

Festvortrag DGIM 15. April 2018

Innere Medizin – Medizin für den ganzen Menschen

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist mir eine Ehre, heute an diesem Festabend zu Ihnen sprechen zu dürfen. Meine Ausführungen möchte ich in drei Teile gliedern:

- 1) Innere Medizin – holistisch auch in Zeiten der Spezialisierung
- 2) Die Chance der Hochaltrigkeit – Tribute und Herausforderungen an die Innere Medizin
- 3) Fazit und Desiderate

Zu Teil 1: Innere Medizin – holistisch auch in Zeiten der Spezialisierung

„Innere Medizin – Medizin für den ganzen Menschen“ – diesen Ausspruch von Walter Siegenthaler habe ich zum Motto des diesjährigen Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin gewählt. Walter Siegenthaler – von uns in der Schweiz ehrfürchtig „dr Sigi“ genannt, während meine akademischen Lehrer „Sigi-Schüler“ bezeichnet wurden - arbeitete einige Jahre in Bonn, bevor er nach Zürich zurückkehrte. Nun steht wieder ein Schweizer vor Ihnen, der die Ehre hat, für ein Jahr der DGIM vorstehen zu dürfen. Mir ist, sie hören es, das Hochdeutsch oder „Schriftdütsch“ nicht - gut lutherisch - nach dem Maul gewachsen. Ich durfte es in Basler Kindstagen lernen, wie alle Deutschschweizer etwas ehrfürchtig, aber mit sprachskeptischem Gewinn. So habe ich mich gefragt, was denn genau das Wort „Innere“ in der Medizin meint. Wenn Innere Medizin für den ganzen Menschen da sein soll, dann muss es entsprechend auch eine äußere Medizin geben, die eben nicht den Menschen in seiner Ganzheit abzubilden vermag.

Was macht aber den ganzen Menschen aus medizinischer Sicht aus? Innere Medizin in ihrer Breite wäre demnach so etwas wie ein „integratives Regulativ“. Ein Frühwerk von Peter Handke heißt „die Innenwelt der Außenwelt der Innenwelt“. Der Titel tönt komplex und so ist auch das Buch. Was der Titel aber sagen will, ist: Das Innere dringt auf vielfältige Weise nach außen, um auf sich aufmerksam zu machen. Und darauf beruht denn auch unser erster Zugang als Internisten zum Patienten.

Die vom Patienten nach außen reflektierten Symptome und Empfindlichkeiten, die der Anamnese zugrunde liegen, sind zentraler Teil unserer Diagnostik – einer für den ganzen Menschen. Kommt die Innere

Medizin heutzutage aber diesem Anspruch nach? Gibt es Umstände, die systemisch unser ärztliches Handeln gefährden? Ich meine schon. Meine Vorgängerin im Amt, Frau Prof. Petra-Maria Schumm-Dräger, hat die Ökonomisierung als Gefahr für das freie ärztliche Agieren thematisiert. Ich persönlich befürchte, auch die Schnelllebigkeit und der damit verbundene Zeitdruck gefährden unsere Tätigkeit, und dies nicht zum Gewinn für unsere Patientinnen und Patienten. Vor Kurzem wurde in einem Artikel der New York Times ein Kommentar zur subjektiv empfundenen Lage der Medizin von Dr. Bernard Lown gedruckt. Er, den wir alle aufgrund seiner Einteilung der Herzrhythmusstörungen kennen, ist nun 96-jährig und war wegen einer Pneumonie in Boston im Krankenhaus. Er meinte mit Distanz und Altersweisheit: „Healing is replaced with treating, caring is supplanted by managing, and the art of listening is taken over by technological procedures“ (*New York Times* 27. Februar 2018). Ja, Fallpauschalen pauschalisieren den Menschen zur homogenen Größe und machen ihn zum Fall, der gemanagt und gelöst werden will. Wenn aber der Homo sapiens so einfach erklärbar wäre, wo bliebe dann der Homo ludens oder gar die Vita contemplativa, die unser Leben erst lebenswert macht. Wie meinte doch der Arzt René Leriche schon im letzten Jahrhundert: „La santé c’est la vie dans le silence des organes“ (Die Gesundheit ist das Leben in der Stille der Organe). Es geht bei Gesundheit immer auch um eine Art innere Ruhe, die es physisch und psychisch zu wahren gilt.

