

## Die Renaissance des Familienarztes

Eine menschliche, medizinische und wirtschaftliche Notwendigkeit

Von H. U. Zollinger

(Der Praktische Arzt 23, 3479-3490, Dezember 1975)

Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Kolleginnen und Kollegen,

Ihr Vorstand hat mich ersucht, Ihnen meine persönliche Ansicht über die heutige und die wünschbare zukünftige Stellung des Allgemeinpraktikers vorzutragen. Sie haben mich, bildlich gesprochen, mit Ihrer Nadel an einem Nerv getroffen, der schon immer sehr sensibel war: Als pathologischer Anatom mit langjähriger Tätigkeit auf dem Lande und in der Stadt erlebte ich immer wieder die Irrläufe der Medizin, die durch das Fehlen einer genügenden Zahl gut ausgewiesener und entsprechend ihrer schweren Arbeit auch anerkannter Allgemeinpraktiker mitbedingt waren. Da kürzlich mein älterer Sohn eine Landpraxis eröffnet hat - ich bin sehr stolz auf diese Tatsache -, hatte ich genügend Gelegenheit, die Problematik der Ausbildung zum Allgemeinpraktiker und dann auch die heutigen Möglichkeiten in einer Allgemeinpraxis zu studieren und vordemonstriert zu erhalten.

Die Tatsache, daß die Medizin, ganz speziell aber der Familienarzt, zur Zeit die Rolle eines Prügelknaben in der politischen Diskussion, der Presse und in der öffentlichen Meinung spielt, ist wohl nicht zu bezweifeln. Mir scheint es wichtig, zuerst Ätiologie und Pathogenese dieses Phänomens zu untersuchen und daraus Schlüsse zu ziehen und dann erst die Therapie aufzubauen. Ich möchte deshalb im folgenden zuerst einige Grundfragen der heutigen Medizin, die besonders auf die Allgemeinpraxis Bezug haben, untersuchen.

Die kausalen Probleme sehe ich in folgenden vier Punkten:

1. der Verschiebung des Gleichgewichts zwischen rein technischem Mediziner und Arzt,
2. dem Absinken der echten Lebensqualität und
3. der allgemeinen Verunsicherung durch den Zukunftsschock und
4. der Kostenexpansion mit ihren Folgen.

Zu Problem 1: Bei der Grundfunktion des Arztes, dem Helfen, sollte ein vernünftiges *Gleichgewicht* bestehen zwischen dem naturwissenschaftlich-technischen und dem beratend-seelsorgerischen und prophylaktischen Anteil. Die rasante Entwicklung und auch die zum Teil sehr augenfälligen Resultate des naturwissenschaftlichen Denkens und Handelns, ferner der Zeitmangel in der allgemeinen Praxis und sicher auch die tarifmäßige Unterwertung der, beratend-seelsorgerischen Tätigkeit haben zu einem Verkümmern der letzteren bei vielen Ärzten geführt.

### Arzt und Seelsorger

Zwischen biochemischem Fortschritt und menschlichen Werten besteht fraglos eine starke Spannung, wie dies aus dem Roche-Symposium 1971 "Challenge of Life" eindrücklich hervorgeht. Diese Situation wird noch erschwert durch die Tatsache, daß der Arzt, insbesondere der Allgemeinpraktiker, heute in einer Zeit der Vereinsamung vieler Menschen mehr und mehr Pflichten übernehmen muß, die früher der kirchliche Seelsorger innehatte.

So entscheidend wichtig das naturwissenschaftliche Denken und Handeln in der Medizin ist, so darf es doch nicht dazu führen, daß sein ebenfalls wichtiger Partner an die Wand gedrückt wird. Ich meine, auch an der Universität sollte immer noch genügend Zeit in der Ausbildung bleiben, um auf die menschlichen Probleme unserer Patienten genügend hinzuweisen. In meinem eigenen Unterricht bin ich immer wieder erstaunt, zu sehen, wie sehr die Erörterung rein menschlicher Fragen unsere heutigen Studenten interessiert. Am besten ausgeprägt ist dieses Gleichgewicht beim Allgemeinpraktiker, der nicht ein erkranktes Organ, sondern den ganzen Menschen behandelt und zudem den einmaligen Vorteil hat, nicht nur die ganze Familie in ihrer Entwicklung, sondern auch den Arbeitsplatz zu kennen. Da ihm menschlich der Patient nahesteht, interessiert er sich auch für die sicher primär nicht besonders interessante, jedoch

sehr wichtige Aufgabe der Betreuung chronisch Kranker. Er setzt sich aus prophylaktischen Gründen für die Erhaltung und Kräftigung der Familie ein und ist meines Erachtens der bestausgewiesene ärztliche Kämpfer für die Gesunderhaltung des Volkes. Es ist an der Zeit, diese Dinge in aller Öffentlichkeit festzuhalten, damit dem Praktiker endlich auch die Anerkennung gezollt wird, auf die er Anspruch hat.

