

Artikelserie: «Gestaltung der Zukunft der Allgemeinen Inneren Medizin»

«Es braucht eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens»

Interview: Bruno Schmucki

Verantwortlicher Administration und Kommunikation SGAIM

Ende dieser Woche wird Cornel Sieber in Mannheim den traditionsreichen Kongress der *Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin* (DGIM) eröffnen und so sein Präsidialjahr bei der grössten europäischen Fachgesellschaft abschliessen. Im Interview spricht Sieber, der hier aufgewachsen ist und in Basel seine medizinische Aus- und Weiterbildung absolviert hat, über Perspektiven und Entwicklungen in der Inneren Medizin in Deutschland und sein Verhältnis zur Schweiz.

Sie haben Ihr Medizinstudium und Ihre Facharzt-Weiterbildung in der Schweiz absolviert. Nun präsidieren Sie eine traditionsreiche deutsche Fachgesellschaft. Was und wo nützen Ihnen Ihre Schweizer Wurzeln etwas?

Cornel Sieber: Als ich 2001 nach Deutschland wechselte, übernahm ich dort den einzigen Lehrstuhl für Altersmedizin. In der Schweiz ist die Geriatrie hingegen gut integriert und gehört schon länger zum Fächerkanon, so dass ich viel von meinen fachlichen Erfahrungen, die ich in der Schweiz gesammelt hatte, einbringen konnte. Zudem ist man in der Schweiz – vielleicht aufgrund der föderalen Strukturen, der Kleinflächigkeit, der verschiedenen Sprachenregionen und Kulturen – schon immer darauf angewiesen gewesen, sehr eng in Teams mit flachen Hierarchien zusammenzuarbeiten. Das ist für mich wichtig für die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den anderen Kollegen, aber auch mit den anderen Berufsgruppen wie der Pflege. Und ich versuche diese Haltung in meinem Einflussbereich in meiner Klinik oder in den Gremien der DGIM zu implementieren.

Wie wird die Entwicklung der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) der Schweiz in Deutschland wahrgenommen? Wird sie überhaupt wahrgenommen und welchen Ruf genießt sie?

CS: Die Schweiz hat sicher den Ruf einer qualitativ hochstehenden Aus-, Weiter und Fortbildung. Sie ist zudem gerade wegen der schon erwähnten teamorientierten Weise der Zusammenarbeit attraktiv für viele deutsche Kolleginnen und Kollegen. Interessiert schaut man im Vorstand der DGIM auch auf das

jüngste Zusammengehen der Allgemeinen und der eher stationär orientierten Inneren Medizin in einer Fachgesellschaft. In Deutschland sind die Bereiche noch viel strenger getrennt, und wir sind gespannt, wie es der SGAIM gelingt, ihre Rolle als Vertreterin des ambulanten und stationären Bereichs wahrzunehmen.

Sie haben bei Amtsantritt darauf hingewiesen, dass man trotz erfolgreicher Spezialisierung in der Inneren Medizin den ganzheitlichen Zugang zu den Patienten nicht aus dem Auge verlieren soll. Was verstehen Sie darunter?

CS: Gerne zitiere ich an dieser Stelle die Aussage von Walter Siegenthaler, meines Vorgängers und ersten Schweizer im Amt des DGIM-Präsidenten: «Innere Medizin – Medizin für den ganzen Menschen.» Ich habe diesen Satz bewusst auch als Motto für den DGIM-Kongress gewählt.

So wurde ich zum Beispiel in meiner Klinik nicht nur als Geriater angestellt, sondern habe als Chefarzt explizit auch den Auftrag erhalten, ein Team zu leiten, das den Menschen von oben bis unten anschaut.

Ich stelle fest, dass die stationäre Innere Medizin in den Schwerpunkten immer mehr zu einer Organ-Klinik wird, die ihre Betten mit spezifischen und vorwiegend schweren Fällen füllt. Es ist also eine Spezialisierung erfolgt. Für die Patienten in der Inneren Medizin und in der Geriatrie, die in der Regel älter und multimorbid sind, braucht es aber noch eine Struktur, welche die Aufgabe als Reisebegleiterin oder Koordinatorin umfassender wahrnimmt und einen holistischen Anspruch hat. Denn in der Organ-Klinik wird die ent-



Redaktionelle
Verantwortung:
Bruno Schmucki, SGAIM

Zur Person



Professor Dr. med. Cornel C. Sieber ist Vorsitzender der DGIM 2017/2018 und Kongresspräsident des 124. Internistenkongresses vom 14.–17. April 2018 in Mannheim. Als Geriater leitet Professor Sieber die Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg. Medizin studierte er in Basel, Wien und London. In Basel schloss er auch seine Facharztausbildung ab und habilitierte

nach einem zweijährigen PostDoc-Aufenthalt an der Yale-Universität.

