

In der Regel muß der Praktiker seinen Patienten aber verabschieden, ohne viel mehr von dessen gesamer Situation erfahren zu haben, als sich aus der Erledigung der unmittelbaren Beratungsursache ergab. Für die Bereiche der Therapie und der Prophylaxe gilt sinngemäß das nämliche.

Daran läßt sich nichts ändern.

Damit kommen wir zu einem wesentlichen Unterschied zwischen der typisch allgemeinpraktischen und der typisch spezialistischen Form des Wirkens: Am Facharzt in einer Krankenhausabteilung zieht eine große Zahl von Patienten gleichsam wie ein langes Band vorüber. Er sieht »seine« Auslese von Krankheiten an immer neuen Patienten. Im Krankenhausjargon spricht man demgemäß von »der Gallenblase« auf Station B, von »der Arthritis« auf Zimmer 12 oder von »dem Ulkus« im Halbstock.

Da im Krankenhaus zudem die Laboratoriumsmedizin und sonstige »harte« Daten seit eh und je einen bevorzugten Platz einnehmen, kann nicht wundern, wenn die Seele des Patienten dort so sehr vernachlässigt wurde, daß deren Wiederentdeckung durch FREUD Furore machte. Wie wenig man jedoch bis heute darin fortgeschritten ist, am stationären Durchschnittsfall die somatische mit der psychischen Medizin zu integrieren, lehrt der Alltag in der Heilkunde zur Genüge.

An der ersten Linie gab es dergleichen niemals.

Sicherlich trägt der Jungarzt zunächst den Krankenhausjargon und eine überwiegend somatische Einstellung in die Praxis hinein. Aber langsam wird aus »der Gallenblase« die Frau Maria Huber, aus »der Arthritis« ein Herr Fritz Meier und aus »dem Ulkus« ein Fräulein Thea Müller. Dabei bleibt es dann.

Die Wandlung kommt zustande, weil der praktische Arzt die Krankheiten nicht an immer neuen Patienten »am laufenden Band« erlebt. Seine Klientel besteht aus relativ wenigen Individuen, die mit immer neuen Beratungsursachen wie eine schmale, große Trommel langsam an ihm vorbeirotiert.

(Roulette)

*Kennen Praktiker ihre Patienten genau?*

In der Laien-, aber auch in der Fachwelt herrscht die Meinung, praktische Ärzte wären über die Krankengeschichte ihrer Patienten genau im Bilde. Daher könnten sie auch in Kürze erfolgreich beraten.

Tatsächlich liegen die Dinge so: Zunächst einmal sieht der Durchschnittspraktiker an seiner Klientel (von 2500 bis 3000 Seelen) jährlich etwa 4000 bis 5000 Beratungsursachen. Ist der Doktor nach zehnjähriger Berufstätigkeit gut eingearbeitet, dann hat er also rund 45 000 Erstberatungen bzw. rund 130 000 Inanspruchnahmen aller Art hinter sich. Da nun in einem Jahrzehnt auf einen Menschen auch von privater Seite her unendlich viele Eindrücke einwirken, erscheint es ausgeschlossen, daß dem Praktiker von jenen abertausend Beratungen auch nur ein nennenswerter Bruchteil gegenwärtig bleibt.

Hinzu kommt: Auch wenn es an einem Praxisort keine Abwanderungen und Zuzüge gäbe, so sorgen doch Todesfälle und Geburten für einen kontinuierlichen Bevölkerungsaustausch. Die »Trommel« ändert sich also auf jeden Fall.

Für gewöhnlich kommt aber eine erhebliche Fluktuation teils durch Umzüge, teils durch Urlauber usw., teils auch dadurch zustande, daß die Menschen ihren Arzt wechseln. Außerdem bleiben nicht alle Praktiker am Ort der ersten Niederlassung.



Wie steht es angesichts dessen mit dem Wissen des praktischen Arztes um seine Klientel?

Dazu eine Feststellung im voraus: Ein Allgemeinmediziner bleibt, haben ihm die unabänderlichen Umstände in einem Jahrzehnt ein Handeln abgezwungen, das ihn in die Lage setzt, seine Funktion zu erfüllen, auch dann praktischer Arzt, wenn er jeden Tag an einem anderen Ort arbeitet.

Die allgemeinmedizinische Funktion ist also nicht an eine konstante Klientel, geschweige denn an Gruppen von Familien gebunden. Das lehrt nicht zuletzt das Wirken jener Kollegen, die als Urlaubsvertreter von Praxis zu Praxis ziehen.

Umgekehrt ist der heute frisch ausgebildet an die erste Linie kommende Mediziner noch lange kein praktischer Arzt; auch dann noch nicht, wenn er ein oder zwei Jahre am Praxisort arbeitet und seine »Kunden« schon etwas kennt. So rasch formt die Funktion das anezogene Denken und Handeln nicht um.

### Hausarzt in der dritten Generation

Das Bild des eingesessenen Praktikers, der schon den Enkel jener Frau behandelt, die er seinerzeit vom ersten Kind entband, spielt in Verherrlichungen der Allgemeinmedizin keine geringe Rolle. Damit wird versucht, die einzigartige Verbundenheit zwischen dem allgemeinen Hausarzt und seinem Patientenkreis zu belegen; insbesondere natürlich seine Kenntnis der »Naturgeschichte« aller ihrer Krankheiten.

