

Rolle im Primärarztsystem

Auch das geplante Primärarztsystem mit zunehmender Ambulantisierung, um Kliniken abzubauen und Bettenkapazitäten zu reduzieren, braucht das Bollwerk der breit aufgestellten Allgemeininternistinnen und -internisten [18, 19]. Wenn die hausärztliche Versorgung wieder die erste und steuernde Instanz im Gesundheitswesen sein soll, muss sich dies konsequenterweise auch in den Weiterbildungsstrukturen abbilden. Die hausärztlich-internistische Praxis ist ein besonders geeignetes Umfeld, um breite internistische Kompetenz, Versorgungskontinuität, Patientensteuerung und sektorenübergreifendes Denken praxisnah zu vermitteln.

Vorbereitung auf die Landarztztätigkeit

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Landarztquote. Dabei verpflichten sich Studierende, später im ländlichen Raum hausärztlich tätig zu sein. Sie ermöglicht neben der Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin auch die Option zur Weiterbildung in der Inneren Medizin [20]. Da Bundesländer wie Bayern oder Baden-Württemberg eine mindestens zehnjährige hausärztliche Tätigkeit vorsehen, kann es sinnvoll sein, bereits Teile der internistischen Weiterbildung in einer hausärztlichen Praxis zu absolvieren. Dadurch kann man früh praktische Routine, Kontinuität in der Patientenbetreuung sowie einen realistischen Einblick in das Tätigkeitsfeld gewinnen.

Die Bayerische Landesärztekammer nennt für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin u. a. Ultraschall, enterale und parenterale Ernährung, die Einbeziehung sozialer Belange, die Beurteilung von Arbeitsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sowie praktische Techniken wie Wundversorgung und kleinere Eingriffe [21]. Im Krankenhaus decken oft spezialisierte Einheiten solche Inhalte ab. Gleichzeitig bindet die Bürokratie dort viel Zeit: Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus verbringen durchschnittlich 2,9 h pro Arbeitstag mit Dokumentation und Nachweisen [22]. Gerade deshalb ist die internistisch geführte Hausarztpraxis der Ort, an dem die für die spätere hausärztliche Versorgung entscheidenden Fähigkeiten gezielt erlernt werden können.

Schon gewusst?

DGIM-Siegel für DiGA-Erklärvideos

Die Projektgruppe „DiGA“ unter Leitung von Professor Dr. med. Martin Möckel hat im Jahr 2023 einen Kriterienkatalog zur Vergabe eines DGIM-Siegels für DiGA-Erklärvideos veröffentlicht. Ziel ist es, hochwertige und verlässliche Informationsangebote im Bereich der Digitalen Gesundheitsanwendungen zu fördern und sichtbar zu machen. Ab sofort können Anbieterinnen und Anbieter von DiGA-Erklärvideos einen Antrag auf Prüfung und Auszeichnung mit dem DGIM-Siegel stellen.

Nähere Informationen und Antragsformulare sind unter www.dgim.de/ueber-uns/kommissionen/digitale-transformation zu finden.

Fazit für die Praxis

1. In der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin wären mindestens 12 Monate in einer internistisch geführten Hausarztpraxis fachlich sinnvoll, da dort sowohl klassische allgemeinmedizinische als auch zentrale internistische Kompetenzen vermittelt und angewendet werden können.
2. Derzeit gibt es in hausärztlich-internistischen Praxen meist keine Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin. Einige Bundesländer wie Berlin oder Rheinland-Pfalz bieten allerdings Sonderregelungen an.
3. Mit der zunehmenden Ambulantisierung und den neuen kompetenzbasierten Weiterbildungsordnungen sollten zukünftig deutschlandweit einheitliche Vorgaben zur ambulanten internistischen Weiterbildung in der Hausarztpraxis geschaffen werden.

Dr. med. Thomas Bächer und Samantha Schmidtke, Regensburg

Dieser Artikel ist erstmals erschienen in: MMW Fortschr Med. 2026; 168 (13): 36–37.

Literatur als Zusatzmaterial unter <https://doi.org/10.1007/s15006-026-6139-9>.

AG Transition

Transitionskorridor für die Weiterbetreuung bis zum 21. Geburtstag etabliert

Nicht nur der Zeitpunkt der Pubertätsentwicklung unterliegt großen individuellen Unterschieden, auch chronische Krankheiten und Behinderungen können die Reifung verzögern. Die Volljährigkeit ist somit nicht immer ein sinnvoller Zeitpunkt für den Wechsel von der Kinder- und Jugendmedizin zu den „Erwachsenen“. Dem werden inzwischen auch die Weiterbildungsordnung und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gerecht – und erweitern das Patientenspektrum von Pädiaterinnen und Pädiatern um die Gruppe der Heranwachsenden. Die AG Transition begrüßt diese Entwicklung ausdrücklich, mahnt aber auch: Gute Transition braucht entsprechende Ressourcen.

Schon lange wurde in Deutschland, z. B. durch die Gesellschaft für Transitionsmedizin und die AG Transition, die Möglichkeit gefordert, pädiatrische Patienten und Patientinnen nicht mit dem 18. Geburtstag in die Erwachsenenmedizin transferieren zu müssen, sondern den Zeitpunkt je nach Transitionsbereitschaft und -befähigung variabel gestalten zu können [1]. Dies ist bereits in vielen anderen Ländern möglich, um transferbedingte Risiken zu reduzieren. Zur Überprüfung der Transitionsbereitschaft und -befähigung empfiehlt die S3-Leitlinie zur Transition [1] ein ausführ-

liches klinisches Gespräch und ggf. den Einsatz von strukturierten Fragebögen, z. B. dem TRAQ-GV-15 [2].

