

# Die Zukunft

Peter C. Scriba, München



Der erste Geburtstag der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im zweiten Jahrhundert ihrer Tagungen gibt Anlass, über die Innere Medizin der nächsten 100 Jahre nachzudenken. Welche Veränderungen erwarten wir für die Innere Medizin selbst, und auf welche Veränderungen ihres Umfeldes wird sie zu reagieren haben?

Der Blick in die Zukunft, und sei er noch so spekulativ, ist langfristig wichtiger als an sich begründete, aber allenfalls kurzfristig wirksame Klagen über das Vergehen von goldenen Zeiten, die vielleicht nicht immer so golden waren. Herr Schuster hat schon vor zwei Jahren unseren Blick in die Zukunft gelenkt. Mich bewegt das gleiche Anliegen, nämlich Wege zu zeigen, wie wir aktiv in die Gestaltung der Zukunft eingreifen können.

## Unser Fach

„Die Innere Medizin löst sich auf“, war noch vor kurzem zu hören. Eine solche Aussage könnte Wunschdenken sein – nur wer könnte so etwas wünschen und warum?

Vielleicht denkt so ein Teilgebietsspezialist, weil er seine eigene Monopolstellung ausbauen möchte. Der Preis wäre eine Unterversorgung außerhalb der Ballungsgebiete, in denen er selbst sein Auskommen hat. Und der Wunsch

könnte auch von Anhängern eines Primärarztsystems kommen, welche ihren Anteil am Kuchen zulasten der fachärztlichen Medizin vergrößern möchten. Der Preis wäre die Gefährdung jeder höheren Kompetenz für schwierige Fälle durch unzureichend informierte Gatekeeper.

„Die Innere Medizin löst sich auf“ – das will ich eher als eine Provokation verstehen, gedacht als Aufforderung an die Internisten, ihre Reihen zu ordnen und Optionen für die Lösung der Zukunftsprobleme zu entwickeln. Lassen Sie uns, die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, gemeinsam mit unserem Partner, dem Berufsverband Deutscher Internisten, diesen Auftrag annehmen.

1. These: Innere Medizin ist notwendig und wird notwendig bleiben.

Wir haben allen Grund, auf unsere Leistungen stolz und selbstbewusst aufmerksam zu machen: Internisten werden gebraucht für eine zugleich spezialistische und doch ganzheitliche Diagnostik und Therapie, soweit Spezialfähigkeiten eben nur auf dem Hintergrund allgemeininternistischer Erfahrung erlernbar und vertretbar sind. Ich halte beispielsweise für unverantwortlich

- eine onkologische Chemotherapie ohne infektiologische Kenntnisse,
- eine Diabetologie ohne kardiologische Erfahrung,

- eine Hämostaseologie ohne Angiologie,
- eine Gastroenterologie ohne Endokrinologie.

Die Beispiele ließen sich beliebig fortsetzen und kulminieren in der besonderen Interdisziplinarität der internistischen Notfall- und Intensivmedizin.

Den Kardiologen hat kein geringerer als Eugene Braunwald Ende 1993 im *New England Journal of Medicine* eine horizontale Einbindung in die Medizinische Klinik bei gleichzeitiger vertikaler Kooperation in multidisziplinären kardiovaskulären Einheiten eindrucksvoll empfohlen. Er warnte vor einer Balkanisierung der Inneren Medizin durch Auflösung in Spezialgebiete!

Internistische Spezialgebiete werden dennoch weiter zunehmen und unser Fach bereichern. Wir sollten das begrüßen, diese Differenzierung in der DGIM ebenso wie im BDI pflegen, dem *Teilgebietsspezialisten* eine intellektuelle Heimat bieten und die wechselseitige Solidarität in der Gemeinschaft der Internisten stärken. Vielleicht wird einem Endokrinologen verziehen, wenn er sich in diesem Zusammenhang etwas mehr Abteilungen für klinische Endokrinologie wünscht, ebenso wie für andere, zu selten vertretene Schwerpunkte.

Gebraucht wird darüber hinaus die *allgemeine Innere Medizin*. Deren ureigenste Aufgabe sind komplexe Krankheitsbilder. Lineare Fälle sind einfach zuzuordnen. Eine Frau mit Bart zum Endokrinologen zu schicken, das ist keine Kunst. Bei einer Frau mit Watschelgang an eine Osteomalazie zu denken und die dieser zugrunde liegende Sprue zu finden, das ist schon eher eine Aufgabe, die den Allgemeininternisten erfordert.

