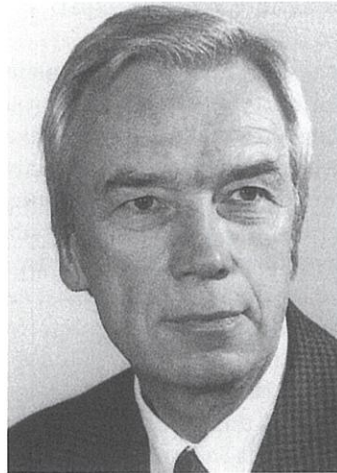


# Zur Zukunft der Inneren Medizin

Hans-Peter Schuster, Hildesheim



Wenn ich mich anschicke, über die Zukunft der Inneren Medizin zu reflektieren, so habe ich die mahnenden Worte von Mark Twain sehr wohl im Ohr: „Mit Prognosen soll man vorsichtig sein, vor allem wenn sie die Zukunft betreffen.“ So wage ich es denn auch nicht, die Zukunft der Inneren Medizin zu prognostizieren. Vielmehr möchte ich einige Überlegungen zur Zukunft unseres Gebietes mit Ihnen teilen.

Wenn man über die Zukunft einer Sache spricht, so sollte man sich deren Gegenwart gewiss sein. Dies ist im Falle der Inneren Medizin keinesfalls so selbstverständlich wie es auf den ersten Blick zu sein scheint. Selbstzweifel an der Noch-Existenz der Inneren Medizin als Einheit haben viele meiner Vorgänger in diesem Amt artikuliert.

Eine Antwort auf die Frage nach Gegenwart und Zukunft des Faches Innere Medizin setzt die Antwort auf die Frage nach einer verbindlichen Definition des Internisten voraus. Viele Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin haben sich hierzu geäußert. Hans-Erhard Bock hat 1968 den Internisten als eine bestimmte ärztliche Haltung definiert: „Dass jemand den diagnostischen Drang zur Übersicht und den therapeutischen Imperativ für die Heilung des ganzen Menschen persönlich verspürt, wenn ein Kranker zu ihm

kommt, das ist das entscheidende Kriterium des Internisten.“ Spätere Überlegungen haben diese Definition um inhaltliche Begründungen erweitert. E. Wetzels nennt den Aspekt der medizinischen Ausbildung: „Ich verstehe unter dem Internisten einen umfassend und langjährig weitergebildeten Arzt, der dabei das große Spektrum der Erkrankungen innerer Organe kennengelernt hat.“ E. Buchborn fügt in die Definition den ärztlichen Handlungsaspekt ein: „Der Internist als der patientenorientierte Koordinator der organ- und methodenorientierten Sub- und Superspezialisten“, Braunwald schließlich die den Internisten konstituierenden intellektuellen Werkzeuge: „the thought processes, clinical reasoning, analytic approaches“.

Der Internist ist also in seiner Tätigkeit wohl definiert. Zu fragen bleibt: Hat der so definierte Internist eine Zukunft? Ich bin mir sicher, die Antwort ist „ja“. Ebenso sicher spüren wir aber: Dieses Gebiet ist sensibel, es ist kritisch und es steuert nicht mehr wie von selbst in die Zukunft. Lippenbekenntnisse reichen nicht aus. Die Zukunft der Inneren Medizin bedarf unserer aktiven Gestaltung und unseres Willens, die Einheit des Gebietes zu erhalten und fortzuentwickeln. Über vier fundamentale Voraussetzungen hierfür, so wie ich sie sehe, möchte ich sprechen.

## Generalist und Spezialist

Eine erste Voraussetzung ist die Überwindung der unseligen Antithese von Generalist und Spezialist, die sich bis ins Karikaturistische zugespitzt hat: Der Generalist als Internist, der von allem nichts und der Spezialist, der von nichts alles weiß. Der Spezialist neigt dazu, den Generalisten als Fossil der Vergangenheit zu betrachten, der Generalist neigt zu dem Anspruch, er alleine bilde den Hort der Inneren Medizin.

Die Herausforderung der Spezialisierung an das Fach und die Warnung vor einem Zerfall des Faches als Folge der Spezialisierung sowie das kritische Nachdenken über den Sinn eines Kongresses für Innere Medizin sind so alt wie unsere Gesellschaft selbst.

