

Praxisrück- und -ausblick

P. Marko

Allgemeinpraktiker, noch dazu in der Schweiz, wurde ich auf Umwegen. Während des Studiums in der damaligen Tschechoslowakei begann ich in Bratislava im Institut für Biochemie zu «schnuppern» und wurde Mitautor von zwei Publikationen [1, 2]. Man kann es der hiesigen Doktorarbeit gleichsetzen. Die Forschung faszinierte mich. Ausser Ehrgeiz erfüllte sie auch meine Neigung, sich in ein Problem zu vertiefen. Dort war damals (50er und 60er Jahre) die Grundlagenforschung vielleicht der freieste Bereich des Berufslebens. Da konnte man auch westliche, selbstverständlich nur fachliche Zeitschriften lesen, ohne eine Bewilligung einholen zu müssen, die man z. B. im klinischen Bereich zur Durchsicht von Freuds Schriften brauchte. In der Forschung konnte man auch noch am freiesten Meinungen äussern, diskutieren, was ich mit Leidenschaft tue. Nach sieben Jahren als Assistenzarzt im selben Institut bekam ich ein Humboldt-Stipendium in der Bundesrepublik Deutschland. Ich ging bereits mit der Entscheidung, nicht mehr, womöglich nie mehr zurückkehren zu können. Ich wollte aus dem geistigen (und in gewissem Masse auch dem körperlichen) Käfig ausbrechen, Neues kennenlernen, in meinem Fachgebiet die optimalen Möglichkeiten nutzen, mich durchsetzen, mich frei sowohl bewegen wie auch persönlich entfalten, wozu auch die besseren finanziellen Bedingungen gehörten. Nach drei Jahren guter Forschung in einem physiologischen Institut in Deutschland bewarb ich mich um eine Stelle in der Schweiz, die ich auch erhielt. Mein Arbeitsplatz war in Zürich, und als Neurochemiker geriet ich hier in die für mich phantastisch anziehungskräftige, interdisziplinäre, eng verflochtene «Neuropsychoszene» mit gemeinsamen Kolloquien, hochgradigen ausländischen Gästen und anregenden Diskussionen, die mein damaliger Chef, Professor Akert, wesentlich förderte. Auch wenn es merkwürdig scheint, dies trug dazu bei, dass ich die Forschung verliess. Die breitere, klinische Seite zog mich an. Ich spürte, dass mir die Konzentration auf ein enges Gebiet nicht (mehr) passte und die Beschäftigung mit Menschen fehlte. Mit der Zeit würde ich eher ein Laborantinnen und Doktoranden führender, mit verschiedenen Sitzungen die Zeit verbringender Manager, als ein im Labor selbst arbeitender Mensch sein. Ich sah auch ein, dass ich meine hochgesteckten Ziele, etwas Wesentliches zu entdecken, etwas Entscheidendes für die ganze Menschheit zu tun,

wahrscheinlich verfehlen würde. Um sich so lange um einen nicht sicheren Erfolg bemühen zu müssen ... vermutlich könnte ich wirksamer den einzelnen Menschen als gleich auf einen Schlag der ganzen Menschheit nützen.

Mit diesen Voraussetzungen war es naheliegend, ein «Nervenfach» zu wählen. Noch dazu litt mein Vater zeitweise unter schweren Depressionen und während des Studiums war Psychiatrie eines meiner bevorzugten Fächer. In der Zeit der Entscheidung war ich wegen persönlicher Probleme in Kontakt mit einer Psychologin, die mir jedoch, auch aufgrund meiner Schrift, davon abgeraten hat. Ich brauche Abwechslung und die Möglichkeit, verschiedene Gebiete zu verbinden. Beides könne ich am ehesten als Allgemeinpraktiker. Wie dankbar war und bin ich für ihren Rat! Bei all meiner Liebe zu psychiatrischen Patienten und Problemen war ich nach dem dritten depressiven Patienten pro Vormittag schon erschöpft und dachte, wie können es nur die Psychiater aushalten. Auch eine Reihenuntersuchung, ob von Schulkindern oder Turnvereinen, sogar Grippewellen waren für mich eintönige, langweilige Angelegenheiten.

