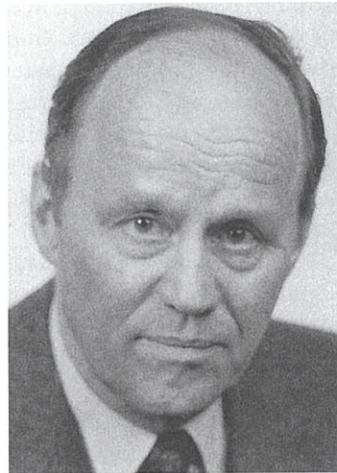


# Krankheit oder Patient – Prioritäten in Studium und internistischer Praxis

Jürgen van de Loo (1932–2016), Münster



Von dieser Stelle aus wurden in den langen Jahrzehnten der Geschichte unserer Gesellschaft manche, kritische Analysen, Mahnungen und Gedanken in die Zukunft vorgetragen. Diese mögen gefallen oder provoziert, mit der Mehrzahl übereingestimmt oder einseitig gewirkt haben – allemal spiegeln sie im Rundblick des jeweiligen Vorsitzenden auch die Vielfalt der Meinungen und Tendenzen in einer Berufsgruppe von über 20.000 aktiven Ärztinnen und Ärzten unseres Landes wider.

## Erläuterung des Themas

Heute soll von der Inneren Medizin die Rede sein, wie sie sich nach außen darstellt, wie der Patient sie sieht, wie die Gesellschaft auf sie reagiert und was diese von der Inneren Medizin erwartet. Sie soll charakterisiert werden in dem besonderen Anspruch, den der heutige Patient an dieses Fachgebiet der Medizin stellt. Daraus wird sich dann die Frage ableiten, ob der junge Arzt solchen Anforderungen gemäß ausgebildet und gebildet ist.

Jeder von uns steht unter dem prägenden Einfluss von Entwicklungen und Tendenzen seiner Zeit, und es gelingt kaum einem, ihnen zu entrinnen. Dies gilt insbesondere, wenn man an seine beruflichen Leitideen und die eigenen

Zielsetzungen über die Jahrzehnte hindenkt. Wir älteren Ärzte waren erfüllt von der Faszination der neuen naturwissenschaftlichen Medizin der Nachkriegszeit, von der Möglichkeit, Pathogenese, Pathophysiologie und die Geheimnisse der Pharmakokinetik mit biochemischen und immunologischen Methoden zu erforschen. Wir konnten staunend, aber auch selbst agierend, die Umsetzung dieser Erkenntnisse der Grundlagenforschung in die angewandte Medizin miterleben. Und bis heute dauert diese Faszination an – etwa über die Anwendung moderner Technologien in der bildgebenden Diagnostik, über die Entwicklung endoskopischer Techniken oder die Faszination über die Entschlüsselung des Immunsystems und seiner Botenstoffe. Das wissenschaftliche Programm unserer Gesellschaft aus den vergangenen 40 Jahren gibt hiervon ein beredtes Zeugnis.

Als Handelnder in dieser Zeit scheint es mir aber gut begründet einzuräumen, dass diese Faszination über die Erkenntnisse von Krankheiten die Sicht für den Träger der Krankheiten – den Patienten – gelegentlich verstellt hat. Man wird meiner Generation nicht ersparen können, kritisch darüber nachzudenken, ob wir uns nicht ganz überwiegend einer immer komplexeren Diagnostik und Therapie gewidmet haben, und dabei der Person des Patienten in ihrer unverwechselbaren psychologischen

Struktur, ihrer Einbindung in Familie und Beruf und ihrer je eigenen Emotionalität nur nachgeordnet Aufmerksamkeit schenken. Die moderne Medizin hat den Arzt intellektuell in hohem Maß gefordert und oft überfordert. Vielfach fehlten dann Kräfte und Zeit und einfach das Problembewusstsein für die menschliche Zuwendung.

Allerdings hat meine Generation dann auch Gegenbewegungen und alternative Tendenzen entstehen, wirken und wieder verschwinden sehen, die die Entwicklung zahlreicher Krankheiten *ausschließlich* erziehungsbedingten Schäden, krankhafter Bindung an einen Elternteil, berufsbezogenen Einflüssen oder physikalischen Schädigungen durch die Umwelt zugeschrieben. Ich betone „*ausschließlich*“, weil man in der Einseitigkeit dieser Betrachtungsweise dem Patienten in seinem ganzheitlichen Verständnis ebenso wenig gerecht wird.

