

## Eine Essenz aus Interviews mit Chefärzten von Schweizer Spitälern

# Innere Medizin heute und morgen

Während eines Sabbaticals hat der Autor Chefärzte nach ihrer Einschätzung der Situation und Zukunft der Inneren Medizin befragt. Idealvorstellungen, Forschung und Weiterbildung waren wichtige Themen der Gespräche. Plädiert wird für eine Bündelung des überall spürbaren Engagements für die Zukunft der Inneren Medizin.

Walter H. Reinhart

### Einleitung

Die Innere Medizin kann ohne Selbstüberschätzung als die grundlegende Disziplin für das ärztliche Handeln angesehen werden. Trotzdem hat sie Mühe, als das in der Öffentlichkeit wahrgenommen zu werden. In ihrem Schoss entstandene Subdisziplinen mit invasiven Techniken stehen heute im Rampenlicht und drängen die Bedeutung der Mutterdisziplin Innere Medizin an den Rand, so dass man vor lauter Bäumen den Wald nicht mehr sieht. Je grösser ein Spital, desto grösser ist die Tendenz zur Fragmentierung der Inneren Medizin. Dies kann dazu führen, dass eine umfassende internistische Betreuung im Spital nicht mehr möglich ist und demzufolge von den Ärzten in Weiterbildung für die spätere ambulante Tätigkeit auch nicht mehr erlernt werden kann. Diese internmedizinische Grundversorgung wird aber auch in Zukunft die Grundlage unseres Gesundheitssystems sein.

Im Zuge der Ökonomisierung des Spitalwesens und der Ausrichtung auf verrechenbare invasive Leistungen ist die internmedizinische Grundversorgung im Spital vernachlässigt worden, was Auswirkungen auf die Patientenbetreuung, aber auch auf die Weiterbildung der zukünftigen Ärztegenerationen hat. Die internistischen Chefärzte nehmen eine zentrale Rolle ein, sowohl bei der stationären Patientenbetreuung als auch bei der Weiterbildung der Ärzte. Die Meinung dieser Chefärzte zur Inneren Medizin von heute und morgen ist kaum bekannt. Ziel dieser vorliegenden Arbeit war es deshalb, Chefärzte grösserer internmedizinischer Kliniken über die Stärken und die Zukunftsaussichten der Inneren Medizin zu befragen.

### Vorgehen

Im Rahmen eines Sabbaticals hat der Autor verschiedene internmedizinische Kliniken der Schweiz (vorwiegend der Deutschschweiz) besucht. Deren Auswahl war arbiträr und oft durch eine persönliche Bekanntschaft mit dem jeweiligen Chefarzt begründet. Neben direkten Beobachtungen über den Klinikbetrieb, auf die hier nicht weiter eingegangen wird, fand jeweils ein strukturiertes Interview mit dem Chefarzt statt. Dabei wurde nach der Methodik der «Appreciative

Inquiry» (wertschätzendes Interview) vorgegangen [1]. Hierbei geht es darum, sich ganz auf positive Erfahrungen, das bestmögliche Ergebnis zu konzentrieren, was auch umschrieben werden kann mit «Medicine at its best». Negative Erfahrungen oder Voraussagen wurden ausgeklammert, was während eines Interviews gelegentlich auch bewusst gemacht werden musste. Es wurden Interviews mit folgenden Personen (in alphabetischer Reihenfolge) geführt: Prof. P. E. Ballmer, Kantonsspital Winterthur; Prof. E. Battegay, UniversitätsSpital Zürich; Prof. J. Beer, Kantonsspital Baden; Prof. D. Betticher, Kantonsspital Fribourg; Fr. Prof. V. Briner, Kantonsspital Luzern; Prof. U. Bürgi, Inselsspital Bern; Prof. P. Greminger, Kantonsspital St. Gallen; Prof. R. Krapf, Bruderholzspital Basel; Prof. HP. Kohler, Spital Netz, Tiefenauspital, Bern; Prof. R. Malinverni, Hôpital neuchâtelois-Pourtalès, Neuchâtel; Prof. C. Meier, Triemlispital Zürich; Prof. J. Schifferli, Universitätsklinik Basel; Dr. U. Stoller, Spital Thun; Prof. A. Tobler, Inselsspital Bern; Prof. M. Vogt, Kantonsspital Zug. Die Aussagen wurden im Anschluss an das jeweilige Gespräch notiert. Am Schluss wurden diese Aufzeichnungen zusammengezogen und in der vorliegenden Form ausgewertet.