Und so begann ich mit meinen inzwischen gut dreissig Jahren die klinische Weiterbildung, die ich mit der damals noch nicht anerkannten Praxisassistenten bei einem Pädiater beendete. Zur Praxiseröffnung kamen für mich als Ausländer nur Notstandsgebiete in Frage, zu denen damals noch auch gewisse Kreise in Zürich gehörten. Aber wenn schon ein praktizierender Arzt, dann mit allem Drum und Dran, und so entschieden wir uns auch aus ästhetischen Gründen für Zweisimmen. Es war «bigoscht» vielseitig und enorm lehrreich. Ausser einer eigenen Praxis mit manchmal über vierzig Kilometer entfernten Besuchen, teilweise auf Skiern, war ich Belegarzt, Stellvertreter des medizinischen Chefarztes während seiner Ferien, und da ich mehr als ein Jahr Anästhesieerfahrung hatte, auch noch teilweise Anästhesist! Wir waren nur drei Ärzte für die Umgebung, davon ein Chirurg, der zwar auch eine allgemeine Praxis führte, aber keine Besuche machte, so sprang ich freundlicherweise manchmal auch für ihn ein [3]. Ein australischer Kollege, den weiss Gott wie beim Kennenlernen des Gesundheitssystems der Schweiz der Wind zu uns wehte, konnte nicht glauben, dass wir nur mit Hilfe eines Assistenzarztes, wenn der andere in Ferien weilte, ein 80-Betten-Spital schmissen. Ich glaube, die Betreuung der Patienten litt weniger als die Papierarbeit. Selbstverständlich informierten wir uns gegenseitig über unsere Patienten nicht mit langen Zeugnissen und Austrittsberichten, sondern bei allwöchentlichen gemeinsamen Visiten am Samstag.

Es ist klar, dass ich für alle diese verschiedenen Aufgaben nicht genügend gerüstet war, nicht sein konnte. Zugute kamen mir die Erfahrungen und Fähigkeiten, erworben während der Forschungsjahre. Bei Problemen suchte ich, bei Bedarf auch in Anwesenheit des Patienten, die Lösung im Fachbuch und in Zeitschriften, falls nichts zu finden war, rief ich erfahrenere Kollegen oder das Zentrum an. In

Korrespondenz:

Dr. med. Peter Marko
Bruggwaldstrasse 39e
CH-9009 St. Gallen

den letzten Jahren erfüllte das Internet weitgehend diesen Bedarf. Unheimlich viel lernt man aus den Überweisungen. Das eigene Zeugnis zwingt einen, die Situation zu überdenken. Die Berichte der Spezialisten und der Spitäler korrigieren (oder bestätigen) dann die Vermutungen, Meinungen, bisherigen Diagnosen und Therapien und zeigen andere, oft neue Wege. Die gegenseitige, gute, verständnisvolle Beziehung ist sehr wichtig und auch den Patienten nützlich. Die meisten Spezialisten haben normalerweise weitere Überweisungen ausserhalb ihres Faches vermieden. Ich glaube, es ist richtig. Der Hausarzt kennt die Patienten, ihre Einstellung, Vorlieben und Abneigungen, ihre Vorgeschichte und die örtlichen und eigenen Möglichkeiten.

Schon während der Weiterbildung, während der Anästhesiezeit, trat ich einer Balint-Gruppe bei. Die Kollegen wunderten sich, was ein Anästhesist da suche. Aber so wie die Anästhesie die praktische Intensivpharmakologie ist, ist sie auch eine intensive Psychosomatik. Die Gespräche vor und nach der Anästhesie, das Verhalten des Patienten während der Narkose sind psychosomatische Handlungen. Bei einem ruhigen, vertrauensvollen, parasympathikotonen Patienten verläuft die Narkose in der Regel einfacher, man braucht weniger Narkotika als bei einem ängstlichen, misstrauischen, sympathikotonen. Die Balint-Gruppe half mir sehr im Praxisalltag, die Patienten und mich zu verstehen, verbesserte meine Fähigkeiten, mit Menschen auszukommen, und war eine grosse Hilfe und eine Stütze in der «Einsamkeit des Landarztes» [4, 5]. Das «Balinten» [4] führte mich zum Autogenen Training und später zur einfacheren, für viele Menschen dadurch geeigneteren, gleich wirksamen Muskelrelaxation. Bei einem Kurs im psychosomatischen Bereich lernte ich ein anderes, enorm wirksames Lehrmittel – das Rollenspiel. Dabei erlebt man den Patienten, seine Gefühle, teilweise seinen Zustand mit «eigener Haut», mit dem eigenen Körper. Man spürt, was man mit ihm während des Gesprächs macht, was man in ihm erzeugt. Ich bedauere, dass man das Rollenspiel bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung nicht vermehrt verwendet.

