

Mitteilungen der DGG / ÖGGG

Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zur akademischen Situation, Studentenunterricht und zur Situation der Weiterbildung im Fachgebiet

G. KOLB MIT VORSTAND DGG

St. Bonifatius-Hospital Lingen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Vorwort

2004 und Anfang 2005 wurde eine Bestandsaufnahme zu den Themen:

- Ausbildung in Altersmedizin an den Universitäten,
- Vertretung geriatrischer Fachkompetenz an den deutschen Universitäten
- Fragen der Unterrichtsstrukturierungen im Querschnittsfach Q7 und
- zur Situation der Weiterbildung in klinischer Geriatrie

im Bereich der einzelnen Landesärztekammern mit Hilfe diverser Fragebogen vorgenommen. In der nachfolgenden Dreierreihe wird diese Auswertung der einzelnen Abfragen vorgestellt. Zusammen mit dem übrigen Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie hoffe ich, dass mit der Veröffentlichung unserer Umfrageergebnisse neben der Information auch eine Diskussion angestoßen wird, die sowohl in den Fakultäten für die Unterrichtsgestaltung an den Universitäten und Lehrkrankenhäusern dienlich ist als auch in Bezug auf die Frage der Weiterbildung in die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung hineinreichen sollte.

TEIL 1: MITGLIEDERBEFRAGUNG 2004/2005 ZU LEHRE GERIATRIE/ALTERSMEDIZIN AN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN DEUTSCHER UNIVERSITÄTEN UND MEDIZINISCHEN HOCHSCHULEN

Zeitgleich mit der Versendung des Rahmencurriculumsvorschlages (siehe Seite 243) zum Querschnittsfach Medizin des Alterns und des alten Menschen (Q7, neue Approbationsordnung für Ärzte) wurde ein Fragebogen an alle Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie versandt, der zum Ziel hatte, die potentielle Befähigung zur Lehre und den aktuellen Stand der Einbindung in die akademische Lehre bei unseren Mitgliedern zu erfragen.

Die Vorstellung war weiterhin, dass zusätzlich zu den Lehrstühlen für Geriatrie und den Lehrstuhl ähnlichen akademischen Fachvertretern an Fakultäten, die derzeit in Berlin, Hamburg, Herne/Bochum, Nürnberg-Erlangen und Ulm bestehen, ein flächendeckendes Netzwerk von habilitierten oder entsprechend an den Hochschulen akkreditierten Lehrbeauftragten zuerst festzustellen wäre. In einem zweiten Zuge sollten nach Auswertung der Befragung den Fakultäten zur Gestaltung der Lehre im Fach Q7 entsprechende Hinweise auf Fachvertreter für Lehraufträge gegeben werden. Q7 bildet bei aller Bescheidenheit eines Anfangs doch den Einstieg in die notwendige und von

uns immer wieder propagierte Verankerung der Altersmedizin in der Ausbildung unserer Medizinstudenten. Dabei war klar, dass diese Umfrage kein einmaliger Akt sein könnte, sondern nach ersten Erfahrungen und in evtl. zu verbessernder Form zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden müsste. Vor allem um die Sicherheit der Auswertung durch Erhöhung der Rücklaufquote zu verbessern und damit gleichzeitig auch eine Verzerrung der Auswertung zu vermindern, die zwangsläufig immer dann eintritt, wenn die Zahl der Rückläufer gering ist.

Material und Methoden

Die Aussendung des Fragebogens erfolgte im Oktober 2004. Grundlage für die Aussendung war die 2004 zur Verfügung stehende Mitgliederliste, die aufgrund buchhalterischer Verzögerungen eine geringe Unterbewertung gegenüber dem damals aktuellen Mitgliederstand bewirkte. Es wurden 1464 Fragebogen versandt. Rückläufer mit

Hinweisen „Adressat unbekannt“ traten nicht auf. Der Fragebogen selbst war in drei größere Themenkomplexe gegliedert:

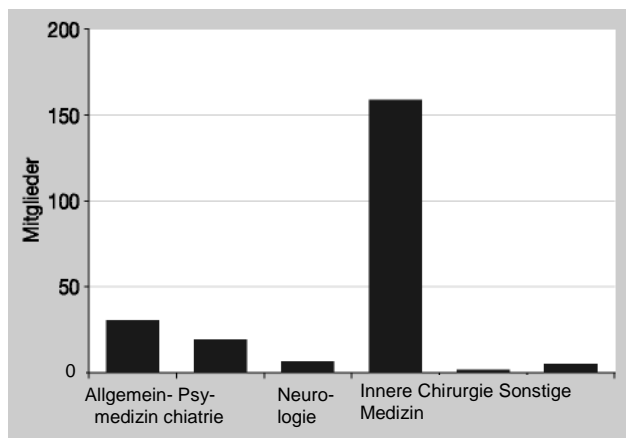


Abb. 1: Zuordnung der Mitglieder zu Facharztgruppen.

