

Leserbriefe zu: Krapf R. Der Patient kommt zuerst! – Wirklich?
Schweiz Med Forum. 2006;6(38):841.

Zurück ans Krankenbett!

Sehr geehrter Herr Kollege Krapf

«Der Patient kommt zuerst – Wirklich?» Ich teile Ihre Sorge, dass bei unseren jungen Kollegen im oder kurz nach dem Studium Anamnese und klinische Untersuchung zugunsten der Evidenz medizinisch-technischer Untersuchungen immer mehr ins Hintertreffen geraten. Aber vielleicht müssen wir beide als akademische Lehrer an derselben Fakultät uns doch ein wenig an der eigenen Nase nehmen. Wir beide haben bei grossen klinischen Lehrern unsere Ausbildung machen dürfen, die uns persönlich ans Krankenbett führten und von denen wir die klinische Untersuchung mit einfachsten Mitteln lernen konnten. In unseren Jahrgängen ist man im Staatsexamen noch durchgefallen, wenn man vor dem Patienten sein Röntgenbild präsentiert hat. Oder es hingen auch einmal Bilder am Schirm, die gar nicht zum untersuchten Patienten gehörten. Wehe dem, der darauf hereinfiel!

Die Zeiten haben sich geändert. Heute lernt der Student Module und einzelne technische Fertigkeiten, oft audiovisuell, fernab vom Krankenbett und ohne Tutor aus Fleisch und Blut. Ein groteskes Beispiel aus meinem Fach: Vor zwei Jahrzehnten entwickelten wir einen Basiskurs in Nahttechnik, der stets bis auf den letzten Platz besetzt war (auch oft mit Studenten, die einen Jahreskurs später den Kurs noch einmal aus eigenem Interesse wiederholten), der in allen Bewertungen immer einen Spitzenplatz belegte und auch in einem Film des Schweizer Fernsehens gewürdigt wurde. Da wurde die Nahttechnik an gekochtem Schweinefuss praktisch instruiert und geübt, und ich habe dabei manch ein Talent für eine spätere chirurgische Tätigkeit am Werk gesehen. Heute ist dieser Kurs – ein audiovisuelles Lernprogramm, das der Student am Computer passiv bewundert ...

Da erstaunt es mich doch nicht, wenn ich am chirurgischen Staatsexamen auf die Frage, was man unverzüglich mit einer Patientin zu tun habe, die sich beim Gemüserüsten mit dem neuen Rüstmesser so in den Zeigfinger geschnitten hat, dass das Blut an die Küchendecke spritzt, die Antwort erhalte: «Ich mache notfallmässig ein MRI.»

(Die Geschichte ist erlebt, nicht etwa erfunden. Auf den Arm genommen hat mich der Examenskandidat nicht, dafür waren seine übrigen Antworten auch viel zu schwach. Und ich durfte den Betreffenden nicht mit einem «nicht bestanden» entlassen. Der Hauptexaminator war nämlich der Ansicht, das wäre zu mühsam mit den dann unumgänglichen Rekursen und all den Schreibereien ...)

Vielleicht zwingt uns alle ja irgendwann der vielgeschmähte Kostendruck, wieder ein wenig von Apparaten und Bildschirmen abzurücken und uns um unsere Patienten zu kümmern. Ob wir akademischen Lehrer aber darauf warten sollen?

Mit freundlichen Grüssen

Roland de Roche

Korrespondenz:
PD Dr. med. Roland de Roche
Facharzt für Plastische,
Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie FMH
Thannerstrasse 80
CH-4054 Basel
roland.de.roche@mis-bs.ch

Linkshemisphärische Laptopvisiten? Nein danke!

Ich möchte Herrn Professor Krapf zu seinem Editorial gratulieren. Für mich war es eine Wohltat, seinen Gedanken zu folgen, diese nachzuvollziehen. Ich bin der Meinung, dass der Computer im *klinischen* Bereich mehr schadet als nützt. Die Gefahr besteht darin, dass der ausschliesslich linkshemisphärisch wirkende Computer die rechtshemisphärischen Leistungen nicht bloss ergänzt, sondern diese verdrängt. Aber gerade die rechtshemisphärisch erbrachten Botschaften und Informationen sind hinsichtlich der diagnostischen *und* therapeutischen Leistung besonders wertvoll: Intuition, Empathie, Spürsinn, beziehungsmässige Botschaften (der Placeboeffekt ist immer eine rechtshemisphärische Wirkung). Ein Computer erbringt *nie* rechtshemisphärische Leistungen, das können nur das menschliche (und das tierische) Gehirn.

Ich habe 18 Jahre lang in einem Krankenhaus als Geriater gearbeitet und erleben müssen, wie der PC in Form eines Laptops im Heim Einzug hielt. Alle waren überfordert, und bald drehte sich alles nur noch um diese Black Box (im wahrsten Sinne des Wortes). Die Visiten verkamen zu Laptopvisiten, weil die meisten Beteiligten nur noch auf den Bildschirm starrten. Grotesk! Eine Person widerstand der Versuchung, sich mehr um den Laptop (der ja nicht kommuniziert) als um den Patienten zu kümmern: eine wunderbare kurdische Assistenzärztin. Immer wenn sich im Stationszimmer ein Tumult erhob wegen der Meldungen auf dem Bildschirm (die eine Betreuung des Computers erforderten), sagte sie einfach: «Ich gehe schauen!» Und weg war sie, ging zum Patienten, *ans Krankenbett* und kam mit Informationen zurück, die einzig und allein wirklich relevant *und aktuell* waren, eben weil diese am Krankenbett erhoben worden waren – und nicht am Bildschirm!

Dies wusste auch schon Sir William Osler, der seinen Studierenden den Grundsatz mit auf ihren Weg gegeben haben soll: «If you carefully listen to the patients, they will tell you the diagnosis.»

Manfred Hafner



Abbildung 1

Anne Crawford. «Teaching at the Bedside: Sir William Osler, M.D., 1849–1919» (© by Historical Medical Art, LLC 2002. Alle Rechte vorbehalten. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Historical Medical Art, LLC, Danville, Kentucky: www.historicalmedicalart.com).