Bereits ein Jahr nach der Praxiseröffnung begann ich mit den Kursen in Manueller Medizin. Diese PARON (praktische angewandte Rheumatologie, Orthopädie und Neurologie) betont den anderen Pol der Psychosomatik mit intensivem körperlichen Kontakt an der Grenze zur Gewalt, die man aber tunlichst nicht überschreiten sollte. Die Kenntnisse und Fähigkeiten der Manuellen Medizin halfen mir, den grössten Teil der Patienten in einer allgemeinen Praxis, den mit den Problemen des Bewegungsapparates, besser zu untersuchen, zu behandeln und zu verstehen. Nach der Rückkehr vom ersten Kurs klagte meine Frau zu meiner Freude über Kreuzschmerzen, deren Ursache ich stolz als Blockierung der beiden Ileosakralgelenke feststellte. Ich schritt unmittelbar zur entsprechenden Therapie. Nach der Manipulation des ersten Gelenkes stand sie auf, schüttelte sich kurz wie ein Hund, der aus dem Wasser stieg, bog sich und sagte zufrieden, es sei gut. Ich war begeistert,

und sagte, sie solle sich wieder hinlegen, ich müsse auch das andere Gelenk in Ordnung bringen. Noch vertrauensvoll tat sie es. Nach der zweiten Manipulation stand sie weniger «tief» auf und sagte mit verzogener Miene, es tue wieder weh. Die vorgeschlagenen weiteren Manipulationen lehnte sie zu meiner Enttäuschung ab. Unerfahren, kannte ich noch nicht folgende Geschichte des ersten Präsidenten der Schweizer Manuellmediziner, des verstorbenen Kollegen Terrier, die er an einer Jahresversammlung bei einer geselligen Tischrunde zum besten gab: Nach etlichen Jahren manuellmedizinischer Tätigkeit schenkte ihm seine Frau zum Geburtstag eine elektrisch verstellbare Liege. Nach der Lagerung der nächsten Patientin mit Rückenschmerzen drückte er auf ein Pedal, um sie auf die richtige Höhe zu hieven. Ehe er zur Manipulation ansetzte, läutete das Telefon. Er nahm ab, führte ein kurzes Gespräch und als er sich wieder zur Patientin wandte, sagte sie zu seiner Überraschung: «Danke, Herr Doktor es war prima, die Schmerzen sind weg!» Erfahren und weise genug war er mit dem wie auch immer erreichten Erfolg zufrieden und sah von den offensichtlich nicht mehr nötigen Griffen ab. Ich erzähle diese Begebenheiten, um zu zeigen, dass in der Praxis andere Kriterien herrschen als in der Wissenschaft. Nach einem weiteren manuellmedizinischen Kurs wagte ich mich, meiner Meinung nach vorsichtig genug, auf die empfindlichere, höhere Etage der Halswirbelsäule, mit dem durchschlagenden Erfolg, dass eine Patientin im Dorf erzählte, sie komme nie mehr zu mir, ich habe ihr fast den «Grind» abgerissen! Mehr als alle Kontrollen und Prüfungen zwingen einen solche Vorkommnisse, eine Methode aufzugeben oder sich zu bessern. Mit der Zeit lernte ich, wem ich was zumuten kann, aber auch neue schonendere, feinere Methoden der Mobilisation, die ich jetzt ausschliesslich anwende. Zu den feineren, aber sehr wirksamen Methoden gehört die Trigger-Punkt-Behandlung. Mit ihr kann man nicht selten Patienten helfen, die schon in allen möglichen Röhren untersucht wurden und verschiedene schulmedizinische, auch operative und alternative Behandlungen erfolglos über sich ergehen lassen mussten. Wenn sie rechtzeitig einen diesbezüglich Kundigen finden, kann man ihnen und den Kostenträgern vieles ersparen.

Die Entwicklung im Bereich des diagnostischen Ultraschalls erlebte ich fast von Anfang an. Zu Beginn der 70er Jahre hörte ich während der Weiterbildung erstmals einen Vortrag über die Grundlagen dieser zukunftssträchtigen Methode am Beispiel von Echokardiographie im damals möglichen M-Modus. Zehn Jahre später besuchte ich den ersten Kurs über Real-Time-Darstellung. Als Allgemeinpraktiker war ich dabei eine Rarität. Die besten Fachleute in diesem Gebiet waren stolz, uns die Umrisse der Organe mit etwas Struktur zu demonstrieren. Wir waren beeindruckt von den klaren, schönen Darstellungen der Gallensteine. Ich glaubte, wenn man die eigenen Grenzen kennt, sei Ultraschall auch für uns Allgemeinpraktiker die Methode und kaufte mir ein Occasionsgerät. Es war ein Riesending, ein mehrere