Bereits 1887 konstatiert Ernst von Leyden in einer programmatischen Rede zur Eröffnung des 6. Kongresses, dass die „Sonderung der Spezialfächer“ unaufhaltsam fortschreitet, und er warnt vor den mit diesem notwendigen Prozess verbundenen Gefahren für die Innere Medizin: „In dieser Zersplitterung droht das Ganze verloren zu gehen. Das menschliche Individuum ist kaum mehr ein Ganzes, es ist ein Aggregat von Organen und Zellen. Jedes Organ für sich wird der Gegenstand besonderer Studien ... Die lokale Untersuchung, die lokale Diagnose, die lokale Behandlung wird zur Hauptsache.“

Im Jahre 1905 formuliert Wilhelm Erb in seiner Eröffnungsrede zum 22. Kongress: „Die Spezialisierung in Wissenschaft und Praxis ist ja, weil in der Natur der Sache und der zunehmenden Ausdehnung der medizinischen Wissenschaft begründet, unabweisbar; sie hat ihre ausreichende innere Berechtigung und wird nicht aufzuhalten sein. Hat also unser so vielfach fruchtbringender Kongress für Innere Medizin auch noch fernerhin seine Existenzberechtigung als Sammelpunkt für das ganze Gebiet der Inneren Medizin mit all seinen Spezialitäten, oder wird er sich besser in eine Reihe von Spezialkongressen auflösen?“

Das Problem liegt dabei nicht eigentlich in der Spezialisierung selbst, sondern in der Vor-

gabe, Abtrennung und Zersplitterung seien notwendige und damit unvermeidbare Folgen der Spezialisierung. Hierfür gibt es aber nach meiner Überzeugung keine zwingende Begründung. Internist-Sein im eingangs definierten Sinne kann ja nicht die Tätigkeit als Generalist und den Anspruch alle Krankheiten gleich gut verstehen und behandeln zu können zur unbedingten Voraussetzung haben. Dieser ohnehin illusorische Anspruch wäre als Illusion eine schlechte Begründung für die Zukunft der Inneren Medizin. Die durch Spezialisierung möglich gewordenen apparativtechnischen Eingriffe der Schwerpunktbereiche sind für einen beträchtlichen Teil der Kranken die entscheidende Hilfe. Dies zu realisieren, erwarten auch die Patienten von uns Internisten. Nichts aber zwingt den methodisch perfektionierten Spezialisten grundsätzlich, den Zugang zum Patienten als ganzen Menschen zu verlieren und ihn auf seinen spezialitätenkompatiblen Aspekt zu reduzieren. Wir müssen ihm dies nur vom Beginn seiner Laufbahn an vorleben und ihn zum Arzt und Internisten erziehen, wie N. Zöllner es in seiner Eröffnungsansprache 1985 eindrücklich dargestellt hat. Nachdem die vorangegangenen Generationen die Spezialisierung der Inneren Medizin als eine in der Sache notwendige Entwicklung durchgesetzt haben, scheint mir die junge Arztgeneration der Inneren Medizin auch wieder weit offener und unvoreingenommener gegenüberzustehen. Es hat aufgehört schick zu sein, über Allgemeininternisten zu lächeln und den Untergang der Inneren Medizin vorauszusagen.

Moderne Technologie und Verzicht auf ungeteilte Kompetenz, also apparativ gestützte Diagnostik und Spezialisierung sind als Triebkraft und Konsequenz des Fortschritts der modernen Medizin von uns allen im Grunde längst akzeptiert, von den Patienten ebenso wie von uns Ärzten. Allerdings muss in diesem Zusammenhang vor dem häufig lancierten Irrtum gewarnt werden, dass jeder Patient, der beispielsweise irgendetwas an der Lunge oder am Herzen hat, sofort und zwangsläufig ein Patient des pneumologischen oder kardiologischen

Schwerpunktspezialisten sei. Hier die richtige Abwägung und Einschätzung zu lehren und zu praktizieren ist eine Schicksalsfrage der Inneren Medizin.

Spezialisierung ist unabdingbar. Alle Fortschritte in der modernen Inneren Medizin wurden durch Spezialisierung erreicht. Das jüngste Beispiel für die Folgen der Nichtanerkennung eines Spezialbereiches in der Inneren Medizin ist die Intensivmedizin. Unter dem an sich völlig richtigen Anspruch, dass Intensivmedizin ein integraler Bestandteil der Inneren Medizin sei, hat diese – wie H. Jahrmärker es ausgedrückt hat – die Intensivmedizin unter ihren weiten Mantel genommen und dabei so gut in dessen Falten versteckt, dass sie überhaupt nicht mehr zu erkennen ist. Damit fehlte intensivmedizinisch tätigen Assistenten, vor allem dem begabten akademischen Nachwuchs, jeglicher Horizont für eine Beschäftigung mit Intensivmedizin. Folglich haben sich junge, in der internistischen Intensivmedizin klinisch und forschend tätige Assistenten zu meist nach kurzer Zeit wieder von der Intensivmedizin abgewendet und sich Arbeitsgruppen der anerkannten Schwerpunkte angeschlossen. Kein Bereich der Inneren Medizin kann aber ohne wissenschaftliche Begründung und Durchdringung seiner pathophysiologischen Grundlagen und therapeutischen Entscheidungen dauerhaft überleben. Der minimale Anteil der zu internationalen intensivmedizinischen Kongressen als Referenten eingeladenen deutschen Internisten – ein feiner Gradmesser für die internationale Einschätzung der wissenschaftlichen Bedeutung eines Bereiches – ist eklatanter Ausdruck dieser wodurch auch immer bedingten Fehlentwicklung. Die intensivmedizinische Blüte an den medizinischen Universitätskliniken in Deutschland dürfte eine vorübergehende Phase gewesen sein.

