

1. Deutscher Internistentag 2007

25.–27. Oktober 2007, ESTREL Convention Center Berlin



Vom 25. – 27. Oktober 07 fand in Berlin der 1. Deutsche Internistentag statt, initiiert und organisiert vom Bund Deutscher Internisten und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auch wenn die Würze mit wissenschaftlicher Fortbildung nicht fehlen durfte, lag der Schwerpunkt, ja man kann sagen die Stoßrichtung der Tagung doch im Berufspolitischen. Hierin unterscheidet sie sich auch grundsätzlich vom Wiesbadener Internistenkongress, wo Wissenschaft und Fortbildung ganz im Vordergrund stehen.

Warum gab es eine Notwendigkeit für den Internistentag? Ich habe mein Grußwort überschrieben: „Innere Medizin: Gestern Vergangenheit, heute Zukunft.“ Warum? Die jüngste Vergangenheit hat uns Internisten gelehrt, dass es in Deutschland Mehrheiten von Ärzten geben kann, die keine Notwendigkeit für einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sehen. Beinahe war der Facharzt für Innere Medizin in Deutschland abgeschafft. Das umliegende Ausland reagierte mit großer Verwunderung und Unverständnis, stand Deutschland doch damit alleine da.

Zweifellos waren und sind die Tendenzen zur Spezialisierung in der Inneren Medizin unübersehbar und die Spezialisierung wird weitergehen, die Methoden in den Spezialgebieten werden technisch aufwendiger, die notwendigen Spezialkenntnisse und Fertigkeiten nehmen weiter zu. Die internistischen Schwerpunkte liegen im Wettstreit mit der interventionellen Radiologie und lehren die Chirurgen durch endoskopische und transluminale operative Eingriffe oder Implantationen das Fürchten. Eingriffe werden meist nicht von Allgemeininternisten gemacht. Wie gerade in den *Annals of Internal Medicine* berichtet, machen die Allgemeininternisten immer weniger diagnostische und therapeutische Prozeduren, in USA heute nur noch halb so viele wie 1986. Aber dies gilt generell nicht für Internisten in kleineren Gemeinden und kleineren Krankenhäusern, wo doppelt so viele Prozeduren von Allgemeininternisten durchgeführt werden wie in großen Städten und Krankenhäusern. Und welche Klinik kann es sich leisten, für jede Subspezialisierung einen Dienst rund um die Uhr, das Wochenende eingeschlossen, vorzuhalten? Also müssen alle, die am Dienst teilnehmen, auch ein Portfolio an Prozeduren beherrschen.

Andererseits hat sich das Aufgabenspektrum für Allgemeininternisten geändert. Die Lebenserwartung unserer Patienten ist in den letzten 20 Jahren um ca. 5 Jahre gestiegen, vor allem aufgrund einer Reduktion der Sterblichkeit an internistischen Erkrankungen. Das bedeutet aber, dass unsere Patienten länger mit ihrer Erkrankung leben und vor allem immer multimorbider werden, immer mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen müssen. Polypharmakotherapie ist bestimmt von Arzneimittelinteraktionen, die den Therapieerfolg ungewiss machen können. Häufig bestimmt nicht mehr das einzelne Krankheitsbild die Prognose, Lebensqualität und Therapie, sondern die Summe der Erkrankungen, die Komorbiditäten. Das heißt, die Patientenversorgung erfordert nach wie vor und sogar zunehmend solide Kenntnisse und Erfahrungen in der gesamten Inneren Medizin.