## Die Vielfalt internistischer Patienten

Um zwischen diesen beiden Polen der Betrachtungsweise von Kranken und Krankheiten ein fruchtbares Spannungsfeld entstehen zu lassen, möchte ich versuchen, die Arbeit des Internisten durch eine Beschreibung seiner Patienten zu charakterisieren.

Sie werden erkennen, dass der Patient des Internisten, in deutlichem Gegensatz zu den Patienten vieler anderer Fachdisziplinen, durch die große Vielfalt internistischer Krankheiten einerseits und durch das sehr unterschiedliche Betroffensein der Patienten durch ihre Krankheit andererseits gekennzeichnet ist. Aus einer solchen Analyse unserer Patienten wird sich die Frage ergeben, ob wir bzw. unsere jungen Ärztinnen und Ärzte für diese höchst vielseitige Aufgabe und Herausforderung adäquat ausgebildet sind oder ob eine ganzheitliche Sicht von Krankheit und Patient auch neue Wege der Ausbildung zum Arzt sinnvoll oder notwendig macht.

**Der gesundheitsbewusste Patient.** Eine erste, zahlenmäßig kleine Gruppe unserer Patienten sind

gar keine Kranken, sondern in vollem Leben stehende Frauen und Männer, die beruflich stark gefordert sind und sich aus Gründen der Selbstsicherheit und Zukunftsplanung ihrer Gesundheit vergewissern wollen. Die Erwartung dieser Personen richtet sich auf ein breites medizinisches Wissen des Arztes, eine moderne Medizin-Technologie und eine verständliche, der Persönlichkeit des Patienten angepasste Beratung über gesundes Leben bzw. erkennbare Risiken, dieses zu gefährden. Ein kritisches Problem des Arztes bei der Betreuung dieser Patientengruppe liegt in der Entscheidung über die Dichte des diagnostischen Netzes, das er über den Patienten wirft und damit in der Abwägung zwischen dem Ausschluss immer seltenerer Krankheitsmöglichkeiten und dem erforderlichen Aufwand.

**Der akut Kranke.** Die akute Krankheit – welcher Art auch immer – nimmt breiten Raum im Spektrum des niedergelassenen und Krankenhausinternisten ein. Der betroffene Patient erkrankt meist aus voller Gesundheit und hat in der Regel die Gewissheit, auch wieder gesund zu werden, unabhängig davon, ob es sich um eine Gallenkolik, eine akute Pyelitis oder einen Gichtanfall handelt. Er erwartet eine richtige und schnelle Diagnose und rasche Linderung der Beschwerden. Klinischer Blick ist dabei wichtiger als subtile Diagnostik. Allerdings meint „klinischer Blick“ auch die rasche Erkenntnis eigener Grenzen und die Notwendigkeit des Konsiliums. In diesem Feld entwickelt sich in der Regel der Ruf eines guten Arztes.

**Der funktionell Kranke.** Ein dritter Typ gehört zur großen Zahl von Patienten, die an Funktionsstörungen von Organen oder Organsystemen leiden, ohne dass eine biochemisch, bildgebend oder histologisch objektivierbare Organkrankheit zu erkennen ist. Der kausale oder begleitende Konflikt im Selbstwertgefühl, in Partnerschaft, Familie oder im Beruf liegt oft auf der Hand, manchmal aber auch im Verborgenen. Die Erwartung des Patienten äußert sich in seiner Überzeugung, wirklich oder gar ernstlich

krank zu sein, sein Krankheitsgefühl ist oft ausgeprägter als es bei der analogen organischen Krankheit der Fall wäre. Dem Arzt obliegt einerseits die Kenntnis aller differenzialdiagnostischen Möglichkeiten entsprechender organischer Krankheiten und deren verlässlicher Ausschluss. Andererseits braucht gerade der funktionell kranke Patient das Vertrauen, dass sein Arzt die diagnostizierte Funktionsstörung als Krankheit wertet und behandelt und den Patienten in seiner subjektiven Not ernst nimmt.