Zentner wiegender Mammut mit mehreren Rüsseln (verschiedenen Schallköpfen, sogar auch einem für Echokardiographie), der 2–3 Jahre vorher über Fr. 200 000.– kostete. Ich bekam das Gerät für Fr. 4000.–, da die Firma froh war, es so nützlich entsorgen zu können. Nach der Öffnung des eisernen Vorhanges schenkte ich das Gerät meinen Kollegen in der Slowakei, wo es noch immer der Ausbildung der Studenten dient. Ich habe ebenfalls damit und mit dem neueren, kleineren, leistungsfähigeren Nachfolger (wieder als Occasion) geübt. Selbstverständlich verrechnete ich lange Zeit die Untersuchungen nicht. Ich konnte den Patienten die unangenehme Katheterisierung, um den Resturin zu bestimmen, ersparen und etliche Gallensteine habe ich ebenfalls selbst entdeckt. Im Zweifelsfall schickte ich die Patienten weiter zu einem erfahrenen Kollegen mit einem besseren Gerät, eine Regel, an die ich mich noch immer halte. Ich glaube, unsere Hauptaufgabe ist, ähnlich den Arztgehilfinnen mit den Blutbildern, einen pathologischen von einem normalen Befund zu unterscheiden. Die genaue Diagnose müssen wir den Spezialisten überlassen, schon weil wir zu wenig pathologische Fälle zu sehen bekommen. Es waren aber viele Patienten froh, wenn sie notfallmässig mit einem schnell wachsenden, schmerzhaften Knoten in der Brust oder auf dem Hals kamen, und ich ihnen beruhigend zeigen konnte, dass es sich um eine Zyste, eventuell mit einer Blutung, handelte, oder ich konnte die Entwicklung eines Ergusses ohne zu röntgen in der Praxis beobachten und ihnen die jeweilige Fahrt ins Spital ersparen. Mit der Zeit war mir die sonographische Untersuchung auch bei der Differentialdiagnose akuter und chronischer Bauchprobleme eine grosse Hilfe. Die Diagnose der tiefen Venenthrombose in Kombination mit der Doppler-Untersuchung und jetzt auch mit der D-Dimer-Bestimmung ist auch eine geeignete Ultraschalluntersuchung für die Praxis, die man ziemlich schnell beherrschen kann. Noch mehr gilt es für die Blutdruckmessung der Beinarterien mit dem Doppler-Gerät. Diese einfache Methode erlernt man zwar selbst in wenigen Minuten, aber gegenwärtigen Neigungen entsprechend könnte man Kurse organisieren und dann Fähigkeitsnachweise verteilen und diese dann für die Abrechnungen dieser Leistung verlangen.

Allzuviele Fortbildungsveranstaltungen konnte ich wegen der Entfernung und des Zeitmangels nicht besuchen [5] und so bildete ich mich selbst weiter, so gut ich konnte. Erneut kamen mir dabei die Jahre in der Forschung zugute: ich war gewohnt, eine Methode nach der schriftlichen Beschreibung anzuwenden. So erlernte ich z.B. die epidurale Injektion und die Kolposkopie. Mit den heutigen bildgebenden Fortbildungsmitteln wie CD-ROM und Internet kann man es noch leichter und effizienter. Zwei Gebiete, die ich gerne ausgeübt hätte, konnte ich trotz Kursen nicht beherrschen: die Akupunktur wegen der anfänglich unerreichten Reproduzierbarkeit und meines ungenügenden Feingefühls und die Homöopathie, da später neben mir zwei spezialisierte Homöopathen praktizierten und mir die geeigneten Patienten fehlten. Ich begriff aber andere interessante Gedanken-

systeme. Die erlernte Akupunkturtechnik hilft mir jetzt beim Needling der Triggerpunkte. Wäre die Homöopathie nur eine Plazebothherapie, wäre ihr Nutzen nicht viel kleiner, da ein gutes Plazebo, an das sowohl der Patient wie der Arzt glaubt, in der Praxis oft enorm wertvoll ist. Aber bei Insektenstichen hilft nichts besser als die Schüsseler-Salbe No. 8, mit homöopathischer D6-Verdünnung von Kochsalz. Die Neuraltherapie wandte ich fast täglich in der Praxis an.