### **Lebensqualität und Zukunftsschock**

Nun der zweite Punkt: Die *Abnahme der echten Lebensqualität*. Die bisher von Jahr zu Jahr steigenden Zahlen der tödlichen und der zu schwerer Invalidität führenden Verkehrsunfälle, die Zunahme der psychischen Erkrankungen, der zunehmende Alkoholismus, die Drogenwelle und vieles mehr zeigen, daß die heute so vielfach angerufene Lebensqualität keineswegs mit dem Wohlstand gestiegen, sondern vermutlich sogar abgesunken ist und eine zunehmende Belastung des Gesundheitswesens darstellt. Eine der wichtigsten Gegenmaßnahmen ist die Stärkung und der Ausbau des Standes des Familienarztes. Diese Fragen werden uns nachher noch beschäftigen.

Der dritte Punkt, die Verunsicherung durch den allgemeinen *Zukunftsschock*, wie Alwin Toffler dieses Phänomen genannt hat, spielt meines Erachtens eine sehr große Rolle bei der heutigen Kontroverse zwischen Volk und Ärzten. Nachdem schon vor längerer Zeit *Huxley* und *Orwell* mehr gefühlsmäßig vor den Folgen moderner Entwicklungen der Technik und der staatlichen Planung gewarnt haben, griffen dann das Drama "Die Physiker" von Friedrich *Dürrenmatt* sowie der viel diskutierte Bericht des Club of Rome über "Die Grenzen des Wachstums" tief ins Volk hinein. Dies sowie Betonierung der großen Städte, Umweltverschmutzung und vieles mehr haben beim einfachen Mann den Glauben in den Fachmann und in die Wissenschaft ganz allgemein, gelinde gesagt, stark untergraben. Kaum ein Zufall, daß auch der Autoritätsglaube der Jugend in derselben Zeit radikal bis unter Null abnahm. Die nicht belegten Behauptungen und nicht konkretisierten Forderungen von *Illich*, dem Savonarola von Davos, möchte ich hier nicht berücksichtigen, sondern nur als Zeitzeichen erwähnen.

### **Wunder und Wirklichkeit**

Die Verunsicherung durch diesen Zukunftsschock hat - ein verunsicherter Hund bellt - zu aggressiven Reaktionen geführt, die wir bei Patienten und Politikern zu spüren bekommen. Vollends schizophrene wird dann die Situation, wenn die Massenmedien tagtäglich über wundervolle Behandlungsergebnisse berichten und vermutlich, ohne es zu wollen, eine Begehrlichkeit im Volk erwecken, die wir Ärzte zu erfüllen nicht imstande sind. Wir werden weder mit Vorträgen noch mit Zeitungsartikeln die allgemeine Verunsicherung beheben können. Einzig ein Vertrauensverhältnis würde hier weiterhelfen, und dabei bietet sich der Familienarzt als billigste und vernünftigste, ja vermutlich einzig praktikable Lösung an. Neben vielem anderem kann der Familienarzt als fachlich kompetente Vertrauensperson die Kluft zwischen dem Patienten und der von ihm in Frage gestellten modernen Medizin überbrücken.

Zu Punkt 4: Der Zufall will es, daß sich die enorme Kostenexpansion auf dem Sektor des Gesundheitswesens auf dem Zukunftsschock gewissermaßen aufgepfropft hat. Die Frage, ob wir uns die heutige Medizin überhaupt noch leisten können, beschäftigt sicher zu Recht sehr viele Leute, und diese Frage hat im Sinne eines Trigger-Mechanismus die ganze Diskussion um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung erst richtig ausgelöst. Ein längeres Verweilen bei diesem Problem ist angezeigt, da es gelöst werden *muß*, wenn wir verhindern wollen, daß ein Großteil des Bruttosozialprodukts durch die Medizin verschlungen wird. Immer wieder muß in den Vordergrund gestellt werden, daß es sich nicht um ein politisches, sondern primär einmal um ein medizinisches Problem insofern handelt, als wir Ärzte unser eigenes Handeln auf Sinn und Widersinn untersuchen, daß wir unseren Beitrag leisten müssen bei der Abklärung der Ursachen dieser enormen Kostensteigerung, damit Abhilfe geschaffen werden kann. Bei der drohenden Einschränkung bezüglich der möglichen ärztlichen Hilfeleistung haben wir nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, das Volk über die Alternativen zu informieren.

