

Wieviel stationäre Innere Medizin benötigen angehende Hausärzte in Ihrer Weiterbildung? - ein Werkstattbericht

Wolfram J. Herrmann

10.12.2013

Zusammenfassung

Die Länge der Pflichtzeit in stationärer Innere Medizin im Rahmen der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin ist umstritten. Vor dem Hintergrund der stärkeren Kompetenzorientierung der Facharztweiterbildung, fand auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) in München einen Workshop mit der Frage wieviel stationäre Innere Medizin angehende Hausärzte benötigen und welche Kompetenzen in der stationären inneren Medizin erlangt werden sollen statt.

In dem Workshop wurden als zentrale Kompetenzen Kennen und Erkennen von Krankheiten und Befunden, technische Fertigkeiten, Notfallmanagement und die Kenntnis stationären Arbeitens zusammengetragen. Welche Kompetenzen nur in der stationären Versorgung erlangt werden können und wieviel Zeit dafür notwendig ist, war umstritten. Notwendig erscheint vielmehr eine Individualisierung der Weiterbildung entsprechend der Bedürfnisse der einzelnen Ärzte in Weiterbildung und der Patienten.

Einleitung

Die Länge des Pflichtanteils stationärer Innerer Medizin an der Facharztweiterbildung in Allgemeinmedizin ist eine häufig heiß diskutierte Fragestellung. Dabei variiert der Anteil der stationären Inneren Medizin in den verschiedenen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern stark. Während die aktuelle Musterweiterbildungsordnung eine Mindestzeit von 18 Monaten in der stationären Inneren Medizin vorschlägt, verlangen die meisten Landesärztekammern eine Mindestzeit von 24 Monaten oder 18 Monaten stationäre Innere Medizin. Ein geringerer Anteil wird nur in Mecklenburg-Vorpommern mit 12 Monaten und in Berlin mit sechs Monaten verlangt.

International variiert ebenfalls die Zeit der Pflichtweiterbildung in stationärer Innerer Medizin stark, in Norwegen und Schweden ist keine Pflichtzeit in Innere Medizin vorgesehen, in Dänemark aktuell 6 Monate, ebenso in den Niederlanden. Aus epidemiologischer

Sicht sind Symptome und Krankheitsbilder in der Hausarztpraxis und im Krankenhaus verschieden, woraus in Norwegen abgeleitet wurde, dass vier der fünf Jahre Allgemeinmedizinweiterbildung in der allgemeinmedizinischen Praxis stattfinden müssen [1].

Mit einer zunehmenden Ausrichtung auf eine Kompetenzorientierung der Weiterbildung [2, 3] stellt sich auch die Frage der in der stationären Inneren Medizin zu erlangenden Kompetenzen. Kompetenz ist ein in der Schul-, Hochschul- und berufsbildenden Didaktik sich in den letzten Jahren zunehmende durchsetzendes Konstrukt, welches auf das in einer Ausbildung zu erreichende Ziel fokussiert. Dabei ist Kompetenz eine Handlungsfähigkeit, welche zum späteren Handeln, der Performanz, befähigt. Dabei kann Kompetenz selbst nicht gemessen werden, jedoch die darauf beruhende Performanz (z.B. in Form von OSCEs). Die am stärksten rezipierte Definition von Kompetenz ist die von Weinert [4]: „die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“ Dabei spiegelt diese komplexe Definition die Schwierigkeit der Operationalisierung von Kompetenzen wider.

Im Zusammenhang mit der Pflichtzeit stationärer Innerer Medizin ergab es sich als neuer Ansatz erst nach den zu erreichenden Kompetenzen zu fragen, und darauf aufbauend nach der zum Erreichen dieser Kompetenzen notwendigen Weiterbildungszeit. Die Fragestellung lautete daher: Wieviel stationäre Innere Medizin brauchen angehende Hausärzte in ihrer Weiterbildung? mit den beiden Teilfragen:

- Welche Kompetenzen benötigen angehende Hausärzte aus der stationären Innere Medizin?
- Wie können diese Kompetenzen erreicht werden, wieviel Zeit ist dafür obligatorisch nötig?

Projektbeschreibung

Auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2013 in München führten wir einen 90-minütigen Workshop zu dieser Fragestellung durch. Der Workshop war offen für alle Teilnehmer des DEGAM-Kongresses, jedoch nahmen überwiegend Ärzte in Weiterbildung und junge Hausärzte teil.

Die Workshopeilnehmer wurden zufällig in Kleingruppen eingeteilt, welche die Frage „Welche Kompetenzen benötigen angehende Hausärzte aus der stationären Innere Medizin?“ in ihrer Gruppe diskutieren und ihre Antworten auf Moderationskarten festhalten sollten. Die Ergebnisse der Gruppen wurden gemeinsam an einer Moderationswand zusammengetragen, geclustert und im Plenum diskutiert.