Auch wenn nach vier Jahren ein vollamtlicher medizinischer Chefarzt und ein Anästhesist nach Zweisimmen kamen, waren die Belastung und der unbewusste Wunsch nach Abwechslung die Hauptgründe, warum wir nach zehn Jahren Zweisimmen Richtung Romanshorn verliessen. Dabei blieb uns das Erlebnis eines «Karenzjahres» nicht erspart. Trotz meiner zehnjährigen Praxistätigkeit ohne Probleme mit Abrechnungen, vielmehr gehörte ich zu den wenigen Ärzten, die im ersten Jahr der Praxistätigkeit unterdurchschnittliche Rechnungen stellte, haben sich die Krankenkassen quergelegt und anerkannten meine Leistungen nur während der Dienste. Die Patienten waren ziemlich verwirrt, wenn ich sie während des Wochenenddienstes behandelt hatte und die Rechnungen von den Krankenkassen bezahlt wurden, nicht aber für die anschliessenden zwei Wochen der Ferienabwesenheit ihres Hausarztes, während der sie wünschten, weiter von mir betreut zu werden. Es brachte mir sicher keinen guten Ruf, keinen grossen Haufen Patienten, einen ziemlichen finanziellen Verlust und viele Erfahrungen. Ich war Arzt, Arztgehilfin und Putzfrau in Personalunion. Ich machte Labor, röntgte, bediente das Telefon, einzig die Abrechnungen überliess ich weiterhin meiner Frau. Dazu würde mich offensichtlich nur ein Arbeitslager bringen. Ich sah, dass eine Praxis fast im Leerlauf viel Zeit braucht, und selbst mit manchmal nur 3–4 Patienten pro Tag war ich voll beschäftigt. Zeit-, sinnfüllend und als gute Abwechslung erwies sich eine Studie über Antikoagulation in der Praxis [6], die ich für diesen Zweck unbeabsichtigt noch in Zweisimmen zu planen und zu organisieren begonnen hatte [7]. Wegen der finanziellen Belastung und auch anderer Unsicherheiten war es eine harte Zeit, aber ich habe viel gelernt.

Die treuen Besucher einer Praxis, die (guten) Pharmavertreter, habe ich besonders in dieser Zeit sehr geschätzt und ich hoffe, sie werden nicht «wegrationalisiert». Ich war unzufrieden, wenn sie mir manchmal neue Medikamente zu spät vorgestellt hatten, auch wenn ich bereits, meistens aus der Presse, informiert war. Manche Aspekte konnte ich mit ihnen immer wieder näher besprechen. Unsere Diskussionen waren offen und ab und zu flogen dabei beiderseits die Fetzen. Leider kann man in unserem medizinischen Betrieb nur selten so unmittelbar, sachlich, prestige-, macht- und hierarchiefrei über fachliche Probleme sprechen. Bei Bedarf besorgten sie mir weitere Informationen und Unterlagen aus ihrer Zentrale und manchmal hatte ich sogar den Eindruck, sie hätten meine Anliegen wirklich weitergeleitet,

wozu der Meinungs austausch auch dienen sollte. Ich wurde zwar mit den Mustern jeweils spärlich versorgt, aber die Auseinandersetzungen waren mir wichtiger und nützlicher. Falls die Pharmavertreter mit den Bettlern eine ähnliche Verständigung pflegen, wurde sicher heimlich irgendwo am Eingang meiner Praxis das Zeichen «Vorsicht, lästiger (Chaib)» hingekritzelt.

Abgesehen von manchen Verständigungsschwierigkeiten hatte ich während der vielen Jahre des Berufslebens keine Probleme als Ausländer. Einmal kam eine Frau und fragte, ob sie wegen ihres Asthmas ihre Finken weggeben solle. Ich sagte, warum denn nicht. Sie hänge sehr an ihnen, erwiderte sie. Ich dachte, die Leute hängen an komischen Dingen, und ich gab ihr zu verstehen, sie könne doch problemlos neue kaufen, was sie nicht verstand, wozu soll sie ihre vertrauten, geliebten Vögelchen gegen unbekannte austauschen? Selbstverständlich kannte ich bis dahin die Finken nur als Pantoffeln unserer Kinder. Ein anderes Mal kam eine Frau zu mir und sagte, sie habe ein «böses Muul». Ob ihrer Einsicht und Ehrlichkeit überrascht, wollte ich es etwas abschwächen und sagte: «Es macht nichts, meine Frau auch». Sie lachte und zeigte mir ihren Mund voll Aphten. In der nahen Bäckerei erzählte sie es dann und die Bäckersfrau wusste nichts Besseres als es meiner Frau weiterzuberichten. Als ich den Patienten in der Ostschweiz nach dem Eintritt in das Sprechzimmer das aus dem Berner Oberland gewöhnte «Hocken Sie ab» sagte, merkte ich, dass ich damit irgendwie danebenlag. Meine Ostschweizer Frau belehrte mich, es gehöre hier eher zu den groben Ausdrücken.