Die Spezialisierung wird fortschreiten. In Zukunft wird jeder Internist mehr oder weniger stark in einem Schwerpunkt verwurzelt sein. Auch der später niedergelassene, allgemein internistisch tätige Arzt wird eine Prägung durch

den Schwerpunkt der Klinik tragen, die ihn weitergebildet hat. Die Forschung in den Spezialbereichen selbst hat dabei eines der nachhaltigsten Argumente für die Einheitsidee der Inneren Medizin hervorgebracht. Es wird immer klarer, dass internistische Krankheiten unterschiedlicher Schwerpunkte aus gleichen pathobiologischen Grundprozessen hervorgehen, beispielsweise den zellulären und molekularen Prozessen der Atherogenese, der Fibrogenese, der Mediatoraktivierung, der Autoimmunität. Hier liegt für mich die biologische Begründung für die Einheit der Inneren Medizin. Denken wir zurück an das berühmte Bild von Frerichs anlässlich seiner Eröffnungsansprache zum 1. Kongress 1882, dem Bild von der Inneren Medizin als dem großen Strom, von welchem die Spezialfächer sich wie Bäche abzweigen, so kommen uns allerdings Zweifel. Ohne Frage sprudeln die Bäche der Spezialfächer kräftig dahin, und wenn in diesem Bild irgendetwas zu versiegen droht, dann sind es gewiss nicht die Bäche, sondern schon eher der große Strom. Vielleicht aber sollten wir uns 110 Jahre später neue Bilder zum Verständnis unserer Inneren Medizin schaffen. Ich sehe, um in einem Naturbild zu bleiben, die Innere Medizin als einen Baum mit vielartigem Wurzelwerk. Je nachdem, auf welchem Felde und in welchem Klima er wächst, ist er in einer einzigen Hauptwurzel oder aber in einem vielfältigen Wurzelwerk verwurzelt und gedeiht doch zu einem identischen Gebilde, das wir Innere Medizin nennen.

Und so wird es ein breites Spektrum von Internisten mit fließenden Übergängen geben, das vom klinisch geprägten Allgemeininternisten bis zum ausschließlich in einem Schwerpunkt arbeitenden und forschenden Internisten reicht, und über alle gemeinsam, für den Generalisten wie für den Spezialisten, werden in gleicher Weise Anspruch und Wesen der Inneren Medizin gelten: systemorientiert zu denken, klinisch zu argumentieren, den Patienten als Ganzes zu akzeptieren und sich für ihn als kranken Menschen verantwortlich zu fühlen.

## Arzt und Mediziner

Eine zweite Voraussetzung ist die Überwindung der ebenso unglücklichen Antithese von Arzt und Mediziner. Ein Schulmediziner ist im Verständnis der modernen Öffentlichkeit nicht mehr derjenige, der sich einer Medizinschule angehörig fühlt, also einer bestimmten philosophisch begründeten und von den medizinischen Erkenntnissen ebenso wie den kulturellen und religiösen Einflüssen der Zeit geprägten Auffassung von Medizinwissenschaft, von Diagnostik und Therapie. Als Schulmediziner gilt vielmehr der wissenschaftsgläubige Techniker, der von apparativen Untersuchungen und Labordaten abhängige, der die Biochemie über die Psyche stellt, für den nur das gilt was er messen kann, der letztlich nicht dem Patienten dient, sondern sich des Patienten zur Perfektion seiner technisch-apparativen Medizin bedient – eben der Mediziner und nicht der Arzt.

Wir begegnen hier den Folgen einer Entwicklung, die zu einem Selbstverständnis der Medizin ausschließlich als Naturwissenschaft geführt hat. Die enge Verknüpfung zwischen Medizin und Philosophie, welche die Medizinschulen des Abendlandes über viele Jahrhunderte hin beherrscht hat, die philosophische Begründung und Durchdringung der ärztlichen Aufgabenstellungen gingen im Prozess des naturwissenschaftlich-technischen Denkens des 19. Jahrhunderts weitgehend verloren. Für das Erklären und das Verstehen von Krankheiten und Beschwerden wurden alle philosophischen Kategorien aufgegeben und durch naturwissenschaftliche ersetzt. Verstehen einer Krankheit oder eines Symptoms heißt in diesem System Verstehen von Störungen molekularbiologischer Abläufe und zellphysiologischer Funktionen. Diese naturwissenschaftlich dominierte Auffassung gilt keineswegs nur für Ärzte, sondern in gleicher Weise auch für unsere Patienten, sie ist Teil des Zeitgeistes. Unsere Sprache decouvriert dies, wenn Patienten bei der Konsultation als erstes nach ihren „Werten“ fragen und damit Cholesterin und Blutzucker, neuer-