---

**Die Zeit des apolitischen, geruhsam seiner Praxis nachgehenden Arztes ist vorbei. Er befindet sich hier in guter Gesellschaft mit den akademischen Lehrern, die ebenfalls aus dem sogenannten Elfenbeinturm heraus aufs Straßenpflaster gehen müssen.**

---

Unbestritten ist die Tatsache, daß die Verteuerung des Gesundheitswesens zu einem großen Teil durch die Krankenhäuser bedingt ist, ebenso unbestritten, daß es hier vor allem die Personalkosten sind, die zum Beispiel in der Schweiz nach einer Zusammenstellung von *Hügli* und *Kohler* in den letzten zwanzig

Jahren um rund das Zwölfwache gestiegen sind. Angleichung der Löhne an diejenigen der freien Wirtschaft einerseits und zunehmende Spezialisierung in der Medizin andererseits rechtfertigen an sich diesen Teil des Kostenanstiegs. In qualitativer Hinsicht ist sicher nicht zu übersehen, welchen enormen Erfolg die Medizin nun schon während meiner vierzigjährigen Tätigkeit zu verzeichnen hat. Eine ganze Reihe von Krankheiten, die wir als Studenten häufig auf dem Sektionstisch vordemonstriert erhielten, kann ich heute nur noch anhand von Diapositiven zeigen.

Krankheiten wie Scharlach, lobäre Pneumonie und so weiter werden schon vom Praktiker mit Erfolg behandelt, andere wie die tuberkulöse Meningitis können in der Klinik geheilt werden, allerdings nur, wenn der Praktiker die Diagnose rechtzeitig stellte. Dies gilt auch für das Glaukom, für viele Karzinome und eine Unsumme anderer Krankheiten. Von der Qualität des Familienarztes hängt somit weitgehend der Erfolg auch der klinischen Behandlung ab. Im ganzen meine ich doch sagen zu dürfen, daß sich diese Aufwendungen für den Gesamtgesundheitsdienst sicher gelohnt haben. Ebenso eindeutig ist jedoch die Feststellung der Wirtschaftswissenschaftler, daß es nicht unbeschränkt so weitergehen kann. Es müssen Mittel und Wege gefunden werden, um unnötige oder unökonomische Maßnahmen auszumerzen.

### **Fehlplanung bei Akutbetten**

Aus Gründen der Fairneß möchte ich zuerst unsere eigenen Fehler unter die Lupe nehmen und erst in zweiter Linie nach externen Faktoren suchen. Da fraglos die Krankenhauskosten unverhältnismäßig hinaufgeschneit sind, muß hier zuerst eingehakt werden. Wir haben zumindest in unserem Land eine ganz beträchtliche Fehlplanung der Akut-Krankenbetten im Sinne einer Überschätzung feststellen müssen. Die rasant angestiegenen Tagestaxen bedingen eine wiederum kostensteigernde Intensivierung der Untersuchung und der Behandlung zur Herabsetzung der Krankentage und führen überdies zu einer Abnahme der Patientenzahlen. Anscheinend haben nicht nur die Patienten als Selbstzahler, sondern auch die übrigen Kostenträger entdeckt, daß sehr viele Krankheiten ökonomischer durch den Familienarzt behandelt werden können.

Diese Tendenz muß unbedingt weiterverfolgt werden, wobei das Problem halbleerer Spitalabteilungen durch Umstrukturierung besser behoben werden könnte als durch künstliche Füllung: Ich denke vor allem an die vielfach mangelnden Betten für chronisch Kranke und für Alterspatienten. In den Krankenhäusern muß das *kostenbewußte ärztliche Denken* mehr Fuß fassen und somit auch in der Ausbildung einen wichtigen Platz finden. Die unbestritten enormen Möglichkeiten der Diagnostik und der Therapie sollten weniger wahllos, sondern genau gezielt angewandt werden. Unser Endziel muß auch im Krankenhaus die Hilfe an den Patienten bleiben: Unbesehenes Erhalten eines vom Patienten selbst als nicht lebenswert empfundenen Lebens mit allen Mitteln der modernen Kunst entspricht vielleicht dem medizinischen, sicher aber nicht dem ärztlichen Denken.

---

### **Den Ersatz einer extrem sorgfältigen, zugegeben zeitraubenden Anamnese durch eine Batterie von Laborbefunden erachte ich aufgrund meiner autoptischen Befunde als unverantwortbare Fehler.**

