

## **Die Evolution der Medizin als kontinuierliche Herausforderung**

Rede zur Eröffnung der 115. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 19. April 2009 im Kurhaus Wiesbaden

Die Innere Medizin ist nicht Vergangenheit. Sie ist Gegenwart und sie ist vor allem auch Zukunft. Deshalb möchte ich Sie heute einladen nicht nur konstruktiv und positiv nach vorne zu blicken, sondern dementsprechend auch zu denken und zu handeln gemäß dem Motto meiner Eröffnungsrede:

Chancen nutzen, Potential verwirklichen, Zukunft gestalten

Gestatten Sie mir bei aller kritischen Distanz zur eigenen Profession zunächst einen kurzen Blick in die zum Teil gewaltigen Fortschritte der Medizin in den letzten Dekaden. Die Lebenserwartung ist weltweit kontinuierlich angestiegen. Heutzutage sind die meisten Menschen im Alter über 65 Jahren gesünder, aktiver und auch im Bezug auf mentale und kognitive Leistungsfähigkeit besser gestellt als frühere Generationen. Die höchste Lebenserwartung beträgt zur Zeit in Japan und Schweden bereits 85 Jahre bei Frauen und 77 Jahre bei Männern. Es wird erwartet, dass die Lebenserwartung auch in Zukunft weiter ansteigen wird und dass sie im Jahre 2050 bis zu 94 Jahre betragen könnte. Ist das wirklich Folge des medizinischen Fortschrittes? Die Hintergründe sind sicher komplex, aber eine wesentliche Ursache für diese Entwicklung wird in dem Rückgang von Herz-Kreislauferkrankungen, insbesondere der koronaren Herzerkrankung seit Beginn der 70er Jahre gesehen. In der Zeit von 1978 bis 2004 hat die Inzidenz der koronaren Herzerkrankung um 62 % abgenommen, man kann hier fast von einer Revolution sprechen. Fortschritte in der Herz- Kreislaufmedizin in 3 großen Bereichen sind als mögliche Ursache für die eindrucksvollen Verbesserungen angesehen worden.

Insbesondere die Primärprävention durch Bekämpfung von klassischen Risikofaktoren für die Entwicklung von Herz- Kreislaufkomplikationen ist ein wirkungsvoller Ansatz. Dazu zählt auch bevölkerungsorientierte, öffentliche Gesundheitsmaßnahmen nicht nur stärker zu propagieren, sondern auch wirkungsvoll umzusetzen und nachhaltig zu etablieren. Die Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung durch Rauchverbote, hat beispielsweise in Korea und Italien bereits zu messbaren Effekten auf die kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität geführt. Positive Auswirkungen auf andere Folgeerkrankungen wie chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder das Lungen-Karzinom werden sicherlich noch längere Zeiträume beanspruchen. Bevölkerungsorientierte Ernährungskampagnen sind ebenfalls ein zentrales Thema zur Durchsetzung gesundheitsbewusster Lebensweise. In Deutschland ist zur Zeit eine Zunahme des Anteils von Kindern und Jugendlichen mit Bewegungsarmut und zum Teil erheblichem Übergewicht zu beobachten. Eine Fortsetzung dieses Trends würde bedeuten, dass in den nächsten Dekaden eine Lawine von Hochrisikopatienten auf uns zukommt.

Klinische Ansätze mit modernen therapeutischen Strategien haben zur verbesserten Kontrolle von Stoffwechselstörungen wie Cholesterinerhöhung oder Diabetes mellitus beigetragen. Die Bekämpfung der Volkskrankheit Hypertonie ist nicht nur für die Beeinflussung einer erhöhten

kardiovaskulären Sterblichkeit verantwortlich, sondern auch für eine verbesserte Lebensqualität, durch Verhinderung körperlicher Einschränkung in Form von Behinderungen oder Leistungseinschränkungen. Auf die Erhaltung kognitiver und mentaler Funktionen bis zur Verhinderung von Demenz im höheren Lebensalter durch Blutdruckkontrolle ist in den vergangenen Jahren zunehmend aufmerksam gemacht worden.