Unter Komplexität in der Medizin will ich verstehen

- die nicht auf Anhieb zu diagnostizierende Krankheit,
- den differenzialdiagnostisch unklaren Fall,
- das Zusammentreffen mehrerer, sich gegenseitig beeinflussender Erkrankungen (Multimorbidität),
- den chronisch verlaufenden Spezialfall (z.B. die Hämophilie), der vorausschauende Wach-

samkeit gegenüber allen Komplikationsmöglichkeiten erfordert,

- die wechselseitige Beeinflussung von Biografie, sozioökonomischer Rolle und psychischer Struktur des Patienten und seiner oder seinen Krankheiten.

Komplexität des Krankheitsgeschehens ist die charakteristische, intellektuell anspruchsvolle Internistenaufgabe.

Für den Allgemeininternisten ist dabei Überblick ebenso erforderlich wie kollegiale Kommunikation mit dem Spezialisten, der manche Detailfragen besser beantworten kann. Die Qualität des Allgemeininternisten liegt auch darin, seine Grenzen zu erkennen und notwendige Konsultationen zu veranlassen. Umgekehrt ist Subsidiarität das Charakteristikum der Spezialmedizin. Sie sollte sich auf die Kranken konzentrieren, die ihrer bedürfen.

Und nun zur Zukunft: Wie könnte ein *Fortschritt* denn überhaupt aussehen, der uns Internisten, sei es als Generalisten oder als Spezialisten, überflüssig machen könnte?

Wir erleben zurzeit eine Homöotropie der wissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden in den verschiedenen Teilgebieten, wie ich das in meiner Einladung der Tagung zum Ausdruck gebracht habe. „Wissenschaftlich haben sich die verschiedenen Spezialinternisten heute wieder mehr zu sagen.“ Wenn ich heute drei Wünsche an die Fortschrittsfee frei hätte, so würde ich folgende Ziele wählen:

1. Den Krebs im Stadium der genomischen Disposition zu verhindern und auch bei Metastasierung erfolgreich behandeln zu können – das wäre dann sicher eine Aufgabe für Internisten.
2. Die Atherosklerose z.B. vor dem Infarkt oder vor dem Apoplex früh diagnostizieren und im Sinne einer Sekundärprävention behandeln zu können.
3. Organspezifische und systemische Autoimmunerkrankungen früh diagnostizieren und behandeln zu können, also vor der Manifestation des Diabetes mellitus Typ I, vor der destruktiven Phase der chronischen

Polyarthrit, vor dem Defektstadium einer Multiplen Sklerose und vor der Manifestation einer endokrinen Orbitopathie bei Morbus Basedow.

Diese Wünsche sollte man noch mit dem Stoßgebet ergänzen: keine neuen Katastrophen durch Infektionen von der Dimension der HIV-Plage!

Die Erfüllung der genannten drei Wünsche würde gegebenenfalls die Innere Medizin mit ihrem breiten Spektrum keineswegs überflüssig machen, sondern sehr gezielte, aufwendige und keineswegs indifferente Methoden erfordern, also typisch internistische Handlungsweisen.

Niemand weiß, ob das Erreichen der genannten Ziele durch die gemeinsame und ähnlicher gewordene wissenschaftliche Arbeit in den nächsten 100 Jahren der DGIM erfolgen wird. Aber sicher dürfte sein, dass die DGIM auch in 100 Jahren noch bestehen und ihre Aufgabe zu erfüllen haben wird. Denn Internisten werden auch in Zukunft trotz allen denkbaren Wandels durch Fortschritt gebraucht!

## Forschung und Nachwuchs

*z. These: Eine wissenschaftliche Gesellschaft, die an ihre Zukunft glauben kann und sich auf ihre Rolle angemessen vorbereiten möchte, muss sich um Forschung und um ihren Nachwuchs kümmern.*

Die *Forschung der Inneren Medizin* findet nicht nur in den Spezialgebieten statt. Sie bedarf der Zusammenarbeit von Teilgebieten und mit Nachbarfächern. Der wissenschaftliche Fortschritt im Spezialgebiet selbst erfordert heute mehr denn je die Kooperation der Grundlagenwissenschaftler der Biochemie, Molekularbiologie, Zellbiologie etc., aber auch der nicht naturwissenschaftlichen Gebiete wie z.B. Psychologie oder Ökonomie mit dem jeweiligen klinischen Forscher. Viel ist an dieser Stelle von meinen Vorgängern zum Thema Zusammenarbeit von Grundlagenwissenschaft und klinischer Forschung schon gesagt worden, muss nicht

wiederholt werden und hat Gültigkeit behalten. Was aus meiner Sicht jetzt getan werden sollte, um die klinische Forschung in Deutschland zu stärken, habe ich im Vorwort zum Kongress-Heft des „Internisten“ formuliert. Ich greife aus diesem nur das Thema Finanzierung, Begutachtung und Evaluation von Teilen der angewandten klinischen Forschung durch Krankenkassen heraus.