---

Ein Apparat kann, wie Jores in Hamburg meint, den Arzt nie ersetzen. Wir Universitätslehrer sind keineswegs von Schuld und Sühne freizusprechen, wenn ein moderner Student ein Hirnszintigramm besser zu deuten versteht, als er die einfachsten neurologischen Untersuchungen durchzuführen weiß, oder wenn er bei der Diagnose eines Plasmozytoms die Elektrophorese genau kennt, hingegen nichts weiß von Blutsenkung und Proteinurie. Unserer klinischen Forschung würde die Neuentwicklung billigerer und ebenso aussagekräftiger Methoden ebensogut anstehen wie die fraglos ebenfalls berechnete Mitteilung interessanter Kasuistikfälle. Um eine - ich darf schon sagen - allgemein anerkannte Leistung unserer Krankenhäuser auch in Zukunft bei finanziellen Engpässen zu erhalten, ist somit eine gewisse Rationalisierung und Ökonomisierung ihrer Tätigkeit unumgänglich notwendig. Dabei ist zu betonen, daß sehr viele Krankheiten vom gut ausgebildeten Familienarzt ebensogut, wenn nicht besser behandelt werden können als im Krankenhaus, durch den Spezialisten oder in der Poliklinik. Der Allgemeinpraktiker arbeitet zudem viel billiger und in den meisten Fällen auch für den Patienten zeitsparender. Bei den meisten Kosten-Nutzen-Rechnungen wird nämlich die durch das Warten in den Polikliniken, durch Spitalaufenthalte und so weiter ausfallende Arbeitszeit des Patienten nicht erfaßt.

### **Universitäten stellen die Weichen**

Auch bei der Suche nach den Ursachen der bisherigen Überflutung der Krankenhäuser sind die Universitäten nicht ganz auszuklammern. Zwar steht im Pflichtenheft der medizinischen Fakultäten nichts von einer Lenkung der ärztlichen Bestückung des Landes, praktisch stellen jedoch die Universitäten eine sehr wichtige Weiche. Wenn dem jungen Medizinstudenten vorwiegend komplizierte Fälle vorgelegt werden, so bemächtigt sich seiner schließlich der Eindruck, die Medizin sei etwas unübersehbar Komplexes. Schon während seines Studiums tendiert er damit eher zur Spezialisierung, um sein Feld noch richtig übersehen zu können, und später versucht er nach Möglichkeit, in die Geborgenheit eines Krankenhauses abzuwandern. Sicher versucht die Großzahl der akademischen Lehrer das praktisch Wichtige herauszuschälen, doch ist die Tendenz zum wissenschaftlich interessanten Fall bei vielen unverkennbar.

Jedenfalls kommt das Schöne und Befriedigende im Leben eines Land- und Familienarztes, das ich selbst anlässlich zahlreicher Vertretungen Praktischer Ärzte erleben durfte, kaum je zur Sprache. Das vorher erwähnte Mißverhältnis zwischen praktizierenden Allgemein- und Fachärzten wird damit teilweise erklärt.

Ein schon verschiedentlich angesprochener, in meinen Augen außerordentlich wichtiger Punkt ist die unterschwellig fühlbare Mißachtung der Tätigkeit und der Fähigkeiten des Familienarztes, besonders stark ausgeprägt bei den jungen, in Ausbildung stehenden Assistenten und Oberärzten. Sie muß auch bei Fachärzten nicht speziell gesucht werden und soll gelegentlich sogar im Hörsaal zu Worte kommen. Die Folge ist dann, daß ein Großteil der Patienten direkt den Spezialisten aufsucht und sich damit gerade der spezifischen Fähigkeiten des Familienarztes entblößt, was meines Erachtens gehäuft zu Krankenhauseinweisungen führt.

Ein Teil der Fehler, die zur enormen Kostenexpansion auf dem Sektor der Krankenhäuser geführt hat, liegt somit sicher bei uns Ärzten. Ein anderer jedoch geht auf Konto der allgemeinen Mentalität. Zuzufolge Kleinwohnungen, berufliche Tätigkeit der Familienmutter, Zerfall der Familie und ganz einfach von Bequemlichkeit wird der Krankenhauseinweisung von dieser Seite der Vorzug gegeben. Ein weiterer Punkt betrifft die "surconsommation médicale", das heißt die Überlastung von praktisch tätigen Ärzten und Krankenkassen durch unnötige Konsultationen. Die Tatsache einer solchen "surconsommation" läßt sich damit belegen, daß mit dem Eintreten der Rezession bei bestimmten Firmen die Krankmeldungen um 30 Prozent zurückgegangen sein sollen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei auch die extrem weitherzige Auslegung des Versicherungsgedankens im Sinne einer völligen Kompensation anstelle eines Schutzes nur vor schwerem wirtschaftlichem Schaden.

