [2].
2. Insgesamt scheinen die Assistenzärztinnen und Ärzte mit ihrer Weiterbildungssituation in der Inneren Medizin durchschnittlich zufrieden, wie eine kürzlich erschienene, zum zweiten Mal durchgeführte Befragung zeigt [3]. Diese Evaluation der Weiterbildung im Jahr 2011 ergab eine gute Globalbeurteilung der Weiterbildungssituation mit einer Durchschnittsnote von 2,44 (im Vergleich dazu: 2,54

in 2009). Die Evaluationsergebnisse für das Gebiet Innere Medizin zeigen einen fast identischen Mittelwert von 2,62 (befriedigend) [4]. Es besteht folglich noch Verbesserungspotenzial.

3. Der 114. Deutsche Ärztetag in Kiel 2011 empfahl, die MWBO dahingehend zu ändern, dass neben anderen Qualifikationen auch einzelne, konkret zu benennende Zusatzweiterbildungen in einem **Modulsystem** nach der Beendigung einer Gebietsweiterbildung berufsbegleitend absolviert werden können [5]. Als Begründung diente die Tatsache, dass eine hauptamtliche, ganztägige Beschäftigung zur Erlangung von Zusatzweiterbildungen neben der regulären Arbeitsverpflichtung für Fachärzte in Klinik und Praxis häufig nicht realisierbar sei.
4. In der „Ständigen Konferenz Weiterbildung“ der Bundesärztekammer wird erwogen, im Zusammenhang mit der Einführung von Kompetenzblöcken in die MWBO auf die verpflichtende dreijährige stationäre Basisweiterbildung in den Facharztkompetenzen der Inneren Medizin und auf die verpflichtende Mindestzeit von 6 Monaten Weiterbildung in der internistischen Intensivmedizin zu verzichten.

Aktuelle Probleme

1. Im Gegensatz zu den mittlerweile fast einheitlich anerkannten Inhalten der novellierten MWBO sind die Kriterien, nach denen die Weiterbildungsbefugnis vergeben wird, sehr undifferenziert ausgestaltet. Dies führt zu einer heterogenen Weiterbildungsqualität und damit zu einer Chancenungleichheit für Weiterbildungende.
2. Seit dem Jahr 2000 ist statistisch nachweisbar, dass der Zustrom von Allgemeinärzten in die hausärztliche Versorgung kontinuierlich zurückgeht und eine steigende Zahl von Praxis-

Weiterbildung

Schlüsselwörter

- ▶ Weiterbildung
- ▶ Facharzttausbildung
- ▶ Innere Medizin

Keywords

- ▶ professional education
- ▶ specialist training
- ▶ internal medicine

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0032-1327328
Dtsch Med Wochenschr 2012;
137: 2591–2594 · © Georg
Thieme Verlag KG · Stuttgart ·
New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Prof. Dr. Michael Hallek
Klinik I für Innere Medizin
(Haus 16), Uniklinik Köln
Kerpener Str. 62
50937 Köln
eMail michael.hallek@
uni-koeln.de

Tab.1 Weiterbildungszeit (Jahre) für Facharztkompetenzen in Allgemeinmedizin und Innerer Medizin. Aus den aktuell gültigen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern, Stand 1.11.2012 (grün unterlegt: Empfehlung der Bundesärztekammer; blau: Abweichungen der Landesärztekammern).