**Der alte Patient.** Die Herausforderung des Internisten der kommenden Jahrzehnte ist der alte und greise Mensch mit seinen altersbedingten Beschwerden und Gebrechen, aber auch mit der besonderen Ausprägung internistischer Krankheiten unter der Bedingung verzögerter Rehabilitationsfähigkeit, mangelnder Mobilität und mit vielfältigen Begleitkrankheiten. Eines erwartet dieser Patient von seinem Internisten zuvorderst: Dass er in Ruhe und ehrlicher Zuwendung zuhören kann, sei die Schilderung auch noch so umständlich und voller Wiederholungen. Aber was hätte der Arzt weniger als gerade Zeit? Zeit für Anliegen und Klagen seiner Patienten, die weniger medizinischer als psychosozialer Art sind und für deren Lösung er weder ausgebildet ist noch bezahlt werden kann? Aber die Patienten kommen – denn noch sind unsere staatlichen Einrichtungen zur Altenberatung und -betreuung unzureichend entwickelt, und die ambulante Krankenpflege steht erst in ihren Anfängen.

**Der chronisch Kranke.** Eine fünfte Gruppe ist die der chronisch Kranken. Die Not ihrer jahrelangen Krankheit führt sie regelmäßig, oft häufig zu ihrem Internisten. Auch wenn eine solche Krankheit, wie etwa eine chronische Polyarthrit, Leberzirrhose oder chronisch-obstruktive Bronchialerkrankung nicht unbedingt zur Todesursache wird, bestimmt das Leiden das verbleibende Leben, wird zum beherrschenden Thema des Denkens und Redens und belastet die Koexistenz mit Freunden und Familie. Der Patient erwartet von seinem Arzt

nicht nur einfach die Erneuerung der Rezepte, sondern dessen Bemühen um neue Erkenntnisse zu seiner Krankheit, um neue Behandlungsmethoden, neue Rehabilitationsverfahren. Der Arzt ist herausgefordert durch die Gefahr seiner Gewöhnung an gleichbleibende Klagen und Symptome des Patienten und die weitere Gefahr, dabei Zeichen neuer Krankheiten zu übersehen.

**Der lebensbedrohlich Kranke.** Immer größer wird die Zahl von Patienten mit schwerwiegenden, an sich tödlichen Krankheiten, deren vitale Bedrohung aber heutzutage durch Operation, Strahlen- oder Chemotherapie, oder auch durch Organtransplantation auf Dauer oder vorübergehend beseitigt werden kann. Nach Sicherung der Diagnose ist vom Arzt ein hohes Maß an Menschenkenntnis, Einfühlungsvermögen und Verantwortung gefragt, wenn dem Patienten seine existenzielle Bedrohung mitgeteilt, aber auch seine Aussichten auf Heilung oder Besserung – und der oft steinige Weg dahin – dargelegt werden müssen. Ungleich häufiger als früher wird uns Internisten das Gespräch über das nunmehr begrenzte Leben, über Chancen des Überlebens, absehbaren Tod und Umstände des Sterbens zu einer Aufgabe, die unsere Zeit, unsere Offenheit und manchmal auch unseren Mut, Tabus zu brechen, herausfordert.

Mancher von Ihnen hätte statt dieser sechs Patientengruppen gerne weitere oder andere Personen und Krankheiten in den Vordergrund gerückt, vielleicht Suchtkranke oder die Grauzone zur Neurose oder den intensiv Pflegebedürftigen. Der Sinn dieser Darstellung eines großen Spektrums von Patienten ist jedoch nicht Vollständigkeit, sondern Paradigma für die Tätigkeit des Internisten.

### **Das ganzheitliche Konzept der Inneren Medizin**

Aus dieser Analyse ergibt sich die Charakteristik einer großen Vielfalt internistischer Patienten. Dies liegt zunächst am weit gefächerten

Kanon des Faches Innere Medizin. Ganz wesentlich trägt aber dazu das breite Spektrum der Lebensalter unserer Patienten bei, der unterschiedliche Grad der Bedrohung des Patienten durch die Krankheit und die Vielgestalt des Beziehungsgefüges zwischen Psyche, vegetativer Regulation und Organfunktion.