dings auch ihre Knochendichte meinen. Daraus folgt logischerweise als Anspruch an die Therapie die Korrektur der molekularbiologischen und zellphysiologischen Abnormitäten. Andere Kategorien der Ätiologie wie Leid, Verlust, Hoffnungslosigkeit oder Trauer und andere Kategorien des Heilens wie Verständnis, Mitleid, Zuwendung, Erklärung wurden darüber ganz zurückgesetzt. Diese Entwicklung droht nach einer aggressiven Formulierung des Ulmer Anästhesiologen F. Ahnefeld zur „Degradierung der Medizin zu einer organspezifischen Reparaturarbeit“ zu führen. Die Medizin bedarf in Wissenschaft und Praxis unabdingbar naturwissenschaftlicher Methoden und Denkweisen, darüber können wir keinen Zweifel aufkommen lassen. Dennoch erwartet man zu Recht vom Internisten Kompetenz auch über die apparative biochemische und pharmakologische Diagnostik und Therapie hinaus. Es gibt vom Wesen her keinen zwingenden Grund, warum sich die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten 100 Jahre nicht mit den philosophischen Begründungen früherer Jahrhunderte verbinden lassen könnten, warum die Anwendung biochemischer und apparativer Methoden Kategorien wie Verständnis, Zuwendung, Geduld, Einfühlungsvermögen ausschließen, warum auch der Forschende solche philosophischen Kategorien nicht anerkennen sollte. Es gibt für den Internisten keinen Zwang zu dieser dichotomen Betrachtungsweise.

Ernst von Leyden hat seine bedeutenden Eröffnungsreden 1885 und 1886 der Reflexion über das eigene Wesen der Medizin gewidmet: „Die Medizin findet in den exakten Naturwissenschaften ihr festes unverrückbares Fundament, aber sie unterscheidet sich dadurch, dass sie eine angewandte, ... Wissenschaft sein soll ... Den Naturwissenschaften gegenüber müssen wir unsere Selbständigkeit bewahren, und Eingedenk unserer bestimmten Aufgaben, unabhängig unseren Weg finden.“ Der Weg zur Überwindung der Antithese von Arzt und Mediziner ist nach meiner Auffassung die Rückbesinnung auf die Medizin als eigene Wissenschaft, einer Wissenschaft, die aufs engste mit

den Naturwissenschaften verflochten, aber nicht mit ihnen identisch ist. Hierin liegt der Schlüssel für die Verbindung von naturwissenschaftlichem und philosophischem Denken in der Arztperson des Internisten.

### **Klinikinternist und niedergelassener Internist**

Will die Innere Medizin auch in Zukunft bestehen, so müssen wir einen weiteren und ebenso sinnlosen Konflikt überwinden, den zwischen Klinikarzt und niedergelassenem Arzt. Auch diese Kontroverse hat sich zeitweise bis ins Grotteske zugespitzt: Wenn der niedergelassene Internist den klinisch tätigen Kollegen als den Apparate- und Laborgläubigen, in Wahrheit von den wirklichen Bedingungen der Krankheiten seiner Patienten wenig wissenden Mediziner anklagt, und wenn umgekehrt der klinisch tätige Internist den niedergelassenen Kollegen als ungenau diagnostizierenden, Befunde falsch interpretierenden und polypragmatisch therapeutierenden Praktiker klassifiziert. Der Konflikt gehört in seiner scharfen Form der Vergangenheit an, überwunden ist er nicht. Dabei ist er vom Wesen her falsch. Der Internist beginnt seine Ausbildung an der Universität, sein letztes Staatsexamen legt er im akademischen Lehrkrankenhaus ab, Klinik und Krankenhaus führen ihn als Ärztin oder Arzt im Praktikum zur Approbation und danach durch Weiterbildung zum Internisten. Der niedergelassene Internist ist unser früherer eigener Mitarbeiter. Er weist uns seine Patienten ein und übernimmt nach Entlassung deren weitere Betreuung. Die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und klinisch tätigen Internisten wird sich darüber hinaus nach dem neuen Gesundheitsstrukturgesetz in zwei Bereichen erweitern, der vorstationären und nachstationären klinischen Behandlung.

Im vorstationären Bereich wird dies im Wesentlichen eine Vertiefung der Indikationsstellung bei zweifelhaften Einweisungsindikationen betreffen, ein auch bisher häufiger Grund

zur Vorstellung eines Patienten in der Klinik. Die nachstationäre Behandlung ist vor allem für die Innere Medizin außerhalb von Universitätspolikliniken ein neues Feld. Lassen Sie es uns in vernünftiger Zusammenarbeit und im Bewusstsein eines gemeinsamen Berufsbildes ausgestalten, bevor es uns von außen zugestaltet wird.