Moderne Behandlungsstrategien bei der Akutversorgung lebensbedrohlicher Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall haben Einzug in unsere Versorgungssysteme gefunden. Die Optimierung der Notfallversorgung und des Notarztsystems sind sicherlich ein weiterer wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Infrastruktur. Dazu zählt auch die Einrichtung spezialisierter Versorgungseinheiten wie Herzinfarkt-, Brustschmerz- oder Schlaganfallstationen, die nachweislich zur schnelleren und wirkungsvolleren Einleitung lebensrettender Maßnahmen, wie zum Beispiel Revaskularisationen, beigetragen haben. Sekundärpräventionsmaßnahmen bei Patienten mit bereits vorhandenen Gefäßerkrankungen sind durch moderne Revaskularisationsverfahren und effizientere, zum Teil sehr komplexe, andererseits aber auch besser verträgliche medikamentöse Strategien an dem Erfolg unserer Bemühungen beteiligt. Trotz aller medizinischen Fortschritte ist als unersetzliche, flankierende Maßnahme jedoch die Sekundärprävention durch Umsetzung eines gesundheitsbewussten Lebensstils anzusehen.

Nach den Erfolgen der letzten Jahrzehnte stellt sich die Frage, ob wir uns den Fortschritt in gleicher Geschwindigkeit und unverminderter Effizienz weiter leisten können? Gibt es neue wissenschaftliche Ansätze, die als Vision die Kontinuität bei der Evolution der Medizin möglich erscheinen lassen? Neuere und vielversprechende Ansätze aus der Grundlagenforschung machen es denkbar, organübergreifende, grundlegende, systemische Mechanismen auf zellulärer Ebene klinisch zu nutzen. Die Entstehung und Progression von Organschädigung und -krankheit könnten im Sinne einer frühzeitigen Prävention dadurch möglicherweise verhindert werden. Faszinierende und hochkarätige Beispiele für derartige Ansätze liegen vor. Die zur Zeit sehr aktiv betriebene Forschung zur Bedeutung endothelialer Stammzellen ist ein Beispiel für die Beeinflussung des regenerativen Potentials des Gefäßsystems. Eine Stimulation endothelialer Stammzellen durch Allgemeinmaßnahmen aber auch durch medikamentöse Intervention erscheint möglich. Ein Beispiel dafür ist die heute mit dem Präventionspreis ausgezeichnete Arbeit. Darin konnte gezeigt werden, dass Übergewicht die Zahl endothelialer Stammzellen reduziert. Durch Gewichtsabnahme lässt sie sich normalisieren und dadurch möglicherweise das regenerative Potential des Gefäßsystems stimulieren und die Abnahme von Folgeschäden und Verbesserung der Prognose einleiten.

Ein weiteres Beispiel ist die Beeinflussung des programmierten Zelltods, der sogenannten „Apoptose“. Auch über diesen Mechanismus lassen sich alters- und krankheitsabhängige Struktur- und Funktionsverluste auf zellulärer Ebene steuern.

Inflammatorische Prozesse als verbindende, organübergreifende Progressionsfaktoren führen zum besseren Verständnis von Krankheitsprozessen und Komorbiditäten. Rheumatische Erkrankungen aber auch chronisch entzündliche Prozesse, beispielsweise im Zahnbereich wie Peridontitis, gehen mit fortschreitender Gefäßschädigung und erhöhtem kardiovaskulären Risiko einher. Frühzeitige anti-entzündliche Behandlungsmaßnahmen können das erhöhte Risiko nach neuesten Befunden wieder reduzieren.

Als Fazit ist es denkbar, mit derartigen innovativen Ansätzen eine organübergreifende Zusammenführung der Inneren Medizin über grundlegende, systemische Mechanismen wieder herzustellen.

