

Zwischen Basisversorgung und Spezialisierung - Geschichte und Zukunft des Berufsbildes Internist

Hinweis:

Zugunsten der besseren Lesbarkeit des Textes wurde auf die Nennung der jeweils weiblichen Form ärztlicher Berufsbezeichnungen verzichtet.

Historischer Rückblick

Die Berufsbezeichnung Internist etablierte sich in Deutschland während der Zeit der Weimarer Republik und damit mehrere Jahrzehnte nach der Herausbildung der Inneren Medizin als eigener heilkundlicher Disziplin im 19. Jahrhundert. Erst auf dem Deutschen Ärztetag von 1924 schlug die offizielle Geburtsstunde diverser „Sonderärzte“, die sich über Jahrzehnte im Deutschen Reich - entgegen der damals gültigen Berufsordnung – auf eingeschränkte Bereiche der Humanmedizin spezialisiert hatten. Im historischen Dokument der „Bremer Leitsätze“ (1924) forderte die Ärzteschaft von diesen Kollegen, ihre Tätigkeit auf die ausgewiesene Domäne zu beschränken. Die bis dato unregelte Bezeichnungsvielfalt wurde auf 14 Sondergebiete beschränkt, zu denen unter anderen „Innere Medizin und Nervenkrankheiten“, „Lungenkrankheiten“ sowie „Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten“ gehörten. Nach dem zweiten Weltkrieg kam es zu einer nochmaligen Reduzierung der Zahl von Fachgebieten, ab 1949 waren „Internist“ und „Lungenarzt“ als abgegrenzte Berufsbilder für beide Teile Deutschlands verblieben.

Im Jahr 1968 führte der 71. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden unter der Ägide von Prof. Sewering das Facharztwesen in der Bundesrepublik ein. Die neue Regelung ordnete der Inneren Medizin als übergeordnetem Fachgebiet sechs mögliche Subspezialisierungen zu. Damit erfolgte eine deutliche Abgrenzung vom Weg der Aufspaltung zwischen Internisten und Subspezialisten im benachbarten Frankreich.

Arzt oder Facharzt?

Vier Jahre später revolutionierte die verfasste deutsche Ärzteschaft ihre Weiterbildungssystematik mit der Schaffung eines „Arztes für Allgemeinmedizin“. Die neue Bezeichnung für Praktische Ärzte mit geregelter Weiterbildung anerkannte die Möglichkeit der „Spezialisierung auf das Allgemeine“ und sollte die hausärztliche Medizin aufwerten. Dieser Schritt war gefolgt von vielen Diskussionen, in deren Ergebnis 1976 die „Fach“arzttitel aller anderen Gebiete abgeschafft wurden. Auch der Internist firmierte von nun an als „Arzt für Innere Medizin“.

Gegensinnig verlief die Entwicklung der Berufstitulatur in der DDR. Im selben Jahr 1976 erließ die staatliche Administration eine Verordnung, nach der die damals eingeführten ärztlichen Gebiete zuzüglich der Allgemeinmedizin mit einem Facharztstitel versehen wurden. Dass man in der DDR „Fachärzte“ ausbildete und in Westdeutschland nur „Ärzte“, diente der kommunistischen Propaganda fortan als Beweis für die Überlegenheit ihres Gesundheitssystems.

Beim Wiedervereinigungs-Ärztetag 1991 in Hamburg wurde die ostdeutsche Nomenklatur übernommen, so dass der „Facharzt für Allgemeinmedizin“ nachfolgend

in ganz Deutschland Verbreitung fand und der „Facharzt für Innere Medizin“ als Basis für nunmehr acht Teilgebiete in den Westen zurückkehrte.

Verschmelzungsmodell

Eine Überlappung der Berufsbilder von überwiegend hausärztlich tätigen Internisten und Allgemeinärzten führte 2002 zum Rostocker Beschluss, die Gebiete Innere Medizin und Allgemeinmedizin zusammenzuführen und ein einheitliches Curriculum für Hausärzte zu schaffen. Mit der (Muster-)Weiterbildungsordnung von 2003 realisierte der 106. Deutsche Ärztetag in Köln diese Verschmelzung. Zeitgleich wurde die Möglichkeit geschaffen, mit einer verkürzten Basisweiterbildung in Innerer Medizin schon nach 6 Jahren die Facharztanerkennung im Schwerpunkt zu erreichen. Es entstanden damit neun Varianten internistischer Facharztqualifikationen vom Hausarzt bis zum Subspezialisten. Das Berufsbild des Internisten als Generalist im Gebiet war in dieser Ordnung – entgegen der Versorgungsrealität - nicht mehr vorgesehen.

Deutschland und Europa

Der Beschluss von Köln 2003 war einerseits ein Schritt in Richtung Harmonisierung der ärztlichen Weiterbildung in der Europäischen Union. In der einschlägigen EU-Richtlinie werden Kardiologen, Gastroenterologen, Nephrologen, Pulmologen, Endokrinologen, Rheumatologen und Hämatologen mit 3 oder 4 Jahren Weiterbildungsdauer nämlich als eigenständige Gebietsärzte geführt und verkörpern ganz andere Berufsbilder als der europarechtlich definierte Internist nach 5 Jahren Weiterbildungszeit. Andererseits widersprach die deutsche Verschmelzungsversion von Allgemeinarzt und Internist dem europäischen Recht in zweifacher Hinsicht.