Richtig betrachtet ist die Innere Medizin in ihren unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen ein Kontinuum ohne notwendigen Bruch. Es umfasst den niedergelassenen Internisten, der auch hausärztlich tätig ist, den niedergelassenen Schwerpunktinternisten, der in Zukunft mehr und mehr seinen technisch-apparativen Aufgaben in Großgerätekooperationen mit Krankenhäusern nachkommen wird, den klinisch tätigen Internisten mit Schwerpunkt, den klinischen Spezialisten bis hin zum forschenden Internisten in Spezialinstitutionen. Der Internist als Arzt und Wissenschaftler mit vielfältigen Tätigkeitsfeldern ist ein gutes Modell. Wenn wir dazu stehen, wenn jeder seinen selbst gewählten Aufgabenbereich akzeptiert und ausfüllt, dann bleibt es ein gutes Modell auch für die Zukunft, das wir an unsere jungen Kollegen weitergeben und in der Gesellschaft vertreten können.

### **Akademische Medizin**

Die Zukunft der Inneren Medizin ist mit der Zukunft der akademischen Medizin aufs engste verflochten. Mit der Krise der akademischen Medizin beschäftigen sich besonders unsere angelsächsischen medizinischen Vorbilder seit Jahren. „Professors of medicine, stand up!“ fordert ein Editorial in *Archives of Internal Medicine* 1982. „What has happened to academic medicine?“, fragt eine Arbeit in *Lancet* 1986, und wie so häufig bringt wiederum ein amerikanischer Artikel 1991 im *American Journal of Medicine* die Sache auf den Punkt: „Academic physicians: today's dinosaurs?“ Die akademischen Ärzte – so die These –, betraut mit der dreifachen Kompetenz und Aufgabe von Forschung,

Lehre und Krankenversorgung, drohen die Dinosaurier von heute zu werden, wenn sie sich als unfähig zum Wandel und zur Anpassung an die Umgebung der modernen Medizin erweisen, die charakterisiert ist durch Wissensexplosion und Spezialisierung bei gleichzeitiger Änderung der sozialen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen.

In der Inneren Medizin sind die wechselseitigen Abhängigkeiten und Einwirkungen von Forschung, Lehre und klinischer Praxis so stark, dass sie nicht grundsätzlich voneinander getrennt werden dürfen. Der forschende Arzt muss auch klinisch tätig sein, um sich einen Zugang zu Patienten, den Blick für den Sinn seiner Forschung und seine Kompetenz gegenüber der Gesamt-Ärztenschaft und gegenüber den Studenten zu bewahren. Auch ist die Möglichkeit zur Anwendung von Grundlagenergebnissen an Patienten unter klinischen Fragestellungen eine der Hauptattraktionen medizinischer Forschung überhaupt. Umgekehrt entscheidet über die Qualität der Inneren Medizin das Tempo und die Fundiertheit, mit der Forschungsergebnisse für die Praxis assimiliert werden. Findet diese Assimilation nicht statt und entwickeln sich Forschung und Klinik in der Medizin vollständig auseinander, so werden Kliniker bald nur noch über ein oberflächliches Verständnis ihrer Therapie verfügen. Ein Mediziner schließlich, der sich nur der Lehre widmet ohne sich gleichzeitig forschend und praktisch klinisch zu betätigen, verliert bald jegliche Kompetenz. Wir sollten nicht vergessen, dass die Argumente für die Aufgliederung des Medizinstudiums in eine Art Fachschulstudium zur Berufsausübung und ein Hochschulstudium zur Vorbereitung auf wissenschaftliche Tätigkeit der Diskussion zur Lösung der Probleme der Massenuniversität entstammen. Ich halte dies für einen ungeeigneten Versuch, mit Überkapazitäten fertig zu werden. In den akademischen Lehrkrankenhäusern erhalten die Studenten im Praktischen Jahr die beiden letzten Semester ihrer Ausbildung, das ist immerhin ein Viertel ihrer klinischen Ausbildung überhaupt. Dieses Jahr ist von enormer Bedeu-

tung. Es dient den Studenten, zu erlernen, das in Kursen und subspezialisierten Ringvorlesungen sektioniert gelehrt und gelerntes Wissen am individuellen Patienten zusammenzufügen. Damit haben die Studenten erfahrungsgemäß die größten Schwierigkeiten. Sie können einzelne kardiologische, nephrologische, gastroenterologische Erkrankungslinien relativ gut erkennen und analysieren, sie geraten ins Schleudern, wenn ein Patient eine oder mehrere Erkrankungen hat, die gleichzeitig die drei Organsysteme betreffen.

Wie viele akademische Lehrkrankenhäuser haben für diesen Lehrauftrag eine klare Methodik und ein konzises Lehrprogramm? Wie viele haben Kontakt mit ihrer Mutter-Universität? Welche Universität kümmert sich tatsächlich um Methodik und Qualität der Lehre in den ihr zugeordneten Lehrkrankenhäusern? An welchen Lehrkrankenhäusern nehmen sich die Lehrer Zeit, mit ihren Studenten nachzudenken, wo doch die Innere Medizin mit Denken unabdingbar verbunden ist? Viel nachdenken über wenige Daten ist die hohe Schule und führt im Einzelfall auch meistens zum Erfolg. Leider gehen Ärzte häufig den umgekehrten Weg: wenig nachzudenken über viele Daten. Es liegt doch wohl an uns, die wir uns ihre akademischen Lehrer nennen, dass es so ist.