Ergebnisse

Die in dem Workshop zusammengetragenen und diskutierten Kompetenzen, Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die in einer Weiterbildungsphase der stationären Inneren Medizin erlangt werden sollen, gliederten sich in vier hauptsächliche Bereiche: Kennen und Erkennen von Krankheiten und Befunden, technische Fertigkeiten, Notfallmanagement und die Kenntnis stationären Arbeitens. Entscheidend in der Diskussion war dabei häufig die höhere Dichte pathologischer Befunde in einem Hochprävalenzsetting wie dem Krankenhaus.

Kennen und Erkennen von Krankheiten

Die Hochprävalenz im Krankenhaus ermöglicht es auch seltenere Erkrankungen zu erleben und pathologische Untersuchungsbefunde häufiger kennenzulernen. Dabei sahen die Workshopteilnehmer vor allem einen Nutzen für die spätere Diagnostik in der Hausarztpraxis. Die Kenntnis spezifisch pathologischer Untersuchungsbefunde aus dem Hochprävalenzbereich soll das Erkennen solcher Befunde in der großen Zahl normaler Befunde im Niedrigprävalenzbereich erleichtern. Darüber hinaus brachten einige Teilnehmer an, dass das Erleben vieler Krankheiten und ihrer Behandlung am Patientenfall das Wissen um Krankheiten und ihre Behandlung verbessere. Kontrovers wurde dabei diskutiert, wie groß der Nutzen des vorigen Erlebens dieser Erkrankungen am Patienten für das Erkennen von Erkrankungen ist.

Technische Fertigkeiten

Das Krankenhaus bietet einen geschützten Rahmen um technische Fertigkeiten zu erlernen. Genannt wurden insbesondere Venenpunktion, Aszitespunktion, Durchführung und Interpretation von EKG und Abdomensonographie. Auch wenn diese Kompetenzen grundsätzlich auch im ambulanten Rahmen erlernbar sind, ist im stationären Setting durch die höhere Anzahl an Prozeduren und pathologischen Befunden von einem schnelleren Lernfortschritt auszugehen.

Notfallmanagement

Eine häufig genannte Kompetenz war das Notfallmanagement. Viele Workshopteilnehmer sahen stationäres Arbeiten - insbesondere in der Rettungsstelle - als wichtig für ein gutes Notfallmanagement in der Allgemeinpraxis an.

Kenntnis stationären Arbeitens

Einen wichtigen Aspekt sahen die Teilnehmer in der Kenntnis stationären Arbeitens. Das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen der Inneren Medizin erleichtert die hausärztliche Aufgabe als Gatekeeper und Zuweiser.

Lernen im Krankenhaus vs. Lernen ambulant

In der Diskussion differenzierten die Teilnehmer zwischen Kompetenzen, welche nur im Krankenhaus erlernbar sind, und Kompetenzen, die sowohl stationär als auch ambulant erlangt werden können. Dabei war sowohl umstritten, welche Kompetenzen nur im Krankenhaus erlernt werden können, als auch welchen Stellenwert sie für die spätere hausärztliche Tätigkeit haben.

Vereinbarkeit mit Familie und/oder Forschung

Ein wichtiger Aspekt bei der Frage nach Weiterbildung im Krankenhaus oder ambulant war dabei auch, dass stationäre Arbeit wesentlich schlechter mit Familie und/oder Forschung vereinbar ist als ambulante Arbeit, wo in der Regel Teilzeitarbeit möglich ist.

Diskussion

In dem Workshop erarbeiteten die Teilnehmer, dass es Gründe gibt, die für eine Weiterbildungszeit in der stationären inneren Medizin sprechen. Diese hängen vor allem mit der höheren Prävalenz von Beschwerden und Krankheitsbildern zusammen. Jedoch konnten sich die Teilnehmer in der Kürze der Zeit nicht einigen, in welchem Umfang die entsprechenden Kompetenzen nur stationär erlangt werden können.

In der Literatur findet sich in diesem Zusammenhang auch eine entgegengesetzte Argumentation, so sehen Westin u. a. [1] gerade aufgrund der unterschiedlichen Prävalenzen und unterschiedlichen Krankheitsbilder keinen Grund für eine Weiterbildungszeit in der stationären Medizin. Nach der stark rezipierten Studie von White, Williams und Greenberg [5] machen die in Krankenhäusern behandelten Probleme nur 6% von Ärzten behandelten Probleme aus. Inwiefern sich die Gesundheitsprobleme von Patienten im Krankenhaus und der Hausarztpraxis auch qualitativ unterscheiden bleibt dabei offen.