1. Fragen zur medizinischen Ausbildung und Facharztzugehörigkeit,
2. Fragen zur beruflichen Position und zum akademischen und zum universitären Setting sowie
3. Fragen zur aktuellen Einbindung oder nicht Einbindung in die universitäre Lehre

Ergebnisse und ihre Interpretation

Rücklaufquote, Stichprobensicherheit:

Von 1464 Fragebogen erhielten wir 228 teilweise vollständig, teilweise unvollständig beantwortet zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 15,6 % (Rücklauf per 15.03.2005) und muss daher an der unteren Grenze einer statistisch repräsentativen Aussagefähigkeit angesiedelt werden. Die Frage eines „bias“ stellt sich dabei in besonderer Art und Weise, da davon auszugehen ist, dass akademisch tätige Mitglieder, Hochschullehrer eher antworten würden als diejenigen, die über diese Qualifikation nicht verfügen und/oder (noch) nicht in die Lehre eingebunden sind.

Facharztgruppen:

Bei der Frage nach den Facharztgruppen (Abb. 1) ergab sich eine eindeutige Mehrheit bei den Kolleginnen mit oder in der Facharztweiterbildung Innere Medizin, gefolgt von Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Chirurgie, Neurologie, Sonstige

Schwerpunkt- Weiterbildung:

Zusätzlich zur Weiterbildung zu einem medizinischen Fachgebiet wurden die Fragen nach einer Schwerpunktspezialität gestellt. Etwa die Hälfte (n = 118 von 228) der Rückantwortenden gab eine Schwerpunktspezialität an.

Dies entspricht der üblichen Verteilung bei Fachärzten speziell der Inneren Medizin.

Schwerpunkte:

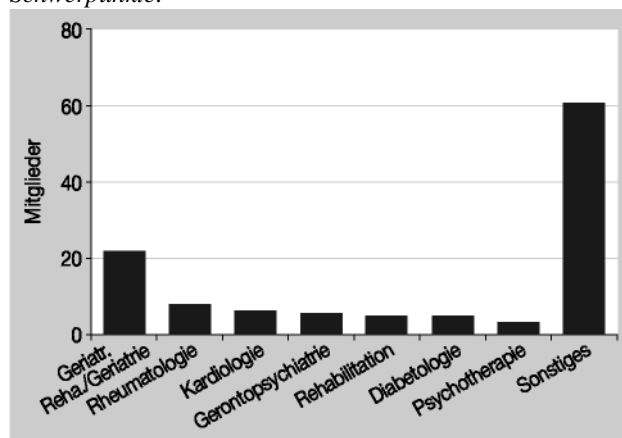


Abb. 2: Zuordnung zu Schwerpunktspezialitäten.

Die Zuordnung der Schwerpunktspezialitäten ist in Abbildung 2 festgehalten und zeigt, dass 22 der Befragten, das entspricht 18,6 % der positiven Schwerpunktangaben auf die Bereiche klinische Geriatrie entfallen mit Abstand gefolgt von der Rheumatologie (n = 8; 6,8 %); in nur geringem Maße sind Rehabilitation und andere vertreten. Angaben wie Gerontopsychiatrie sind dabei sicherlich mit gewisser Vorsicht zu werten, da sie nicht einer speziellen Schwerpunktbezeichnung entsprechen (Abb. 2).

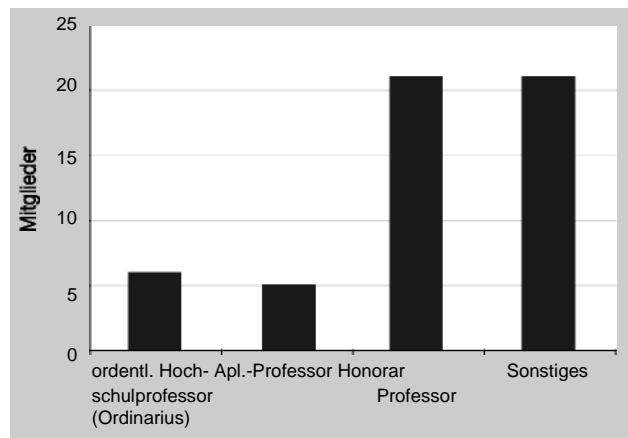
Anerkennung „fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie“:

Bezüglich der Anerkennung der fakultativen Weiterbildung klinische Geriatrie gab die überwiegende Mehrheit eine positive Antwort: 154 (74,04 %) versus 46 (22,11 %) mit Antwort „nein“ und 8 (3,85 %) ohne Angaben. Offensichtlich ist die Möglichkeit der Anerkennung der fakultativen Weiterbildung in den einzelnen Landesärztekammern verbunden mit Übergangsbestimmungen genutzt worden. Die Situation dürfte sich jedoch aufgrund der geänderten Weiterbildungsordnung für die Zukunft schwieriger darstellen.

