

## **ROLLE DER INNEREN MEDIZIN IN DER PRIVATKLINIK**

Patientenführung durch Allgemeininternisten in den Privatkliniken bedeutet effiziente Gesundheitsversorgung zum Vorteil der Patienten.

- Patienten in Privatkliniken werden von spezialisierten Fachärzten betreut
- Bei älteren Patienten, Patienten mit mehreren Diagnosen und chronischen Krankheiten ist eine Betreuung durch verschiedenen Fachärzte angezeigt
- Die Fallführung, d.h. Koordination von Diagnostik und Therapie und die Austrittsplanung werden optimalerweise vom Allgemeininternisten wahrgenommen
- Eine klare Regelung der Verantwortlichkeiten ist unabdingbar: Hauptansprechpartner und hauptverantwortlicher Arzt sind definiert und die Vertrauensperson auf dem Weg durch den Klinikaufenthalt

### **Ausgangslage:**

Die Medizin gliedert sich in zwei grosse Bereiche: Chirurgie und Innere Medizin, alles andere leitet sich davon ab. Die Innere Medizin arbeitet mit dem Kopf, die Chirurgie mit den Händen. Es ist modern und im Trend immer mehr mit den Händen und immer weniger mit dem Kopf zu machen, das nennt sich Fortschritt oder Spezialisierung. Es gibt einen Trend – insbesondere an den grossen Häusern – zur Abschaffung der Inneren Medizin und zur Verselbständigung der Spezialisten.

Die demografische Entwicklung ist nicht zu übersehen: Bis zum Jahr 2050 wird sich der Anteil der 80jährigen und Älteren in der Gesamtbevölkerung von 5 auf 12% verdoppeln. 80% der Menschen über 65 leiden gegenwärtig an mindestens einer chronischen Erkrankung. Es ist deswegen zu erwarten, dass die globale Krankheitslast infolge chronischer Krankheiten in den industrialisierten Ländern, die im Jahr 1990 noch unter 50% lag, im Jahr 2020 auf knapp 80% ansteigen wird.

Die medizinische Entwicklung, deren Technisierung und die daraus resultierende Vereinfachung ursprünglich komplizierter Methoden führen zur Machbarkeit der Medizin auch im Alter. Dadurch, dass die Älteren von den Möglichkeiten der modernen Medizin profitieren, kommen sie aber auch in die Lage, die nächste Krankheit zu erleben. So entsteht die sog. Polymorbidität.

Der physiologische Alterungsprozess ist nicht aufzuhalten, gegen ihn hat die Medizin noch (?) keine Mittel.

Oft ist die Unterscheidung zwischen physiologischem Alterungsprozess und schleichender Krankheit (Gefässe, Rücken, Gelenke, Gehirn) nicht einfach vorzunehmen. Nicht zuletzt unter dem Druck der Medizinischen Ausgaben wendet sich der Blick vom rein problemorientierten, technischen Zugang zu einem mehr ganzheitlichen Zugang zu den Patienten. Es werden mehr die ethischen Vorstellungen des Patienten und seine funktionalen Fähigkeiten gewürdigt und berücksichtigt. Es gilt hier aber zu beachten, dass dies durchaus auch als Vorwand zur Rationierung missbraucht werden kann.

### **Lösungsansatz:**

Die Hirslanden Kliniken haben diese Problematik rechtzeitig erkannt und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Die Kliniken sind der festen Überzeugung, dass diese Aspekte nicht unter finanziellem Druck, sondern im Rahmen einer differenzierten, grundsätzlichen Diskussion und nur mit Blick auf das Gesamtwohl des Patienten zu diskutieren und zusammen mit den Patienten entschieden werden dürfen.

Dafür braucht es aber jemanden, der sich um die Gesamtheit der medizinischen Fragen kümmert und diese zusammen mit allen für den Patienten und seine Probleme erforderlichen Spezialisten diskutiert. Deswegen hat sich Hirslanden entschieden, für die meisten ihrer Kliniken erfahrene Allgemein-Internisten beizuziehen und zu akkreditieren.

Entscheidend für das Gelingen ist das Bewusstsein aller beteiligten Ärzte, dass es beides braucht: Generalisten und Spezialisten. Sie sind weder Gegensätze noch Alternativen, sondern sie bedingen sich gegenseitig und ergänzen sich so zum Ganzen. Der Internist sollte nicht eigenmächtig entscheiden, sondern sich mit den Spezialisten und Chirurgen besprechen, mit ihnen die Machbarkeit einer Intervention im Hinblick nicht nur auf den Eingriff, sondern auf den ganzen Menschen in all seinen Dimensionen und da mit im Gesamtrahmen ausloten. Der Spezialist darf nach dem Eingriff den Fall nicht einfach dem Internisten abgeben, sondern muss ihn bis zum Schluss sehen und betreuen, damit er nicht nur die technischen sondern auch die funktionalen Ergebnisse seiner Intervention sieht.

### **Beispiele:**

Die Bedürfnisse nach einem notfallmässigen Eintritt eines jungen akut kranken und eines älteren chronisch kranken Patienten sind grundlegend verschieden. Während beim jungen Patienten das Hauptziel in einer raschen Heilung liegt, ist dies bei älteren oder chronisch kranken oft nicht möglich oder lediglich Teilaspekt.