Was daran wirklich wahr ist, wurde meines Wissens auch nicht ansatzweise überprüft.

Aus dem Gesagten geht aber bereits hervor: Die Klientel fluktuiert. Viele Praktiker wandern. Davon abgesehen, besteht das Krankengut erfahrener allgemeiner Hausärzte nicht nur aus Großeltern, Eltern und Enkeln der genannten Art.

Mit meinen Kenntnissen über die hiesige Klientel beschäftige ich mich seit geraumer Zeit. Bald 20 Jahre in derselben Monopolpraxis tätig, wachsen mir nun die Kinder, bei deren Geburt ich hier zu Praxisbeginn mittätig war, langsam über den Kopf. Bald werden auch sie Kinder, jetzt allerdings im Krankenhaus, bekommen. Die verherrlichten Enkel sind bei mir also schon in Sichtweite.

Was weiß ich nun von meinen langjährigen Patienten?

Heute saß ein Altbekannter im Warteraum. Ich schrieb mir vor seinem Eintritt in das Sprechzimmer alles auf, was mir von seinen früheren Erkrankungen einfiel. Diese und analoge Ergebnisse stehen in krassem Gegensatz zur verbreiteten Ansicht, der Hausarzt wüßte »alles« von seinen Klienten.

Wirklich haften bleiben offenbar einzelne chronische Leiden, auch manche aufregende Erlebnisse. Die zahlreichen Beratungsursachen, die in der Häufigkeitsskala an der Spitze stehen, waren in meinem Gedächtnis meistens auch dann nicht mehr nachzuweisen, wenn darüber genaue Aufzeichnungen vorlagen.

Vorsichtig *verallgemeinert*, bedeutet das: Von seinen abertausend Klassifizierungen bleibt dem ansässigen Praktiker nur ein minimaler Erinnerungsrest erhalten. Darunter spielen gewiß Dauerfälle wie Diabetes, Bluthochdruck, Polyarthrit, Epilepsie u. a. m. eine große Rolle. Aber selbst diese Leiden geraten bei mir zuweilen in Vergessenheit, habe ich den Kranken längere Zeit nicht zu Gesicht bekommen. Man könnte meinen, das liegt an meinem schlechten Gedächtnis.

Schöne Arbeit  
Klinik  
Vom  
Patienten  
sollte abgelesen



Dagegen spricht aber, daß die britische Praktikervereinigung ihren Mitgliedern dringend empfiehlt, bei den folgenden Vorkommnissen bunte Reiter auf ihren Karteikarten zu montieren:

Bei Überempfindlichkeit, bei Zuckerkrankheit, bei Epilepsie, bei Tuberkulose, bei Hypertonie, bei Langzeitbehandlung und nach einem Selbstmordversuch.

Würden diese Daten von den dortigen Durchschnittsärzten nicht immer wieder vergessen, so gäbe es keinen Grund dafür, Markierungen zu empfehlen.

So also sieht die Wirklichkeit aus.

Damit muß das Bild des allwissenden praktischen Arztes auch von dieser Seite her korrigiert werden. Denkt man außerdem daran, wie wenige Ärzte auch nur schlagwortartig diagnostische Aufzeichnungen machen, so wird einem erst der ganze Umfang des Nichtwissens eines Hausarztes über seinen Patientenkreis richtig bewußt.

### *Der Kranke als Persönlichkeit und alter Patient*

Frage ich mich nun, was ich von Elternhaus, Wohnsitz, Einrichtung, Beruf, Familienleben, wirtschaftlichen Verhältnissen, religiösen und politischen Verbundenheiten, Rauch-, Trinkgewohnheiten, charakterlichen Eigenschaften meiner Patienten kenne, dann zeigt sich ein anderes Bild: Davon weiß ich viel.

Von dem Mann etwa, der bei mir nach einem Knochenbruch im Krankenstand ist und der als nächster Patient in mein Sprechzimmer eintreten wird, fällt mir anamnestisch nur ein: Er machte eine schwere Salmonelleninfektion mit einer Darmperforation durch und verletzte sich später bei einem Verkehrsunfall am Schädel so sehr, daß er vorübergehend blind war. Dagegen sind mir allerlei persönliche Daten, die seine Lebensweise, seine Familie, die finanzielle Lage, das Berufsleben usw. betreffen, gegenwärtig.

Was bietet seine Karteikarte? Diverse Verletzungen, eine Bursitis praepatellaris vor 13 Jahren, eine Strumabehandlung, Haarausfall, die Operation eines Atheroms, Myalgien, pyogene Infektionen, wiederum Verletzungen, eine generelle Urtikaria, uncharakteristische Fieberzustände vor 9 Jahren, Verletzungen, darunter eine klaffende Schädelwunde (liegt 8 Jahre zurück), arthrotische Beschwerden, wiederum Verletzungen . . . unter anderem schließlich die zwei einzigen mir erinnerlich gewesenen Beratungsfälle. Daß er nach der Darmoperation lange fistelte, läßt sich in meine Erinnerung zurückrufen, nicht aber, daß die Perforation vom Wurmfortsatz ausgegangen war. Vage erinnere ich mich beim Lesen der Karteikarte daran, daß es bei ihm später eine Fisteloperation gab. Und das ist noch gar nicht so lange her.