Berufliche Position unserer Mitglieder:

Es wurde abgefragt, welche derzeitige berufliche Situation entweder in einer klinischen Position oder in der Niederlassung in freier Praxis derzeit relevant ist. Die überwiegende Mehrzahl der antwortenden Mitglieder ist Klinikarzt in der Position Chefarzt (n=115; 50,44 %), Oberarzt (n = 50; 21,91 %), Assistenzarzt (n = 7; 30,1 %), in niedergelassener Praxis befinden sich (n = 35; 15,35 %). Keine Antwort erhielten wir von n = 21; 9,2 %. Es ist sicherlich

Abb. 3.: Abfrage zur Position an oder zu einer Hochschule.



für die Zukunft bei ähnlichen Befragungen hier eine Rubrik Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen einzuführen, um Sonstiges vielleicht noch näher zu spezifizieren.

Akademische Situation – Venia legendi (Habilitation):

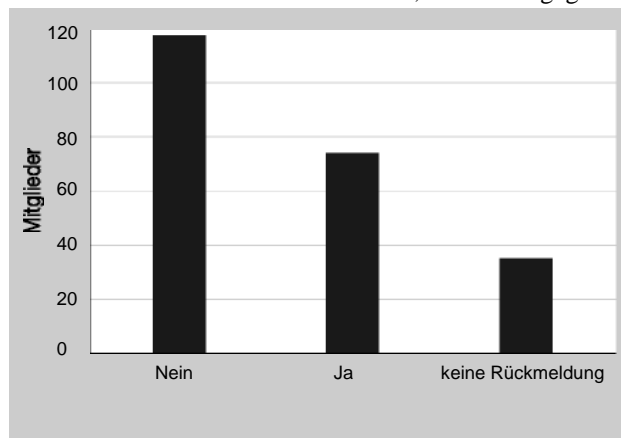
Im Hinblick auf die akademische Repräsentanz und im Hinblick auf unsere Umfrage bei den medizinischen Fakultäten waren Angaben zur akademischen Ausbildung, hier speziell der Lehrbefähigung (Venia legendi, Habilitation) von großer Wichtigkeit. Unter den Rücksendern gaben 43 (18,86 %) die Antwort „ja“ an. 163 „nein“, dies entspricht 71,49 %. 22 (9,65 %) machten – erstaunlicherweise – keine Angaben zu dieser Frage. Es steht zu vermuten, dass gerade in diesem Bereich eine entsprechende Verzerrung stattfindet und die habilitierten Mitglieder gemessen an der doch recht kleinen der Rückantwortenden über-repräsentiert sind. Wir haben aus dieser Erfahrung auch Schlüsse gezogen, für die Neubearbeitung des Mitgliederverzeichnisses und eine entsprechende Spalte eingefügt, um Habilitationen und Lehrauftrag zu erfassen.

Abfrage zur Position an oder zu einer Hochschule:

Sinngemäß schloss sich an die Abfrage nach Lehrbefugnis auch die Frage nach und zu einer Position an einer medizinischen Fakultät an. Eine Reihe von unseren Mitgliedern sind, sofern sie sich nicht als ordentlicher Hochschulprofessor in einer Ordinarius oder in Ordinarus-adäquater Position zu einer Hochschule befinden, außerplanmäßige Professoren nach normalem Habilitationsgang oder Honorarprofessoren mit oder ohne voran gegangenem Habilitationsverfahren. Auch eine Spalte Sonstiges (Dozenten, Lehrbeauftragte etc. spezielle Lehraufträge) wurden an dieser Stelle abgefragt. Das Ergebnis ist in *Abbildung 3* wiedergegeben. Es zeigt sich auch hier, dass die Kollegen, die sich in einem Ordinariat oder in einem Ordinariats äh-

Abb. 4.: Unterrichtstätigkeit an einer Universität/Medizinischen Hochschule.

lichen Dienstverhältnis befindenden, vollständig geant-



wortet haben. Auch die Apl.-Professoren und als Honorarprofessor für eine medizinische Fakultät tätigen Kollegen sind sicherlich nahezu vollständig erfasst, so dass die Idee eines verzerrten Bildes sicherlich gerechtfertigt ist. Gemessen an der Gesamtzahl der Mitglieder scheinen die sich in einem Dienstverhältnis an der Hochschule oder zu einer Hochschule befindenden Kollegen stärker in der Befragung engagiert zu haben (*Abb. 3*).

Unterrichtstätigkeit an einer Universität/Medizinischen Hochschule:

Die Frage nach der aktiven Unterrichtstätigkeit wurde gemessen an den vorangegangenen Fragen unseres Erachtens erstaunlich widersprüchlich beantwortet, da immerhin 118 (51,75 %) angaben, keinen Unterricht an einer Universität zu halten (*Abb. 4*).

Offizieller Lehrauftrag:

In Ergänzung dazu wurde der offizielle Lehrauftrag abgefragt. Erwartungsgemäß war bei der Mehrzahl (139 i. e. = 60,96 %) diese Frage mit Nein beantwortet. Wohingegen die Minderheit (50; 21,93 %) mit Ja antwortete; 39 (17,11 %) der Rücksendenden gab keine Antwort auf diese Frage.