Krankenkassen müssen ein Interesse an bestimmten Fragen der Forschung haben, die da z.B. wären

- Nachweis der Unwirksamkeit von Medikamenten,
- Erprobung von Instrumenten der Qualitätssicherung,
- Erprobung neuer diagnostischer und therapeutischer Strategien, die eine bessere Effizienz, d.h. Kosten-Nutzen-Relation oder eine bessere Effektivität versprechen. Sofern der individuelle Patient in solch einer Studie behandelt wird, sollten Krankenkassen an Planung, Finanzierung und Interpretation beteiligt sein und beteiligt werden wollen.

Auch das öffentliche Forum am heutigen Nachmittag hat der Erörterung von Fragen der klinischen Forschung in Deutschland gedient. Wir haben vor allem besprochen, wie die verfügbaren Mittel auch helfen können, die strukturellen Bedingungen für klinische Forschung in den Universitätskliniken zu verbessern.

Hoffentlich ist allen Diskussionsrednern und Zuhörern ferner klar geworden, dass die biomedizinische Forschung in Deutschland unterfinanziert ist. Das gilt insbesondere, wenn man die jährlich jeweils 5 Millionen DM an BMBF-Mitteln für Gentherapie und Genomforschung mit den dreistelligen Millionenbeträgen vergleicht, die in den USA und im übrigen Europa vom Staat in diese kompetitiven Gebiete investiert werden. Das gilt auch für den bei uns zu kleinen Prozentanteil am Bruttosozialprodukt im Vergleich zu dem der biomedizinischen Forschung in Japan und USA. Unterfinanziert ist auch die z.T. vom Verfall bedrohte Bausubstanz der Universitätskliniken

in Ost und West. Die Medizin muss sich im Wissenschaftsrat mit den nicht medizinischen Forschern um die viel zu niedrig dotierte Hochschulbauförderung schlagen. Wenn in der deutschen Forschungsfinanzierung und im Hochschulbau die Weichen nicht rasch umgestellt werden, verspielen wir unsere Zukunftschance und werden auch noch im biomedizinischen Bereich vom Export- zum Importland.

Unsere Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin muss allen Aspekten der Nachwuchspflege jede nur denkbare Aufmerksamkeit zuteil werden lassen. Dazu gehört aus meiner Sicht Folgendes:

- die aktive Mitarbeit beim Geschehen im Mainzer Prüfungsamt in seiner zukünftigen Funktion. Die Innere Medizin muss im Prüfungswesen den ihr zustehenden Platz verteidigen.
- das Engagement in der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), beim Fakultäten-Tag und im Bundesministerium für Gesundheit, also überall da, wo über zukünftigen Lehrinhalt und Formen des Medizinstudiums verhandelt wird. Die Konzentration auf das wesentliche allgemeininternistische Gedankengut ist dabei weit wichtiger als das den Weiterbildungsabschnitten vorbehaltene Spezialwissen aus Teilgebieten.
- Die Innere Medizin muss überdies für den Nachwuchs attraktiv bleiben. Solange es Ärzte im Praktikum gibt, sollten wir Internisten jeden denkbaren, auch unkonventionellen Weg gehen, um möglichst vielen Ärzten im Praktikum eine internistische Zeit zu ermöglichen.
- Arbeitslose Ärzte nehmen an dieser Tagung teil - beitragsfrei, das ist leider alles, was die DGIM für sie zurzeit tun kann. Das ist eine bedrückende, wenn auch lang vorhergesehene Realität. Solidarität mit dem Nachwuchs ist auch, von möglichst vielen unserer jungen Kolleginnen und Kollegen das Einzelschicksal der Arbeitslosigkeit abzuwenden. Die Mitglieder der DGIM sind zu

Anstrengungen und Opfern zugunsten des Nachwuchses aufgerufen und hoffentlich auch bereit.

Zur Rolle der Internisten im Medizinunterricht haben sich ja meine Vorgänger, vor allem auch Herr van de Loo, ebenso geäußert wie der Vorstand unserer Gesellschaft. Innere Medizin ist das Hauptfach Nummer 1, ein Gedanke, der den Reformern des Medizinstudiums vielleicht nicht genügend klar ist.