### **Von den Pflichten des Patienten**

Ferner wird immer nur von den Rechten des Patienten gesprochen. Kaum jemand erinnert an eine Pflicht zur Gesunderhaltung. Der Gesundheitsminister des Kantons Aargau hat in einer bemerkenswerten Schrift über die Kehrseite des medizinischen Fortschritts ausgeführt: Gesundheit erreichen und erhalten geschieht in erster Linie durch aktive Lebensgestaltung, also durch einen persönlichen Beitrag. Und die Genfer Philosophin Jeanne *Hersch* sagt: "Savoir supporter fait partie de la santé", das heißt, auch nach ihr muß der Mensch aktiv an seiner Genesung und Gesunderhaltung mitarbeiten. Nun spielen aber *vermeidbare Gesundheitsschädigungen* in der modernen Gesellschaft eine ausgeprägte Rolle. Sie verursachen enorme Kosten; bei auch nur teilweiser Ausschaltung könnten diese Mittel für unvermeidbare Krankheiten verwendet werden. So gibt die Schweiz - die Zahlen sind für Deutschland keineswegs besser - im Jahr rund 3 Milliarden Franken für den Kauf von Alkohol aus. Die Kosten der alkoholischen Schäden sind schwer einzuschätzen, sie müssen jedoch enorm sein, da Umfragen in zahlreichen größeren Krankenhäusern ergeben haben, daß rund 30 Prozent der Patienten auf internen Abteilungen wegen oder mit alkoholischen Schäden hospitalisiert sind. Wir haben errechnet, daß die übrigens erfolgsmäßig doch recht fragliche Shunt-Operation bei alkoholischer Leberzirrhose mit portaler Hypertonie in Basel rund 12 000 Franken kostet. Aufregend ist die Tatsache, daß der chronische Alkoholismus bei Frauen, neuerdings auch bei Jugendlichen, im Zunehmen ist. Um nicht mißverstanden zu werden, möchte ich betonen, daß ich keineswegs abstinent bin; ich bin nur ein radikaler Gegner des Alkoholabusus, besonders seit ich vor einigen Jahren in meiner gerichtsärztlichen Tätigkeit feststellen konnte, daß rund ein Sechstel der tödlichen Verkehrsunfälle durch Alkohol bedingt ist.

Damit kommen wir zu den Verkehrsunfällen, für die unser Land ebenfalls rund 3 Milliarden Franken im Jahr ausgibt. Wir sind uns wohl alle einig, daß ein guter Teil der schweren Unfallfolgen, jedenfalls soweit sie den Menschen betreffen, durch Sicherheitsgurte, Geschwindigkeitsbeschränkung, alkoholfreies Fahren und so weiter zu vermeiden wären. Wenn uns die finanziellen Aspekte nicht aufrütteln, so sollten

es die menschlichen tun, wobei ich nur an die dauernd ansteigende Zahl von Patienten mit unfallbedingter, irreversibler zerebraler Schädigung in unseren psychiatrischen Anstalten erinnere.

### **Hippie-Hepatitis**

Ein weiteres Problem, das unsere Staatskassen und ich denke auch unser Gewissen immer mehr belastet, stellen die Drogenabhängigen dar. In der Schweiz hat man errechnet, daß im Jahr 1980 rund 3000 vollinvalide, drogenabhängige Jugendliche zu erwarten sind. In Basel werden zur Zeit beinahe 100 Drogenabhängige mit sogenannter Hippie-Hepatitis behandelt.

Ich bin auf diese drei externen Kostenursachen Alkohol, Verkehr und Drogen etwas näher eingegangen, da meines Erachtens aller Grund besteht, daß die Ärzteschaft sich mit diesen Problemen intensiv befaßt. Ich wollte Ihnen auch zeigen, daß wir nicht nur aus ärztlichen Gründen zum Kampf gegen diese modernen Seuchen aufgerufen sind, sondern auch im Hinblick auf die unseren übrigen Patienten dadurch entzogenen Finanzmittel. An vorderster Front und deshalb in allererster Linie dazu berufen, gegen diese Verschleuderung der Gesundheit zu handeln, steht nicht der Facharzt, der Krankenhausarzt oder der akademische Lehrer, sondern der Familienarzt. Er ist der einzige, der die Kräfte der Familie mobilisieren, der äußere Kausalfaktoren erkennen kann. Wenn es ihn nicht schon gäbe, müßten wir ihn schon aus diesen Gründen erfinden.

---

**Alle Bestrebungen, ihn durch staatliche Ambulatorien zu ersetzen oder ihn durch die administrative Garotte zu erdrosseln, statt ihm das Leben leichter zu gestalten zeugen von einer unglaublichen Unkenntnis, der Wirkungsmöglichkeiten eines Familienarztes.**

---

Meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, Sie haben sicher schon mehrfach und auch jetzt gerade wieder bemerkt, daß ich mich nicht exakt an meinen Plan halte und nicht nur die Probleme und ihre Ursachen erörtere, sondern auch zum Teil Schlüsse daraus gezogen habe, Schlüsse, die zum Teil so auf der Hand lagen, daß sie einfach nicht umgangen werden konnten. Im folgenden versuche ich, die Hauptfolgerungen zusammenzufassen, und ich möchte zuerst die Tendenzen zur Verstaatlichung betrachten.