Die Ägypter suchten für ihre Orakel nach Gesundheit und Schicksal in den Innereien – speziell der Leber. So war für die Babylonier die Leber ein innerer Mikrokosmos, in dem sich der göttliche Wille kundtut. Die rechte Seite der Leber wurde vom Opferschauer auf die persönlichen Verhältnisse des Klienten, die linke Seite auf die fremden Verhältnisse bezogen. Bei aller Weisheit der Alten: Sowohl in Diagnostik und Therapie hat sich die Innere Medizin für den ganzen Menschen in den letzten 4’000 Jahren doch etwas weiterentwickelt.

Heute wissen wir: Erst das Zusammenspiel aller Organe, auch die der uns umgebenden Schutzhülle Haut, garantiert Gesundheit oder unser subjektiv empfundenen Wohlbefinden. Richtig herausfordernd wird es daher, wenn mehrere Organe gleichzeitig akut oder auch chronisch in ihrer Funktion beeinträchtigt sind. In einer alternden Gesellschaft ist dies immer mehr der Fall, und der Umgang mit Multimorbidität ist somit unser täglich Brot. Gerade hier aber liegt die Stärke der Inneren Medizin, die sich als eine Integrale versteht, das heißt aufgrund der Komplexität der Krankheitsbilder interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet ist. Dies meinte „Sigi“ wohl mit dem Satz „Innere Medizin – Medizin für den ganzen Menschen“.

Dies bringt mich zum zweiten Teil meiner Ausführungen.

Zu Teil 2: Die Chance der Hochaltrigkeit – Tribute und Herausforderungen an die Innere Medizin

Der demographische Wandel ist in aller Munde – auch in den aktuellen, politisch noch umzusetzenden Punkten des neuen Koalitionsvertrages der Bundesregierung. Wandel bedeutet auch Umbruch, bisweilen eine Zeitenwende. Bezüglich des demographischen Wandels – also der Abnahme der Kinderzahl mit parallel einer seit 1900 linear ansteigenden Lebenserwartung in den westeuropäischen Ländern – meine ich als Altersmediziner: Der demographische Wandel ist primär eine große Chance. Alt oder sogar sehr alt werden zu dürfen, ist heute mehr Norm denn Exklusivität. Dass dies heutzutage auch in immer mehr gut erhaltener Funktionalität gelingt, verdanken wir der Kompression der Morbidität: Die Zeit mit funktionellen Beschwerden bis hin zur Behinderung nimmt dabei ständig ab, und dies parallel zur mittleren Zunahme der Lebenserwartung. Daraus resultieren meist echt gewonnene Lebensjahre mit Ermöglichung von sozialer Teilhabe. Der Begriff „Überalterung“ lässt denn auch den Geriater enttäuscht zurück, da in diesem Begriff eine ethische Wertung steckt, dass wir nämlich zu viele ältere Menschen als Teil unserer Gesellschaft hätten.

Zwei Drittel der Generation 80plus schätzt die eigene Gesundheit gut bis ausgezeichnet ein – und dies trotz Multimorbidität. Das chronologische Alter ist allgemein nicht mehr so wichtig. Mit dem Wegfall des „Ruhestandalters“ gibt es keinen Bedarf mehr für ein gesellschaftliches Alterungsritual! So werden das Alter und speziell das Altern differenzierter und damit auch individueller. Im englischen Sprachgebrauch spricht man deshalb häufig vom „fluid life“, was heißt: Der betagte Mensch lernt plastisch bis ins hohe Alter, er wird zu einem Experten im Umgang mit Defiziten, zu einem „Homo compensator“!

Glücklicherweise altern wir nicht alle gleich, wenngleich wir endlich sind. Dies ist ein Grundphänomen in der Natur von Tieren, zu denen wir ja entwicklungsgeschichtlich auch gehören. Es gibt wenige Ausnahmen, wie zum Beispiel die Seeanemonen, die keine alters-spezifische Mortalität kennen. Doch wer möchte, bei aller Freiheit unter Meer, lieber eine Seeanemone sein?