Diese Einheit in der Vielfalt kennzeichnet besonders die Tätigkeit des allgemeinen Internisten. Sie gilt aber nicht minder für den Teilgebietsspezialisten, wenn er sich denn ehrlich der Interdependenz zwischen gestörter Funktion „seines“ Organs und dem Ganzen aus Physis, Psyche und sozialem Umfeld bewusst bleibt. Diese Ausführungen gehen von einem solchen ganzheitlichen Konzept der Inneren Medizin in Krankenhaus und freier Praxis aus, und ich halte ein solches für ebenso gerechtfertigt wie notwendig, auch wenn – oder vielleicht weil – mein eigener klinischer Alltag zu einem erheblichen Teil in extremer Spezialisierung abläuft.

Wenn es denn richtig ist, dass sich dem Internisten eine derart vielfältige Aufgabe stellt und diese als zusammengehörige, einheitliche Zielvorstellung zu betrachten ist, dann müssen wir uns fragen, ob unsere eigene Ausbildung und die, die wir weitervermitteln, geeignet war und ist, ein solches Arztbild entstehen zu lassen. Ist die universitäre Ausbildung unserer Studenten geeignet, neben fundiertem Wissen auch ärztliche Verhaltensweisen zu vermitteln? Entwickeln wir bei unseren jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch ein Gespür für die Grenzen unserer Kunst? Für die Kriterien, nach denen z.B. eine totale Diagnostik dem Patienten nicht mehr dient? Für die Maßstäbe, nach denen eine Therapie um jeden Preis das *Salus aegroti* aus den Augen verliert?

### **Konsequenzen für die universitäre Ausbildung zum Arzt**

Neugestaltung universitärer Lehre generell, die Struktur des Medizinstudiums im Besonderen stehen im Mittelpunkt einer öffentlichen Aus-

einandersetzung und des Bemühens staatlicher und universitärer Gremien. Hier soll auf einige Gesichtspunkte eingegangen werden, die zur Zielvorstellung der Einheit in der Vielfalt der Inneren Medizin und zu den oben gestellten Fragen Bezug haben.

Unterzieht man das System der Ausbildung zum Arzt an unseren Universitäten einer selbstkritischen Analyse, besteht aus meiner Sicht für die folgenden Problemkreise vordringlicher Handlungsbedarf: Wie gelingt es, aus dem ungeheuren Wachstum des Wissens jene Bereiche auszuwählen und zu bestimmen, die für den Arzt unentbehrlich sind? Wo und wie können aus dem bisherigen Wissens- und Fächerkanon bestimmte Teile gestrichen oder andernorts integriert werden? Wie kann dem Fächer-Egoismus in der Lehre wirksam begegnet werden? Wie kann der theoretische Mediziner zu mehr praxisrelevantem Unterricht veranlasst und der Kliniker davon abgehalten werden, dem Studenten statt Basismedizin viel lieber Gegenstände der Facharztausbildung oder gar des eigenen Schwerpunktes zu vermitteln? Wie kann der Lehre wieder ein höherer Stellenwert eingeräumt und die Motivation der Lehrenden zur Lehre erhöht werden? Und schließlich: Wann endlich übernehmen unsere Fakultäten wieder die volle Verantwortung für die ihnen auftragene Fürsorge für ihre Mitglieder?

### **Krankheit und Patient schon zu Beginn des Studiums**

Unser Medizinstudium war bislang durch die inhaltliche Trennung von „gesund“ und „krank“ und die methodologische Abgrenzung von Theorie und Praxis gekennzeichnet. Dem ungeheuren Wachstum des Wissens und der zentrifugal wirkenden Spezialisierung wurde durch eine additive Häufung von Inhalten und Fächern begegnet. Dieser Weg erscheint nicht mehr geeignet, dem künftigen Arzt die rechte Kombination von fundiertem Wissen und ärztlichem Verhalten zu vermitteln. In Übereinstimmung mit west- und nordeuropäischen