Ärztekammer	Facharztkompetenzen	FA für Allgemeinmedizin	FA für Innere und Allgemeinmedizin	FA für Innere Medizin	FA für Innere Medizin und Angiologie	FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	FA für Innere Medizin und Gastroenterologie	FA für Innere Medizin und Geriatrie	FA für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	FA für Innere Medizin und Infektiologie	FA für Innere Medizin und Kardiologie	FA für Innere Medizin und Nephrologie	FA für Innere Medizin und Pneumologie	FA für Innere Medizin und Rheumatologie
Bundesärztekammer MWBO 2003 (Stand: 25.6.2010)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Landesärztekammer Baden-Württemberg WBO 2004 (Stand: 1.4.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Bayerische Landesärztekammer WBO 2004 (Stand: 16.10.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Berlin WBO 2004 (Stand: 13.3.2010)		5	-	5	6	6	6	6	6	-	6	6	6	6
Landesärztekammer Brandenburg WBO 2005 (Stand: 11.9.2011)		5	-	5	6	6	6	6	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Bremen WBO 2005 (Stand: 27.8.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Hamburg WBO 2005 (Stand: 24.10.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Landesärztekammer Hessen WBO 2005 (Stand: 1.1.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern WBO 2005 (Stand: 16.8.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	6	6	6	6	6
Ärztekammer Niedersachsen WBO 2004 (Stand: 1.2.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Nordrhein WBO 2005 (Stand: 1.1.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz WBO 2004 (Stand: 2.10.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer des Saarlandes WBO 2004 (Stand: 2.9.2008)		-	5	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Sächsische Landesärztekammer WBO 2005 (Stand: 13.5.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Sachsen-Anhalt WBO 2005 (Stand: 13.5.2011)		5	-	5	6	6	6	6	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Schleswig-Holstein WBO 2011 (Stand: 25.5.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Landesärztekammer Thüringen WBO 2011 (Stand: 14.7.2011)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6
Ärztekammer Westfalen-Lippe WBO 2005 (Stand: 1.1.2012)		5	-	5	6	6	6	-	6	-	6	6	6	6

übernahmen durch Internisten die entstehenden Versorgungsdefizite kompensiert [6]. Da eine breite internistische Weiterbildung besonders für die hausärztliche Betreuung chronisch Kranker qualifiziert, ist eine gezielte, bessere Förderung dieses internistischen Berufswegs in der Weiterbildung zu fordern. Die häufig geäußerte Besorgnis eines Verdrängungswettbewerbs hausärztlich tätiger Internisten zu Lasten der Allgemeinmedizin greift nicht, da deren Vorrang bei der Zulassung durch §103 Abs.4 SGB V garantiert wird: „Ab dem 1. Januar 2006 sind für ausgeschriebene Hausarztsitze vorrangig Allgemeinärzte zu berücksichtigen.“

3. Es bestehen Tendenzen, die Weiterbildung in Module zu verlagern [7], die in der Freizeit zu absolvieren und zum Teil von den Ärztinnen und Ärzten selbst zu finanzieren sind. Dies widerspricht einer bewährten Intention der MWBO, welche die Weiterbildungsbefugten dazu verpflichtet, Weiterbildungsinhalte in anerkannten Weiterbildungsstätten hauptamtlich und ganztagig zu vermitteln. Sowohl die DGIM als auch der BDI [8] sind der Auffassung, dass mit der Schaffung solcher Module kein klarer Vorteil gegenüber der jetzigen MWBO ersichtlich wird. Insbesondere ist eine berufsbegleitende, modulare Weiterbildung für den gezielten Erwerb von methodischen Fähigkeiten und technischen Fertigkeiten abzulehnen.

Die Abkopplung spezieller, apparativ fokussierter Diagnostik und Therapie vom Prozess des stetigen ärztlichen Abwägens differenzialdiagnostischer und differenzialtherapeutischer Schritte bei Anwendung der internistischen Krankheitslehre widerspricht einer ganzheitlich orientierten Patientenversorgung. Die existierenden Zusatzweiterbildungen belegen, dass in der bisherigen Struktur eine ausreichende Flexibilität für den berufsbegleitenden Erwerb von Qualifikationen in Kursen besteht, wenn dies fachlich gerechtfertigt erscheint (z.B. Ärztliches Qualitätsmanagement, Akupunktur, Manuelle Medizin).

