

Problem der Rehabilitation und ihre wichtigste Aufgabe. Ein Rehabilitationsversuch Heroinsüchtiger, der den PSA und seine Bewältigung nicht ins Zentrum aller Bemühung stellt, ist so sinnlos und wahrscheinlich so erfolglos, wie es eine Therapie der Krankheit Epilepsie wäre, die den epileptischen Anfall nicht in Betracht zieht.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. K.J. Deissler, Gesegnetmattstrasse 4, 6006 Luzern, medizinischer Berater Aebihus, Rehabilitationszentrum für Drogensüchtige, 2578 Brüttelen BE (Schweiz).

Ein Beruf, der nirgends gelehrt wird

Von Dr. Felix E. Wyss, Zürich

Ich spreche vom Hausarzt, vom praktischen Arzt, wenn Sie wollen. Dabei komme ich mir nicht als Nostalgiewellenreiter vor, wenn ich diese Berufsbezeichnung dem Titel «für Allgemeine Medizin FMH» vorziehe. Ich spreche von dem Arzt, welcher die ganze Familie, das ganze Quartier kennt, unter anderem von seinen Hausbesuchen her, die ihm auch dann mehr Aufschluss geben über den Zustand des Patienten, wenn er auf diagnostische Geräte verzichten muss. Ich spreche von dem Arzt, der sich so sehr als Freund seiner Patienten versteht, dass er nötigenfalls bitter strenge Worte braucht. Ich spreche vom Arzt, der weiss, wann ein Antibioticum und wann geduldiges Zuhören, wann ein Erholungsaufenthalt und wann ein Stellenwechsel das Mittel der Wahl ist. Der aufmerksame Leser hat es gemerkt. Ich spreche von einem Arzt meiner Phantasie, von einem Wunschbild. Und damit bin ich eine Erklärung schuldig geworden.

Der Allgemeinpraktiker – moderner Arzt oder Idealfigur?

Seit gut 15 Jahren grüble ich hie und da an dem Problem. Ich weiss auch von einer Anzahl von Kollegen, dass sie das Problem ähnlich erleben. Und neuerdings erfahre ich aus dem «Tages-Anzeiger-Magazin», dass dieses Problem gut die Hälfte der Ärzte so sehr aus dem Gleichgewicht bringt, dass sie keine Kritik mehr ertragen. Spass beiseite, es ist ein Problem. Der praktische Arzt muss viel können. Er muss in Notfallsituationen, in wirklichen und scheinbaren, sofort handeln, richtig handeln und erst noch psychologisch geschickt handeln. Es kann zur Beruhigung der Umstehenden notwendig werden, auf eine Art nichts zu tun, dass alle meinen, nun sei das Entscheidende geschehen. Das fundierteste Wissen und die klügsten Erklärungen bleiben eben ohne zweck-

mässiges Handeln wirkungslos. Der praktische Arzt muss wirtschaftlich arbeiten können, er muss unter verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten die auf weite Sicht preisgünstigste auswählen können, er muss aber auch seine Praxis kostenbezogen einrichten und führen können. Ich behaupte nun, das wird für uns Ärzte nirgends gelehrt. Sie runzeln die Stirne?

Böswillige Verzerrung des Berufsbildes

Immerhin, dass an der Universität lauter Spezialisten lehren, wissen wir alle. Meine Erfahrung war die: Die meisten meiner Lehrer liessen sich ihre Begeisterung, die im übrigen ansteckend wirkte, dann anmerken, wenn komplizierte und seltene Fälle vorgestellt wurden. Oft wurde der Kopf über den dummen Allgemeinpraktiker geschüttelt. Gelegentlich wurde die schrecklich romantische Vision vom Arzt in einer Alphütte beim Lichte der Petroleumlampe beschworen. Einige wenige Dozenten sprachen mit Achtung vom Hausarzt. Ein einziger erinnerte sich mit Stolz an die Zeit, wo er selbst als Landarzt gewirkt hatte. Er war es auch, der – selten zwar und nicht ohne Bedenken – praktische Ärzte zum Dozieren herbeiholte. Sein Fach war – Kollegen, die nicht in Zürich studiert haben, werden nicht ohne weiteres darauf kommen – die Psychiatrie. Es war möglich, das Staatsexamen zu bestehen, ohne einen einzigen Hausbesuch gemacht zu haben. Wer wundert sich da, wenn man sich über mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen beklagt?

Ist die Hochschul- und Spitalmedizin so einseitig?

Ich muss hier einem Missverständnis vorbeugen. Ich befürworte die Hochschulmedizin. Ich finde die Schweizer Hochschulmedizin ausgezeichnet. Manches Mal habe ich auf bewundernswürdige Weise wesentliches Wissen vermittelt bekommen. Ich kann mir keine bessere Ausbildungsstätte für Spezialisten und wissenschaftlich tätige Ärzte vorstellen. Aber – ich vertrete hier meine persönliche Meinung – ich bezweifle, dass an der Universität diejenigen Eigenschaften geschult werden, welche der praktische Arzt in erster Linie braucht. Ich denke an das

¹ Hurwitz, E.: Die Kosten des ärztlichen Narzissmus, Tages-Anzeiger-Magazin vom 15.1.77, S.28

Verantwortungsbewusstsein. Der Medizinstudent ist bis zum Staatsexamen bestenfalls für seine eigene Karriere verantwortlich. Ähnliches gilt für die Assistenten in den Spitälern. Wichtige Entscheide trifft der Chef, vielleicht noch der Oberarzt, und passiert doch einmal etwas, so hat das Spital einen breiten Buckel. Einstellung und Verständnis gegenüber dem praktizierenden Arzt sind im Spital ähnlich wie an der Universität, vielleicht mit Ausnahme derjenigen kleinen Spitäler, wo der Chefarzt einen grossen Teil seiner Zeit in seiner eigenen Praxis verbringt. Kostenüberlegungen werden nur ausnahmsweise angestellt, und in der Regel weiss der Assistent nicht, wer wofür wieviel zu bezahlen hat. Das geht den Verwalter an, welcher deswegen oft zum bösen Feind der Medizin wird.