Spezielle Lehre Geriatrie/Altersmedizin:

Entsprechend fiel die Antwort auf die Frage aus, ob Unterricht in Geriatrie und Altersmedizin gegeben wird. 137 (60,09 %) antworteten mit „Nein“, 48 (21,05 %) mit „Ja“, 43 (18,86 %) der Rücksender ließen die Antwort offen oder konnten sich nicht entscheiden. Eingedenk der relativ kurzen Zeit, in der Q7 im Lehrplan für Studenten nach der neuen Approbationsordnung existiert, war die Zurückhaltung mit „Ja“ zu erklären. Allerdings sind wir auf-

grund unserer Umfrage bei den Medizinischen Fakultäten (siehe dort) eher skeptisch, dass Geriater bzw. Geriater mit Lehrbefugnis tatsächlich verstärkt in die Studentenausbildung des Querschnittsfaches Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ einbezogen werden, zumindest in dem Maße wie es notwendig und auch möglich wäre.

Einbeziehung in die curriculare Planung des Studentenunterrichtes:

Schließlich fragten wir ab, ob unsere Mitglieder vom Dekan/Lehr- und Studiendekan bzw. vom Fachbereich oder von der Fakultät in die curriculare Planung und Ausgestaltung des neuen Querschnittsfaches Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ gemäß der neuen Approbationsordnung – mit einbezogen würden. 45 (62,5 %) der zu dieser Frage Antwortenden gaben „Nein“ zur Antwort, lediglich 27 (37,5 %) antworteten mit „Ja“. Auffällig ist, dass diese Fragen nur von einem geringen Teil der 228 Rückmeldenden überhaupt beantwortet wurden. Auch hier werden wir in unserer Fakultäts-Befragung bestätigt, die eine eindeutige Unterrepräsentanz von geriatrischen Kollegen in den Unterricht des Curriculum Q7 aufzeigt (siehe dort).

Zusammenfassung und generelle Schlussfolgerungen.

1. Die Rücklaufquote von 228 (15,57 %) bei 1.464 ausgesandten Fragebogen ist – trotz mehrfacher Appelle in unseren Publikationsorganen – schlecht und muss bei zukünftigen Befragungen deutlich verbessert werden.
2. Die Umfrage hat aber eindeutig gezeigt – wobei eine gewisse Verzerrung hinsichtlich der Motivation zur Beantwortung bei den Hochschullehrern auffällt – dass Geriater an den Fakultäten zusätzlich zur bekannten Unterrepräsentation auch noch zu wenig in den Unterricht einbezogen werden; sei es als Lehrbeauftragte oder als der Fakultät zugehörige Apl.-Professoren. Dies trifft auch auf das organisierte geriatrische Querschnittsfach Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ zu.
3. Befragungen schaffen Klarheit auch dort, wo bestimmte Situationen bereits vermutet werden und geben deutlich bessere Möglichkeiten für die berufspolitische Argumentation als es die üblichen Statements und Verlautbarungen können.
4. Für die gezielte Aktivität einer wissenschaftlichen Gesellschaft sind Informationsquellen, wie sie derartige Mitgliederbefragungen darstellen unerlässlich.

TEIL2: UMFRAGE AN DEN DEUTSCHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄTEN ZUM QUERSCHNITTSFACH Q7 NACH DER NEUEN APPROBATIONSORDNUNG „MEDIZIN DES ALTERNS U. DES ALTEN MENSCHEN“

Ende August 2004 haben wir an alle Studiendekane der med. Fakultäten der Universitäten und Medizinischen Hochschulen in Deutschland den Rahmenvorschlag zum Curriculum Querschnittsfach (Q7) „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ gem. der neuen Approbationsordnung als Rahmenempfehlung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie versandt. In einem Anschreiben habe ich darauf hingewiesen, dass wir unseren Rahmenplan als eine Zusammenfassung der wichtigsten geriatrischen Lerninhalte verstehen, und dass dieser Rahmen auch die curriculare Freiheit der Fakultäten unberührt lässt. Das heißt, unser Curriculumsvorschlag lässt sowohl die Unterrichtung im konventionellen Block als auch eine Verteilung der Inhalte auf diverse Bereiche des klinischen Studiums zu.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie empfiehlt allerdings die Zusammenfassung des Unterrichtes in Blöcken – aus Gründen der Praktikabilität und der schnellen Umsetzbarkeit. Wenn trotzdem die Lehrinhalte des Curriculums Altersmedizin in vielen Fällen breit über die einzelnen medizinischen Fächer verteilt sein müssen, so wird es doch wichtig sein, dass die Koordination des Curriculums unter der maßgeblichen Beteiligung eines in Geriatrie ausgewiesenen Hochschullehrers oder Lehrbeauftragten erfolgt. Zur praktischen Umsetzung haben wir vorge-

schlagen, dass ein solcher Koordinator von der Fakultät benannt werden soll, wobei auch hier die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie bei der Auswahl und der Entscheidung ihre Hilfe anbietet. Die Rahmenempfehlung zum Curriculum an dieser Stelle noch einmal im Abdruck (siehe folgende Seite) .