Nach Lehrtätigkeiten an den Medizinischen Fakultäten in Basel und Genf nahm er 2001 den Lehrstuhl für Innere Medizin-Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg auf, den er bis heute innehat. In Nürnberg war er bis 2013 auch Chefarzt der Abteilung Innere Medizin 2 (Geriatrie) und ist bis heute Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns. Darüber hinaus ist er in verschiedenen Organisationen tätig, unter anderem bei der *European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)*, in der WHO-Arbeitsgruppe *Clinical Consortium on Healthy Ageing* und als ständiges Mitglied in der Kommission «Demographischer Wandel» bei der Leopoldina.

sprechende Krankheit gemäss den Leitlinien behandelt. Es stellt sich aber die Frage, was mit den anderen sieben Krankheiten passiert, welche die Betroffenen auch noch haben. Wie müssen in diesem Fall die Leitlinien angewendet werden, und welche Nebenwirkungen haben die verschiedenen Medikamente untereinander? Die evidenzbasierte Medizin stösst hier an ihre Grenzen, solange sie neben Studienresultaten und daraus abgeleiteten Leitlinien nicht auch die Erfahrung des Arztes und die Patientenpräferenzen in die Entscheidungen einschliesst. Ich frage deshalb die Patienten immer zuerst, was sie am meisten stört. Das wissen sie in der Regel sehr genau. Denn es geht mir immer um den Erhalt der Funktionalität und damit der Selbstständigkeit. Und dann versuche ich darum herum – im Sinne einer holistischen Herangehensweise – in der Diagnostik und der Therapie ein auf den Patienten adaptiertes Programm zusammenzustellen.

Auf europäischer Ebene, aber auch in der Schweiz wird im Moment darüber diskutiert, ob die Weiterbildung zum Facharzt von einem auf breiten Lernzielkatalogen und Obligatorien basierendem Programm in Richtung Kompetenz-basiertes Lernen und stärkerer Profilierung weiterentwickelt werden soll. Was halten Sie von diesen Tendenzen?

CS: Das ist per se keine schlechte Entwicklung. Auch in Deutschland wird darüber intensiv auf Bundesebene

nachgedacht. Solange sie fixe Lernzielkataloge mit Obligatorien haben, stellt sich nämlich die Frage, ob diese noch zeitgemäss sind und wie diese richtig attestiert werden können.

Für eine gute Ausbildung braucht es nach wie vor eine klare Aussage, was man wirklich kann respektive können muss. Deshalb wird man auch bei einer auf Kompetenzen ausgerichteten Ausbildung nicht darum herumkommen festzulegen, wer diese Kompetenzen definiert und weiterentwickelt. Und als Verfechter eines holistischen Zugangs plädiere ich für eine möglichst breite Ausbildung. Es genügt sicher nicht, nur Checklisten zu erstellen, die auf einem Minimum basieren, damit die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte später in einem vorgegebenen System funktionieren. Entscheidend ist, dass das richtige Portfolio an Kompetenzen erarbeitet wird. Das braucht Zeit und muss mit Augenmass gemacht werden, damit dieses nicht zu eng als eine reine Berufsausbildung gesteckt wird. Denn das Arzt-Sein ist ja weit mehr als nur das Erlernen und Anwenden von vorwiegend manuellen Fähigkeiten.

Die SGAIM hat soeben ein umfassendes Projekt und eine Kampagne zur Nachwuchsförderung in der AIM lanciert. Es wird befürchtet, dass aufgrund des Wandels des Berufsbildes, der Altersstruktur der Ärzteschaft und der Zunahme von multimorbiden Patienten in wenigen Jahren der Bedarf an Fachärzt/-innen AIM in der Schweiz nicht mehr gedeckt werden kann. Existiert dieses Thema auch in Deutschland?