Die Betreuung und Begleitung der Sterbenden ist eine bereichernde, manchmal aber schwierige Aufgabe. Am Anfang der Praxis kam zu mir ein älterer, lediger Bauer wegen seit mehreren Monaten dauernder Schwäche. Er verschwieg uns, dass er die Diagnose bereits ohne unsere Untersuchungen wusste. Der grosse Teil seiner Familie war, wie bei Napoleon, an Magenkrebs gestorben. Die Operation lehnte er kategorisch ab, mit den Bluttransfusionen in der Praxis, die ihn, leider nur für immer kürzere Zeit, etwas stärkten, war er einverstanden. Später, als sie nicht mehr halfen, hörten wir auf seinen Wunsch mit ihnen auf. Die Schmerzen plagten ihn allmählich immer mehr. Wenn die Tabletten gegen sie nicht reichten, besuchte ich ihn in seinem schönen alten Simmentaler Bauernhaus, wo er mit der Familie seines Bruders wohnte, um ihm etwas Stärkeres für die Nacht zu spritzen. Eines Vormittags wurde ich in der Mitte der Sprechstunde gerufen, es war ihm gelungen, ohne den von ihm tunlichst gemiedenen Spitalaufenthalt im Kreis seiner Leute zu sterben. Während der Rückfahrt nach der Ausstellung des Todesscheins musste ich anhalten und weinen. Auch weil ich mir überlegte, ob ich einmal so stark sein werde, und es mir vergönnt wird, so würdig zu sterben? Einen anderen alten, aber rüstigen Patienten überredete ich, sich dieser Operation zu unterziehen. Anderthalb Jahre später, kurz vor seinem Tod, sinnierte er über sein Leben. Er bedauere nur eins, sagte er mir mit Ruhe

und vorwurfslos, dass er sich hatte operieren lassen. So wird man in dieser Hinsicht zurückhaltender. Die Schwierigkeiten beim Sterben machen eher die Verwandten. Sie richten sich wegen ihrer eigenen Ängste vor dem Tod oder ihrer Schuldgefühle manchmal gegen den Arzt. Nicht selten wird eine gute, langjährige Beziehung jäh unterbrochen, und der Arzt wird ohne sein Verschulden gewechselt. Wir alle erleben solche überraschenden, unerfreulichen Entwicklungen und lernen, damit umzugehen und zu leben. Wenn man die Gelegenheit hat, einen solchen Fall in der Balint-Gruppe zu besprechen, kann es sehr hilfreich sein und von den übertragenen Schuldgefühlen entlasten.

Was würde ich in der Praxis anders, besser machen? Es mag anmassend klingen, aber ich würde nicht viel ändern. Mit den Jahren versteht man, warum im Leben etwas geschieht, warum es so und nicht anders läuft [7]. Dank der freien, demokratischen Verhältnisse in der Schweiz konnte ich meine Neigungen ziemlich entfalten und im Berufsleben auch meinen Bedürfnissen entsprechend handeln. Sicher würde ich wieder lieber auf dem Land als in einer Grossstadt praktizieren wollen. Die zeitliche Belastung zu Beginn der Praxis in Zweisimmen mit den Nebenbeschäftigungen als Belegarzt und Anästhesist war den Kindern sicher nicht zuträglich und manchen Bereichen sollte ich mich früher widmen. Ich denke ausser an meine persönliche Psychotherapie vor allem an die Gesprächsführung [4]. Was ich darunter meine, wurde kürzlich trefflich beschrieben: «*Als Studenten wurden wir gut unterrichtet, wie man die Anamnese erhebt und den Patienten untersucht, um die Diagnose der Krankheit zu stellen. Wir sollen sie benützen, auch den Patienten kennenzulernen. [...] Die gegenwärtige Berufsbildung beschäftigt sich mit den Symptomen und den Zeichen der Krankheit und wir widmen uns wenig der Beurteilung der Person. Wir überlassen es dem «klinischen Blick» und setzen voraus, dass wir ihn durch Osmose und Erfahrung lernen. Leider ist dieser Eindruck unzuverlässig und wir sollten lernen, wie man das Krankheitsverhalten beurteilt.*» [8] Die entsprechenden Kurse werden jetzt bereits den Studenten angeboten, eine vorteilhafte Errungenschaft, die ich allen angehenden Ärzten, die mit Patienten zu tun haben, wärmstens empfehle. Trotzdem habe ich mich heftig ins Kreuz gelegt mit der dann Gott sei Dank verlassenen Absicht mancher führenden Häupter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, angehende Allgemeinpraktiker dazu zu zwingen. Da dabei sehr die eigene Person, die «eigene Neurose» einbezogen wird, muss man dafür selbst bereit und geeignet sein, sonst verfehlt es den Zweck, und wir tragen zu einem totalitären System bei, auf das wir, mit den vielen Vorschriften, Obligatorien, Prüfungen, schon gefährlich nahe hinsteuern. Ich genoss mehr Freiheit und weniger Zwang, was bekanntlich kaum weniger, aber anders belastet und mit mehr Eigenverantwortung verbunden war. In allen anderen Berufen setzt sich diese Einstellung durch, nur die Ärzte sollen zunehmend auf die Primarschulstufe zurückversetzt werden.