Damit besteht ein eklatantes Mißverhältnis zwischen meinen Kenntnissen von seinen persönlichen Angelegenheiten und den vielen Gesundheitsstörungen, die ich schließlich überwiegend selbst diagnostisch und therapeutisch versorgt hatte.

### *Was der Hausarzt weiß*

Was der Hausarzt wirklich weiß, mag also dahingehend richtiggestellt werden: Er beherrscht gewiß nicht die medizinische Anamnese aller Patienten. Hingegen weiß er über die Person und das Leben zahlreicher Klienten recht gut Bescheid.

Diese Kenntnisse werden dort bedeutungsvoll, wo der Patient aus Konflikten heraus erkrankt. Hier kann der Praxisvertreter dem eingesessenen Hausarzt



nicht das Wasser reichen. Ein Spezialist vermag dann ebensowenig viele Lorbeeren zu ernten. So erwies sich bei fachpsychiatrischen Begutachtungen allgemeinpraktischer Durchschnittsfälle [12]: Der Vollarzt wußte meistens ohnedies, was der Spezialist vom Patienten mühevoll eruiert hatte.

Der alte Hausarzt wird also, sieht er etwa die betrubte Miene der Frau U., wahrscheinlich direkt fragen können, was daheim wieder los gewesen ist. Die Kranke schüttet dann dem gewohnten Doktor ihr Herz leichter und rascher aus als irgendeinem anderen Mediziner.

So ist an den Kenntnissen eingesessener Praktiker über ihren Patientenstock sehr viel dran. Mit einer genauen Anamnese somatischer Krankheiten hat das aber nur wenig zu tun.

### Literatur

- nichtige  
Anber-  
schreibung*
- [1] BRANDT, H.: Versuch der Entwicklung einer lehrbaren Diagnostik für die Allgemeinpraxis. 3. Mitteilung: Die diagnostische Erstberatung bei über Halsschmerzen klagenden Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Angina tonsillaris. Med. Welt 17 (1966), 2565.
- [2] BRAUN, R. N.: Die Diagnostik in der Alltagspraxis. Dtsch. med. Wschr. 81 (1956), 1236.
- [3] BRAUN, R. N.: Die gezielte Diagnostik in der Praxis. Stuttgart 1957.
- [4] BRAUN, R. N.: General Practitioners Conference on Medical and Educational Problems of Front-Line. Med. J. med. Educ. 37 (1962), 1047.
- [5] BRAUN, R. N.: Wesen und Technik der Allgemeinpraxis. Monographie 1961 (unveröffentlicht).
- [6] BRAUN, R. N.: Die Allgemeinpraxis und der Zeitfaktor. Dtsch. med. Wschr. 88 (1963), 2084.
- [7] BRAUN, R. N. u. M. HITI: Wann dürfen wir in der Praxis von Pertussis sprechen? Münch. med. Wschr. 102 (1960), 379.
- [8] BRAUN, R. N., A. FREITAG, I. LEITNER u. F. PROSENC: Versuch der Entwicklung einer lehrbaren Diagnostik für die Allgemeinpraxis. 2. Mitteilung: Die diagnostische Erstberatung beim leichtkranken, unklar fiebernden Patienten, bei Luftwegekatarrhen und afebrilen bzw. subfebrilen Allgemeinreaktionen. Med. Welt (1964), 1320.
- [9] REICHERTS P., C. WINKLER u. G. KLOSS: Computerdiagnostik von Schilddrüsenerkrankungen. Dtsch. med. Wschr. 90 (1965), 2317.
- [10] Report on Colour Tagging. J. Coll. gen. Pract. 8 (1964), 94.
- [11] STEINERT, H.: Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis. Dtsch. Ärztebl. 63 (1966), 20.
- [12] STROTZKA, H. u. I. LEITNER: Arbeitszeitenanalyse in der ärztlichen Praxis vom Standpunkt der Sozialpsychiatrie. Wien. med. Wschr. 114 (1964), 421.
- [13] UEXKÜLL, TH. v.: Beim Heidelberger Gespräch der AEA, 17. 6. 1964.

## 24. Die ersten 33 Beratungen

### Zur Überleitung

Zunächst der Zeitpunkt der 100 Erstberatungen: Sie erfolgten in den 4 Wochen vor Weihnachten 1965. Um diese Zeit gehen hier die Menschen erfahrungsgemäß nur dann zum Arzt, »wenn es unbedingt sein muß«. Den dadurch zu Jahresbeginn regelmäßig zustande kommenden Andrang bekomme ich gerade in den Tagen, da ich dies niederschreibe, zu spüren.

Damals herrschte trockenes, mäßig kaltes, also gesundes Wetter. Epidemien gab es keine.

Die Beratungen erfolgten wie gewohnt. Jedesmal aber bestimmte ich die