Ähnlich braucht die klinische Erforschung von organübergreifenden Erkrankungen interdisziplinäre internistische Ansätze. So können beispielsweise unterschiedliche Erkrankungen zur Herzinsuffizienz führen, ein zunehmend häufigeres, weil mit dem Lebensalter assoziiertes klinisches Syndrom, das als gutes Beispiel für eine „Systemerkrankung“ dienen kann: neurohumorale Aktivierung, Minderdurchblutung aller Organe, Störungen des Elektrolyt- und Wasserhaushaltes. Auch die Komplikationen der Herzinsuffizienz betreffen den gesamten Organismus: Schlaganfall, Nierenversagen, thromboembolische Komplikationen und der plötzliche Herztod, aber auch kognitive Störungen und Depressionen. Sollen umfassende integrierte Forschungs- und Behandlungskonzepte Erfolg haben, so müssen Kardiologen, Nephrologen, Endokrinologen, Neurologen und Psychiater zusammenarbeiten. Reduktionistische Forschung gibt klare Vorstellungen über Mechanismen für isolierte biologische Strukturen. Die klinische Forschung muss insbesondere in Deutschland ihren Weg zurück in die Systembiologie und patientenorientierte Forschung und damit heute auch zur Multimorbidität des alten Menschen finden: internistische Forschung in ihrem ursprünglichen Sinne.

Hierfür müssen wir uns rüsten mit einer entsprechenden Weiterbildung, aber auch schon mit entsprechenden Lehrinhalten im Medizinstudium. Das Medizinstudium muss eine Basis für die gesamte Medizin geben, in der Inneren Medizin für die gesamte Innere Medizin. Nichts ist schwieriger am Anfang des Berufslebens, als Wichtiges vom Unwichtigen zu unterscheiden. Das, was für manchen Lehrer in seinem medizinischen Spezialgebiet essentiell wichtig ist, wird die große Mehrzahl der Studierenden in ihrem Berufsleben nie mehr beschäftigen. Entscheidend für die Lehre in der Inneren Medizin ist es, das Verständnis für medizinische Zusammenhänge zu vermitteln.

Dem entspricht unser altes und wieder hoch aktuelles Selbstverständnis als Internisten. Ziel des Internistentages war es die Position des Internisten in der Gesellschaft und unter den Ärzten zu diskutieren und die strukturellen Voraussetzungen für die zukünftigen Herausforderungen erarbeiten.

Die feierliche Eröffnungsveranstaltung stand unter dem Thema „Nachhaltige und verantwortungsbewusste (Gesundheits-) Politik“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe thematisierte die Problematik der IGeL-Leistungen, also vom Patienten aus unterschiedlichen Motiven gewünschte Individuelle Gesundheits-Leistungen, die die Krankenkasse nicht abdeckt und leitete damit die später in einem Rundtischgespräch erfolgende Diskussion um die „korrigierende Kraft des Marktes“ ein. Zunächst hielt aber



der Vortrag von Prof. Peter Sloterdijk das Auditorium in Atem. „Heilen ist Zusammensein in der Krise“ war seine These, die für den 1. Deutschen Internistentag als Wahlspruch blieb. Er beklagte aber auch, dass aus dem Patienten heute ein „Impatient, Klient und Forderer“ geworden sei, der seinen Anspruch an die Medizin im Sinne einer letzten Utopie umfassend stellte. Aber sein Grundtenor war erstaunlich optimistisch auch gegenüber den Entwicklungen in der Medizin. Die nach ihm kommenden Diskutanten hatten es schwer, auf IGeL-Leistungen und der korrigierenden Kraft des Marktes im Gesundheitssystem zurück zu kommen. Dies war auch ein Thema, eines Rundtischgespräches zu *Internistische Universitätsklinik zwischen Harvard und Humboldt*, wobei es letztlich um

gewinnorientierte Marktwirtschaft und ihre Vorteile und Risiken in der Krankenversorgung und Forschungsfinanzierung ging.

Qualitätssicherung in der Gesundheitspolitik könnte ein zweiter Wahlspruch des 1. Internistentages sein. In einer Pressekonferenz stellten die Tagungspräsidenten, Professor Riemann, Hintergründe, Zahlen und Fakten zum 1. Deutschen Internistentag dar, Professor Hiddemann behandelte das Thema „Der Patient und sein Internist: Von Mensch zu Mensch?“ Danach ging es um „Die umfassende internistische Versorgung: Ein erfüllbarer Auftrag?“ einerseits in der ambulanten Versorgung (BDI Präsident Dr. Wesiack), andererseits in der klinischen Versorgung, wo neue Organisationsformen Probleme beseitigen sollen (aber nicht können), die wir ohne sie nicht hätten. (1. Vorsitzender der DGIM, Prof. Ertl). So hatte der 1. Deutsche Internistentag zwischen Weiterbildung und Berufspolitik für jeden etwas zu bieten.