Reformfakultäten und den Erfahrungen großer amerikanischer Medizinschulen ist inzwischen ein Prozess der inhaltlichen Verschmelzung von Vorklinik und Klinik in Gang gekommen. Das soll heißen, dass mehr Kenntnis von Krankheit und vom Patienten in frühen Ausbildungsjahren und anspruchsvolles Grundlagewissen bis hin zum Endexamen vermittelt werden. Dieser Prozess der Verschmelzung von Vorklinik und Klinik soll und wird stufenweise verlaufen, und es kann dabei durchaus offenbleiben, ob es an deutschen Medizinischen Fakultäten jemals eine totale Integration geben wird und geben muss. Wenn aber schon einmal z.B. das Skelett zeitlich zusammenhängend vonseiten der normalen Anatomie, der bildgebenden radiologischen und nuklearmedizinischen Diagnostik und der klinischen Untersuchungstechnik oder etwa das Herz von der Ultrastruktur der Herzmuskelzelle über seine normale Funktion zur kardiologischen Funktionsdiagnostik bis hin zur Herztransplantation integriert gelehrt werden – dann ist die Krankheit und damit der Patient früher und näher in das Bewusstsein des jungen Mediziners gerückt. Dann sind für fruchtbare Familiaturen schon im zweiten und dritten Studienjahr bessere Grundlagen gelegt. Analog können dann die Erkenntnisse der modernen Molekulargenetik in den Jahren vor dem Examen in die Klinik der Erbkrankheiten oder in die Chemotherapie des Krebses eingebaut werden.

Eine Alternative zum organ- oder systembezogenen Unterricht kann die Orientierung nach fächerübergreifenden Problemen sein, wie etwa „der Virusinfekt“ oder „die Immundefizienz“ oder „der alte Mensch und seine Gelenke“ oder „die malignen Lymphome“. Diese zweite Möglichkeit problemorientierten Lernens gewinnt besondere Bedeutung angesichts der Notwendigkeit, den Lehrstoff zu straffen, um Zeit zu gewinnen für unentbehrliche neue Inhalte. Wir können es uns nicht mehr leisten, z.B. über maligne Lymphome desintegriert und fächerisoliert sowohl in der speziellen Pathologie, der radiologischen Diagnostik, der Inneren Medizin, der Pädiatrie und der Radiothera-

pie vielfach Überschneidendes in mannigfacher Wiederholung zu unterrichten. Fächerübergreifendes Lehren und Lernen führt den Studenten zudem frühzeitig an eine zwischen den beteiligten Disziplinen abgestimmte Diagnostik und Therapie heran – eine Abstimmung, die den Patienten schont und die Kosten senkt.

Der Zielsetzung eines ganzheitlich und patientenorientiert ausgebildeten jungen Arztes dient neben diesen strukturellen Entwicklungen auch die Wahl der geeigneten Unterrichtsform. Mir liegt einerseits daran, ein überzeugtes Plädoyer für die klinische Vorlesung zu halten, allerdings mit der Maßgabe, dass sie Krankheit und Patient gleichermaßen in den Mittelpunkt stellt und dass der Vortragende von persönlichem Engagement erfüllt und mit pädagogischer Begabung gesegnet ist. Sie sollte von dem dafür Bestgeeigneten gehalten werden, und das muss nicht notwendigerweise der Senior sein. Andererseits ist der Unterricht in der kleinen Gruppe ein unentbehrliches Medium, in dem ärztliche Lehrpersonen mit ihren Studentinnen und Studenten patienten-, krankheits-, problemorientiert diskutieren und fallbezogen arbeiten. Hier wird ärztliches Denken und Verhalten übertragen. Der unübersehbare Vorteil liegt in der wechselseitigen Motivation: Persönliches Angesprochenensein durch den älteren, Befundkontrolle und Aufgabenstellung durch den lehrenden Arzt stimulieren die Lernenden. Die persönliche Verantwortung des Lehrenden für das, was seine Gruppe gelernt und angenommen hat, nimmt diesen in die Pflicht.