Ich bin der festen Überzeugung, dass auch für die lehrverantwortlichen Kliniker an den akademischen Lehrkrankenhäusern eine fortwährende klinisch-wissenschaftliche Arbeit Voraussetzung für Kompetenz ist. Das häufig gehörte Argument, dass dies dort aus Gründen der Arbeitsbelastung, der Organisation, der Qualität und Motivation der Mitarbeiter nicht möglich sei, überzeugt mich nicht. Die Stärke akademischer Lehrkrankenhäuser ist ihr großes unselektioniertes Krankengut, das der Wirklichkeit viel näherkommt als das mehr oder weniger stark vorselektionierte und damit immer artifizielle Krankengut der Universitätskliniken. Mit den ihnen verfügbaren Methoden hieran geeignete und bedeutungsvolle klinische Fragen zu untersuchen, ist eine ihrer akademischen Aufgaben. Ebenso wichtig wie die

Grundlagenforschung zur Aufklärung biologischer Krankheitsprozesse sind für die medizinische Forschung insgesamt klinische Beobachtungsstudien zu Krankheitsverlauf und Prognose, Studien zu ärztlichen Entscheidungskriterien, zur Nutzung medizinischer Ressourcen, zum Nutzen medizin-informatischer Datensätze, Outcome-Studien unter Berücksichtigung der Lebensqualität, Verlaufsstudien zu Patientenkollektiven, die in kontrollierten Multicenterstudien möglicherweise ausgeschlossen werden wie alte und multimorbide Patienten.

Themen und Fragestellungen für die Bearbeitung in Lehrkrankenhäusern gibt es in Überfülle. Wie viele Lehrkrankenhäuser bekennen sich zu dieser Aufgabe und wo erhalten sie hierfür von ihren Universitäten den unabdingbar notwendigen intellektuellen und methodischen Support? Die negativen Auswirkungen der Überkapazitäten an den Universitäten perpetuieren sich in den negativen Auswirkungen einer Überkapazität an Lehrkrankenhäusern. Nach meiner Überzeugung gibt es viel zu viele und vor allem viel zu weit von ihren Universitäten entfernte Lehrkrankenhäuser. Lokalpolitischer Ehrgeiz und Desinteresse der Fakultäten scheinen hierfür verantwortlich. Wir sollten deren Zahl vermindern und damit die Qualität ihrer Lehre und die Möglichkeit zur klinischen Forschung verbessern, was zugleich ihren Anspruch und ihr Selbstbewusstsein als akademisches Lehrkrankenhaus steigern würde.

Richard J. Reitemeir aus der Mayo-Klinik hat im American College of Physicians 1991 die Krise der Inneren Medizin als „Leadership crisis in internal medicine“ dargestellt. Der ernsthafteste Mangel sei das Fehlen einer effektiven Führerschaft, damit die notwendigen Schritte eingeleitet werden könnten. Führerschaft kann und muss von den Inhabern internistischer Lehrstühle an den Universitäten und den Chefarzten medizinischer Abteilungen der großen akademischen Lehrkrankenhäuser ausgehen. Wenn sie sich nicht auch weiterhin als Internisten verstehen, sondern ihre notwendige Verwurzelung in einem Spezialgebiet mit

der Aufgabe des Selbstverständnisses als Internist quittieren, ist die Innere Medizin verloren. Die Zukunft der Inneren Medizin wird davon abhängen, wie die führenden Fachvertreter ihre Position künftig verstehen. Nur sie haben als Person und als Gruppe die notwendige Autorität, eine Zukunft für die Gemeinschaft der Internisten, für Generalisten ebenso wie für Spezialisten zu gestalten.

### Berufspolitik

Lange hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in ihrer neueren Zeit ein reserviertes Verhältnis zur Berufspolitik gehabt, und doch steht die Beschäftigung mit der Berufspolitik in unserer Gesellschaft auf dem festen Boden der Tradition. Bereits im Jahre 1905 hat Wilhelm Erb zur Eröffnung des 22. Kongresses eine handfeste berufspolitische Rede gehalten: „Die berufliche und soziale Stellung der Ärzte ist in unseren Tagen zweifellos erheblich erschwert: durch die enorme Zunahme der Anforderungen an ihr Wissen und technisches Können, die wachsende Konkurrenz durch die starke Überfüllung des ärztlichen Standes, durch das Heranwachsen immer zahlreicherer Spezialisten und nicht zuletzt durch die soziale Gesetzgebung, welche die Ärzte zu Gewerbetreibenden herabdrückt.“ So kann auch der Vorsitzende einer Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin 1993, wenn er über die Zukunft der Inneren Medizin reflektiert, nicht an dem neuen Gesundheitsstrukturgesetz vorbeigehen. Über Inhalt und Zahlen dieses Gesetzes wurde im Detail ausgiebig diskutiert und publiziert, nicht nur von Politikern, sondern auch von Sachkundigen. Erlauben Sie mir daher, mich auf drei grundsätzliche Probleme des Gesetzes zu konzentrieren.

