Wiedergeburt des Internisten im Spital – vorerst in England und den USA

Das spital- oder internmedizinische Schlaglicht 2012

Reto Krapf, Chefredaktor

Die letzten 20–30 Jahre haben an vielen Orten zur Zerstörung einer qualitativ hochstehenden Inneren Medizin in Spitälern der Schweiz geführt. Durch den Ausbau der diagnostischen und therapeutischen Verfahren in vielen Fachdisziplinen wurde die umfassende und integrierende Innere Medizin immer mehr in Frage gestellt. Zunächst wurde in einer Flut von Publikationen zu zeigen versucht, dass ein Fachspezialist eine Krankheit aus seinem Fachgebiet besser behandle als ein Internist. Ich habe diese Forschung nie verstanden, sie hat mich immer an die «self-fulfilling prophecy» erinnert, denn wenn ein Kardiologe den Herzinfarkt nicht besser behandeln könnte als ich, warum bräuchte es dann in der Medizin denn überhaupt einen Kardiologen? In der Folge wurden den stationär tätigen Internisten immer mehr Kompetenzen entzogen. Es gab (oder gibt?) auf Notfallstationen Listen mit Symptomen, die der Internist nicht abklären und behandeln durfte. Diese Listen lasen sich wie verkappte Kriegserklärungen. Was der Inneren Medizin an vielen Orten noch geblieben ist, ist nun eine DRG-mässig unattraktive, weil defizitäre Patientenpopulation, bei der mit hohem betreuerischen Aufwand tiefe Pauschalen resultieren.

Das Selbstwertgefühl der Internisten hat nachhaltig gelitten, nachdem sie nur noch jene Patienten betreuen durften resp. mussten, die alle anderen im Spital schlicht nicht wollten. Die konstante Rechtfertigung (Darf ich das? Kann ich das?) hat auch die Attraktivität des Fachs für den Nachwuchs reduziert, die Wertigkeit des Fachs in den Spitalleitungen (Budgets!) reduziert, zu einem dramatischen Rückgang sich habilitierender Internisten geführt und damit die potentiellen Kandidaten für Leitende Ärzte und Chefärzte dezimiert. In meinem Auswahlverfahren vor 15 Jahren gab es noch über 70 Bewerbungen, bei einer kürzlichen, attraktiven Ordinariatsneubesetzung nur noch 15.

Die Charakteristika der stationären Patienten haben sich aber in letzter Zeit ebenso dramatisch verändert: Auch die Fachdisziplinen und operativen Fächer sind zunehmend mit multimorbiden, immer älteren Patienten konfrontiert. Es hat sich gezeigt, dass die seriellen Interventionen resp. Behandlungen von vielen verschiedenen Spezialisten zu teuer und die Nebenwirkungen gravierend sind, wenn Fachspezialisten gezwungen sind, über ihr Fachgebiet hinaus zu betreuen. Die Spitäler realisieren, dass Fachspezialisten nur dann finanziell interessant sind (das ist der neue Ton!), wenn sie nur die eigenen Methoden anwenden, und zwar in möglichst hoher Zahl. Aus diesen Gründen hat sich in den USA die Idee immer mehr durchgesetzt, dass es wieder kompetente Internisten braucht. Etwas später hat sich diese Einsicht auch in England durchgesetzt, und sie wird nun unter der Ägide des «Institute of acute medicine» (IAM) erfolgreich in die Praxis umgesetzt. Die Leitidee des IAM ist, den Internisten mit weitreichenden Kompetenzen auszustatten, die es ihm erlauben, die Betreuung innerhalb der ersten 72 Stunden (also typischerweise vom Freitagabend bis Montagvormittag) der Hospitalisation sicherzustellen.

Reto Krapf

In diesem Frühjahr hatte ich Gelegenheit, das anfänglich von den Fachspezialisten sehr beäugte «Hospitalist-System» in den USA zu analysieren. Ich besuchte das Yale University Hospital in New Haven, ein universitäres, tertiärmedizinisches Zentrum mit 1000 Betten (110 davon intensivmedizinische!), und in Palo Alto das private Kaiser Permanente Hospital (450 Betten, 50 davon intensivmedizinische). Meine grosse Überraschung: Das Hospitalist-System ist bestens etabliert und wird geliebt, und zwar von Fachspezialisten und den Hospitalists.

Notwendig für den Erfolg ist die Erfüllung einer Reihe von Kriterien, die ich hier nicht alle erwähnen kann. Zentral scheint mir aber die Delegation gewisser klar definierter Tests und Eingriffe an die Hospitalists. Ein Beispiel: Der Hospitalist dialysiert einen Patienten mit akuter Niereninsuffizienz selbständig, nimmt dazu aber bezüglich Indikation mit dem diensthabenden Nephrologen telefonisch Kontakt auf. Die Fachspezialisten können sich ihrerseits auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren. Bei den Hospitalists haben diese erweiterten Kompetenzen zu mehr Ansehen, mehr Verantwortungsgefühl und Freude geführt. Plötzlich lohnt es sich wieder, den Ehrgeiz zu entwickeln, zum Beispiel die Ursache einer akuten Niereninsuffizienz und deren Pathophysiologie zu verstehen oder darüber nachzulesen. Die Hospitalists sind zu wertvollen und kritischen Gesprächspartnern der Fachspezialisten geworden. Auf den Konsiliumsanfragen steht nicht mehr einfach: «Akuter Kreatininanstieg, bitte um Beurteilung und Therapie», sondern eine konkrete Beurteilung und ein *eigener* Vorschlag zum weiteren Vorgehen. Ausbildungs- und weiterbildungsmässig übernehmen die Hospitalists für den Nachwuchs die zentrale Rolle.

Diese für mich unerwartete, weil so erfolgreiche Renaissance [1] ruft nach Adaptation der Idee an unsere schweizerischen Verhältnisse. Sie kann nur erfolgreich sein, wenn die Fachspezialisten und Internisten sich mit einem neuen Teamgedanken zusammenfinden und sich gegenseitig besser ergänzen und vertreten lernen.

Literatur

1 Wachter R, Bell D. Editorial: Renaissance of hospital generalists. BMJ. 2012;344:e652.