### Die Qualität der Lehre

An diesen Gedanken schließt sich ein anderer Problemkreis nahtlos an. Wie gewährleistet die Universität gemeinsam mit den Lehrkrankenhäusern die Qualität der Lehre? Wie stellen Dekane oder Studiendekane sicher, dass wirklich engagiert und gekonnt und mit dem erforderlichen Zeitaufwand gelehrt wird? Wer sich mit Analysen über die Qualität medizinischer

Lehre in unserem Lande näher beschäftigt, kann nicht übersehen, dass der Studentenunterricht vielerorts und insbesondere im klinischen Bereich hinter Krankenversorgung und Forschungsarbeit einen weit nachgeordneten Stellenwert besitzt. Nur sehr zögerlich beginnen in unserem Lande an einigen Fakultäten Überlegungen und Regelungen zu greifen, wie die Qualität der Lehre gefördert werden kann. Hier soll ein Gesichtspunkt besonders angesprochen werden, nämlich der notwendige zeitliche Freiraum, den die lehrenden Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung haben müssen, um engagiert und mit Vorbereitung und mit Zeit zum Gespräch zu unterrichten. Wo gibt es den operationsfreien Wochentag, an dem alle, außer einem Notfallteam, lehren, wie z.B. an der Universitäts-Frauenklinik in Greifswald? In welcher Klinik ist generell ein Team aus Oberarzt und Assistenten vom Operieren für den Unterricht freigestellt wie in Düsseldorf? In welcher Medizinischen Klinik wird eine Gruppe von Hochschullehrern und ärztlichen Mitarbeitern für ein zwei- bis dreiwöchiges Praktikum der Inneren Medizin vom Stationsdienst zumindest halbtags freigestellt? Viele von uns haben auf solche herausfordernden Fragen Antworten bereit, warum das unter ihren Bedingungen nicht geht. Aber das dokumentiert gerade, was zu beweisen war, nämlich die nachgeordnete Priorität der Lehre. Nicht von ungefähr hat der Wissenschaftsrat seit Jahren auf eine quantitative Reduktion der Krankenversorgung an Universitätskliniken bei gleichem ärztlichem Personal gedrungen, um Kräfte für den Studenten-Unterricht und die klinische Forschung freizusetzen.

Sorge um die Qualität der Lehre bedeutet aber auch wirkungsvollere Prüfung der *Facultas docendi*. Es bedeutet, wirklich attraktive Anreize – durch Zeit, Geld und Ansehen – zu schaffen, sich für die Studenten zu engagieren. Und es bedeutet schließlich die Suche nach Wegen zur freiwilligen Selbstkontrolle der Lehrenden und Prüfenden. Die Qualität unserer Ausbildung wird wesentlich davon abhängen, ob und wie wir unsere eigenen Lehrleistungen zu eva-

luieren in der Lage sind. Dabei hätte ich keine Berührungsängste, uns durch die eigenen Studenten helfen zu lassen.

### Weiterbildung zum Internisten

Wenn es nun schon von Bedeutung für das vielgestaltige Aufgabenfeld eines späteren Internisten sein soll, wie krankheits-, patienten- und arztnah seine universitäre Ausbildung ablief, um wie viel wichtiger wird dann die Gestaltung der Weiterbildungszeit in der Verantwortung von Klinik, Krankenhäusern und freien Praxen sein. Die inhaltliche Gestaltung dieser Weiterbildungszeit wird sich fortlaufend orientieren an dem sich entwickelnden Berufsfeld des Internisten. Die nächsten Jahrzehnte werden nach meiner Einschätzung eine Entwicklung zu weniger stationärer und mehr ambulanter Medizin mit sich bringen. Dies betrifft einmal den Teilgebiets-Internisten, dessen Spezialkenntnisse und Techniken ihn immer selbstständiger und vom Krankenhaus unabhängiger machen. Es betrifft aber ganz besonders den Aufgabenbereich der allgemeinen Inneren Medizin, wie sich an den Erfahrungen anderer Gesellschaften der westlichen Welt ablesen lässt. Dort werden die Krankenhaus-Verweildauern klassischer internistischer Krankheiten immer kürzer, die Verantwortung des nachbehandelnden Internisten größer. Die Kosten im Gesundheitswesen zwingen uns eine solche Entwicklung zum einen auf. Zum anderen ist der Anspruch der Bevölkerung unüberhörbar, wieder eine feste ärztliche Bezugsperson zu finden, die den Patienten langfristig berät, betreut und vielleicht auch führt. Diese Aufgabe werden sich der Arzt für Allgemeinmedizin in seiner Zuständigkeit für alle Altersgruppen und für die Primärversorgung in vielen Krankheitsbereichen und eben der allgemeine Internist in seiner Zuständigkeit für innere Krankheiten teilen. Frühere Entlassung aus dem Krankenhaus, weniger Einweisungen durch mehr ambulante Diagnostik und Therapie sowie die große Zahl der chronisch Kranken und der Krebskranken, die län-

ger leben als früher, wird den Aufgabenbereich des allgemeinen Internisten vergrößern. Damit kann sich eine deutlichere Differenzierung der Aufgabenspektren des Teilgebiets und des allgemeinen Internisten ergeben.