Da ist zunächst die Kluft zwischen Reden und Handeln der Regierenden. Jedem sachbezogen Denkenden und redlich Argumentierenden ist unzweifelhaft klar, dass Fortschritt in der Medizin die Kosten steigert. Der Weg von der Hilflosigkeit gegenüber terminal Kranken zum apparativen Organersatz und

zur Organtransplantation, der Weg zur modernen apparativen und laborchemischen Diagnostik, zu hochwirksamen, unter strikten Auflagen mit enormem Aufwand in Wirkungen und Nebenwirkungen exakt erforschten Pharmaka kann nicht kostenneutral sein. Wenn wir auch in Zukunft am Fortschritt der Medizin teilnehmen und ihn allen Patienten in gleicher Weise zukommen lassen wollen, müssen wir dafür steigende Kosten aufbringen. Die Behauptung, dass hierfür die Bürger nicht bereit seien ist völlig unbewiesen. Die Forderung nach Kostenstillstand ist eine politische Entscheidung, die wie alle politischen Entscheidungen ihr Für und Wider hat. Entscheidend problematischer als die Position selbst ist die mangelnde Bereitschaft, ihre Konsequenzen den Bürgern darzulegen. Aus dem Zwang zur Wahrhaftigkeit können sich die Gesetzgebenden auch nicht dadurch herausstellen, dass sie den Bürgern den emotionalen Eindruck vermitteln, man müsse nur von Staats wegen das Einkommen der Ärzte vermindern, um die Kostenprobleme praktisch zu lösen. Definitiver Kostenstillstand und Kostenreduktion sind nur möglich, wenn wir entweder auf Teile des medizinischen Fortschritts ganz verzichten oder diesen rationieren, also nur bestimmten Patientengruppen zuführen und andere davon ausschließen. Die Tatsache unvermeidbar steigender Kosten bei einem Ja zum medizinischen Fortschritt und einem Nein zur Rationierung teurer Behandlungsverfahren schließt natürlich die Forderung nach vernünftiger Kontrolle der Kostensteigerung überhaupt nicht aus. Kein verantwortungsbewusster Arzt wird sich dieser Aufgabe verweigern. Ärztlicherseits gibt es an den Fakten unnötiger Doppeluntersuchungen, vermeidbarer Überdiagnostik und Übertherapie zumindest im klinischen Bereich wohl keinen ernsthaften Zweifel. Wenn auch ein Teil der Überdiagnostik durch Überbürokratisierung und Überjustifizierung im Sinne der Dokumentations- und Defensivdiagnostik von außen aufgezwungen ist, so ist doch ein nicht unerheblicher Teil vermeidbar. Dies beginnt entscheidend mit der Lehre. Studenten und

junge Ärzte lernen rasch, dass sie bei den Visiten in Schwierigkeiten kommen können, wenn sie irgendeinen denkbar möglichen Test oder irgendeinen möglichen Therapieansatz nicht angeordnet haben, während Überdiagnostik und Übertherapie, wenn überhaupt, dann als leicht vergessene Sünden gelten. W. Creutzfeld hat in seiner Abschiedsvorlesung im Januar 1993 die erheblich gewachsene Verantwortung der Ärzte für unser Gesundheitssystem in den Mittelpunkt seiner Gedanken zum ärztlichen Ethos im medizinisch-industriellen Komplex gestellt. Er hat das Berufsethos des Arztes, das ihn zum Beschützer und Advokaten seiner Patienten macht, als regulative Kraft, als Kodex ärztlicher Entscheidung, als Chance zur Verhütung staatlich regulierter Rationierung herausgehoben. Dies verlangt aber Verantwortungsethos auch von den anderen Beteiligten. Es darf nicht so sein, dass Politiker die uneingestandenen Konsequenzen ihrer Entscheidung ganz auf dem Rücken der Ärzteschaft abladen.