Unser Nachwuchs ist in meiner Erfahrung außerordentlich hoch motiviert. Eventuelle Defizite in der Ausbildung sind nicht ohne unsere eigenen Versäumnisse zustande gekommen. Jeder internistische Hochschullehrer und besonders jeder Lehrstuhlinhaber in seiner Beispielfunktion muss mehr von seiner Zeit und von seinem Elan der Lehre in unserem gemeinsamen Fach widmen. Ausbildungsdefizite dürfen nicht nur den in der Tat zu hohen Studentenzahlen zugeschrieben werden. Immerhin wird die nächste Reform des Medizinstudiums vermutlich die Kapazität weiter an die Qualitätserfordernisse der Ausbildung anpassen, d.h. erniedrigen.

Engagement und Einsatzfreude von Ärzten im Praktikum und von Weiterzubildenden hängen auch in der Inneren Medizin ganz davon ab, was die Vorgänger den Nachfolgern vermitteln und in welchem Umfang es uns gelingt, die Attraktivität des Handlungsfeldes der Inneren Medizin in seiner ganzen Vielfältigkeit zu bewahren und weiter zu entwickeln.

Hier existiert noch Handlungsbedarf in dem schwierigen Feld der Weiterbildungsordnung, in dem Gruppeninteressen und europäisches Umfeld u.a. zu berücksichtigen sind. Gerade auch in dieser Frage steht die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin dem Berufsverband Deutscher Internisten als Freund und Kooperationspartner zur Verfügung. Viele der zahlreichen Kliniker im BDI würden eine Verkürzung der allgemeininternistischen Weiterbildung durch Entlastung von Inhalten begrüßen, die besser einer fakultativen Fachkunde oder den Schwerpunkten zuzuordnen wären.

3. These: Im Sinne der Nachwuchspflege hat die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin die besonders wichtige Aufgabe, für Verjüngung in ihren Reihen zu sorgen. Dies ist ihr vielleicht wichtigstes Zukunftsproblem.

Vorstand und Ausschuss haben versucht, das Leistungsangebot unserer Gesellschaft so zu verbessern, dass die DGIM für jüngere Mitglieder eine größere Attraktivität erhält. Diesem Ziel dient auch das Angebot von gegenwärtig drei Zeitschriften als Organen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Um der Attraktivität willen haben die Vorsitzenden der vergangenen Jahre kleinere und größere Änderungen der Struktur der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin eingeführt. Einige meiner Überlegungen dazu finden sie in dem hier im Raume ausgelegten Programm. Ich spreche, um nichts zu wiederholen, hier nur die Bemühungen um die Qualität der mündlichen Kurzmitteilungen und der Poster an. Die Poster-Party soll am Montagabend als das zentrale gesellschaftliche Ereignis unserer Tagung dienen. Den vielen Kolleginnen und Kollegen, die mir geholfen haben, die Qualität unseres wissenschaftlichen Programms auf die zurzeit größtmögliche Höhe der Attraktivität zu bringen, sei noch einmal sehr herzlich gedankt. Es sei mir erlaubt, hier stellvertretend für alle drei Namen zu nennen: unseren Kongress-Sekretär PD Dr. St. Endres, die Kongress-Sekretärin Frau A. Herkert, beide München, und Frau R. Maerkel, die bewährte Stütze unserer Gesellschaft.

Ich denke, dass auch der Beitrag der pharmazeutischen Industrie in diesem Zusammenhang gewürdigt werden muss. Viele Aussteller halten uns die Treue und bieten Informationen über ihre Produkte. Aus den Reihen der forschenden Pharmaindustrie kommt auch in diesem Jahr Originalinformation über wissenschaftliche Expertise in einer Sonderausstellung. Den mehr der Fortbildung als dem wissenschaftlichen Originalbericht zugeneigten Kolleginnen und Kollegen bieten dankenswerterweise der BDI mit seinen Vorsymposien und die biomedizinische Industrie mit ihren Satel-

itenveranstaltungen eine Reihe höchst attraktiver Gelegenheiten.

Noch einmal mein Credo: *Unsere Zukunftsfrage ist vor allem auch eine Nachwuchsfrage.*

## Zur Gesundheitspolitik

Wir leben in unruhigen Zeiten. Manch einer sehnt sich nach mehr Stabilität, und diese ist überhaupt nicht in Sicht. So darf man sich nicht wundern, wenn laut geklagt wird. Nach meinem Verständnis fehlt diesen Klagen allerdings häufig das konstruktive Element.