In die letzte Aktualisierung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wurde für das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen, dass Pädiater und Pädiaterinnen auch Heranwachsende behandeln dürfen [3]. Zum 01.10.2025 wurde im EBM das Kapitel 4 ergänzt: Alle entsprechenden Ziffern für Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte sind seitdem auch für Heranwachsende abrechenbar, d. h. für Personen zwischen dem 19. und dem vollendeten 21. Lebensjahr [4]. Hierdurch wird ein Transfer in die Erwachsenenmedizin auch nach dem 18. Geburtstag möglich. Der geschaffene Transitionskorridor bedeutet keine generelle Verlängerung der pädiatrischen Regelversorgung bis zum 21. Geburtstag. Er eröffnet vielmehr die Möglichkeit, bei medizinisch und/oder psychosozial begründetem Bedarf den Übergang in die Erwachsenenmedizin individuell und sicherer zu gestalten.

Damit wird erstmals auch formal anerkannt, dass Transition bei einem Teil der jungen Menschen eine eigenständige ärztliche Aufgabe ist. Insbesondere bei komplexen chronischen Erkrankungen, seltenen Erkrankungen und Entwicklungsverzögerung bedarf es einer besseren Vorbereitung auf den Wechsel und die neue Versorgungssituation. Diese schließt auch den Übergang von Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) ein. Zur Vorbereitung gehören entsprechend der S3-Leitlinie Transition insbesondere die Einschätzung der Transitionsbereitschaft, wiederholte Gespräche mit Patientinnen und Patienten und ihren Familien, Schulungen, die Abstimmung mit Hausärztinnen und Hausärzten, internistischen Fachärztinnen und Fachärzten sowie spezialisierten Erwachsenenambulanzen sowie eine nachvollziehbare Dokumentation des Übergangs. Diese Individualisierung wird die Versorgung und damit die Morbidität bei Heranwachsenden deutlich bessern.

Nun müssen Ressourcen für gute Transition geschaffen werden

Die neue Regelung sollte aber nicht dazu führen, dass alle Patienten und Patientinnen bis zum 21. Lebensjahr in der Jugendmedizin verbleiben. Hier fehlen die Kapazitäten, um alle jungen Menschen bis zum 21. Lebensjahr zu behandeln, so dass die meisten Kinder- und Jugendkliniken und -praxen sowie SPZs keine bzw. nur wenige Patienten und Patientinnen nach Erreichen des 18. Lebensjahrs versorgen werden. Zudem kann ein großer Teil der Heranwachsenden, auch mit chronischen Erkrankungen, mit dem 18. Geburtstag in der Erwachsenenmedizin adäquat weiterbetreut werden. Dies gilt insbesondere, wenn die Transition strukturiert erfolgt. Diese zusätzliche Qualität entsteht jedoch nicht nebenbei. Sie erfordert Zeit, Koordination und verlässliche Versorgungsstrukturen. Eine Ausweitung der Aufgaben bei gleichzeitiger Kürzung oder unzureichender Finanzierung von Leistungen würde den Anspruch einer guten Transition gefährden.

Zusammenfassend bedeutet die neue Regelung eine deutliche Verbesserung der Versorgungsqualität für Heranwachsende mit chronischen Erkrankungen. Diese Chance kann jedoch nur adäquat genutzt werden, wenn Transition als zusätzliche koordinierende Leistung verstanden und entsprechend ermöglicht wird.

Die AG Transition setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) sowie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN) zusammen. Ziel ihrer Arbeit rund um den Übergang von der Kinder- und Jugendmedizin zur „Erwachsenenmedizin“ ist es, Grundlagen für die Etablierung von Transitionsmodellen zu schaffen, die bei aller Unterschiedlichkeit für alle Spezialgesellschaften gelten können.

Literatur

1. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/186-001>
2. Culen C et al (2019) Be on TRAQ – Cross-cultural adaptation of the Transition Readiness Assessment Questionnaire (TRAQ 5.0) and pilot testing of the German Version (TRAQ-GV-15). J Transition Med 1(1):20180005. <https://doi.org/10.1515/jtm-2018-0005>
3. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20260703_Muster-Weiterbildungsordnung_MWBO.pdf
4. <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/07-03/altersgruppe-der-heranwachsenden-wird-kuenftig-im-ebm-beruecksichtigt>



Preise & Stipendien

Clinician Scientist Programm

Booster für patientennahe Forschung und Karriere

Vor gut drei Jahren erhielt Dr. Annika Kasprzak für ihr Forschungsprojekt „Rekonstruktion klonaler und zytogenetischer Evolutionsmuster bei Myelodysplastischen Syndromen (MDS) und deren Einfluss auf Prognose und Therapie“ eine Förderung im Clinician Scientist Programm (CSP) der DGIM. Hier berichtet die Ärztin, die an der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Klinische Immunologie am Universitätsklinikum Düsseldorf arbeitet, wie das Stipendium ihre Karriere vorangebracht hat.

Das Clinician Scientist Stipendium hat in entscheidender Weise dazu beigetragen, mir den notwendigen Freiraum für eine vertiefte wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der myelodysplastischen Syndrome zu eröffnen, ohne dass ich meine kontinuierliche klinische Arbeit aufgeben musste – ein zentrales Anliegen meines beruflichen Selbstverständnisses. Durch die gezielte Förderung war es mir möglich, geschützte Forschungszeiten in den klinischen Alltag zu integrieren und somit wissenschaftliche Reflexion und praktische Patientenversorgung produktiv miteinander zu verzahnen.