Beseitigen neue Organisationsformen

in der Klinik Probleme, die wir ohne sie nicht hätten?

Eine wesentliche Voraussetzung für eine umfassende internistische Versorgung ist die enge Kommunikation zwischen Organen der ambulanten und stationären Versorgung. Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin macht heute auch innerhalb größerer Kliniken zuverlässige Strukturen für eine lückenlose Übergabe von Informationen notwendig. Die Aufgliederung innerhalb der Fächer mit hoher Tendenz zur Verselbstständigung führt unter Umständen zur Wanderschaft der Patienten durch die Abteilungen. Patienten werden von einer in die andere Abteilung verlegt und wechseln ihr betreuendes ärztliches und pflegerisches Personal. DRG Vergütung zwingt unter Umständen eine Abteilung, die ihre Aufgaben abgearbeitet hat, Patienten sogar zu entlassen und zur Weiterführung der Diagnostik oder Therapie in einer anderen Abteilung wieder aufnehmen zu lassen. Die zunehmende Multimorbidität unserer immer älter werdenden Patienten fordert andererseits

Organisationsformen, die auch den hypertensiven Diabetiker mit Herz- und Niereninsuffizienz berücksichtigen. Dazu kommen Schnittstellen, die durch die sogenannten Querschnittsfächer, letztlich auch eine Form der Spezialisierung erst innerhalb, dann außerhalb der Inneren Medizin, gebildet werden. In der Labormedizin ist dieses Problem durch die neue Informationstechnologie zu lösen, wenn es sich nicht um Spezialuntersuchungen und Funktionsuntersuchungen handelt. Auch in der Radiologie haben neue Informationssysteme für die bildgebenden Verfahren die Suche nach dem Röntgenbild im Bermudadreieck zwischen Station und Röntgenabteilung überflüssig gemacht. Aber die genaue Kenntnis aller Informationen über Krankheit und Patient ist häufig Voraussetzung auch für die Erhebung eines korrekten Spezialbefundes. Ganz problematisch sind Querschnittsorganisationsformen, die in die Patientenversorgung direkt eingreifen, also neue Abteilungen, die nicht aus medizinischen sondern aus organisatorischen Gründen aus den Kliniken herausgelöst werden und den Patienten zeitweilig auf- oder übernehmen. Dies gilt für die propagierten interdisziplinären Aufnahmestationen ebenso wie für aus den Kliniken heraus gelöste Intensivstationen. Diese führen zu zwei weiteren möglichen Übergaben der Patienten und zwingen zur Einrichtung von Patientenpfaden („Clinical Pathways“), die den Lauf des Patienten durch die Abteilungen formalisieren. Informationsverluste sind dennoch nicht zu vermeiden, muss sich doch jedes neue Ärzte- und Pflegeteam neu in die Patientengeschichte einarbeiten. Damit erfordert jede neue Querschnittsabteilung nicht nur ihr eigenes Personal, sondern darüber hinaus Übergabezeiten in allen beteiligten Abteilungen. Innerhalb größerer klinischer Einheiten lassen sich die Diagnostik und Therapie leichter strukturieren und die Vorteile einer Verantwortung für die Patienten *von der Aufnahme bis zur Entlassung in einer Hand* können gar nicht überschätzt werden. *Clinical Pathways* sind wertvoll für junge Mitarbeiter, um Standards in der jeweiligen Klinik zu vermitteln. Sie können aber noch so ausgeklügelt sein, sie beseitigen nicht die Probleme, die wir uns durch zusätzliche Schnittstellen in den Kliniken aufgrund modischer Organisationsformen schaffen.

Prof. G. Ertl

1. Vorsitzender der DGIM