### **Grundrecht vom Herrgott**

Von politischer Seite wird meist vor dem Hintergrund allgemeiner gesellschaftspolitischer Anschauungen eine Verstaatlichung der praktisch tätigen Ärzte angestrebt. Die WHO sagt in ihren Satzungen, die Gesundheit sei ein Grundrecht des Menschen, und man folgert dann daraus, der Staat habe für die Aufrechterhaltung dieses Grundrechts zu sorgen. Mir will jedoch scheinen, daß dieses sogenannte Grundrecht höchstens, je nach Einstellung des einzelnen, beim Herrgott beziehungsweise den Genen und dem Zufall angemeldet werden könnte. Und ob, wie die WHO sagt, Gesundheit ein Zustand des völligen körperlich-seelischen und sozialen Wohlbefindens sei, soll hier nicht untersucht werden. Die Erfahrungen der Verstaatlichung der Ärzte in England sind jedenfalls nicht erhebend, und der Exodus der jungen ärztlichen Generation scheint nicht durch ungenügende Entlohnung, sondern durch völlig unbefriedigende Arbeitsbedingungen und weitgehend zerstörte Arzt-Patient-Beziehungen bedingt zu sein.

---

**Die Errichtung zahlreicher staatlicher Ambulatorien in den Oststaaten wir, trotz der mehr qualitativen als quantitativen Mißerfolge, als Lösung angepriesen. In Basel wurde eine entsprechende Initiative vom Volk zwar in einer Abstimmung angenommen, die nachherige finanzielle Durchrechnung ergab jedoch, daß diese Lösung mit drei Schichten rund um die Uhr viel teurer zu stehen kommen würde als private Gruppenpraxen.**

---

Interessant war dabei, daß in der Diskussion auch in Zürich doch von vielen Politikern die Arzt-Patient-Beziehung als wichtig erachtet und ihre Realisation im staatlichen Ambulatorium in Frage gezogen wurde. Die Erfahrungen lassen mich als Staatsangestellten immer wieder feststellen, daß die Betriebe des Staates zwangsläufig teurer arbeiten als der vernünftig eingestellte freie Unternehmer, und als

solchen betrachte ich den frei praktizierenden Arzt. Zusammenfassend würde ich meinen, daß der Verstaatlichung eine andere Alternative entgegengestellt werden muß.

Wie aus meinen vorhergehenden Ausführungen hervorging, vertrete ich vehement die Ansicht, daß der Familienarzt eine Renaissance erleben muß und - so hoffe ich - auch erleben wird. Interessant ist dabei, daß meine eigenen Studenten heute vielmehr auf den Allgemeinpraktiker hinziehen, als dies früher der Fall war. Sicher haben wir in Zukunft, wenn wir die weiteren Voraussetzungen schaffen, mehr junge Kollegen zu erwarten, die sich für die allgemeine Praxis auch in abgelegenen Gegenden interessieren.

### **Hausbesuche**

Auch sachlich gesehen spricht alles für den Familienarzt: Er kennt die Familie und ist, wenn ein Notfalldienst richtig garantiert wird, stets greifbar. Er hat enge Beziehungen zum Patienten und hat vor allem Einblick in seine Umweltbedingungen. Als einziger kennt er den ganzen Krankheitsverlauf und auch die früheren Krankheiten und kann somit im echten Sinn des Wortes individuell behandeln. Und vergessen wir schließlich nicht die Selbstverständlichkeit, mit der echte Familienärzte heute wie eh und je ihre Hausbesuche machen. Fällt der Familienarzt in dieser Funktion aus, so folgt oft unweigerlich der Taxitransport zum Krankenhaus und die Einweisung. Schließlich müssen wir unsere Lehre an den Hochschulen so gestalten, daß der größte Teil aller Vorsorgeuntersuchungen durch die Praktiker durchgeführt werden kann. Es ist durchaus nicht einzusehen, warum gerade diese schöne und erfolgreiche Tätigkeit dem Praktiker weggenommen wird und ihm schließlich nur noch die Betreuung der seltenen zu Hause sterbenden Patienten gnädig von den Fachkliniken überlassen wird.

Von verschiedenen Seiten wird die Frage gestellt, ob ein Familienarzt unter den heutigen Umständen und auch in Zukunft überhaupt in der Lage sei, vernünftig zu arbeiten. Nach Ansicht von Assistentenvereinigungen soll er zuwenig spezialisiert sein, als daß er fortschrittlich genug behandeln könne. Ich würde meinen: Ja, er kann das, allerdings nur unter bestimmten Voraussetzungen, nämlich: Nur die besten unter unseren jungen Kollegen, eben diejenigen, die sich für beide der erwähnten Gleichgewichtsfaktoren Naturwissenschaft und Seele interessieren, sind gut genug, um diesen sehr anspruchsvollen Weg zu gehen. Auch muß eine ganz beträchtliche Verantwortungsbereitschaft vorliegen.