Die Fortschritte in der Medizin sind insgesamt überwältigend. Die Evolution der Medizin beinhaltet aber neben möglichen Vorteilen auch erhebliche Herausforderungen und Konfliktpotential, nicht nur für die Medizin, sondern für Gesundheits- und Sozialsysteme und die Gesellschaft insgesamt. Der amerikanische Arzt, Pulitzer-Preisträger und Exponent der geriatrischen Medizin, Dr. Robert N. Butler, spricht in diesem Zusammenhang von der „Longevity Revolution“, der „Langlebigkeitsrevolution“. Er beschreibt in differenzierter Weise den Nutzen und die Herausforderung eines langen Lebens. Zwangsläufig ergeben sich aus dieser Fokussierung zahlreiche, ungeklärte Fragen:

1. Wie kann Langlebigkeit finanziert werden?
2. Wie könnten nachfolgende Generationen mit zunehmender Langlebigkeit zurechtkommen?
3. Wie kann die medizinische und soziale Maschinerie besser organisiert werden, um hinzugekommene Lebensjahre mit Lebensqualität auszufüllen?
4. Wie können Ressourcen dieser Welt angemessen eingesetzt bzw. ausgenutzt werden, angesichts eines relativen Rückgangs der Geburtenzahlen mit starker Zunahme des Anteils der alten Bevölkerung?

Es wird hochgerechnet, dass der Anteil der über 65-jährigen der Bevölkerung in den nächsten Jahren stark zunehmen bzw. sich in einigen Ländern sogar verdoppeln wird. Butler hat in diesem Zusammenhang den Begriff AGEISM geprägt, darunter wird die Ausgrenzung von alten Menschen in Diagnostik und Therapie, aber auch die Ausgrenzung in Kommunikation und sozialem Kontext verstanden.

Welchen Sinn macht es, verdienstvolle und leistungsfähige Menschen mit 65 Jahren in den Ruhestand zu verabschieden oder gar zu isolieren? In der heutigen Zeit ist dies häufig eine Lebensphase, in der der jugendliche Leichtsinns gerade fast verschwunden ist und es mit der Altersweißheit noch ein wenig Zeit hat. Was heißt eigentlich Alter? Goethe vollendete mit 82 Jahren den Faust. Adenauer begann seinen Bestseller, nämlich seine Memoiren, mit 87 Jahren, bis dahin war er Kanzler. Michelangelo entwarf mit 90 Jahren die Kuppel des Petersdoms und Tizian malte mit beinahe 100 Jahren die herrlichsten Bilder. So gesehen könnte man meinen, dass mit oder ab dem 65. Lebensjahr das Schönste im Leben noch bevorsteht. Voraussetzung dafür sind aber einige wesentliche Dinge, die man mit dem Motto zusammenfassen kann: „Gesund alt werden“, vor allem aber auch „Nicht einsam alt werden.“ Integration und das Funktionieren in der Gesellschaft mit Erhalt der Autonomie und der Selbstbestimmung sind dabei wichtige Ziele. Aufgaben in der Gesellschaft auch dann zu übernehmen, wenn man nicht mehr der beruflichen Tätigkeit nachgeht, ist in einer älter werdenden Bevölkerung von zunehmender Bedeutung. Voraussetzung ist jedoch die Erhaltung kognitiver und mentaler Funktionen und der physischen Mobilität als wichtige Ansatzpunkte für eine altersorientierte Medizin. Der Philosoph Peter Sloterdijk hat in diesem Zusammenhang den Verlust der Mobilität als eine Art von kinetischer Kastration bezeichnet, mit der zu leben die Bürger unserer Zeit nicht fähig seien.

Der Erhalt der Mobilität im weitesten Sinne ist somit eine wichtige Aufgabe der Medizin und lässt sich nach neueren Daten auch im hohen Alter durch geeignete Maßnahmen erfolgreich umsetzen.

Wohin entwickelt sich die Zukunft unseres Gesundheitssystems?

Mit dem Strom schwimmen ist bequem, aber riskant! Die Zeit ist überfällig für das Überdenken des mittelfristigen Vorgehens. Jetzt handeln oder gegensteuern kann nur als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. Grundlegende Änderungen für bedeutsame Verbesserungen müssen in den nächsten Jahren erfolgen.