### Essenz aus 15 Interviews

#### Frage 1: Wann und wie erleben Sie die Innere Medizin von ihrer besten Seite («Medicine at its best»)?

Aus den vielfältigen Antworten liessen sich im Wesentlichen die folgenden vier Themenkreise herauskristallisieren:

#### Die umfassende Visite am Krankenbett im Team

Unter «Visite im Team» wird der unmittelbare Kontakt mit Patientinnen und Patienten verstanden, bei dem Stationsärztinnen und -ärzte (Unterassistenten, Assistenzärzte, Oberärzte), die Pflege, manchmal auch in den Klinik-Betrieb integrierte Spezialisten und paramedizinische Berufsgruppen beteiligt sind. «Medicine at its best» ist, wenn man komplexe Fälle interdiszi-

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Walter H. Reinhart  
Departement Innere Medizin  
Kantonsspital Graubünden  
CH-7000 Chur  
Tel. 081 256 63 05  
Fax 081 256 63 81  
walter.reinhart@ksgr.ch



plinär und interaktiv diskutieren kann, wenn man mit einem Team von Spezialisten gemeinsam wirken und einen Mehrwert für Patienten generieren kann. Dies wird bereichernder empfunden als eine Spezialisten-Sprechstunde (die von einigen Chefärzten auch gemacht wird), welche eher einem Alleingang gleichkommt oder bei der sich verschiedene Fachbereiche sequentiell folgen und nicht gemeinsam vorgehen. Erwähnt wurde auch das beglückende Gefühl des Arztseins an sich, die umfassende menschliche Dimension der Patientenbetreuung, gelegentlich auch eine ganz persönliche Visite an einem Wochenende.

dere Genugtuung, eine akademische Karriere eines Mitarbeiters zu ermöglichen und mitverfolgen zu können.

#### Die Faszination Innere Medizin

Faszinierend ist eine Innere Medizin mit breit gefächerten, unselektionierten Fällen, die nicht vorge-spurt sind. In einem gekonnten Zusammenspiel von Generalisten und Spezialisten kann sich eine kreative Spannung entwickeln, die auf alle stimulierend wirkt. Als sehr bereichernd wird das Wechselspiel der verschiedenen Aufgaben und Rollen empfunden: Wenn sich klinische Visiten, Klinikführung, Wissenschaft, aktive und passive Weiterbildung und akademische Aufgaben ausserhalb des Spitals abwechseln und sich ergänzen.

#### Frage 2: Welche Rahmenbedingungen haben zu den obgenannten Höhepunkten beigetragen?

Um «Medicine at its best» machen zu können, muss der Internist die Gesamtverantwortung für den Patienten haben, was bei einer konsiliarischen Tätigkeit nicht der Fall ist. Es braucht den Willen zur Zusammenarbeit aller Beteiligten, die Bereitschaft, neue Formen der Zusammenarbeit auszuprobieren, z. B. Internisten auf chirurgischen Abteilungen einzusetzen. Die Innere Medizin ist die Vernetzung im Spitalbereich. Leitende Ärztinnen und Ärzte müssen die internisti-

### «Die Innere Medizin war und ist auch heute auf ihrem Höhepunkt, wenn der Generalist eine zuvor nicht erkannte Diagnose stellen kann»

#### Eine entscheidende Diagnose und Behandlung machen

Die Innere Medizin war und ist auch heute auf ihrem Höhepunkt, wenn der Generalist eine zuvor nicht erkannte Diagnose stellen kann. Diagnosen stellen, die ein breites Wissen und Weitwinkelobjektiv brauchen. Auch ein bewusster Entscheid, auf eine zwar mögliche, aber im Gesamtkontext nicht sinnvolle Behandlung zu verzichten, gehört zu den positiv erlebten Seiten der Inneren Medizin.