CS: Das Problem stellt sich in Deutschland genau gleich. Hinzu kommt natürlich noch, dass viele ausgebildete Ärztinnen und Ärzte später ins Ausland – gerade auch in die Schweiz – abwandern. Der Nachwuchsmangel manifestiert sich schon heute vor allem in der

«Es braucht eine Struktur, welche die Aufgabe als Reisebegleiterin oder Koordinatorin umfassender wahrnimmt und einen holistischen Anspruch hat.»

Fläche bei den niedergelassenen Ärzt/-innen auf dem Land. Aber auch in den Spitälern, selbst in den zentralen Grosskrankenhäusern, ist es nicht mehr so einfach, die Stellen zu besetzen. Diese Tendenzen werden sicher in Zukunft noch zunehmen. Wie reagieren wir darauf? Einerseits erschwert der Numerus clausus, dass genug Mediziner/-innen ausgebildet werden, obwohl viele Anwärter/-innen auf einen Studienplatz warten. Zurzeit etablieren sich deshalb neue Strukturen für die Ausbildung – meist in Zusammenarbeit mit anderen Ländern. Andererseits müssen wir ganz früh anfan-

gen, den Nachwuchs zu fördern, die Studierenden mit unserem Fachgebiet bekannt zu machen und sie an unsere Kongresse zu bringen. Die DGIM hat viele Anstrengungen unternommen und ist unterdessen eine sehr junge Gesellschaft. Über die Hälfte der Mitglieder sind Assistenzärzt/-innen. Es gibt zudem Förderungsprogramme, Promotionsstipendien und spezielle Veranstaltungen – wie in der Schweiz auch. Zusammengefasst: Nachwuchsförderung ist ein grosses Thema, das leider politisch viel zu wenig unterstützt wird. Und so wie es jetzt aufgegleist ist, wird sich das Problem in den nächsten zehn Jahren noch verschärfen und nicht lösen lassen.

Welche sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Fragen, denen sich die Innere Medizin in den nächsten Jahren stellen muss? Wo sehen Sie Herausforderungen, Chancen und Gefahren?

CS: Die grösste Herausforderung ist sicher der demografische Wandel. Ich spreche allerdings lieber von der demografischen Chance, da es ja eigentlich toll ist, dass wir alle älter werden. Das bedeutet aber eine Neuausrichtung des Gesundheitswesens. Dies beginnt bei der Prävention und dann beim Umgang mit den Folgen von mehreren chronischen Krankheiten, die parallel verlaufen. Die Innere Medizin muss hier die Hilfestellung und Koordination für viele andere Gebiete bieten – zum Beispiel für die ganzen operativen Fächer. Die Innere Medizin ist zudem stark von einer Feminisierung betroffen. Frauen wählen gerne den Fachbe-

reich der Inneren Medizin, vermutlich auch wegen des interessanten holistischen Zugangs. Wir müssen uns deshalb überlegen, wie wir im ambulanten und stationären Bereich mehr Teilzeitstellen schaffen können – übrigens nicht nur für Frauen, sondern auch für Männer. Denn der Anspruch an eine ausgewogene Work-Life-Balance ist bei der jüngeren Generation höher als noch in meiner. Wir brauchen deshalb noch mehr Nachwuchs, noch mehr intelligente Köpfe als früher.

Schliesslich wird uns das zunehmende Stadt-Land-Gefälle in der medizinischen Versorgung beschäftigen. Während es die jüngeren Ärzt/-innen aus beruflichen und privaten Gründen immer mehr in die Städte zieht, möchten gerade die älteren, multimorbiden Patienten in ihrem angestammten sozialen Umfeld bleiben und sind wenig mobil. Für sie ist der Hausarzt vor Ort ein zentraler und wichtiger Sozialkontakt. Für Länder mit einer grossen Fläche und einer dünnen Dienstleistungsstruktur ist dies eine besondere Herausforderung.

Korrespondenz:
Bruno Schmucki
Kommunikation, SGAIM
Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeine Innere
Medizin
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Bern
bruno.schmucki[at]sgaim.ch

Die SGAIM organisiert am diesjährigen DGIM-Kongress ein Treffen mit Cornel Sieber und lädt zu einem Vernetzungs-Apéro für die Teilnehmer/-innen aus der Schweiz ein: **Samstag, 14. April 2018 um 11.00 Uhr** in der Lounge der DGIM im Congress Center Rosengarten in Mannheim. Alle Interessierten sind herzlich eingeladen.

Siehe auch Website zum DGIM-Kongress: www.dgim2018.de