Unsere erfreuliche Zunahme der Lebenserwartung verdanken wir zu einem substantiellen Teil dem bio-medizinischen Fortschritt in all seinen

Schattierungen. Der Inneren Medizin als „Medizin für den ganzen Menschen“ kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Dennoch: Ein Tribut muss dafür meist bezahlt werden. Es ist dies das Vorhandensein chronischer Krankheiten, meist in einer Multiplizität. Die Multimorbidität und damit verbunden meist Polypharmazie ist denn quasi das Grundrauschen für uns Internisten bei der Betreuung älterer Menschen, auf das sich dann interkurrent akute Erkrankungen zugesellen. Im Studium lernen wir eine organ-zentrierte, defizit-orientierte Medizin. Umgang mit Multimorbidität überschreitet aber fast obligat die Organgrenzen. Die Beschwerden treten denn auch nicht binär im Sinne einer linearen Kausalität auf, sondern viel mehr syndromhaft, denken sie zum Beispiel an das Sturzsyndrom oder die dementiellen Erkrankungen. Die klassische Evidenz-basierte Medizin kommt hierbei klar an ihre Grenzen, und unsere daraus abgeleiteten solitären Behandlungsmethoden eignen sich für parallel vorhandene Krankheiten schlecht. Bei der Betreuung betagter und noch mehr hochbetagter Menschen geht es vielmehr um eine Art Mustererkennung, von Cluster-Bildungen schon während der Planung der Diagnostik, erst recht beim Implementieren der Therapie. Doch dem nicht genug: Nebst den mehr auf die Physis konzentrierten „Behandlungspfaden“ addieren sich die Psyche und das soziale Umfeld bei den meist vulnerablen älteren bis sehr alten Menschen hinzu.

Das Beispiel der Polypharmazie soll hier genannt werden; wenn nicht wir als Internistinnen und Internisten, wer denn sonst soll den Umgang mit der Multimedikation beherrschen? Ein Artikel von Cynthia Boyd hat vor einigen Jahren viel Aufmerksamkeit erhalten. Sie beschrieb eine fiktive 78-jährige Patientin mit fünf Krankheiten: Arterielle Hypertonie, Typ-II Diabetes mellitus, Arthrose, Osteoporose und COPD. Nach den verschiedenen Leitlinien müsste diese Frau 12 verschiedene Medikamente aufgeteilt in 18 Tabletten pro Tag zu sich nehmen. Hier zeigen sich die Grenzen einer primär auf Monopathologien ausgelegten Evidenz-basierten Medizin, solange sie nebst klinisch hochwertiger Studien nicht gleichwertig die Erfahrung des Arztes und die Präferenzen der Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung integriert. Ein weiteres Problem ergibt sich auch für die als Mantra gesehene Evidenz-basierte Medizin dadurch, als die meisten heute eingesetzten Medikamente nicht an der Gruppe der Betagten getestet wurden, obgleich dies quantitativ die größte Patientengruppe ausmacht, wo diese medikamentösen Therapien zum Einsatz kommen. Es wird auch klar, dass die 1:1-Umsetzung der traditionellen Leitlinien diverse unerwünschte Arzneimittelwirkungen zeigen würde. Leitlinien sind hier eben dies, was das Wort auch sagt: Leitlinien, keine rigiden Planken und erst recht keine Mauern. Die Aussage, er oder sie sei nicht leitlinien-gerecht behandelt worden, zielt deshalb auch häufig zu kurz. Neben der Evidenz-

basierten Medizin braucht es deshalb einen guten Schuss Relevanz-basierter Medizin. Und hier sind die Bedürfnisse der älteren Menschen klar zu erfragen. Sie können diese meist sehr gut benennen, und sie haben mit Funktionalität und Selbstständigkeit zu tun. Präferenzen im Alter ändern sich auch und erlauben eine gewisse Freiheit des Handelns. Ältere Menschen haben häufig andere Zeit- und Zielperspektiven als Jüngere, die es zu akzeptieren gilt. Selbstgewählte Limitierung und damit Mäßigung ist bisweilen auch ein Akt des Widerstandes, sowohl für uns wie für die von uns betreuten älteren Menschen. Dies sei an einem Beispiel erörtert: Das Dorf Villar de Corneja, 150km westlich von Madrid, feiert seit 2004 das Neujahr 12 Stunden früher - also mittags. Der Grund: Das Durchschnittsalter im Dorf ist über 75 Jahre. Um Mitternacht Neujahr zu feiern, ist einfach zu spät - dann schlafen alle schon.