Vonseiten der Patienten ist die maßlos übersteigerte Anspruchshaltung an unser Gesundheitssystem das Grundproblem. Sicher muss unser soziales Netz erhalten bleiben, festgemacht an der Entscheidung zur Solidargemeinschaft, in der die vielen Gesunden ihren Beitrag leisten zur adäquaten Versorgung der wenigen Kranken. Dieses aus Solidarität geknüpfte Sozialnetz wurde aber im Laufe der Jahre hochstilisiert zu, wie Hans-Magnus Enzensberger es nannte, „einer der merkwürdigsten Verschwendungsformen unserer Zeit“. Es wird heute von den Bürgern weitgehend nicht mehr als Solidarsystem verstanden, sondern als eine Art Selbstbedienungsladen, zu dem sie aufgrund ihrer Abgaben ein universelles Einkaufsticket besitzen. Unter Verlust des Solidargedankens herrscht die Auffassung, dass es geradezu töricht sei, sich aus dem System, in das man ja eingezahlt hat, nicht aufs Beste zu bedienen. Hier strukturkorrigierend und ordnungspolitisch einzugreifen wäre Aufgabe eines Gesundheitsstrukturgesetzes. Das Grundproblem liegt dabei nicht so sehr in dem Leistungskatalog selbst, sondern in der maßlosen Ausweitung des Krankheitsbegriffes

auf jede noch so unbedeutende Befindungsstörung und die Anerkennung jeder auch gut kontrollierten Krankheit als prozentualen Schritt zur Schwerbehinderung.

Die zweite elementare Sorge betrifft die Neugliederung des ambulanten Bereiches in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich mit der Gefahr einer erheblichen Beschädigung des Berufsbildes des Internisten. Die meisten niedergelassenen Internisten sind heute auch hausärztlich tätig und bringen die Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen einer sechsjährigen strukturierten Weiterbildung als Qualifikation in den hausärztlichen Versorgungsbereich ein, soweit dies zur Betreuung Kranker mit internen Leiden angezeigt und hilfreich ist. Damit bleibt der Internist natürlich aufgrund seiner Weiterbildung der zu fachspezifischen Leistungen qualifizierte Facharzt. Die Beteiligung des Internisten an der hausärztlichen Versorgung kann keine Einschränkung seines Leistungsspektrums begründen. Es wäre medizinisch widersinnig und vom Bedürfnis der Kranken her falsch, den qualifizierten weitergebildeten Internisten dann, wenn er hausärztlich tätig wird, nur einen Teil seines Könnens ausüben zu lassen.

Das dritte uns bedrückende Problem ist die anstehende Gefahr, dass junge niederlassungswillige Ärzte nicht mehr in ihrem Beruf werden tätig sein können. Wir haben nicht vergessen, dass hier die gleichen jungen Menschen betroffen sind, für die die Regierenden entgegen dem sachkundigen Rat und dem Widerstand der Hochschullehrer vor Jahren unsinnige Kapazitätserweiterungen verordnet haben, die gleichen jungen Menschen, die dann an überfüllten Universitäten unter hohem Aufwand und Kosten so gut wie möglich ausgebildet wurden und schließlich in mindestens sechs Jahren zum qualifizierten Internisten weitergebildet werden. Zweifelsfrei sind gesundheitspolitisch relevante Fakten wie Arztzahlen und Arztdichte nicht sakrosankt und ordnungspolitische Eingriffe legitim. Dies sollte aber nicht zulasten einer bereits ausgebildeten jungen Ärztegeneration geschehen. Zustimmung zitiere ich den

Kommentator der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, der vor einem „fatalen Konsens beim harten Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit“ mahnt und schreibt: „Die Lage der Krankenkassen rechtfertigt es nicht, dass Vertrauen junger, leistungswilliger Menschen auf den Bestand der Gesetze und die Bindungswirkung von Urteilen des Verfassungsgerichtes so zu missachten ... Die Politik wirbt um Vertrauen; mit diesem Gesetz verspielt sie es.“

## Schluss

Im Jahre 1835 schrieb Joseph von Eichendorff vier bewegende Zeilen:

*„Schläft ein Lied in allen Dingen,  
Die da träumen fort und fort,  
Und die Welt hebt an zu singen,  
Triffst Du nur das Zauberwort.“*

Die Innere Medizin der Zukunft wird sich weiter in Schwerpunkten spezialisieren, sie wird über zunehmend technisierte, apparativ-diagnostische und therapeutische Methoden verfügen, und unsere Patienten werden den Einsatz solcher Methoden zunehmend von uns erwarten, ja verlangen. Zugleich aber wird die Innere Medizin auch in Zukunft nicht ohne das „Lied in allen Dingen“ auskommen. Wenn wir die Spannung zwischen Spezialisierung und Integration mit Vernunft und Selbstdisziplin austragen, wenn wir die Antithese von Arzt und Mediziner durch Neubesinnung auf das eigene Wesen unserer Wissenschaft Medizin überwinden, wenn wir uns unbeirrt auf eine akademisch begründete Innere Medizin berufen, wenn wir am Internist-Sein als unserem Berufsbild festhalten – wenn wir uns den Möglichkeiten und Fortschritten der Spezialisierung und Technisierung stellen und zugleich uns nicht abhalten lassen von der Suche nach dem Zauberwort, dann können wir der Zukunft unserer Inneren Medizin getrost entgegensehen.

Ich erkläre den 99. Kongress für Innere Medizin für eröffnet.