#### Eine gute Weiterbildung und Förderung von Mitarbeitern

An einem ungefilterten internmedizinischen Patientengut können Assistenz- und Oberärzte wirklich lernen und fühlen sich nicht als blosser Ausführende von Fachspezialisten. Als Chefarzt ist man ein Vorbild für kommende Ärztegenerationen. Diese zeitliche Investition in die Zukunft der Medizin wird als lohnenswert empfunden. Es stellt eine grosse Befriedigung dar, wenn die Weiterbildung von ehemaligen Assistenzärztinnen und -ärzten oder von der Weiterbildungskommission der FMH gelobt wird. Es ist eine beson-

nen Stationsärzte als ihre Mitarbeiter ansehen und müssen für deren spezifische Weiterbildung in ihrem Fachbereich besorgt sein. Eine gute Kommunikation nach allen Seiten (oben, seitlich und unten) ist essentiell. Es braucht eine gute Spitalleitung mit gutem Einbezug der Ärzte und Verständnis für die Innere Medizin. Eine klare Spitalpolitik und ein Bekenntnis zu einer starken Inneren Medizin muss gelebt und kommuniziert werden.

#### Frage 3: Was sind Idealvorstellungen für die Innere Medizin im Jahr 2020?

Die Antworten auf diese zentrale Frage waren eher breit gestreut, was vielleicht zu erwarten gewesen war. Es liessen sich aber doch einige zentrale Themen herausarbeiten, die mehrfach in der einen oder anderen Form angesprochen worden waren.

#### Die allgemeine Innere Medizin spielt aus ökonomischen Gründen eine zentrale Rolle

Die medizinische Betreuung durch Generalisten unter bedarfsweisem Beizug von Spezialisten ist kosteneffizient. Grundversorger der Zukunft sind Internisten,

die den überwiegenden Teil der Erkrankungen selber richtig behandeln und zeitgerecht erkennen, bei welchen Patienten und Problemen sie spezialärztlichen Rat beiziehen müssen. Sie werden dazu befähigt durch eine Weiterbildung und kontinuierliche Fortbildung, die von Generalisten und Spezialisten gleichermaßen gefördert wird.

---

## «Die Spitäler müssen modellhaft vorleben, dass die Innere Medizin als zentrale, verbindende Disziplin Zukunft ist und Zukunft hat»

---

### Die Innere Medizin betreut die steigende Zahl polymorbider Patienten und komplexer Fälle

Die Kernkompetenz der Inneren Medizin ist die Betreuung polymorbider und komplexer Fälle, die oft auch den koordinierten Einsatz mehrerer verschiedener Spezialisten benötigen. Angesichts der demographischen Entwicklung und verfeinerten Diagnose und Therapiemöglichkeiten werden diese Fälle und damit die Bedeutung der Inneren Medizin zunehmen.

### Die Innere Medizin erbringt die koordinierende Versorgung im Spital

Ärzte der Inneren Medizin übernehmen während des Spitalaufenthaltes eines Patienten die Aufgaben des Hausarztes, sind die koordinierende Ansprechperson. Sie begleiten oder führen ihn auf dem Pfad von Grundversorgung und spezialärztlicher Abklärung und Behandlung. Internistisch tätige Ärzte sind in zunehmendem Mass zuständig für nicht-operative ärztliche Tätigkeiten auf chirurgischen Kliniken, z.B. als Stationsärztinnen und -ärzte. Es kommt zu einer «horizontalen» Ausbreitung der Inneren Medizin in andere Kliniken hinein. Dabei muss die fachliche Anbindung an die Mutterdisziplin erhalten bleiben, z.B. durch Rotation der Ärzte, um die nötige Kompetenz zu erhalten. Es findet eine Quervernetzung im Spital statt. Klassische isolierte Klinikstrukturen können damit abgelöst werden durch multifunktionale, prozessorientierte Pflegeeinheiten, die nicht mehr einer spezifischen Klinik zugeordnet sind. Mit dieser Form der Weiterbildung werden Assistenzärztinnen und -ärzte besser vorbereitet auf ihre spätere Tätigkeit als Grundversorger.