Material und Methoden

Der Fragebogen: Es handelt sich um eine zweigeteilte Frageaktion verbunden mit Begleitschreiben, um den direkten Kontakt mit dem entsprechenden Hochschullehrer oder Lehrbeauftragten der jeweiligen Fakultät, der für die Organisation von Q7 verantwortlich benannt wurde zu erhalten. Ein zweiter Fragebogen war vorgesehen, der nach Beantwortung des ersten speziell an die Lehrbeauftragten und die Organisatoren Q7 ergehen sollte. Dieser zweite Fragebogen wird der Differenzierung des an der Fakultät angebotenen Unterrichtes im Querschnittsfach dienen und soll die beteiligten Fächer gelistet nach Stunden/Unterrichtseinheiten und somit gewichtet nach dem Anteil dieser Fächer am Unterricht aufzeigen.

Ergebnisse und Diskussion

Die Fragebogen wurden ausgesandt an die Adressen der Studiendekane, an die medizinischen Fakultäten aller deutschen Universitäten und aller deutschen Hochschulen, insgesamt 36. Als Rückläufer von den Universitäten erhielten wir zum Teil nach Erinnerungsschreiben insgesamt 34 Fragebögen. Den Hinweis, dass die Unterlagen an den Lehrbeauftragten/Fakultätsbeauftragten für Q7 weitergeleitet worden sind, erhielten wir von 15 Fakultäten. Worten von den Lehrbeauftragten/Fakultätsbeauftragten für Q7 betreffend Stundenzahl und Unterrichtsart (Vorlesung, praktischer Unterricht) gingen in 34 Fällen ein (Tab. 4).

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die Befragung zeigt, dass die Beteiligung der Geriatrie am studentischen Unterricht im Querschnittsfach Q7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ noch nicht befriedigend ist. An Universitäten, an denen Geriatrie nicht im Sinne eines Lehrstuhls oder Lehrstuhlädquaten akademischen Konstruktes etabliert ist, scheinen die Verhältnisse besonders ungünstig, zumindest was die Sicht der Interessensvertretung der Geriatrie betrifft. Geriatricher Kollegen sind als Leiter oder Organisatoren von Q7 erstaunlich unterrepräsentiert gemessen an den bekannten Zahlen von Kollegen in Hochschullehrfunktion, die als Apl.-Professoren oder sonstige Lehrkörpermitglieder an den Universitäten vertreten sind.

tion, die als Apl.-Professoren oder sonstige Lehrkörpermitglieder an den Universitäten vertreten sind.

Aus all dem folgt, dass Geriatrie trotz Querschnittsfach Q7 bislang nicht als Fach und Spezialität sondern als „Allgemeingut“ verstanden wird, zu dessen Unterrichtung sich nach örtlicher Situation unterschiedliche Fachgebiete berufen fühlen, ohne dass arrivierte Geriater zu Rate gezogen würden. Es ist sicherlich auch eine Aufgabe unserer Fachgesellschaften, wieder und wieder – und dabei mit aller gebotenen kollegialen Diplomatie aber auch Penetranz – auf die Möglichkeiten und Vorteile der Einbindung von Geriatrie erfahrenen und in Geriatrie ausgebildeten Hochschullehrern und Lehrbeauftragten für die Gestaltung des Unterrichtes „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ hinzuweisen.

Die geplante Befragung der Lehrbeauftragten und Organisatoren von Q7 wird weitere Aufschlüsse über die beteiligten Fächer (Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, Urologie, Dermatologie, Neurologie, Psychiatrie, Klinische Geriatrie, sowie die nicht-klinischen Fächer Medizinische Soziologie, Medizinische Psychologie, Physiologie, Pathologie und weitere, z.B. Molekularbiologie, Immunologie u.a.) und die Organisation des Unterrichtes bringen. Hierüber wird noch zu

Rahmenempfehlung „Querschnittsfach Medizin des Alterns und des alten Menschen“ gem. Q7 der neuen Approbationsordnung

Demographie und Epidemiologie (interaktive Vorlesung, Großgruppe)
 Von der Krankheitsentität zur funktionellen Betrachtungsweise:
 Multimorbidität und ihre Analyse

- Das Syndrom der Sturzkrankheit
- Fehl- und Mangelernährung – Ursachen und Interventionsmöglichkeiten

■ Geriatriische Syndrome:
 Inkontinenz, Immobilität, Gebrechlichkeit – "Frailty",
 Demenz, Delirium (akute Verwirrtheit),
 Multimedikation und Polypharmazie (Interakt. klin. pharmakol.),
 Funktionsverlust des Sensoriums (z. B. Seh- und Hörvermögen)

- Exsikkose: Physiologische Grundlagen und Intervention
- Besondere Probleme: Bösartige Erkrankungen im Alter
- Endokrinologische Aspekte
- Erektile Dysfunktion (Interakt. mit Urol.)
- Chronisches Schmerzsyndrom