Entsprechende Maßnahmen beinhalten:

1. Stärkere Patienteneinbeziehung durch Schulungen und Informationen mit dem Ziel, die Verantwortlichkeit für persönliche Gesundheit zu erhöhen. Nur dadurch ist die Verbesserung der Therapietreue als Voraussetzung für effiziente, langfristige und erfolgreiche Behandlung möglich. Auch Maßnahmen der Prävention durch Änderung des Lebensstils sind nur auf diese Weise erreichbar.
2. Krankheitsverhinderung durch Vorbeugung.
3. Förderung der Forschung und zwar der Grundlagenforschung, der Translations- und auch der Umsetzungs-/ Versorgungsforschung. Nur durch Innovationen kann der Fortschritt gesichert werden.
4. Effizienzsteigerung: - denn Kostensteigerung bedeutet nicht zwangsläufig bessere Versorgung. Es gilt das Prinzip, Unnötiges weniger, aber auch Notwendiges mehr zur Ressourcenschonung und zur Kostensenkung einzusetzen. Im Alltag zu entscheiden was wirklich nötig, unnötig oder überflüssig ist, stellt häufig keine leichte Entscheidung dar und hat auch mit wirtschaftlichen Aspekten zu tun.
5. Qualitätssteigerung durch die Entwicklung von Instrumenten und Handwerkszeugen zur Evaluation von Qualität, um überhaupt feststellen zu können, was wir tun und was wir mit innovativen Methoden wirklich an Qualitätsverbesserung erreichen.

Die Zukunft der Inneren Medizin ist eine zentrale Frage zur Eröffnung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die immer wieder aufgegriffen wird. Als Kernaussage behaupte ich, dass die Entwicklung der Inneren Medizin letztendlich durch Strukturfragen bestimmt wird. Die Kapitalisierung bzw. Industrialisierung des Gesundheitswesens, mit zunehmender Desintegration der Inneren Medizin durch übermäßige Subspezialisierung und Schaffung sehr kleiner Einheiten im Sinne von Profit Centern, beinhalten nicht nur vielfältige Konsequenzen für die Einheit der Inneren Medizin, sondern auch für die Versorgungsqualität in unserem Fachgebiet.

Konsequenzen daraus sind für viele Arbeitsfelder relevant:

1. Durch Fragmentierung der Patientenversorgung mit sequentiellen Versorgungsabläufen kommt es zu einer Beeinträchtigung oder teils Verzögerung der Versorgung. Die Grundprinzipien der industriellen Fertigung lassen sich nicht ohne Einschränkung auf den Medizinbetrieb übertragen. Ökonomisch geprägte Mentalitäten beinhalten nicht selten eine erstaunliche Kaltblütigkeit im Umgang mit Patienten. So ist es schwer vorstellbar, dass man einen 80-jährigen multimorbiden Patienten wie einen Formel I Rennwagen zu einem Boxenstop in eine Versorgungseinrichtung bringt, in der sich hoch spezialisierte Experten auf ihn stürzen, um ihn mit minimalem Zeitaufwand wieder ins Rennen zu schicken. Ein derartiges System wird im Umgang mit kranken Menschen nicht funktionieren. Wir können die Gesetze der Physiologie und der Pathophysiologie nicht durch betriebswirtschaftliche Regelungen ersetzen. Ich

möchte daher alle Kolleginnen und Kollegen unter Ihnen auffordern, seien sie nicht nur Ärztinnen und Ärzte sondern bleiben Sie auch Ärztinnen und Ärzte und lassen Sie sich nicht zu Produktmanagern für ein wie auch immer geartetes Profit Center umfunktionieren. Das geht an den Zielen der Inneren Medizin und auch an dem Arztbild, dem wir uns verpflichtet haben, vorbei.