Erstens darf Deutschland nicht in Brüssel einen „Facharzt für Innere Medizin“ notifiziert halten, wenn es die internistische Basisweiterbildung seiner nationalen Qualifikationen („Truncus communis“) auf 3 Jahre verkürzt. Hier sah die EU-Kommission einen Etikettenschwindel in den neuen deutschen Doppeltiteln und hat der Wiedereinführung des europakonformen Facharztes für Innere Medizin auf dem Deutschen Ärztetag 2007 in Münster den Weg bereitet.

Zweitens darf Deutschland nicht ausschließlich für einwandernde General Practitioners aus dem EU-Bereich den in Brüssel notifizierten Titel „Facharzt für Allgemeinmedizin“ vorsehen, seine Inländer hingegen als „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ beurkunden. Wie lange die deutsche (Muster-) Weiterbildungsordnung noch in diesem Widerspruch zur europäischen Notifizierung bleibt, ist gegenwärtig nicht absehbar. Als erste Landesärztekammer hat Berlin 2008 konsequent die EU-Konformität seiner Weiterbildung für Allgemeinärzte und Internisten hergestellt und dafür die Genehmigung der Aufsichtsbehörde erhalten. Die anderen Kammerbereiche behelfen sich vorläufig mit Fußnoten, die den eingeführten (europarechtlich unzulässigen) Hausarzt-Doppeltitel wieder außer Kraft setzen.

Stand 2008

Mit der in den meisten Landesärztekammern bereits umgesetzten Weiterbildungsordnung von Münster 2007 wird für angehende Internisten eine vorher

nie gekannte Vielfalt an Möglichkeiten eröffnet, sich den individuellen Neigungen entsprechend zu qualifizieren. Im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin stehen gegenwärtig 10 Facharzt- Kompetenzen als Berufsziel zur Auswahl, denen eine dreijährige stationäre internistische Basisweiterbildung gemeinsam ist. Daran können 2 Jahre Allgemeinmedizin oder allgemeine Innere Medizin oder Rotation durch internistische Schwerpunkte angeschlossen werden, um nach 5 Jahren Hausarzt oder klinisch orientierter Facharzt für Innere Medizin zu werden. Als Alternative steht die Weiterbildung zum Facharzt für einen der acht Schwerpunkte (3 Jahre Basisweiterbildung plus 3 Jahre Spezialisierung) offen.

Führende Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Internisten und der wissenschaftlichen Gesellschaften der Inneren Medizin empfehlen Weiterbildungsassistenten nach den ersten drei Jahren ihrer Kliniklaufbahn, zunächst Facharzt für Innere Medizin zu werden. Dies gilt ausdrücklich nicht für jene jungen Assistenzärzte, die eine hausärztliche Tätigkeit oder eine primär hoch spezialisierte Karriere anstreben. Das ideale Berufsbild des Internisten von morgen verbindet die breite Ausrichtung des Facharztes für Innere Medizin mit der speziellen Qualifikation des zweiten Facharztes in einem Schwerpunkt.

Internist und Subspezialist

Als Vorteile, die sich beim Einlassen auf den relativ langen Weg einer Weiterbildung von 8 Jahren ergeben, sind folgende Punkte anzuführen.

1. Alle Kandidaten für eine der 10 internistischen Facharztkompetenzen sind in allgemeiner Innerer Medizin zu prüfen. Beim Facharzt für Innere Medizin ist der Prüfungsstoff auf dieses Gebiet beschränkt, die anderen Kandidaten müssen am gleichen Tag zusätzlich den Prüfungsteil in Allgemeinmedizin oder im Schwerpunkt bestehen. Man hat also die Möglichkeit, durch zweizeitige Prüfung – erst als Internist und später für den Zweitfacharzt – die Lernstoffmenge für jede einzelne Prüfung zu reduzieren. Wer z. B. mit einer vorhandenen Facharztanerkennung als Internist zur Schwerpunktprüfung antritt, wird dann nur noch zum Schwerpunkt befragt.
2. Als Internist kann man bereits nach 5 Jahren das fachärztliche Gehaltsniveau erreichen, ggf. Oberarztstellen besetzen und ist für die Klinikleitung der anschließenden Schwerpunktweiterbildung flexibler einsetzbar. Die Verlängerung der Gesamtdauer von bisher 7 auf nunmehr 8 Jahre bis zur Schwerpunktanerkennung wird dadurch relativiert, dass 3 von den 8 Jahren mit Verdienst und Einsetzbarkeit im Facharztstatus verbunden sind.
3. Die weitere Umstrukturierung des stationären und ambulanten Gesundheitssystems und zukünftige Entwicklungen der Arbeitsmarktsituation für Ärzte sind langfristig nicht im Detail vorhersehbar. Deshalb ist gut beraten, wer das Portfolio seiner Qualifikationen frühzeitig breit anlegt. Als Facharzt für Innere Medizin plus Facharzt für einen internistischen Schwerpunkt gewinnt man optimale Flexibilität für den Fall, dass die persönliche Laufbahn irgendwann einmal umgesteuert werden muss (z.B. Niederlassung, Ortswechsel).
4. Der fünfjährig weitergebildete Facharzt für Innere Medizin ist die einzige Qualifikation ohne Zeitnachteil für deutsche Assistenzärzte im Vergleich zur Europäischen Union. Der zusätzliche Aufwand von 3 Jahren bis zum