So ist die betagte Patientin mit einer **sturzbedingten osteoporotischen Schenkelhalsfraktur** beim Notfallarzt der Notfallstation, dem Orthopäden und Anästhesisten bezüglich Erstversorgung, Operation und gezielter Therapie zum Wiedererreichen der raschen Gehfähigkeit optimal aufgehoben. Unmittelbar postoperativ steht der auf ein Einzelorgan eingestellte Focus aber nicht alleine im Vordergrund und muss im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung erweitert werden. Die Frage warum der Patient gestürzt ist wie auch die postoperativen Komplikationen wie Infekte verschiedenster Art (Harnwege, Lunge, Wunde, etc), Nachblutungen, Verwirrungszustände, depressive Episoden im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Situation drängen rasch in den Vordergrund.

Nach **notfallmässigen Krebs-Operationen** muss der Patient unter Umständen erstmals – und unter dem Kostendruck in sehr kurzer Zeit – schmerzhaft erfahren, dass vom heilenden Ansatz Abschied genommen werden muss. In diesem Falle müssen Fragen, die den letzten Lebensabschnitt betreffen, besprochen werden: Alltagsbewältigung, Autonomieverlust, Hilfe zur Selbsthilfe, Angewiesensein auf Hilfe von Familienangehörigen, Nachbarn, Spitex, das Stärken des sozialen Netzes und oft auch das Verlassen des eigenen Zuhauses und damit der Umzug in ein Alters- und Pflegeheim.

Auch **geriatrische und psychogeriatrische Probleme** werden in Zusammenarbeit mit Neurologen, Psychiatern, Psychologen etc. effizient abgeklärt. Das Management von Infekten, insbesondere der Herzklappen, Gelenksprothesen oder anderen Fremdmaterialien, Einleiten eines Nierenersatzverfahrens (Hämodialyse) in Zusammenarbeit mit dem Nephrologen, etc. ist eine schwierige Aufgabe, die umfassendes Wissen und Erfahrung braucht.

#### **Aufgaben des Allgemein – Internisten:**

Er erarbeitet zusammen mit den Fachkollegen und der Klinik Algorithmen für Abklärung, Therapie und Präventionsmassnahmen. Die Stoffwechseleinstellung, bei Diabetikern zusammen mit dem Endokrinologen, ist Aufgabe des Allgemeininternisten, Insulin- und Ernährungstherapie sowie die Abklärung der oft mangel- und fehlernährten geriatrischen Patienten. Ein Klinikaufenthalt bietet die ideale Gelegenheit für eine Standortbestimmung: Unter der Führung des Allgemeininternisten können in Zusammenarbeit mit Hausarzt und Fachärzten oft Therapieziele überarbeitet und neu formuliert werden und auch die Medikamente überprüft und ev. abgesetzt werden.

Der Allgemeininternist in der Privatklinik übernimmt in dieser Situation die Rolle, die in der ambulanten Situation dem Hausarzt anvertraut ist. Er vernetzt Notfallstation, Pflegefachpersonen, Hausarzt, Angehörige, Subspezialisten, Physiotherapie, Psychologen, Seelsorge, Spitex, Kostenträger und die Klinik. Schliesslich verbleiben Aufgaben, die - wie in einer mehrköpfigen Familie an der Hausfrau und Mutter - am Allgemeininternisten hängen bleiben, Aufgaben für die niemand zuständig ist und die auch tarifrisch nirgends abgebildet werden. Er engagiert sich für qualitätssichernde und qualitätsfördernde Massnahmen wie Veranstaltung von Fort- und Weiterbildungen, dem CIRS (Critical Incident Reporting System), Führen eines Infektregisters. Der Allgemeininternist begreift wirtschaftliche Rahmenbedingungen mehr als Herausforderung denn als Einschränkung !

Dank einer guten Zusammenarbeit der Fachspezialisten und dem Allgemeininternisten ist es an einer Privatklinik möglich, eine effiziente und ganzheitliche Betreuung anzubieten, welche an öffentlichen Spitälern in Folge der gelegentlich grosszügig gelebten Arbeitszeitbeschränkung der Spitalärzte, oft schwierig oder unmöglich geworden ist. Die Privatklinik und mit ihr deren Fachärzte kann sich Strukturprobleme, die dem Wohlergehen des Patienten abkömmlich sind, nicht leisten.

Aufgrund der komplexen Aufgabe erscheint es klar, das ein solches Mandat nicht einfach von einem Spitalarzt wahrgenommen werden kann. Es braucht dafür Ärzte mit langjähriger Erfahrung in Innerer Medizin, die in der Lage sind, auch komplexe Probleme zu strukturieren und prognostisch richtig zu beurteilen.

Den Beruf des klinikbasierten Allgemeininternisten als „Spezialist für die Zusammenhänge“, des Grundversorgers in der Klinik mit partnerschaftlicher Zusammenarbeit der zuweisenden Ärzten und Koordinationsfunktion innerhalb der klinikinternen Teams als medizinischen Fallführer gilt es auf politischer Ebene und an öffentlichen universitären und nicht universitären Kliniken im Sinne einer ganzheitlichen und effizienten Gesundheitsversorgung zu fördern. Er kann aber nicht von einem minimal ausgebildeten Spitalarzt wahrgenommen werden, sondern muss von einem erfahrenen Internisten ausgefüllt werden. Für einen optimalen Genesungsprozess steht neben optimaler Fachkompetenz das Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt im Vordergrund. Dieses persönliche Verhältnis ging im Rahmen der zunehmenden Spezialisierung bei der Betreuung von älteren und polymorbiden Patienten in der vergangenen Zeit verloren. Ein Umdenken diesbezüglich findet langsam statt. Hoffen wir auf die nötige Unterstützung von Seiten Politik, FMH und Universitäten.