Viele Internisten sind stolz darauf, Hausärzte zu sein. Das gegenwärtige Gesetz sieht vor, dass sie demnächst nur noch Hausärzte sein sollen. Ein Ausschluss-Katalog soll vorschreiben, was der internistische Hausarzt nicht mehr machen soll. Dazu mein Kommentar:

- Verzicht auf Leistung und Leistungsfähigkeit kann da nicht überzeugen, wo dem einzelnen Patienten vor Ort etwas Notwendiges vorenthalten und er zur Anreise und zu neuen Wartezeiten gezwungen werden soll.
- Umgekehrt kann der Spezialist, also z.B. ein niedergelassener Onkologe, nicht verstehen, warum er eine Patientin mit metastasierendem Mammakarzinom zu einem ihr, weil sie bis dahin gesund war, wildfremden Hausarzt schicken soll, der weder in der Chemotherapie noch in der Nachsorge qualifiziert ist, noch die in der Onkologie so besonders wichtige Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen konnte.

Im Kern geht es der Gesundheitspolitik auch bei der Hausarzt-Facharzt-Problematik primär nicht um die Sicherung von Ärzteneinkommen, sondern um den Abbau der überzogenen Mengenausweitung und somit um die Vermeidung von Verschwendung. Die Funktionsträger in allen Lagern müssen naturgemäß ihre „Menge“ plakativ verteidigen, sie sollten aber zugleich leise an einem Interessensausgleich mit Ehrlichkeit und Ernsthaftigkeit arbeiten. Uns Internisten wird weniger das Klagen oder die

Klage helfen. Wir sollten vielmehr mit konstruktiven Lösungsvorschlägen für das Problem aufwarten.

4. These: Ich denke, dass eine transparente Qualitätssicherung, die unser Handeln auf das bei gegebener Indikation Notwendige beschränkt, ein sachlich nicht abzulehnendes Gegenangebot darstellt.

Ich denke ferner, dass wir den Grundsatz akzeptieren sollten, dass nicht jeder Internist das gesamte Spektrum aller denkbaren internistischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten anwenden kann. Wir benötigen ein System, welches Qualifizierung rigoros prüft und überprüft und zur Basis einer Ermächtigung für individuelles ärztliches Handeln macht. Mit dem verbesserten Nachweis unserer Qualifizierung werden unser Leistungsangebot attraktiver und unsere Forderung einer angemessenen Vergütung besser durchsetzbar. Jeder Arzt sollte tun können, was er wirklich kann und was wirklich notwendig ist. Dem vermeintlichen oder tatsächlichen wirtschaftlichen Zwang zur Mengenausweitung und dem Punktwertverfall lässt sich so am vernünftigsten entgegensteuern.

Auf dieser doppelten Basis von Ermächtigung gemäß Qualifizierung und von Qualitätssicherung des Handelns lässt sich auch das Wirkungsfeld von und die Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin gut definieren. Aber, ein primärärztlicher Alleinanspruch der Allgemeinmedizin ist falsch, würde sowieso aus Qualitätsgründen umgangen und überdies einer Zweiklassenmedizin Vorschub leisten.

Verzahnung ist ein weiteres Reizwort, das die Gemüter gegenwärtig in Wallung bringt. Extrempositionen werden als Vogelscheuchen aufgebaut, etwa

- die Niedergelassenen wollen die Krankenhäuser übernehmen, jeder Patient wird von seinem Hausarzt auch im Hospital aus einer Hand, womöglich der linken, weiterversorgt, Pflege darf noch sein, Chefärzte müssen aber weg, oder
- die Gegenposition, die Krankenhausärzte übernehmen die fachärztlich ambulante Versorgung ganz, alles unter Bezug auf das gelobte niederländische System, selbstver-

ständig zahlt die Kassenärztliche Vereinigung auch für die dann erforderlichen Doppelinvestitionen.

So wird es nicht gehen.

Warum sind manche von uns nur so bereit, unsere erfolgreiche Lösung, ein vernünftig gegliedertes Gesundheitssystem, so voreilig zur Disposition zu stellen im Tausch gegen ausländische Modelle oder Erfahrungen, die entweder nicht ausreichend erprobt oder teurer sind oder Warteschlangen produzieren, wo man doch andernorts nur zu gern unser System hätte?

Medizinische Universitätskliniken haben eine poliklinische Tradition. Unsere heutigen Polikliniken bieten entweder spezialistische Erfahrung an, z.B. für Hypophysentumor-Patienten, oder Langzeitbetreuung von wiederum Patienten mit besonderen Krankheiten, wie Zustand nach Herztransplantation, Hämophilie oder AIDS. Oft sind Nachbarfächer (Neurologie, Dermatologie, Ophthalmologie etc.) konsiliarisch einzubinden. Fast alle poliklinischen Patienten kommen mit Überweisungen. Viele Forschungsprogramme hängen von diesem Versorgungsauftrag ab. Auf der Basis meiner persönlichen poliklinischen Erfahrung habe ich keinerlei Sorge, dass die viel zu knappe Personaldecke in den Universitätskliniken jetzt auch noch verzogen wird, um in nennenswertem Umfang mehr internistische Ambulanz zu machen. Davor sollten die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen keine Angst haben und vermutlich auch nicht vor der prä- oder poststationären Aktivität in städtischen oder Regionalkrankenhäusern oder Lehrkrankenhäusern.