2. Durch fortgesetzten Personalabbau ist die Qualität der ärztlichen Weiterbildung gefährdet. Darüber hinaus führt die Reduktion der Weiterbildung auf immer kürzer werdende Phasen der Bettlägerigkeit zu Defiziten. Strukturell bedingte Behinderung der Rotation sowie der strukturierten Weiterbildung sind weitere Risiken. Insgesamt lässt sich die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Organisation der Weiterbildung zur Aufrechterhaltung von Qualitätsstandards erkennen.
3. Die Verminderung der Arbeitszufriedenheit hat zu einer Abwanderung besonders der jüngeren Ärzteschaft in arztfremde oder versorgungsfremde Tätigkeiten, ins Management bzw. ins Ausland geführt. Ein zunehmender Ärztemangel mit Versorgungsengpässen ist bereits erkennbar. 68 % aller Krankenhäuser in Deutschland sind zur Zeit nicht in der Lage, freie Arztstellen zu besetzen. Bei 8 % aller klinischen Einrichtungen ist es aufgrund eines bestehenden Ärztemangels bereits zu Schließungen von Abteilungen oder Stationen gekommen. Deutschland ist auf dem Wege, sich als Exportweltmeister für ärztliches Personal zu profilieren.
4. Die Beeinflussung des Arztbildes und des heutigen ärztlichen Berufsbildes ist im Sinne von Homo oeconomicus versus Arztpersönlichkeit erkennbar. Die aktive Gestaltung der Arzt- Patientenbeziehung als Grundlage für eine erfolgreiche ärztliche Tätigkeit halte ich weiterhin für unabdingbar.

Aus all diesen Überlegungen ergibt sich insgesamt die nachhaltige Forderung einer Neugestaltung, teilweise eines Wiederaufbaus, einer integrierten, vernetzten Inneren Medizin mit dem Ziel einer Beseitigung von Versorgungsdefiziten, einer Verbesserung der Ausbildung, einer Kostensenkung, einer Effizienz- und Qualitätssteigerung.

Ein erster Schritt in diese Richtung war die Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin. Weitere strukturelle aber auch Prozessveränderungen müssen folgen, um dieses Ziel zu erreichen.

#### Zukunftsorientierung durch Nachwuchsförderung

Nachwuchsförderung ist ein zentrales Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und speziell auch des Internistenkongresses. Ich habe die Nachwuchsförderung zum programmatischen Inhalt dieses Kongresses und auch dieser Eröffnungsveranstaltung gemacht. Es geht ganz konkret darum, Potential zu verwirklichen, Zukunft zu gestalten, neue und bessere Arbeitsbedingungen für die jungen Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. Strukturierte Weiterbildung, Entlastung von arztfremden, administrativen Aufgaben und eine Reduktion auf die Kernaufgaben ärztlicher Tätigkeit sind wichtige Ziele. Ein zentraler Aspekt ist jedoch für mich die Vermittlung der Begeisterung für den Beruf des Internisten oder der ärztlichen Tätigkeit, dazu ist der Internistenkongress eine hervorragende Gelegenheit. Im Rahmen des von uns allen gestalteten Programms haben wir ein Forum geschaffen, um Chancen zu nutzen, Informationen auszutauschen, Interaktionen zu gestalten, Geben und Nehmen zu vermitteln, Kontakte zu knüpfen, sowie berufliche und persönliche Perspektiven auszubauen.

Doch nicht nur Wissen und Kompetenz sind erforderlich, sondern ich möchte gerade für die jungen Ärztinnen und Ärzte das fordern, was im Innenverhältnis zu unseren Patienten

selbstverständlich ist, nämlich die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung der Ärzte in der beruflichen Tätigkeit mit Erhaltung der Eigenverantwortlichkeit. Ich halte dies für ein wichtiges Ziel, das der Ärzteschaft zum Teil in zunehmenden Maße im Alltag verwehrt wird.

Nutzen und genießen Sie die vor Ihnen liegenden Tage beim Internistenkongress in Wiesbaden, denn auch in schwierigen Zeiten gilt: „Das Leben ist gar nicht so schlecht, besonders wenn man die Alternative bedenkt.“

In diesem Sinne ist der 115. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin eröffnet.