Praktische und theoretische Ärzte, aber nur eine Medizin

Ich möchte auf folgendes hinaus. Es gibt praktische Ärzte und theoretische Ärzte, auch wenn es nur eine Medizin gibt. Praktische Ärzte sind in erster Linie dem einzelnen Kranken verantwortlich, so wie er und nur er leibt, lebt und stirbt. Theoretische Ärzte sind hauptsächlich dem Naturgesetz verpflichtet, das keine Ausnahmen kennt (nur Neuentdeckungen). Wenn Sie nun einwenden, diese Einstellung sei künstlich, es gebe keine festen Grenzen zwischen theoretischen und praktischen

Ärzten, so haben Sie selbstverständlich recht. Man kann auch ohne weiteres annehmen, dass zwischen der Gruppe der praktischen und der anderen der theoretischen Ärzte eine mittlere von sowohl praktischen als auch theoretischen Ärzten existiert. Versuchsweise können wir uns zwischen dem Truppenarzt und dem Medizinhistoriker eine Gerade vorstellen mit progredient zunehmendem

Quotienten Praxis: Theorie = $\frac{P}{T}$, über welcher sich drei

Gaussische Glockenkurven wölben, eine erste der praktizierenden Ärzte, eine zweite der Spitalärzte und eine dritte der forschenden Ärzte (Fig. 1). Die Grenze zwischen theoretischen und praktischen Ärzten ziehen wir willkürlich im Bereich der Spitalärzte.

Zwei verschiedene Ausbildungsgänge – Utopie oder Realität?

Sowenig wie erfahrene praktische Ärzte angehenden theoretischen Ärzten das notwendige Wissen vermitteln können, sowenig sind theoretische Ärzte imstande, aus Medizinstudenten praktische Ärzte zu formen. Es ist daher kein Wunder, wenn neue Wege zur Ausbildung von Ärzten gesucht werden. Ich behaupte nun, dass zwei verschiedene Ausbildungsgänge notwendig sind, einer zum praktischen und ein anderer zum theoretischen Arzt. Ich werde ein Luftschloss dieser getrennten Ausbildung in einer der nächsten Nummern der «SÄZ» entwerfen.

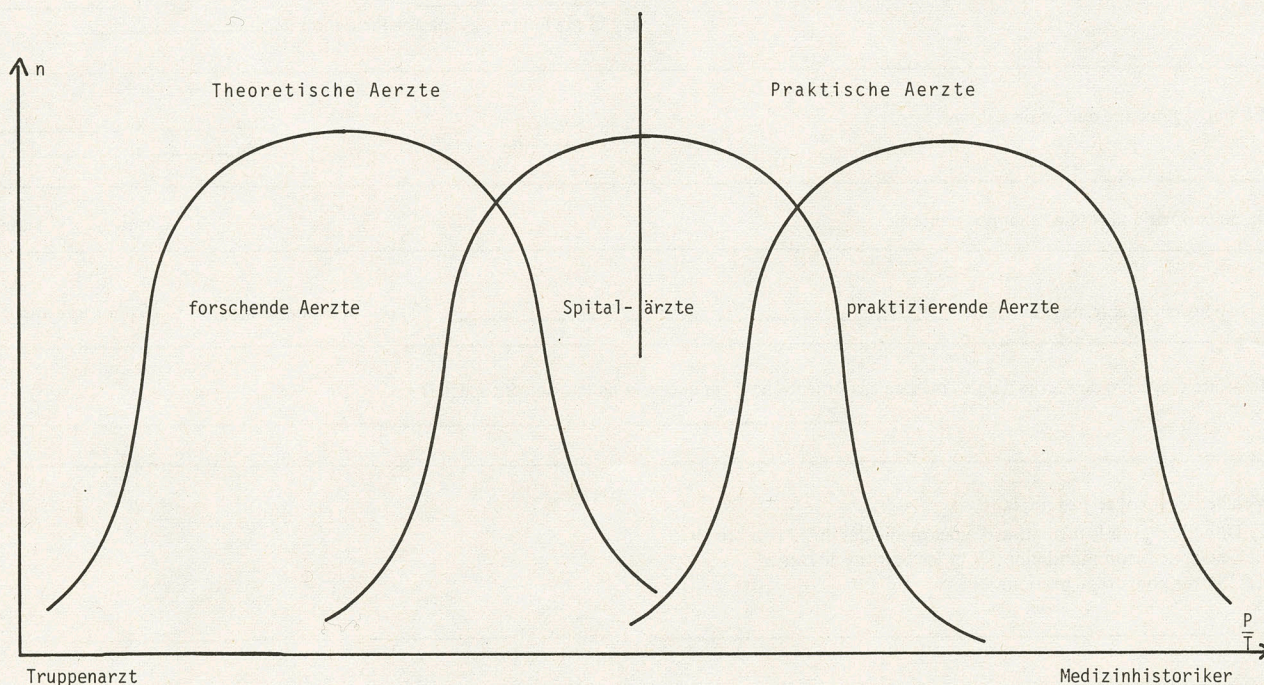


Abbildung 1