Dass umgekehrt der Niedergelassene die Zeit findet, sich um seine Patienten stationär zu kümmern und alle, auch die forensische Verantwortung für das Geschehen im Krankenhaus zu übernehmen, dürfte auch eher die Ausnahme werden. Die Versorgungsaufgabe stationäre Behandlung kann durch Niedergelassene also auch nicht ernsthaft bedroht werden.

Lassen Sie uns doch einfach weniger Angst voreinander haben, das ist meine 5. These.

*Verzahnung kann Informationslücken schließen, Hochleistungskapazitäten besser auslasten und dem einzelnen Patienten viel Hin und Her ersparen.*

Ich kann mir gut vorstellen und wünsche mir sogar den niedergelassenen Konsiliarius in den Mauern meiner Klinik, mit vertraglicher Regelung von Rechten und Pflichten. Bisher hatten wir mit solchen Anträgen beim Zulassungsausschuss aber leider keinen Erfolg. Ich sehe umgekehrt die nur zu gute Akzeptanz unserer poliklinischen Dienste durch Niedergelassene. Wer wird unserem Träger übelnehmen, dass er diese Arbeit nicht pauschal, sondern wie der Niedergelassene vergütet haben möchte?

Verzahnung ist im Sinne eines subsidiären Dienstes der Krankenhausärzte keine Bedrohung der Niedergelassenen. Und vom Standpunkt des Krankenhauses aus sind ohne fachärztliche Praxen

- eine wohnortnahe Versorgung der Patienten nicht zu sichern,
- Warteschlangen vorprogrammiert,
- vor allem die Berufsaussichten der Weiterzubildenden stark eingeschränkt.

Weiterbildung tut aber Not, denn sie sichert dem Niedergelassenen den Nachfolger, und das Krankenhaus braucht den Enthusiasmus der weiterzubildenden jüngeren Mitarbeiter neben einer angemessenen Zahl bewährter Kollegen in befriedigenden Lebenszeitstellen. Ein Krankenhaus wäre mit lauter pensionsreifen Stationsärzten, denen Innovationsfreude des Nachwuchses und physische Belastbarkeit im Schichtdienst zunehmend mangelt, nur schwer zu betreiben. Wie hart wäre es überdies für einen Chef, seiner Klinik Renommee, Struktur, Effizienz und Ordnung zu verpassen, wenn er seine Energie überwiegend im Gerangel mit lauter Teamärzten verbrauchen müsste. Gerade wenn die zukünftige medizinische Klinik wirtschaftlicher arbeiten soll, braucht sie Führung und Autorität, am besten sogar Charisma eines Chefs.

## Zukunft

Aber ich habe einen Blick in die Zukunft versprochen: Welche Veränderungen haben wir noch zu erwarten? Wie kann unsere aktive Gestaltung der Zukunft aussehen?

Die Antworten sind nicht auf die Innere Medizin zu beschränken, nicht einmal auf die Medizin, es werden vielmehr Wechselwirkungen mit dem gesamten Geschehen in unserer Welt zum Tragen kommen. Es ist das Bild des simultanen Schachspiels, das hier passt. Einige wenige Züge kann man sich vorweg im Sinne von Optionen für jede Partie überlegen und man kann sich die für uns besten Züge wünschen, darf aber nicht vergessen, dass die Partner das auch tun.

Global betrachtet erleben wir einen europäischen Wohlstand, den die Welt so vorher nie gekannt hat, für Deutschland gilt das ganz besonders. Es besteht ein Gefälle zu den ärmeren Nachbarn in dieser Welt, das solidarisch nivelliert werden muss. Unsere Ressourcen werden nicht wachsen. Wir werden die vorhandenen Ressourcen noch viel effizienter einsetzen müssen. Und wenn es bei uns jemals zu einem Anstieg des Anteils der Medizin am Bruttosozialprodukt kommen sollte, dann nur, wenn wir die Öffentlichkeit, d.h. den Wähler von der Qualität eines Fortschrittes der Medizin so überzeugen, dass er bereit ist, seine eigenen Ressourcen weniger für den Fernurlaub oder andere Genüsse und mehr für Gesundheit einzusetzen. So viel zum Thema Beitragssatzstabilität.