Schwerpunktfacharzt bietet für einen Teil der Spezialisierungen sogar Zeitersparnis im Vergleich zum Erwerb von zwei Facharztstiteln im übrigen Europa. Damit kann der systematische Inländernachteil beim Erwerb nur eines Facharztstitels infolge der deutschen Weiterbildungszeiten mit dem Erwerb von zwei Abschlüssen ausgeglichen werden. Dies ist vor allem für migrationsbereite Ärzte von Bedeutung.

5. Sollte die Entwicklung des Weiterbildungs- und Berufsrechts zukünftig dazu führen, dass einzelne Inhalte und Methoden des heutigen Gebietsumfangs „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ für Schwerpunktfachärzte als fachfremd angesehen werden, schützt die generalistisch angelegte Qualifikation als Facharzt für Innere Medizin vor Beschneidungen der persönlichen beruflichen Entfaltung.

Der zeitlich kürzere Weg direkt zum Schwerpunktfacharzt endet mit einer Doppelprüfung in allgemeiner Innerer Medizin und dem Schwerpunkt an einem Tag, lässt keine Möglichkeit zur späteren Niederlassung als Internist mit breitem Spektrum oder als Hausarzt offen, reduziert die Eignung für leitende Positionen in internistischen Einrichtungen ohne Schwerpunkt und führt erst nach frühestens 6 Jahren zu einem Facharztgehalt. Trotzdem kann diese Möglichkeit im persönlichen Einzelfall die bessere Alternative sein.

Internist und Hausarzt

Für angehende Allgemeinärzte sind die vorstehenden Erwägungen insofern relevant, als ihr Facharzt-Curriculum nach 2003 weitgehend internistisch ausgerichtet wurde. Sie verbringen heute mehr Zeit ihrer Weiterbildung auf der internen Station als in der allgemeinmedizinischen Praxis. Das strukturelle Problem der Krankenhäuser, dass mit dem Facharzt für Innere Medizin die wichtigste Chefarztqualifikation in der Basisstation für angehende Hausärzte beinahe abgeschafft worden wäre, konnte in Münster 2007 gelöst werden. Gegenwärtig bestehen keine Probleme für den Hausarznachwuchs, eine Weiterbildungsstelle für die ersten 3 Jahre in allgemeiner Innerer Medizin zu finden.

Da die Zahl der Anwärter auf den „Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin“ nicht ausreicht, den errechneten Bedarf zu decken, ist der offene Abzweig vom Hausarztweg in die neun anderen internistischen Richtungen berufspolitisch natürlich brisant. Dieses Problem ist aber logische Folge der Verschmelzung (Truncus communis!) und damit hausgemacht. Den Mut, hier radikal zurückzurudern und der Allgemeinmedizin ihre eigenständige Identität neben der klinikorientierten Inneren Medizin wiederzugeben, hatten bisher nur die Berliner Kammerdelegierten.

Die Abdeckung von Vakanzen in der hausärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Innere Medizin bleibt nach § 73 (1a) und § 103 (4) SGB V auf absehbare Zeit weiterhin gesetzlich möglich. Diese Option gehört allerdings nicht zum Berufsbild des Internisten nach der Münsteraner Weiterbildungsordnung! Sie hat nur aus Versorgungsgründen Bestand. Bei einem Blick in die jüngere deutsche Ärztagsgeschichte wird indes deutlich, dass unserer Gesellschaft eine hohe, vorwiegend internistisch geprägte Qualifikation des Hausarztes zur Verfügung gestellt werden soll. Solange es schwierig ist, ausreichend Allgemeinmediziner als Nachfolger für Hausarztpraxen zu finden, erscheint die Substitution durch Fachärzte für Innere Medizin daher logisch. Diese Ersatzfunktion ist als historisches

Auslaufmodell zu betrachten, gehört aber vorläufig zu den realen Alternativen neben dem idealtypischen Berufsziel für die heutige Nachwuchsgeneration von Internisten.

Ausblick

Durch die hohe und absehbar weiter zunehmende Morbidität der Bevölkerung mit inneren Krankheiten besteht für alle internistischen Facharzt Kompetenzen wachsender Bedarf in der stationären und ambulanten Patientenversorgung. Die neue Weiterbildungsordnung erscheint geeignet, die Entscheidung für ein interessantes, variantenreiches und zukunftssicheres Berufsbild zu befördern.

Dr. med. Thomas Schröter

Manuskriptfassung: 10.04.2008
Erstpublikation: Ärzteblatt Thüringen 5/2008