Die Definition des geriatrischen Patienten ist: Der Patient ist in der Regel mindestens 65 Jahre alt und weist eine Geriatrie-typische Multimorbidität auf. Die Multimorbidität ist hierbei wichtiger als das kalendarische Alter. Ab einem Alter von 80 Jahren ist der Patient per se geriatrisch aufgrund der erhöhten Vulnerabilität und einer hohen Chronifizierungsgefahr. Typisch ist auch, dass viele geriatrischen Syndrome eben keine mono-kausale Pathologie aufweisen wie zum Beispiel das Gebrechlichkeits-Syndrom, das sogenannte „Frailty“-Syndrom. Gerne spricht man von verschiedenen geriatrischen „I’s“. Es sind dies: Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, intellektueller Abbau, iatrogene Probleme, Isolation und Inappetenz. Um den meist multimorbiden älteren Patienten in der Diagnostik auch in seiner funktionellen Kapazität und Reserve zu erfassen, bedient sich die Geriatrie des geriatrischen Assessments (Comprehensive Geriatric Assessment). Dieses Assessment wird durch die verschiedenen im multidisziplinären und multiprofessionellen geriatrischen Team vorhandenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegefachpersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, Ernährungsberater, Seelsorge, Fachpersonal im Sozialdienst) durchgeführt und erlaubt eine auf die Patienten zugeschnittene Diagnostik und Therapie für die meist chronischen Leiden.

Medizinisch meint dies, dass klinische Endpunkte oft anders gewichtet werden müssen als zum Beispiel die Konzentration auf die 5-Jahre-Überlebensdauer. Dazu braucht es künftig auch andere additive Studiendesigns. Hier ist insbesondere die Grundlagenforschung gefragt, denn: Ohne die Lyrik der Grundlagenforschung gibt es keine Prosa der Anwendung. Gerade hier zeigt sich die Wichtigkeit der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin.

„Scaenae servire“ – „der Szene dienen“, oder etwas freier: Auf das Publikum Rücksicht nehmen. Dies schrieb Cicero, und dies soll denn auch für mich gelten. Wir alle haben einen ausgefüllten Tag hinter uns, und so möchte ich im dritten und letzten Teil meiner Ausführungen mit drei Punkten schließen.

3. Fazit und Desiderate

3.1. Erstes Fazit und Desiderat

Die Innere Medizin befasst sich definitionsgemäß mit der Vorbeugung, Diagnostik, konservativen und interventionellen Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge von Gesundheitsstörungen und Krankheiten der verschiedenen Organsysteme. Ja, die Innere Medizin ist umfassend und damit für den ganzen Menschen da. Sie ist auch „Sektoren-übergreifend“. Mein Wunsch als Geriater wäre, dass die Vernetzung zwischen den verschiedenen Sektoren, wo immer mehr betagte bis hochbetagte multimorbide Menschen betreut werden, fluidier werden und nicht zu Grenzziehungen führen. Segmentierte Angebots- und Finanzierungssysteme müssten dafür verhindert und vermehrt abgebaut werden. Hier kann die digitale Revolution sicher helfen, aber sie soll Angebote hin zum Patienten bieten – und nicht umgekehrt.

3.2. Zweites Fazit und Desiderat

Obgleich die Signatur unseres Zeitalters die Ungewissheit ist, gilt es diese in der Arbeit als Internisten abzubauen. Der Umgang mit Komplexität verlangt nach austarierten Strukturen, in denen die Akteure das Gleichgewicht zwischen Mut und Demut beherrschen. Die Demut meint hier, geduldig zu sein und zu akzeptieren, nicht immer gleich alles machen zu wollen.

Um im Topos des Schweizers zu bleiben: Wenn man eine schöne mechanische Schweizer Uhr revidiert, so darf man immer nur an einem Uhherrädchen drehen. Danach muss man zuwarten und beobachten. Doch gerade das Zuwarten ist im heutigen durchgetakteten Alltag irgendwie nicht mehr zeitgemäß. Leider, denn Vieles ist nur implizit zu erfassen oder wie Friedrich Dürrenmatt meinte (Zitat): „Je planmäßiger die Menschen vorgehen, desto wirksamer vermag sie der Zufall zu treffen“. Wir müssen diesem Zufälligen gegenüber - das in der menschlichen Natur immanent vorhanden ist - offen bleiben. Nur nach Leitlinien zu arbeiten bei parallel durchschnittlich mehr als fünf Krankheiten lassen die traditionellen Leitlinien oder Leitplanken brüchig werden, die Orientierung schwindet. Es tut dann gut, den Patienten zu fragen, was ihn am meisten belastet. Daraus gilt es dann – bildlich gesprochen – „un tableau“ der Diagnostik und Therapie zu entwickeln, das meist sehr individuell und alles andere als