*Meine 6. These: Wir Ärzte werden im medizinischen Geschehen weniger zu sagen haben.*

- Die Gesundheitspolitik wird weniger denn je die Wohlfahrt der Ärzteschaft und der z.T. ja wohl bewusst herbeigeführten Ärzteschwemme als Primärziel des Gesundheitssystems im Auge haben. Neid und Misstrauen werden anhand leider gegebener geeigneter Beispiele geschürt. Dem haben wir im Grunde nur Leistung entgegenzusetzen. Leistung, deren Qualität wir zuerst sichern und dann selbstbewusst vorweisen müssen.

Internisten sind da grundsätzlich in keiner schlechten Ausgangslage.

- ▣ Unser Einfluss hat abgenommen und das wird weitergehen: Der Versorgungsauftrag (ambulant und stationär) wird den Ärzten noch weniger gutgläubig gegeben werden. Therapiefreiheit wird als Therapie-Narrenfreiheit apostrophiert. Von Monat zu Monat nimmt die Zahl der Artikel im Lancet und im New England Journal of Medicine zu, die nach Effizienz, also nach dem Nutzen pro Aufwand fragen.

Eine Qualitätssicherung, die Notwendiges definiert und Fakultatives oder gar Obsoletes als nicht unbedingt solidarisch zu finanzierend aufzeigt, schützt uns am ehesten vor Rationierung. Rationierung von notwendigen, nach den Kriterien der Qualitätssicherung einforderbaren Leistungen führt in die wirkliche Zweiklassenmedizin. Der englische National Health Service rationiert zwar angeblich nicht, er lässt Patienten aber bis zu zwei Jahre auf elektive Eingriffe warten. Und das hat zu einem Anteil von jetzt ca. 15% Privatversicherten in England geführt. Wenn wir die Leistungsfähigkeit unseres Systems für alle erhalten wollen, müssen wir die ungeheure Aufgabe eines möglichst umfassenden Qualitätsmanagements selbst in die Hand nehmen und laufend fortschreiben. Für die DGIM hat Herr Classen sich der Aufgabe angenommen, die Vorstellungen unserer Teilgebiete über diagnostische und therapeutische Standards und Leitlinien zu koordinieren und der AWMF zuzuleiten, so wie der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen das erbeten hat.

Zur optimalen Qualität gehört auch, dass das akzeptable Restrisiko definiert und in forensischen Auseinandersetzungen verteidigt wird. Medizin ohne Risiko ist nicht machbar, nicht zu finanzieren und wahrscheinlich auch unmenschlich. – Bleibt aber die Tatsache, dass das Monopol der Ärzte als gleichzeitiger Auftraggeber und Lieferant für medizinische Leistungen in der über-

kommenen Form nicht wieder zu erlangen sein wird.

- ▣ Jede Vorhersage des wissenschaftlichen Fortschrittes und seiner Umsetzung in praktische Medizin bleibt spekulativ. Immerhin gibt es wahrscheinliche Optionen: Computermedizin und Telemedizin sind dabei, ein System zu entwickeln, in welchem Patientendaten und Expertenwissen in noch kaum vorstellbarer Weise zusammengeführt werden können. Ob nun alle Leistungserbringer verkabelt werden oder ob Plastikkarten alle Informationen über den Patienten tragen – ich sehe auch hier die Chance für den qualifizierten Internisten der Zukunft, sein Können unter Beweis zu stellen. Denn Anamnese und Befund, erhoben durch einen Erfahrenen, würden auch auf der Plastikkarte mehr wert sein. Wir dürfen uns nicht von der Informatik beherrschen lassen, wir sollten sie für uns nutzen.

- ▣ Ärzte werden weiterhin mit der Konkurrenz leben müssen: Die Kooperation mit einer selbstbewusster werdenden Pflege kann nach den vermutlich unvermeidlichen Geburtswehen durchaus konstruktiv und für den Patienten nützlich sein.

Könnten wir nicht die Forderung einer akademischen Ausbildung von berufserfahrenem Pflegepersonal für Lehr- und Leitungsfunktionen unterstützen? Was ist gegen Pflegevisiten durch die Oberin einzuwenden? Was spricht gegen eine Formalisierung der sowieso bewährten Beratung mit erfahrenen Pflegekräften über Therapiepläne oder Therapieverzicht?

Wir Internisten sollten unsere Pflegenden pflegen und in diesem Sinne auch den Kongress für Krankenpflege in der Inneren Medizin fortführen.