Die Einzelpraxis, ähnlich dem Tante-Emma-Laden, solle keine Zukunft mehr haben. Mit dieser Meinung gibt auch unsere Standesorganisation dem Zeitgeist und dem Beispiel von Banken, Post, Bahn und Migros, die ihre kleinen Zweige schliessen, nach. Aber wer sollte, wenn nicht die Ärzteschaft, auch den *Service publique* erfüllen? Die Leute leben nicht nur in den grossen städtischen Konglomerationen und werden zunehmend mit ihrem Beruf, Stand- und Wohnort ungebundener. Paradoxerweise brauchen sie während der dadurch häufigeren Lebenskrisen und Krankheiten noch mehr eine Vertrauensperson. Schon jetzt sind viele Menschen mit den grossen, unübersichtlichen, anonymen Spitälern, Polikliniken, Gesundheitszentren, mit dem häufigen Wechsel der betreuenden Personen nicht zufrieden.

Die Auslastung der teuren Geräte ist ein weiteres Argument gegen die Einzelpraxis. Die Preise werden sich jedoch mit der Zeit ähnlich den Computern, Handys und anderen elektronischen Geräten nach unten bewegen. Die Geräte werden den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Betriebe angepasst, wie es bereits mit Labor- und Ultraschallgeräten geschieht. Neue, strahlenmässig schwächere, trotzdem leistungsfähigere und umgänglichere Röntgen- und einfachere elektronische Entwicklungsgeräte sind noch für einzelne Praxen unerschwinglich, aber mit der Zeit ... Ein Quick- und ein Blutzuckermessgerät sollen sich für einen einzelnen Patienten lohnen, nicht aber ein Trockenchemiegerät für eine einzelne Praxis? Abgesehen davon hat z.B. eine Röntgenröhre nicht einfach eine unendliche Lebensdauer. Zwei Ärzten dient sie nur die Hälfte der Zeit als einem Arzt.

Es gibt noch andere Gründe, die Einzelpraxis nicht aussterben, sondern hochleben zu lassen. Kurz vor Beginn meiner Praxistätigkeit Mitte der siebziger Jahre ging in einem Nachbarort eine der ersten allgemeininternistischen Gemeinschaftspraxen der Schweiz bereits nach kurzer Zeit auseinander. Nach einigen Jahren unternahm der Kollege einen neuen Anlauf. Zwei Jahre später sass ich bei einem Essen nach einem Vortrag neben seinem neuen Kompanon. Ich fragte, wie es mit der Praxis gehe. Er sagte, sehr gut. Als ich mich nach eventuellen Schwierigkeiten erkundigte, gab er unverbindlich manches zu, man müsse in einer Gemeinschaftspraxis halt eine gewisse menschliche Grösse haben. Ich bemerkte, eben diese fehle mir. Zwei Jahre später ist auch diese Gemeinschaft auseinandergegangen. Mit anderen Worten, für diese sehr anspruchsvolle Aufgabe mit einer Mischung aus finanziellen Interessen, Verantwortung, Ehrgeiz, Loyalität, alles sehr nahe und unmittelbar erlebt, sollten alle Beteiligten, Arztgehilfinnen, Arztfrauen und Ärzte (fast) Engel sein. Es ist z.B. leichter für mich alleine, eine Arztgehilfin zu finden als eine, die gleichzeitig für zwei oder mehr Kollegen geeignet sein soll. Es gibt immer wieder ausgezeichnete Arztgehilfinnen, die nach einer Erfahrung in einer grossen Praxis mit mehr Angestellten lieber härter, aber alleine arbeiten wollen. Praxen, in denen alle mit vollem Einsatz und ungeteilter Verantwortung gut und gern für den Patienten übersichtlich

arbeiten, tragen wesentlich zur (unmessbaren?) Qualität des Gesundheitswesens bei. Die Arztpraxen, wie jeder Betrieb, haben ihren Aufgaben entsprechend eine optimale Grösse.

Wie ich schon erwähnte, kann man sich dank Internet (auch in einer einzelnen Praxis) immer besser und schneller informieren, die Patienten breiter beraten und betreuen. Viele ineffiziente(re) bisherige Formen der kollektiven Fortbildung werden überflüssig. Sie bleiben wichtig, wofür sie auch geeignet sind – für die Übung und Aneignung der Handfertigkeit.