Insges. 8 bis 10 x 2 Std. Seminar oder interaktive Vorlesung vor der Großgruppe

Geriatrisches Assessment:

- Funktionsstatus und Pflege-Abhängigkeit: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Skalen, IADL-Skalen = z. B. Barthel-Index, IADL-Skala nach Lawton und Brody)
- Mobilität: Test nach Tinetti zur Abschätzung von Mobilität und Sturzrisiko
- Demenz: Minimental-Status nach Folstein
- Depression: Z. B. Depressionsskala nach Yesavage
- Erfassung und Bewertung von Komorbiditäten

Insges. 2 x 2 Std. Seminar mit praktischen Übungen

Rehabilitation (Interakt. Reha, Interakt. mit Phys. Medizin)

- Ambulante Möglichkeiten incl. Palliation (Interakt. mit Allgemeinmed.)
- Alters- Pflegeheim, Tagespflege, Möglichkeiten der Pflegeversicherung
- Ethik (Interakt. mit Ethik der Medizin)
- Die Rolle des geriatrischen Teams

Insges. 2 Stunden Seminar mit Falldemonstrationen

Vorschlag: Optional, da auch vorklinisches Studium teilweise einschließend

- Physiologie und Pathophysiologie des Alterns und des Alters

Insges. 2 – 4 Std. zusammen mit Physiologie

Lfd Nr.	Dekanat Anschrift	zuständiger Koordinator	Mitglied DGG und/oder ausgewiesener klinischer Geriater ja/nein	Unterrichtsstunden	Vorlesungen	praktischer Unterricht
1	Dekanat der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen Pauwelstr. 30 52057 Aachen	Prof. Kruse/ Frau Dr. Nicole Knuth	ja nein	2	2	–
2	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg Rheinstr. 10 79085 Freiburg	Prof. Heiß	ja	32	23	6 3 Seminar
3	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck	Prof. Träger	nein	16	8	8
4	Dekanat des Fachbereichs Humanmedizin der FU Berlin Hindenburgdamm 30 12200 Berlin	Prof. Isabella Heuser Fr. Prof. Kuhlmeier Fr. Prof. Steinhagen-Thiessen	ja nein ja	39	28	8 3 Seminar
5	Dekanat des Fachbereichs Humanmedizin der Justus-Liebig-Universität Rudolf-Buchheim Str. 8 35385 Gießen	Prof. Reinhard Bretzel	nein	14	14	
6	Dekanat des Fachbereichs Medizin der Johannes-Gutenberg-Universität Obere Zahlbacher Str. 63 55131 Mainz	Prof. Buhl Prof. Wölfel Prof. Weber PD Böcker	nein nein nein nein	14	12	2
7	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum Universitätsstr. 150 44780 Bochum	Prof. Pientka	ja	keine Angaben	keine Angaben	
8	Dekanat des Fachbereichs Medizin der Georg-August-Universität Postfach 3744 37027 Göttingen	Prof. Michael Kochen	nein	keine Angaben	keine Angaben	
9	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Sigm und-Freud-Str. 25, Haus 23 53113 Bonn	Dr. Romberg	nein	9	–	–
10	Dekanat des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg Martinistr. 52 20246 Hamburg	Prof. von Renteln-Kruse	ja	24, 25	6	4 14, 25 Seminar
11	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf Universitätsstr. 1 40225 Düsseldorf	Prof. Abholz	nein	26	18	8
12	Dekanat der Medizinischen Gesamtfakultät der Universität Heidelberg Im Neuenheimer Feld 346 69120 Heidelberg	Prof. Oster Dr. M. Pfisterer Dr. Schuler	ja ja ja	38	6	12 20 Stationsunterricht

Tab. 4: Lehrbeauftragte / Fakultätsbeauftragte für Q7 sowie Art und Umfang der Lehrtätigkeit (Fortsetzung auf den folgenden Seiten).

Lfd Nr.	Dekanat Anschrift	zuständiger Koordinator	Mitglied DGG und/oder ausgewiesener klinischer Geriater ja/nein	Unterrichtsstunden	Vorlesungen	praktischer Unterricht
13	Dekanat des Fachbereichs Humanmedizin der Universität Marburg Baldingerstr. 35043 Marburg	Prof. Vogelmeier	nein	14	–	– Seminarforum ohne Std. Angaben
14	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg Universitätsstr. 40 91054 Erlangen	Prof. Sieber PD Dr. Mühlberg	ja ja	2	2 Ringvorlesungen ? Std.	1 Woche Block 2SWS ? Std.
15	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes 66421 Homburg	Prof. Böhm	nein	12	–	–
16	Dekanat der Fakultät für Medizin der TU München Ismanninger Str. 22 81675 München	Prof. Dr. Hansen PD Dr. Eberlein-König	nein nein	24	24	–
17	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität -GH- Essen Hufelandstr. 55 45122 Essen	Prof. Martin Hermann	ja	33	28	5
18	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln Joseph-Stelzmann-Str. 9 50931 Köln	Dr. Bödecker Dr. Robertz	ja nein	24	–	–
19	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität Bavariring 19 80336 München	Prof. Heinrich Dr. Anja Kwetkat	ja ja	12	4	6 2 Seminare
20	Dekanat des Fachbereichs Humanmedizin der J.W. Goethe-Universität Theodor-Stern-Kai 7 60596 Frankfurt	PD Dr. Rupert Püllen	ja	50	28	22
21	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität Olshausenstr. 40 24118 Kiel	Prof. Alderhoff	nein	3	1 SWS/ 1 6Std.?	2SWS Seminar/ 32 Std.?
22	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Domagkstr. 3 48149 Münster	Dr. Karl Mayer, Freren PD Dr. Barbara Elkeles	ja ja	21	15	6
23	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Regensburg Franz-Josef-Strauß-Allee 11 93042 Regensburg	Prof. Klein	nein	16,5	16,5	–
24	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Tübingen Geissweg 5 72076 Tübingen	Dr. Berneburg	nein		nur Vorles. ohne Std.- Angaben	