Das Angebot der Paramedizin bzw. der unkonventionellen Methoden kommt offenbar den atavistischen Bedürfnissen des Menschen entgegen. Sofern sie nicht zum Anlass für ernst zu nehmende, letztlich auch forensisch relevante Versäumnisse wird oder schnöde Geldschneiderei repräsentiert, wird

man sie kaum verhindern können. Schlimm ist nur, wenn der Glaube an das Numinöse fundamentalistisch wird. Schlimm ist auch, wenn die sich dem Wirksamkeitsnachweis entziehende Paramedizin Ressourcen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmt, welche eines Tages benötigt würden, um Rationierung einer auf Qualitätssicherung basierenden Medizin zu verhindern.

- Welche Rolle spielt eigentlich der Patient in diesem Geschehen?

Noch ist die Zahl der kritisch fragenden Patienten, die es wirklich wissen wollen, relativ klein. Sie ist aber im Steigen begriffen, und wir sollten das begrüßen. Eine Chemotherapie bei einem nicht informierten Tumorpatienten ist nicht durchzuführen. So mancher Diabetiker kann mit seiner Krankheit besser umgehen, als ein an diesem Thema nicht sonderlich interessierter Arzt. AIDS-Patienten wissen oft sehr genau über den aktuellen Stand der Forschung auf diesem Gebiet Bescheid. Diese Beispiele sollen verdeutlichen, dass es in der Zukunft noch mehr darauf ankommen wird, das Vertrauen auch des mündigen Patienten zu gewinnen, seine Mitarbeit zu stimulieren und sich um seine Sorgen und Ängste für ihn durchschaubar zu kümmern. Patienten sind unsere wichtigsten Verbündeten. Nehmen wir uns die Zeit, sie von der Qualität unseres Handelns zu überzeugen.

Wir Ärzte, auch wir Internisten, werden im Gesundheitssystem also weniger zu sagen haben, aber ohne uns wird es nicht gehen. Bereiten wir uns vor auf unsere Rolle in der Zukunft mit vorausschauender Klugheit, mit Selbstbewusstsein, mit Selbstkritik und mit Solidarität – global, gegenüber unserer Gesellschaft, unseren Patienten, unseren Kollegen und unserem Nachwuchs. Und versuchen wir, die Internisten, als Gruppe wieder mehr die gemeinsame Sprache zu Gehör zu bringen.

## Theodor-Frerichs-Preis 1995

Preisträger: Dr. Stefan Schreiber,  
Charité der Humboldt-Universität,  
IV. Medizinische Klinik und Poliklinik, Berlin

### **Impaired Response of activated mononuclear Phagocytes to Interleukin 4 in inflammatory Bowel Disease. Immunoregulatory Role of Interleukin 10 in inflammatory Bowel Disease in vitro and in vivo**

Wir wissen, dass Monozyten im Blut und ortsständige Makrophagen der Darmschleimhaut in der Pathogenese der entzündlichen Darm-erkrankung die Mediatoren Interleukin 1 und Tumornekrosefaktor freisetzen, welche im entzündlichen Geschehen an der Darmschleimhaut eine wichtige Triggerfunktion ausüben. Monozyten zelebrieren darüber hinaus einen entzündungshemmenden Mediator, den Interleukin-1-Rezeptor-Antagonisten, der die Bindung von Interleukin 1 am Rezeptor verhindert. Im Tierexperiment führt die Applikation des Rezeptor-Antagonisten zu einer Hemmung der Immunkomplex-Kolitis des Kaninchens.

Dem Autor ist es gelungen nachzuweisen, dass den Entzündungsmediatoren Interleukin 1 und Tumornekrosefaktor mit dem Interleukin 4 und dem Interleukin 10 ein wichtiges antiinflammatorisches Prinzip entgegensteht. Er untersucht bei chronisch entzündlichen Darm-erkrankungen den lokalen Effekt von Interleukin 4 und Interleukin 10 und kommt zu völlig neuen und überraschenden Ergebnissen. So zeigt er, dass Interleukin 4 die Freisetzung von Interleukin 1 und Tumornekrosefaktor bei Kranken sehr viel schwächer hemmt als bei gesunden Kontrollpersonen. Offensichtlich beruht dieser negative Effekt – was die Entzündung anbelangt – auf einer Hemmung der Freisetzung der Interleukin-1-Rezeptor-Antwort auf die primäre Eliberation von Interleukin 1. Demgegenüber hemmt Interleukin 10 bei Kranken die Freisetzung von Interleukin 1 und Tumornekrosefaktor stark, wenn der Mediator Interleukin 10 bei topischer intrarektaler Applikation