---

### **Das umfassende Wissen und Können, das heute von einem Familienarzt gefordert wird, sowie seine Einsatzfreudigkeit liegen in einer ganz anderen Ebene, als dies zum Beispiel beim Facharzt der Fall ist.**

---

Der Allgemeinpraktiker sollte auch die Minderwertigkeitskomplexe, denen ich so häufig begegne und an denen, wie gesagt, die Hochschule nicht ganz unschuldig ist, auf die Seite legen, was er dann kann, wenn er auch eine *einwandfreie Ausbildung* genossen hat.

Schon an der Universität muß mehr Gewicht auf die allgemeine Praxis gelegt werden, der Spezialist sollte diese Kenntnis zumindest theoretisch auch besitzen, während er seine spezialistischen Kenntnisse dann im Laufe seiner Assistentenzeit erwerben kann. Wir haben in Basel sehr gute Erfahrungen mit der Famulatur von Studenten in den Praxen ausgewiesener Allgemeinpraktiker machen können und bemühen uns auch, Anregungen aus dem Kreis der Allgemeinpraktiker bezüglich der Ausbildungsziele zu übernehmen. Die immer mehr als wichtig erkannten psychosomatischen Störungen und ihre Behandlung müssen vermehrt in die übrigen Vorlesungen eingebaut werden. Der heute meist großgeschriebene Gruppenunterricht bringt leider nach meinen Basler Erfahrungen diesbezüglich eher eine Verschlechterung, da die Führung eines ärztlichen Gesprächs den dabei als Tutoren tätigen jungen Assistenten wenig geläufig ist. Ganz ketzerisch möchte ich meinen, daß mit der Einstellung der Klinikchefs dieses Problem steht und fällt.

### **Herz und Nächstenliebe**

Warnen möchte ich dagegen vor einer mir gefährlich erscheinenden Tendenz, nämlich das Kind mit dem Bade auszuschütten und nun die naturwissenschaftliche, insbesondere die eigentlich wissenschaftliche Ausbildung zu vernachlässigen. Ausschließlich mit Herz und Nächstenliebe ausgestattet, würde der Allgemeinpraktiker seinen Patienten auch nicht viel helfen, also wiederum die Forderung nach dem Gleichgewicht.

Nur durch saubere wissenschaftliche Ausbildung kann zum Beispiel ein wesentlicher Abbau des heute weitverbreiteten Mißbrauchs der Arzneimittel herbeigeführt werden. Gleichzeitig gehört aber dazu, wie dies *Schettler* kürzlich ausgeführt hat, eine vernünftige pragmatische Ausbildung. Die Untersuchung von *Gygi und Henny* über das schweizerische Gesundheitswesen hat bei einem Gesamtaufwand pro Jahr von 6,8 Milliarden Franken über 1 Milliarde Franken für Arzneimittel ergeben, wobei der Verbrauch in den Spitälern noch nicht berücksichtigt war. Mit *Schettler* sehe ich hier eine ganz beträchtliche Sparmöglichkeit.

---

**Eine weitere Vorbedingung für die Renaissance des Familienarztes ist die vermehrte Einführung von Rotations-Assistentenstellen, die es dem jungen Arzt gestatten, in relativ kurzer Zeit eine umfassende Ausbildung zu erhalten.**

---

Dies bedeutet fraglos eine Mehrbelastung der Krankenhausärzte sowie vor allem ein Neuüberdenken der postgraduatens Ausbildungsmethoden, denn auch hier läßt sich zum Beispiel die audiovisuelle Methode ohne Schwierigkeiten einbauen. Sie ist, wenn sie einmal steht, personalunabhängig und kann auch in Freistunden durchgeführt werden.

Zur Herbeiführung einer Verbesserung der Studenten- und Assistentenausbildung sind Sie, meine Damen und Herren, ebenfalls aufgerufen. Ich meine, daß eigentliche Ausbildungswunschlisten von Ihrer Seite wesentlich helfen würden. Vielleicht könnte auch von Ihnen eine kurze Vorlesung im letzten Semester über technische Einrichtung und Betrieb einer Allgemeinpraxis beantragt und vermutlich auch durchgeführt werden, wobei auch Fragen der sozialen Bedeutung der Patienten beantwortet werden sollten.

Ohne dauernde *Weiterausbildung* kann ich mir eine fruchtbare Tätigkeit eines Allgemeinpraktikers heute nicht vorstellen. Ich habe mit Vergnügen gesehen, daß sich auch Ihre Organisation mit dieser Frage beschäftigt. Nach meiner Erfahrung sind derartige Kurse nur dann wirklich effektiv, wenn bei der Programmentwicklung gute Praktiker mitwirken. Der Universitätslehrer und der Krankenhausarzt können ja gar nicht genau wissen, wo die Lücken liegen. Wenn wirklich erstklassige Kurse dieser Art vorhanden sind, so sollten die Landesorganisationen über kurz oder lang Mittel und Wege finden, eine Teilnahme der Allgemeinpraktiker in gewissen Zeitabständen als obligatorisch zu erklären.

