

# Innere Medizin: Die Generalisten sind wieder da!

Werner Bauer, Küsnacht ZH

Ist diese Behauptung Faktum, Selbstverständlichkeit, Wunschdenken oder Halluzination? Sind die Generalisten wirklich wieder da, oder tauchen sie zumindest am Horizont wieder auf?

## Die Internisten sind Generalisten und brauchen eine Definition

Die Internisten verstehen sich als Generalisten: als Ärzte, die sich nicht nur kranker Organe annehmen, sondern die den kranken Menschen und die mögliche Komplexität seiner gesundheitlichen Probleme in ihr präventives, diagnostisches und therapeutisches Konzept einbeziehen.

Eine Arbeitsgruppe der Europäischen Internistenföderation (EFIM) hat die Aufgabe übernommen, die Position der inneren Medizin in den Gesundheitssystemen der Zukunft zu analysieren und notwendige Konsequenzen zu ziehen. Die internen Diskussionen waren lebhaft und von europäischer Vielfalt geprägt. Sie drehten sich in der ersten Phase um eine brauchbare eingängige Definition unseres Fachgebiets. Bei dieser linguistisch-kreativ-deskriptiven Übung ging es immer wieder darum, Negativformulierungen («Nichtspezialist», «Nichtkardiologe») zu vermeiden und eine kurze und prägnante Beschreibung zu finden (z.B. ACP: «Internists: Doctors for Adults»).

Die noch nicht besonders marketingorientierte, aber klare und differenzierte Beschreibung (mission statement) der Inneren Medizin lautet vorläufig im Entwurf auf Englisch:

*«Internal medicine is a core medical discipline that is responsible for the care of adults with one or more complex, acute, or chronic illnesses, both in the hospital and in the community. It is patient-centred, scientifically based and committed to ethical, scientific and holistic principles of care. Internal medicine creates and promotes medical knowledge, methods and clinical abilities. It analyses the findings of other medical specialties and integrates them into specific concepts of diagnosis, treatment and care for the individual patient.»*

## Sind die Rivalitäten mit den Spezialisten nun zu Ende?

Nur wer arglos durchs Leben wandert, darf dies in der Hoffnung tun, dass die demographischen, finanziellen und strukturellen Probleme des heutigen Gesundheitswesens von sich aus zur dringend nötigen Partnerschaft und Aufgabenteilung der verschiedenen Berufsgruppen führen werden.

Nein, das Streben nach Einkünften, nach Macht, nach Profilierungsmöglichkeiten wird ein wichtiger Faktor im Spitalleben und in der ambulanten Medizin bleiben. Jedes Spezialfach ist überzeugt von der Qualität seiner Methoden und hat die Tendenz, das Indikationenspektrum für deren Anwendung eher breiter als enger zu sehen. Und die Patienten? Auch sie werden von den technischen Möglichkeiten, dem Wunsch nach dokumentierter Sicherheit und der Hoffnung auf hoch spezialisierte Hilfe immer fasziniert sein. Aber: Mehr und mehr Patienten sind keine einfachen Fälle. Natürlich gibt es sie, die klaren Fälle: ein gebrochenes Schienbein, ein Nierenstein oder eine hämmernde Stirnhöhle. Aber der Patient mit dem gebrochenen Schienbein mag auch eine Aortenektasie haben und Antihypertensiva einnehmen. Die Patientin mit dem Nierenstein könnte eine Stoffwechselstörung haben, die zu Nierensteinen disponiert, und der Patient mit einer rezidivierenden Sinusitis ist vielleicht Diabetiker. Natürlich gibt es Patienten mit einer einzigen klaren Diagnose und der entsprechend indizierten Behandlungsmethode, aber die Zahl der älteren Patienten steigt stetig an, und damit nimmt die Zahl der komplexen Fälle ebenfalls zu. In Irland fand eine Studie im Durchschnitt aller akut hospitalisierten Fälle vier relevante Diagnosen (4 +/- 1,8 ICD-9 Codes).

Was es in diesen Fällen zu verhindern gilt, ist ein «cursus doctorum» mit einem möglicherweise gut gemeinten, aber konzeptlosen und unkoordinierten Einsatz diagnostischer Instrumente und therapeutischer Methoden. Fast zu banal ist es, zu sagen, dass die geeigneten Ärzte, die wir in der heutigen Situation der knappen Ressourcen zur Sicherung der Qualität brauchen, eben kompetente Generalisten sein müssen.

## Managed Care, DRGs, Disease Management und Netzwerke werden ohne kompetente Generalisten nicht funktionieren

Um eine hohe Qualität und die optimale Nutzung der Ressourcen anbieten zu können, müssen im ambulanten und stationären Sektor des Gesundheitswesens Diagnostik und Therapie für jeden Patienten im Rahmen eines Konzepts koordiniert ablaufen. Patientenpfade, Disease Management, (shared) Decision Making sind polyglotte Stichwörter, die irgendeinen Nagel zwar auf den Kopf treffen, deren Umsetzung aber bei Weitem nicht unproblematisch ist. Eines ist sicher: Eine Reihe parallel geschalteter Spezialisten, so

virtuos sie auch sein mögen, wird in vielen Fällen dem Gesamtproblem nicht gerecht. Diagnostik, Therapie, Kommunikation und wichtige Entscheidungen müssen auf einem individuellen Konzept basieren, das mit dem Blick für das Ganze erarbeitet wird. So weit, so simpel und so einleuchtend! Weshalb hat es der Generalist denn so schwer? Warum hat er immer wieder gegen das Absacken in die Bedeutungslosigkeit zu kämpfen?