Lfd Nr.	Dekanat Anschrift	zuständiger Koordinator	Mitglied DGG und/oder ausgewiesener klinischer Geriater ja/nein	Unterrichtsstunden	Vorlesungen	praktischer Unterricht
25	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm Oberer Eselsberg 89069 Ulm	Prof. Nikolaus	ja	22	14	8
26	Fakultät Medizin der Universität Witten/Herdecke Alfred-Herrhausen-Str. 50 58448 Witten	Prof. Füsgen PD Dr. Annette Welz-Barth	ja ja/ja	3 Wo. ganztags		
27	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Josef-Schneider-Str. 2 97080 Würzburg	Dr. Swoboda	ja	4	2	2
28	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena Bachstr. 18 07740 Jena	Dr. Wedding (Onkologe) und Mitglied AG Geriatri- sche Onkologie	ja/nein	40	20	20
29	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig Liebigstr. 27 04103 Leipzig	Prof. Hermann J. Gertz	nein	89	16	8 Std. Kurse 65 PDL
30	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock Schillingallee 35 Postfach 10 08 88 18055 Rostock	Prof. Emil Reisinger Dr. Matthias Lademann	nein nein	14	–	–
31	Dekanat der Medizinischen Fakultät der TU Dresden Mommensenstraße 13 01062 Dresden	keine Rückmeldung				
32	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Otto-v. Guericke-Universität Leipziger Straße 44 39120 Magdeburg	Prof. Thomas Lichte	nein	28	14	14
33	Dekanat Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin Unter den Linden 6 10099 Berlin	keine Rückmeldung				
34	Dekanat der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Fleischmannstraße 8 17487 Greifswald	Prof. Kraatz	nein	28	14	14 Seminar
35	Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Medizinische Fakultät Magdeburger Straße 27 06112 Halle (Saale)	Prof. Dr. Jürgen Holtz	nein	21	14	7 Seminar
36	Dekanat der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg Theodor-Kutzer-Ufer 68135 Mannheim	Prof. Dr. R. Gladisch	ja	14	2	–

TEIL 3: WEITERBILDUNG UND PRÜFUNG IN „KLINISCHER GERIATRIE“
ZWEIJAHRESZEITRAUM 2002/2003 IN DEN
BEREICHEN DER EINZELNEN
LANDESÄRZTEKAMMERN

Im Sommer 2004 wurde zunächst ein Fragebogen an die Präsidenten der Landesärztekammer versandt, der die Prüfungen und Prüfer für das Fach „Klinische Geriatrie“ im Bereich der einzelnen Landesärztekammern abfragen sollte. Im Kontakt mit den Prüfern sollte dann weitere Fragen über die Zahl der Prüfungen in den einzelnen Fächern eruiert werden. Da nur ein Teil der Landesärztekammern diese Fragen beantwortet haben und eine größere Zahl mit Hinweis auf Datenschutz die Namen der Prüfer uns nicht zur Verfügung gestellt haben, haben wir einen anonymen,

von der Person unabhängigen Fragebogen im Herbst an die Landesärztekammern geleitet, der lediglich die Zahl der Prüfungen abfragt und die Zahl der Prüfer und Ihre Fachzuordnung.

Material und Methoden

Die Nachfrage bei den Landesärztekammern erfolgte mittels eines kurz gefassten Fragebogens. Die Rückläufer kamen durchweg prompt oder nach erster Anmahnung. Sie waren durchweg nachvollziehbar, lediglich im Fall der Landesärztekammer Hessen mussten die Antworten in Zweifel gezogen werden, da weder Prüfungen

noch Prüfer für Klinische Geriatrie gemeldet wurden.

Ergebnisse und Interpretation

Die Zahl der Prüfungen und ihre Fachzuordnung sind in *Tabelle 2* aufgeführt. Es zeigt sich erwartungsgemäß ein Überwiegen der Inneren Medizin. Entsprechend sind in *Tabelle 3* die Prüfungen, die in den letzten 2 Jahren 2002/2003 bis Anfang 2004 (24 Monate) durchgeführt wurden, insgesamt und getrennt nach den zur Prüfung zugelassenen Fachgebieten zur Prüfung für die „Fakultative Weiterbildung klinischer Geriatrie“ zugelassenen Fachgebieten aufgelistet. Erwartungsgemäß findet sich auch hier ein Überwiegen der Inneren Medizin.