### **Hauspflege**

Soweit die Voraussetzungen auf dem Ausbildungssektor. Sehr wesentlich scheint mir jedoch eine weitere Vorbedingung für die fruchtbare Entwicklung des Allgemeinpraktikers, nämlich der Ausbau einer leistungsfähigen *Hauspflege*. Diese kommt ja auch den psychischen Bedürfnissen der Patienten viel mehr entgegen, als das Krankenhaus. Dabei sehe ich in erster Linie private Vereine und Organisationen in Aktion, erst in zweiter Linie den Staat. Es ist anzunehmen, daß das Vorhandensein einer gut funktionierenden Hauspflege doch einen guten Teil unserer Bevölkerung im Zweifelsfall von der Hospitalisation Abstand nehmen ließe.

Aufgrund der Verhältnisse in der Schweiz kann ich sagen, daß es gewaltiger Anstrengung bedarf, um eine wirklich gut funktionierende Organisation ins Leben zu rufen. Bei uns waren vor allem Praktische Ärzte die Triebfeder, und ich nehme an, daß sie sich auch bei Ihnen von dieser Aufgabe nicht befreien können.

---

**Schließlich muß irgendwie ein Weg gefunden werden, um die Überbewertung der technischen Maßnahmen wie Injektionen und so weiter und die Unterbewertung des ärztlichen Gesprächs auszugleichen. Der unglückliche Ausweg über den Polypragmatismus, der übrigens nur von einer kleinen Zahl beschränkt wird, dem Ärztestand jedoch sehr schadet, könnte damit vermieden werden.**

---

Meine Damen und Herren, an sich wäre ich jetzt eigentlich am Schluß. Sie wissen aber, daß der pathologische Anatom die unangenehme Eigenschaft hat, meist am Schluß noch irgend etwas Negatives für den Zuschauer anzufügen. Ich kann nicht umhin, dieser Zunftgewohnheit zu folgen.

Sie haben in den letzten Abschnitten gehört, daß ich die Landesorganisationen im gegebenen Fall vor allem Ihrer Organisation, nicht nur eine große Bedeutung beimesse, sondern ihr auch nicht unbedeutende Aufgaben auflasten möchte.

Ich würde meinen, daß von der Erfüllung dieser Aufgaben im Sinne einer Prophylaxe sehr viel abhängt in bezug auf eine drohende Verstaatlichung. Nun gibt es aber keine größere Organisation ohne schwarze Schafe. Nach diesem Gesetz werden auch Sie solche in Ihren Reihen finden. Praxisfabriken, Finanzjongleure, Spezialisten für Gefälligkeitszeugnisse, ja echte Pfuscher, die dem Patienten schaden, finden sich in allen Ärztevereinigungen. Ihre unangegriffene Weiterexistenz läßt bei der heutigen Generalisierungstendenz die ganze Herde krank erscheinen. Mir scheint, wir müssen, ob wir es nun gern hören oder nicht, selbst in unseren Reihen für Ordnung sorgen.

### **Ein freier Medicus practicus**

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, hoffentlich ist es mir gelungen, Ihnen mit diesen ganz persönlich gefärbten Ausführungen zumindest Diskussionsmaterial für die Zukunft geliefert zu haben. Sie haben meinen Ausführungen entnehmen können, und ich möchte es noch einmal *expressis verbis* und abschließend betonen: Ich sehe einen der wesentlichsten Auswege aus der heutigen ökonomischen und menschlichen Kreuzwegssituation darin, daß der Familienarzt in seiner modernen Bedeutung erfaßt, dementsprechend ausgebildet und auch allseits anerkannt wird. Die heutige Gesellschaft - sie mag es nun realisieren oder nicht - braucht den Familienarzt dringend, wenn nicht das Finanzgebäude des Gesundheitswesens ins Wanken kommen, wenn nicht die modernen Erkenntnisse der Medizin den Patienten als Menschen verkümmern lassen sollen.

Es scheint im übrigen paradox, wenn wir Riesensummen für die Erhaltung unserer Gewässer und Wälder, für die Erhaltung vom Aussterben bedrohter Pflanzen und Tiere ausgeben, also Einsicht haben in die Notwendigkeiten und sogar den zweiten Schritt der Finanzbewilligung tun, und gleichzeitig nicht einmal Einsicht in die Notwendigkeit der Erhaltung der seit Jahren bewährten Spezies des freien Medicus practicus aufbringen.

Der Praktische Arzt 23, 3479-3490, Dezember 1975