Es stellt sich insbesondere die Frage, ob im diagnostischen Prozess vor allem Wiedererkennen von abnormen Befunden eine wichtige Rolle spielt oder das Erkennen, dass das normale Muster gestört ist. Im ersteren Falle erscheint eine längere Zeit in der stationären Inneren Medizin sinnvoll, im letzteren Fall erscheint eine längere Zeit in der Hausarztpraxis sinnvoll. In der Forschung zeigen sich starke interindividuelle Unterschiede im diagnostischen Prozess [6]. Dabei spielt insbesondere Erfahrung eine wichtige Rolle [7]. Man könnte dabei argumentieren, dass insbesondere die Langzeit-Erfahrung im eigentlichen Arbeitssetting, in diesem Falle der Hausarztpraxis die entsprechende Intuition schult, da sich eben die Wahrscheinlichkeit bestimmter Erkrankungen in Krankenhaus und Hausarztpraxis unterscheidet. Systematische Untersuchungen zum Einfluss unterschiedlicher Arbeits- und Weiterbildungssettings auf das diagnostische Handeln gibt es bisher nicht. Die Frage nach der Notwendigkeit des Arbeitens in der stationären Inneren Medizin berührt dabei insbesondere auch das eigene Selbstverständnis als Hausärzte und von hausärztlichem Arbeiten.

Die internationalen Standards für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin [2] sehen parallel zu einem der Themencluster aus dem Workshops als Grund für einen Wei-

terbildungsabschnitt im Krankenhaus überwiegend die Kenntnis stationären Arbeitens und der Abläufe als häufigem Kooperationspartner von Hausärzten.

Einschränkend für die Ergebnisse des Workshops ergibt sich einerseits, dass die Workshopteilnehmer überwiegend Ärzte in Weiterbildung waren, oder junge Hausärzte. Es fehlte daher den Teilnehmern die langjährige Erfahrung hausärztlicher Tätigkeit, welche möglicherweise einen anderen Blick auf die für einen Hausarzt notwendigen Kompetenzen gibt. Darüber hinaus war die Zeit des Workshops nicht ausreichend, um die lebhafteste Diskussion zu Ende zu führen.

Schlussfolgerung

Der Ansatz bei der Frage nach Pflichtzeiten der stationären Inneren Medizin in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach den zu erlangenden Kompetenzen zu fragen ist neu. Dabei zeigte sich, dass sich im Rahmen eines 90-minütigen Workshops nur eine Diskussion über diese Frage in Gang setzen ließ, welche in Zukunft weiter geführt werden muss.

Ein zentrales Ergebnis des Workshops war, dass eine Pflichtzeit nicht allgemein festgelegt werden kann. Vielmehr werden Kompetenzen individuell unterschiedlich schnell gelernt und sind die Settings internistischer Stationsarbeit zu wenig vergleichbar. Vielmehr erscheint individuelle Kompetenzentwicklung, Selbst- und Fremdbeurteilung, stetiges Feedback und darauf aufbauende Weiterbildungsplanung sinnvoll; dies stellt jedoch hohe Anforderungen an die Ärzte in Weiterbildung und an die Weiterbildungsorganisation und -struktur. Dies spricht dafür die Weiterbildung zukünftig stärker zu individualisieren und an den individuell vorhandenen und noch zu erlangenden Kompetenzen auszurichten. Dies würde jedoch ein neues Paradigma in der Weiterbildung bedeuten, mit einer einerseits größeren Flexibilisierung der Weiterbildung bei gleichzeitig höherem Betreuungsaufwand und größerer Verantwortung der Ärzte in Weiterbildung.

Dank

Ich danke Katharina Weinert und Iris Böhmer für die Mitentwicklung des Workshops, allen Teilnehmern für die konstruktive Arbeit im Workshop und Bernhard Lache für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Interessenkonflikt

Der Autor ist selbst Arzt in Weiterbildung.

Literatur

- [1] S. Westin u. a. "A group-based training programme for general practitioners: a Norwegian experience." In: *Family Practice* 5 (1988), S. 244–252.
- [2] W. J. Herrmann. "Internationale Standards der Weiterbildung Allgemeinmedizin im Vergleich mit der Situation in Deutschland". In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 89 (2013).
- [3] *Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin*. (letzter Zugriff am: 18.08.2013). URL: <http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de/public/curriculum.shtml>.
- [4] F. E. Weinert. *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim: Beltz, 2001.
- [5] K. L. White, T. F. Williams und B. G. Greenberg. "The ecology of medical care." In: *N Engl J Med* 265 (1961), S. 885–892. DOI: 10.1056/NEJM196111022651805.
- [6] A. S. Elstein, A. Schwartz und A. Schwarz. "Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature." In: *BMJ* 324 (2002), S. 729–732.
- [7] A. S. Elstein. "Thinking about diagnostic thinking: a 30-year perspective." In: *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 14 Suppl 1 (2009), S. 7–18. DOI: 10.1007/s10459-009-9184-0.