Die Umfrage bestätigt, dass die Innere Medizin, sowohl im Hinblick auf die zur Verfügung stehenden, weitergebildeten Prüfer bei den Landesärztekammern durch die Innere Medizin dominiert wird, als auch im Hinblick auf die nachgefragten und abgelegten Prüfungen. Insofern ist es auch im Hinblick auf die neue Weiterbildungsordnung konsequent und wurde auch so von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie verfolgt, dass die Haupt-

LÄK	Innere	Allg. Med.	Neuro	Psychiat.	Sonstige
Hamburg	7		2		
Bayern	14	4	12	8	7 Nerven
Niedersachsen	5		2		
Thüringen	3	1			
Sachsen	3		2	2	
Nordrhein	7	4	3	5 (+ Psycho)	4 Nerven
Pfalz	4		1	1	
Brandenburg	4				
Mecklenburg-Vorpommern	2		1		2 Nerven
Saarland	3		2		
Sachsen-Anhalt	4		2	2	
Berlin	6	2	2		
Süd.-Würt.	3				
Bremen	4		2		
Trier	4				
Koblenz	4		2		
Westfalen-Lippe	*	*	*	*	*
Schleswig-Holstein	4	2	6		
Rheinland-Pfalz	*	*	*	*	*
Hessen	0	0	0	0	0
Baden-Würt.	3		2	2	
Nordbaden	6			2	
Nordwürttemberg	3	1		1	
Summe	93	14	41	23	13
* keine Meldung, keine Antwort					

Tab. 2: Anzahl Prüfungen und Fachzuordnung „Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie“.

interessen in Bezug auf eine Verankerung in der Weiterbildung im Bereich der Inneren Medizin zu liegen haben, gleichwohl waren die Möglichkeiten, wie sie im Rahmen der „Fakultativen Weiterbildung“ für die Fächer Innere Medizin aber auch Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie gegeben waren, sind jedoch sicherlich die bessere Lösung, wobei de facto auch hier die passive Weiterbildung zumindest teilweise im Bereich der Inneren Medizin abgeleistet werden wird.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Es sind in den letzten zwei Jahren eine doch beachtenswerte Zahl von Prüfungen im „Schwerpunkt“ der Fakultativen Weiterbildung

„Klinische Geriatrie“ durchgeführt worden. Die Zahl der weitergebildeten Ärzte hat damit kontinuierlich in allen Bundesländern zugenommen. Das negativ antwortende Hessen ist dabei kritisch zu hinterfragen, zumal auch bei den Prüfern eine Negativmeldung erfolgt.

Der durch die neue Musterweiterbildungsordnung erfolgte Bruch der Weiterbildungsmöglichkeit dürfte sich in absehbarer Zeit auch in Zahl der zur Verfügung stehenden und für klinische Tätigkeiten in der Medizin weitergebildete Ärzte für Altersmedizin, Klinische Geriatrie schmerzhaft bemerkbar machen, sofern nicht eine befriedigende Lösung in der Weiterbildungsfrage gefunden wird.

LÄK	Prüfungen ges.	davon Innere	davon Allg. Med.	davon Neuro	davon Psychiat.	Sonstige
Hamburg	10	5	3	2		
Bayern	12	6	1	1	4	
Niedersachsen	*	*	*	*	*	*
Thüringen	6	1	2	3		
Sachsen	5	1		1	3	
Nordrhein	28	16	6	3	2 (+ Psycho)	1 Nerven
Pfalz	*	*	*	*	*	*
Brandenburg	3	2				1 Geriatrie(?)
Mecklenburg-V.	6	3	1	1	1	
Saarland	1	1				
Sachsen-Anhalt	6	4			2	
Berlin	7	4	1	2		
Süd.-Würt.	6	2	1	2	1	
Bremen	4	4				
Trier	*	*	*	*	*	*
Koblenz	*	*	*	*	*	*
Westfalen-Lippe	*	*	*	*	*	*
Schleswig-Holstein	2		1			
Rheinland-Pfalz	*	*	*	*	*	*
Hessen	0	0	0	0	0	0
Baden-Württemberg	4	2		2		
Nordbaden	14	7	4		3	
Nordwürttemberg	5	4	1			
Summe	119	62	21	17	16	2
* keine Meldung, keine Antwort						

FÜR DIE VERFASSER: PROF. DR. MED. DR. RER. PHYSIOL. G. KOLB, ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN, FACHBEREICH GERIATRIE, ST. BONIFATIUS-HOSPITAL, WILHELMSTR. 13, 49808 LINGEN. DEUTSCHLAND

Tab. 3: Zur Prüfung zugelassene Fachgebiete für die „Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie“.