Ist diese Einschätzung richtig, dann sind die beschriebenen Entwicklungstendenzen der universitären Ausbildung zum Arzt die geeignete Voraussetzung für eine Weiterbildung zum Internisten. Dann muss sich allerdings die sechsjährige Weiterbildungszeit inhaltlich und strukturell diesem Leitbild des „neuen Internisten“ angleichen. Eingedenk der Tatsache, dass die Ausbildung im Teilgebiet oder im Schwerpunkt erst in den anschließenden Jahren ihre Vollendung und ihren Höhepunkt findet, muss die eigentliche Weiterbildung zum Internisten hohen wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und wirklich vielseitig sein. Tendenziell halte ich daher Vielseitigkeit internistischer Weiterbildung für notwendiger als den Nachweis einer bestimmten Zahl spezifischer Untersuchungsmethoden.

An dieser Stelle und aus dem Selbstverständnis unserer Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin soll der Sorge Ausdruck verliehen werden, dass es künftig immer mehr Ärztinnen und Ärzte mit dem Patent des allgemeinen Internisten geben könnte, die überwiegend in hochspezialisierten Krankenhausabteilungen ausgebildet wurden. Hier konkurrieren das verständliche Interesse von Chefarzt und Träger, langfristig tätige, also erfahrenere Ärzte zu beschäftigen, mit dem Interesse der Bevölkerung und der Ärzteschaft insgesamt, in der ambulanten Patientenversorgung möglichst vielseitig erfahrene Internisten tätig zu sehen. Es ist erkennbar, dass die obligate Rotation der jungen Ärztinnen und Ärzte zwischen verschiedenen Abteilungen eines Hauses, gegebenenfalls auch benachbarter Häuser, häufiger wird. Die für die Weiterbildung zuständigen Gremien

unserer Ärztekammern sollten jedoch größte Sorgfalt bei der Zuteilung bestimmter Zeiträume für die Weiterbildungsberechtigung walten lassen. Unsere Gesellschaft begrüßt in diesem Zusammenhang die Praxis mancher Ärztekammern, für benachbarte spezialisierte Abteilungen nur gemeinsame Ausbildungsermächtigungen auszusprechen.

Allerdings kann man eine andere, vielleicht größere Gefährdung der Qualität internistischer Weiterbildung in langfristigen, gelegentlich vollen Weiterbildungsberechtigungen internistischer Krankenhausabteilungen sehen, die in ihrer Einrichtung, den beherrschten Methoden sowie der Zahl und Qualität der Ärzte den Ansprüchen an eine hochqualifizierte Innere Medizin keinesfalls genügen. Ich übersehe nicht die Schwierigkeit der erforderlichen Qualitätsprüfungen. Vielleicht liegt in der grundsätzlichen zeitlichen Begrenzung von Weiterbildungsberechtigungen und der erneuten Prüfung der Voraussetzungen ein Weg, die Qualität internistischer Weiterbildung zu gewährleisten.

Eben war erstmals vom Selbstverständnis und von besonderen Aufgaben unserer Gesellschaft für Innere Medizin die Rede. Sie hat sich in den letzten beiden Jahren intensiv und kritisch einer Eigenanalyse unterzogen, die zu Änderungen der Satzung und damit auch einiger Strukturen führen wird. Mein Vorgänger im Amt, Herr Kochsiek, hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die wissenschaftliche Gesellschaft des größten klinischen Faches es sich nicht aus der Hand nehmen lassen sollte, in die gesellschaftliche und politische Auseinandersetzung um die Gestaltung des studentischen Unterrichtes und der anschließenden Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin einzugreifen und konstruktiv Einfluss zu nehmen. In diesem Sinne waren meine Ausführungen gedacht.