### Die Innere Medizin ist die Brücke zum ambulanten Bereich

Die Bedeutung der ambulanten Medizin wird zunehmen, wobei die Rolle der traditionellen hausärztlichen Einzelpraxis abnehmen wird. Niedergelassene Ärzte werden vermehrt mit dem Spital in irgendeiner Form verbunden sein (z.B. Mitarbeit auf der Notfallstation, Weiterbildungsaufgaben in der Praxis usw.), Spitalärzte werden vermehrt in der ambulanten Medizin tätig

sein. Diese Durchlässigkeit in beiden Richtungen wird durch die Innere Medizin katalysiert.

### Frage 4: Wie sieht die Weiterbildung 2020 aus?

Die Innere Medizin ist der Nährboden für eine breite Aus- und Weiterbildung, deren Inhalt eine ganzheitliche und umfassende Betrachtungsweise der Medizin ist. Die Weiterbildung ist fokussiert auf das, was Ärzte später tun, es werden Kernkompetenzen im Sinne von «Clinical reasoning and decision making» gefördert. Deshalb braucht es nach einer Grundausbildung eine Schiene für ambulante Medizin und eine für Spitalmedizin. Ambulante Medizin im Spital und Praxis wird durch gute Lehrer aus der Praxis gelehrt. Zugang zur Notfallmedizin und eigenständigen Bereichen steht allen Weiterzubildenden offen, indem sie rotieren können. Weiterbildung kostet und muss entsprechend abgegolten werden.

### Frage 5: Wie sieht die Forschung in der Inneren Medizin 2020 aus?

Die Innere Medizin braucht ein eigenes wissenschaftliches Betätigungsfeld, sie muss den Raum ausfüllen, den sie hat, und sie übernimmt nicht nur das, was andere nicht erforschen wollen. An Universitätsspitalern wird Grundlagenforschung betrieben, die fächerübergreifend ist (z.B. Makrophagen, Endothelzellen usw.). Nicht-universitäre Spitäler vernetzen sich, Einzelinitiativen und Nischenforschung werden in solchen Forschungs-Netzwerken umgesetzt. In der klinischen Forschung werden praktische Fragen des Klinikalltags angegangen wie Outcome, Gesundheitsökonomie, Entscheidungsanalyse, Schnittstellenanalysen. Studienresultate, die an einer selektionierten Patientengruppe gewonnen worden waren, werden in der Gesamtpopulation überprüft. Die Spitäler werden sich vermehrt an Multizenterstudien und Kohortenstudien beteiligen, nicht-universitäre Spitäler bilden Netzwerke für klinische Forschung. Grössere Spitäler haben Clinical Trial Units, die miteinander vernetzt sind. Es wird mehr professionelle Forschung im ambulanten Bereich geben, z.B. durch Ärzte, die in Teilzeit in der Praxis tätig sind und gleichzeitig im Spital diesbezügliche Forschung betreiben.

### Frage 6: Welche Institutionen sind fähig, die Idealvorstellung für die Innere Medizin 2020 umzusetzen?

Die oben skizzierte Neuausrichtung der Inneren Medizin muss bewusst werden. Die Spitäler müssen modellhaft vorleben, dass die Innere Medizin als zentrale, verbindende Disziplin Zukunft ist und Zukunft hat. Dergestalt vorgelebte Innere Medizin fliesst in die Weiterbildung ein und formt das Berufsbild der zukünftigen Ärztegeneration. Die internistischen Chefärzte müssen sich zusammensetzen, den Ist-Zustand erfassen und Prozessanalysen machen als Grundlage für weitere Schritte. Dies kann in klinischen Netzwerken oder in der Chefärztevereinigung der Schweizerischen

Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) geschehen. Die Universitäten (Flaggschiffe) müssen Flagge zeigen; deren Ordinarii für Innere Medizin müssen gemeinsam Vorgaben machen, was erreicht werden soll. Die SGIM muss die Innere Medizin in den Spitälern als Drehscheibe in der Patientenbehandlung und der Ärztereinbildung vermehrt unterstützen. Und schliesslich ist die SAMW wegen ihrer Glaubwürdigkeit prädestiniert, diese Bemühungen zu fördern. Gesundheitspolitik und Versicherungswesen sind aufgerufen, das Tarifwesen so zu gestalten, dass ärztliches Teamwork nicht behindert, sondern im Gegenteil gefördert wird. Inhalte müssen wieder vor Zahlen gestellt werden.