Die Antwort lautet wohl: wegen der Anreize, die viele der Beteiligten in Richtung Spezialisierung und Zentren steuern – von den jungen Ärzten, die ihre berufliche Zukunft planen, über die Spitaldirektoren bis zum Patienten, der von seiner Cousine hört, wie gut der Lungenarzt XY bei raschem Ausser-Atem-Sein helfen könne (wir wollen hoffen, dass Dr. XY dank seiner internistischen Weiterbildung noch vor Durchführung der grossen Lungenfunktion die Anämie bemerkt, die einer Dyspnoe auch zugrunde liegen könnte!).

Wenn wir ernsthaft die Strukturen, die Patientenwege, das Disease Management, die Vernetzung und die sich ergänzende Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen Berufe verbessern wollen, kommen wir nicht darum herum, den Generalisten eine Schlüsselrolle zuzuweisen. Auch die bevorstehende Einführung der DRGs müsste zu entsprechenden Überlegungen führen. Wenn diesen Überlegungen eine gewisse Weisheit unterlegt wird, suchen sie einen Kampf zwischen Generalisten und Spezialisten zu vermeiden.

Die Fäden der Information, der Diagnostik, der therapeutischen Massnahmen, der Koordination der stationären Betreuung mit der Vor- und Nachspitalphase müssen bei einer Bezugsperson zusammenlaufen. Modern gesagt, sie müssen einen «Link» haben – aus organisatorischen und finanziellen, vor allem aber auch aus menschlichen Gründen! Viel zu häufig hören wir heute noch Berichte von eigenwilligem Handeln einzelner Ärzte oder Institutionen, von unangemessenem Gebrauch von Ressourcen und von unnötiger Ratlosigkeit und Leid bei Patienten.

### Der Generalist: «Not your grandparents' internist»<sup>1</sup>

Die Erkenntnis, dass ein persönlicher Ansprechpartner unumgänglich ist, wächst.

In Einzelfällen kann dieser auch ein Spezialist sein – denken wir zum Beispiel an einen Neurologen bei der Multiplen Sklerose oder an einen Nephrologen bei einem Hämodialysepatienten. Er muss aber auch willens sein, das Wort Oslers (1892!) zu beherzigen: «*The various organs, the diseases of which are subdivided for treatment, are not isolated, but complex parts of a complex*

*whole, and every day's experience brings home the truth of the saying: When one member suffers all the members suffer with it.*»

Ohne Zweifel ist eine solide Weiterbildung in Innerer Medizin die geeignetste Basis für die Tätigkeit als Generalist. In den USA und auch hierzulande werden heute Internisten als «Hospitalisten» (Spitalärzte) eingesetzt, die eine integrierte Betreuung der Patienten sicherstellen sollen – auch auf chirurgischen Abteilungen.

Im ambulanten Bereich hat die Hausarztmedizin ja die Betreuung des ganzen Menschen und die Verordnung von Massnahmen aus generalistischer Sicht als Grundauftrag. Sie muss gegenwärtig noch um ihre Position und für ihre Arbeitsbedingungen kämpfen.

Neue Entwicklungen in Richtung Managed Care, Netzworke, Definition von Patientenpfaden, Verkürzung der Spitalaufenthalte müssten die Bedeutung kompetenter «Ärzte mit Überblick» steigern. Aber wie Dr. E. Rich<sup>1</sup> es sagt, werden der Hausarzt der Zukunft, der Internist der Zukunft, der Spitalarzt der Zukunft nicht mehr das gleiche Berufsbild verkörpern wie der einstige Generalist, der sich im Schneesturm zum Försterhaus durchkämpfte und dort von der Entbindung bis zur Behandlung einer offenen Fraktur alles machte und machen musste.

### Faktum, Selbstverständlichkeit, Wunschdenken oder Halluzination?

Dass eine fundierte Weiterbildung in einer modern verstandenen Fachdisziplin wie der inneren Medizin eine hervorragende Basis ist, um als Generalist zu arbeiten, ist ein Faktum.

Dass es zur Bewältigung komplexer Fragestellungen nicht nur in der Medizin (von Produktionsanlagen bis zum Bankwesen) Generalisten braucht, ist eine Selbstverständlichkeit.

Dass das Gesundheitswesen im Moment die Chance hat, sich nicht weiter zu fragmentieren und zu desintegrieren, ist ein Faktum, aber keine Selbstverständlichkeit.

Dass die Verantwortlichen und die Bevölkerung die Vorteile eines Systems erkennen, das ein stufenweises Vorgehen, eine Koordination der Methoden und den sinnvollen Einsatz der Ressourcen sicherstellt, ist möglicherweise noch Wunschdenken.

Heute aber bereits die Morgenröte eines optimierten Gesundheitswesens am Horizont zu sehen, ist leider fast sicher eine Halluzination.

Korrespondenz:  
Dr. med. Werner Bauer  
Kohlrainstrasse 1  
CH-8700 Küsnacht  
werner.bauer@hin.ch

<sup>1</sup> Eugene Rich, Präsident der «Society of General Internal Medicine».