4. Sowohl DGIM als auch BDI sprechen sich vehement gegen den Wegfall verpflichtender Zeiten für die internistische Basisweiterbildung und die Weiterbildung in der Intensivmedizin im Gebiet Innere Medizin aus. Diese Abschnitte bieten die einzige Garantie dafür, dass auch die zu einer Spezialisierung führende Weiterbildung den Weiterzubildenden mit der Inneren Medizin jenseits seines Schwerpunktes in Berührung bringt. Die Beschränkung auf inhaltliche Kompetenzbeschreibungen in der Weiterbildungsordnung birgt die Gefahr der Restriktion von gebotenen Rotationen – mit Bescheinigung von Erfahrungen, die an einer spezialisierten Weiterbildungsstätte ggf. gar nicht erworben werden können. Aus gutem Grund werden die Weiterbildungsbefugnisse für die bisherigen Anteile der Facharztcurricula differenziert erteilt. Eine noch frühere und noch stärkere Spezialisierung würde die Qualität der Facharztkompetenzen im Gebiet Innere Medizin in unerwünschter Weise mindern.

Forderungen von DGIM und BDI zur Verbesserung der internistischen Weiterbildung

Die Weiterbildung eines hochqualifizierten internistischen Nachwuchses ist eine der wichtigsten Aufgaben unseres Faches. In der Absicht, die Qualität der Weiterbildung zu erhalten bzw. zu verbessern, unterbreiten die DGIM und der BDI folgende konstruktive Vorschläge:

1. Die Kriterien zur Befugnis zur Weiterbildung sollten um die Anforderung erweitert werden, strukturierte Weiterbildungspläne mit Vereinbarung von Lern- und Weiterbildungszielen als Standard zu etablieren. Die Entwicklung dieser Weiterbildungspläne durch die Weiterbildungsbefugten soll von den Landesärztekammern geprüft werden, um eine einheitlich gute Qualität der Weiterbildung zu garantieren.
2. Die Erfahrungen nach der Verkürzung der Weiterbildungszeit im Zuge der letzten WBO-Novelle um 1 Jahr für den Facharzt für Innere Medizin bzw. um 2 Jahre für den Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt machen es notwendig, das internistische Weiterbildungscurriculum straffer zu strukturieren. Unnötige Anforderungen der Weiterbildungsordnung und überhöhte Richtzahlen sollen durch effizientere Strukturen der Weiterbildung und verbesserte Didaktik in den Weiterbildungsstätten ersetzt werden. Verbindlich geplante, fachübergreifende Weiterbildungen und Rotationen könnten diese Strukturen unterstützen, einzelne Weiterbildungsstätten entlasten und die Qualität der Weiterbildung erhöhen.*

3. Angesichts des absehbar zunehmenden Hausärztemangels ist die Möglichkeit der hausärztlichen Zulassung von breit ausgebildeten Internisten ordnungspolitisch wegweisend. Die MWBO sollte zur Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin neben dem stationären Berufsweg optional auch den Erwerb spezieller Kenntnisse der Hausarztmedizin durch Anrechenbarkeit ambulanter Weiterbildungsabschnitte ermöglichen.
4. Die Modularisierung der Weiterbildung ist abzulehnen. Es fehlen klare Vorteile im Vergleich zur aktuellen Fassung der MWBO, die bereits differenzierte Erwerbsmöglichkeiten von zahlreichen Zusatzweiterbildungen einräumt. Die Modularisierung der Weiterbildung würde dazu führen, dass Fachärzte nicht-internistischer Fächer vermehrt internistische Verfahren wie Lungenfunktionsprüfung, Echokardiographie, Proktoskopie, Bronchoskopie, Koloskopie oder Chemotherapien erlernen und durchführen könnten. Einer solchen Entwicklung der weiteren Betonung technischer Verfahren in der Medizin mit dem Risiko eines Verlustes der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten treten DGIM und BDI entgegen. Die Abkopplung der Methoden und Techniken der Inneren Medizin vom internistischen Fachwissen würde einen unvermeidbaren Verlust in der Qualität der medizinischen Versorgung bewirken.
5. Die obligate Basisweiterbildung von 36 Monaten Mindestdauer und die obligate Weiterbildung in der internistischen Intensivmedizin von 6 Monaten Mindestdauer müssen beibehalten werden, um der zunehmenden Schmalspurigkeit in der Weiterbildung von Spezialisten innerhalb der Inneren Medizin entgegenzuwirken.