### Diskussion

Die Quintessenz aus diesen Einzelgesprächen mit Chefarzten bringt Bemerkenswertes zutage, das allerdings mit der nötigen Vorsicht interpretiert werden muss. Man muss sich bewusst sein, dass es spontane Äusserungen ohne entsprechende Vorbereitung waren, die sich ganz auf das Positive, auf «Internal Medicine at its best» ausrichteten. Durch deren Zusammenfassung sind möglicherweise auch Aussagen entstanden, die so nicht uneingeschränkt die Meinung eines Einzelnen wiedergeben. Und schliesslich kann man einwenden, dass der Autor und die Interview-Partner eine Selektion von Repräsentanten grosser Kliniken vom Typ Kantonsspital sind und dass die Meinung kleinerer Spitäler damit nicht erfasst worden ist. Es sind aber gerade diese Art «Schwellenspitäler», in denen wachsende Fachbereiche die Existenzgrundlage der Inneren Medizin bedrängen und wo sich deshalb die Frage nach der Zukunft der Inneren Medizin am brennendsten stellt.

Mit der verwendeten Methode «Appreciative Inquiry» wurde es möglich, Ziele für die Zukunft der Inneren Medizin auszumachen. So wird die Betreuung komplexer Fälle – die Innere Medizin ganz im Sinne von William Osler – Fortbestand haben. Gleichzeitig wird die Innere Medizin aber näher an die Grundversorgung, die ambulante Hausarztmedizin rücken. Auch wenn diese Neuausrichtung nicht unumstritten ist [2], und wahrscheinlich nicht den hergebrachten Vorstellungen der «Königdisziplin» Innere Medizin entspricht, so bietet sie Chancen. In den USA haben die sogenannten «hospitalists» in den letzten Jahren grossen Aufschwung genommen [3, 4]. Sie werden auch

«inpatient specialists» genannt, welche die Betreuung während der Hospitalisation übernehmen und für die nahtlose Rückgabe an den Hausarzt zuständig sind. In unserem Land müssen «hospitalists» nicht erst geschaffen werden, die Spitalinternisten sind vorbereitet für diese Aufgabe [5].

Problematisch ist, dass die Bedeutung der internistischen Grundversorgung im Gesundheitswesen zu wenig bewusst ist [6] und dass Uneinigkeit darüber besteht, wer für die Zukunft der Inneren Medizin was beitragen müsste. Es gibt viele Mitspieler und Mitläufer, aber keine befähigte Organisation und keine Strategie der Inneren Medizin. Die Klinikbesuche des Autors glichen deshalb dem Aufsuchen von Einzelkämpfern im immer undurchdringlicher werdenden Dschungel des Gesundheitswesens, Gespräche mit Überlebenskünstlern, die kaum etwas voneinander wissen. Wenn dieser Bericht etwas zur Bündelung des überall spürbaren Engagements für die Zukunft der Inneren Medizin und des Gesundheitswesens ganz allgemein beitragen kann, hat er seinen Zweck erfüllt.

### Danksagung

Der Dank geht an die Chefarztkollegin und -kollegen für den überaus herzlichen Empfang und die offene Bereitschaft zum Gespräch und an PD Dr. med. P. Berchtold, College-M, Bern, für die Einführung in die «Appreciative Inquiry» und viele interessante Diskussionen.

### Literatur

- 1 Herrick C, Stoneham D. Unleashing a positive revolution in medicine: The power of appreciative Inquiry. *UMA Bulletin*. 2005;8–10.
- 2 Sehgal NL, Wachter RM. The expanding role of hospitalists in the United States. *Swiss Med Wkly*. 2006; 136:591–596.
- 3 Centor RM, Huddle TS. Academic general internal medicine: Past, present, future. *Am J Med* 2006; 119:172–175.
- 4 Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. *New Engl J Med*. 2009;360:1102–1112.
- 5 Bauer W. Innere Medizin: Die Generalisten sind wieder da! *Schweiz Med Forum*. 2009;9:12–13.
- 6 Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Ann Intern Med*. 2005;142:691–699.