Aber auch die Patienten sind informierter und können sich im Internet sogar von mehreren Ärzten «vorberaten» lassen. Trotzdem brauchen sie nicht weniger, eher mehr Beratung: der erfahrene, ausgebildete Arzt kann die Informationen für die spezielle Situation des Patienten gewichten, beurteilen und das weitere, geeignete, diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen empfehlen. Es gibt viele Kurse, die uns in die technischen Seiten des Internets, in die Möglichkeiten der Suche nach Informationen einweihen, vorläufig aber keine, die sich den Änderungen des Praxisalltags, der Bildung, Weiterbildung und Fortbildung widmen. Unsere Ärztesellschaften sind zurzeit mit TarMed zu beschäftigt. Durch die umfangreichere Information der Patienten und ihre steigenden Ansprüche (und unsere zunehmende Konkurrenz) werden viele Formen der mühsam vorbereiteten und zeitraubenden Kontrollen unseres Wissens und unserer Fähigkeiten überflüssig.

Wenn wir schon bei Problemen der Informationen und der Fortbildung sind: ich weiss nicht, wie es anderen geht, vielleicht ist mein Gedächtnis besonders löchrig, aber ich habe immer schon Probleme gehabt, die nützlichen Informationen, die ich während Vorträgen und anderen Fortbildungen erworben habe, die gelesenen Artikel, die ausgerissenen Zeitschriftenseiten bei Bedarf schnell zu finden. Mit den jetzt vorhandenen Computerprogrammen ist es ein leichtes Spiel. Meiner Erfahrung nach lohnt sich die Zeit, die man für die Speicherung der Daten braucht. Mit dieser einfachen Massnahme steigt die Wirksamkeit der Fortbildung und die Qualität unserer Arbeit.

Es wäre schade, und unsere Nachkommen würden uns ebensowenig verstehen, wie wir die überflüssigen, groben Einschnitte unserer Vorahren, wenn sie die hochentwickelte und hocheffiziente Einzelpraxis, die den geographischen, historischen und politischen Gegebenheiten dieses Landes entspricht, nach ihrer Ausrottung, den Aufzeichnungen des medizinhistorischen Museums nach, mühsam wiederherstellen müssten, wie wir es mit den ausgestorbenen Pflanzen und Tieren versuchen. Sie werden die Einzelpraxis nämlich (wieder) brauchen. Ich nahm mir die Freiheit zu diesen Bemerkungen, da ich nicht mehr im Verdacht stehe, meine persönlichen Vorteile und Pfründe zu verteidigen. Ich versuchte zu zeigen, dass ich nicht (nur) aus sentimentalem Hang zu schönen Erlebnissen am Alten, Gewohnten klebe [9].

Die Simmentaler sagen am Ende ihrer Ausführungen: «Ich habe geschlossen.»

Literatur

- 1 Niederland TR, Dzurik R, Kovacs P, Hostyn L, Marko P. Dynamische Änderungen der Lipidfraktionen in Nieren und Lungen nach grossen Dosen von Salicylaten [slowakisch]. Bratisl Lek Listy 1959;39:732-7.
- 2 Niederland TR, Kovacs P, Ozurik R, Hostyn L, Marko P. Dynamische Änderungen der Lipidfraktionen in der Leber nach grossen Dosen von Salicylaten [slowakisch]. Cas Lek Cesk 1960;99:98-101.
- 3 Marko P. Familienarzt, Familientherapie und ein Fall. Psychosom Med 1980;9:238-44.
- 4 Marko P. Über die endliche und unendliche Balintgruppenarbeit und ein Wunsch eines Balintveterans. Psychosom Med 1987;15:163-6.
- 5 Marko P. Ich fuhr nach Grubenwald. Schweiz Ärztezeitung 1981;62:1436-7.
- 6 Marko P, Flückiger H, Christeller S. Zur oralen Antikoagulation in der Praxis. Schweiz Med Wochenschr 1992;122:732-41.
- 7 «Alles wird seinen Sinn einst zeigen.» Hermann Hesse, Rotes Haus, 1919.
- 8 Waddle G. The Back Pain Revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. S. 157-8.
- 9 «Mir scheint, dass der Sinn der schöpferischen Tätigkeit eines Schriftstellers darin besteht, alltägliche Dinge so zu schildern, wie sie sich in den freundlichen Spiegeln künftiger Zeiten zeigen werden, in ihnen die duftige Zartheit aufzuspüren, die erst unsere Nachkommen in jenen fernen Tagen empfinden werden, wenn jede Kleinigkeit unseres gegenwärtigen Alltags schon an sich schön und festlich sein wird, in jenen Tagen, wenn einer, der das einfachste heutige Jackett anzieht, bereits für den feinsten Kostümball herausgeputzt ist.» V. Nabokov: Stadtführer durch Berlin, 1925.