Fazit

Die MWBO wird inzwischen relativ einheitlich in allen Landesärztekammern umgesetzt. Basierend auf den ersten Erfahrungen unterbreiten die DGIM und der BDI eine Reihe konstruktiver Vorschläge zur weiteren Verbesserung der internistischen Weiterbildung. Dabei sind die folgenden **Anliegen** von zentraler Bedeutung:

1. Aufgrund der verkürzten Weiterbildungszeit ist das internistische Weiterbildungscurriculum neu zu strukturieren. Alle Mitglieder der DGIM und des BDI und alle Fachgesellschaften aus dem Gebiet der Inneren Medizin sind daher aufgerufen, sich an der Vorbereitung der anstehenden Novellierung der Musterweiterbildungsordnung zu beteiligen.
2. Die Landesärztekammern sollen ermächtigt und verpflichtet werden, die Qualität des Weiterbildungscurriculums und die Eignung der Weiterbildungsbefugten an allen Weiterbildungsstätten zu überprüfen.
3. Die Überprüfung und die Erteilung der Weiterbildungsbefugnisse müssen nach transparenten Kriterien erfolgen und von den Landesärztekammern offen gelegt werden.
4. Die Weiterbildung in der Inneren Medizin und ihren Schwerpunkten muss auch in Zukunft schwerpunktmäßig an den Krankenhausabteilungen der Inneren Medizin erfolgen: 60 Monate stationäre Weiterbildungsdauer sollten bei den Facharztkompetenzen der Schwerpunkte und 48 Monate bei Fach-

*Ein Beispiel für eine strukturierte Weiterbildung stellt das Konzept für ein internistisches Lehr- und Lernprogramm (SKILL) der Asklepios Klinik in Seligenstadt dar. Dieses von Dr. Nikos Stergiou entwickelte Ausbildungskonzept ist seit Juni 2011 zertifiziert und besteht aus 16 theoretischen und praktischen Modulen. Neben Theoriekursen sind die Vertiefung der Kenntnisse durch Fall-Vorstellung, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und Kongressbeiträge vorgesehen. Die interdisziplinäre Koordination der Therapieplanung sowie die intensivmedizinische und anästhesiologische Weiterbildung sind ebenfalls Teil des Lehrplans. Zusätzlich beinhaltet das Curriculum Kommunikations-Trainings sowie psychologische, seelsorgerische und palliativ-medizinische Aspekte [9].

ärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt nicht unterschritten werden. Für alle Facharztcurricula des Gebietes Innere Medizin ist daneben ein fakultativ ambulanter Weiterbildungsabschnitt von 6 Monaten Mindestdauer einzuführen, um Grundkenntnisse in der ambulanten Versorgung im Fachgebiet zu vermitteln. Es sollen jedoch höchstens 12 Monate in einer ambulanten Weiterbildungsstätte auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden können.

5. Vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Hausärztemangels sollte der Wert einer *breiten* internistischen Weiterbildung als Vorbereitung für diesen Berufsweg betont werden. Neben der internistischen Basisweiterbildung angehender Fachärzte für Allgemeinmedizin im Krankenhaus gehört dazu auch die Anrechenbarkeit ambulanter Weiterbildungsabschnitte angehender Fachärzte für Innere Medizin.
6. Eine Modularisierung der Weiterbildung bedeutet die zu starke Betonung von Techniken und Methoden in der Weiterbildung. Dies bedeutet die Abkehr von einer ganzheitlichen Patientenbetrachtung und den Verlust fachspezifischer Strukturqualität der Inneren Medizin und ist daher abzulehnen.
7. Der Wegfall von Pflichtzeiten für essenzielle Weiterbildungsabschnitte unterhalb der Mindestdauer der gesamten Weiterbildung lässt sich für die Facharztkompetenzen im Gebiet Innere Medizin nicht durch den Übergang auf inhaltlich-beschreibende Kompetenzblöcke kompensieren. Feste Abschnitte für die gemeinsame Basisweiterbildung aller Internisten und für die internistische Intensivmedizin müssen erhalten bleiben, die bestehenden Mindestzeiten haben sich bewährt.

Anhang

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Präsidentin

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden

Kommission Aus-, Weiter- und Fortbildung

Vorsitzender:

Prof. Dr. med. Michael Hallek, Köln

Mitglieder:

DGA: Prof. Dr. med. Andreas Creutzig, Hannover
 DGE: Prof. Dr. med. Karl-Michael Derwahl, Berlin
 DGHO: Prof. Dr. med. Hartmut Link, Kaiserslautern
 DGK: Prof. Dr. med. Martin Sigmund, Wiesbaden
 DGP: Prof. Dr. med. Michael Pfeifer, Regensburg
 DGRh: Prof. Dr. med. Jürgen Wollenhaupt, Hamburg
 DGVS: Prof. Dr. med. Markus Lerch, Greifswald
 DGG: Dr. med. Michael Meisel, Dessau
 DGI: Prof. Dr. med. Winfried V. Kern, Freiburg
 DGfN (GfN): Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst, Hannover
 DGIIN: Prof. Dr. med. Uwe Janssens, Eschweiler

Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Vorstand

Präsident:

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Hamburg

Mitglieder:

Dr. med. Wolf von Römer (1. Vizepräsident), München
 Dr. med. Hans-Friedrich Spies (2. Vizepräsident), Frankfurt
 Dr. med. Klaus-Friedrich Bodmann, Eberswalde
 Dr. med. Johannes Bruns, Berlin
 Dr. med. Michael Denking, Ulm
 Dr. med. Horst Feyerabend, Hagen
 Prof. Dr. med. Ulrich Fölsch, Kiel
 Dipl.-Med. Bernd Helmecke, Crivitz
 Prof. Dr. med. Hans Martin Hoffmeister, Solingen
 Dr. med. Hans-Reinhard Pies, Nettetal
 Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, München
 Dr. med. Thomas Schröter, Weimar
 Kevin Schulte, Aachen

Literatur

- 1 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_07122011.pdf
- 2 Menelaou O. DGIM-Handbuch. 2. überarbeitete und aktualisierte Neuauflage „Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin“, Herausgeber: Wiesbaden, Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V 2012
- 3 Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung, 2. Befragungsrunde 2011. Bundesrapport 14.12.2011
- 4 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/2009-EVA_WB-Ausw-InnereMedizin1.pdf
- 5 Beschluss des 114. Ärztetags in Kiel 2011. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf> (Seite 73)
- 6 Schröter T. Berufliche Perspektiven der Internisten in der hausärztlichen Versorgung: BDI aktuell 11/2012 (Seite 7)
- 7 Beschluss des 114. Ärztetags in Kiel 2011 (Seite 70 des Beschlussprotokolls)
- 8 Stellungnahme der DGIM und des BDI zur modularen Weiterbildung 20.02.2012. http://www.dgim.de/portals/pdf/stellungnahmen/2012-03-13_Schreiben%20Dr%20%20Bartmann_.pdf
- 9 Pressemitteilung der Landesärztekammer Hessen vom 12.8.2011 http://www.laekh.de/aktuelles/aktuelles_2011_08_12_asklepios.html