farblos daher kommt. Ja, Sie werden sich sicher fragen, wie sich dies in ein DRG-System pressen lässt. Nun, ohne hier der Situation schuldend unangepasste Kritik zu äußern (das verbietet des Schweizers Höflichkeit): Das „Kunstwerk Mensch“ sprengt häufig den aktuellen DRG-Rahmen. Dies wäre denn auch mein zweites Desiderat: Dass wir nebst der Konzentration auf Diagnosen, abgebildet im ICD-System (International Classification of Disease), vermehrt die Domänen der Funktionalität und damit sozialer Teilhabe berücksichtigen, wie sie das ICF-System (International Classification of Functioning, Disability and Health) aufzeigt. Fragen der Funktionalität und der sozialen Teilhabe sollten wir stärker in die Versorgungsstrukturen und die Refinanzierung einbringen.

3.3 Drittes Fazit und Desiderat

Wir leben in Zeiten, wo sich Vieles an den Extremen, an den Rändern bewegt – leider auch im Politischen! Dies führt zu raschen Wechseln zwischen Optimismus und Pessimismus. Wir finden dies auch in der Gesundheitspolitik, wo bei mangelnder Datenlage aus der Versorgungsforschung Vieles nur ungenügend bekannt ist und deshalb wesentliche Entscheidungen oft unreflektiert situativ getroffen werden und reaktiv daher kommen – auf leisen Sohlen, mit lärmiger Wirkung. Ein Beispiel wäre die mangelnde Zahl von ausgebildeten Fachpersonen in fast allen Bereichen der Gesundheitsberufe – eine Situation, die eigentlich schon vor Jahrzehnten antizipiert hätte werden können. Dieser Mangel an Fachpersonal beeinträchtigt uns Ärztinnen und Ärzte immer mehr auch in unserer beruflichen Freiheit. Meine Hoffnung ist, dass sich neben dem Pendeln zwischen Optimismus und Pessimismus eine dritte Option auftut – die des Possibilismus, des Mutes zum Möglichen. Was meine ich damit? Wir haben heute Abend beim Gedenken an die verstorbenen Mitglieder – Frauen und Männer – der DGIM im Hintergrund den „Reigen seliger Geister“ von Willibald Gluck gehört. Die Musik stammt aus der Oper „Orpheus und Eurydike“. Orpheus sang und spielte ja so herrlich auf seiner Lyra, dass die Felsen geweint und die wilden Tiere sich friedlich um ihn geschart haben sollen. So ein Gesangspotential und damit auch politisches Gewicht käme uns als Berufsgruppe nicht schlecht an, sind doch auch wir nicht nur von friedlichen Lämmern umgeben! Der Possibilismus meint hier, dass alle Akteure im Gesundheitswesen offen sind für die Herausforderungen und Möglichkeiten einer auf betagte Menschen orientierten Inneren Medizin. Was können wir von Orpheus lernen? Er wollte seine verstorbene Eurydike aus der Unterwelt wieder ans Tageslicht führen. Die Auflage kennen Sie: „Ja nicht umdrehen!“ So stieg er empor, hörte aber seine Geliebte nicht hinter sich. Dies beunruhigte ihn und so drehte er sich um. Sich suchend umzudrehen, wenn wir unsicher und besorgt sind, genau hinzuhören und zu beobachten, steht uns Internistinnen und Internisten

jedenfalls gut an. Dies braucht sowohl Neugierde wie Mut. Denn ohne Neugierde keine Innovation und ohne Mut keine ergebnisoffene Forschung. Beides sind aber Grundvoraussetzungen für den bio-medizinischen Fortschritt und somit auch für uns alle als Mitglieder einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft. In der Oper von Gluck durften übrigens Orpheus und Eurydike trotz des Ungehorsams – der sich aus Liebe nährte – zusammen bleiben. Dies ist denn auch mein dritter Wunsch: Dass die DGIM weiter neugierig bleibt und auch in unsicheren Zeiten zusammenhält. Die Chancen dazu stehen gut!

Ich danke Ihnen Allen fürs Zuhören!