

KAREL ACHNER

LÉKAŘI JAKO PROFESIONÁLNÍ SKUPINA INTELIGENCE

Zařazení lékařů jako profesionální skupiny do širší skupiny inteligence se zdá být většinou samozřejmé (a v lidové představě dokonce reprezentoval „doktor“ prakticky jen lékaře!), ale přes toto převládající přesvědčení by bylo vhodné k tomuto faktu uvést několik poznámek. Jejich společným jmenovatelem je jistá nesnáze s definitivním, nebo lépe řečeno jednoznačným vymezením pojmu „inteligence“ jako takové; přitom se totiž ukazuje, že některé pochybnosti o příslušnosti lékařů k inteligenci vycházejí jednak z důrazu na strukturovanost sociální skupiny inteligence, jednak z přecenění psychologických momentů a kvalitativně normativních vymezení této skupiny. Např. S. M. Lipset řadí lékaře spolu s advokáty a příslušníky jiných tzv. svobodných povolání až do „periferijní“ skupiny inteligence, která pouze „realizuje kulturu“ jako své povolání. Obdobný postoj zaujímá i M. Janičijevič¹ a někteří jiní autoři.

Východiskem těchto koncepcí je dále také představa lékaře a lékařů jako ošetřujících (praktických nebo odborných) lékařů. Je však tento model lékařů jako profesionální skupiny plně adekvátní? Můžeme totiž sice přijmout Lipsetův hierarchický model struktury inteligence (tj. tvůrci kultury, ti, kdo kulturu šíří, a ti, kdo ji realizují), nebo analogický funkcionální model struktury inteligence Jana Macků² tři základní, komplexní funkce inteligence: tvorba hodnot světonázorových, uměleckých, vědeckých a technických, šíření těchto hodnot a jejich tvůrčí aplikace, a přece nikde z toho neplyne eo ipso zařazení některé profesionální skupiny inteligence na některý vyšší či nižší stupeň. V každé profesionální skupině inteligence totiž vertikálně probíhá toto členění, v každé profesionální skupině inteligence najdeme hierarchii jejich příslušníků v rozmezí od tvůrců nejvyšších hodnot až po sdělitele a popularizátory a epigony. Platí rovněž o lékařích jako o příslušnících inteligence, že i mezi nimi je značné rozpětí, měřeno axiologicky či funkčně. Nejpočetnější a v tomto ohledu nejreprezentativ-

¹ Citováno podle J. Macků: Repetitorium vybraných otázek filosofie dějin a obecné sociologie pro mediky, Brno 1967.

² Jan Macků: Repetitorium..., dále práce téhož autora: K otázce postavení inteligence ve společnosti, SPFF brněnské university 1960, řada sociálněvědná, G 4, s. 42—53; Poznámky k místu a funkcím inteligence v sociální struktuře společnosti, vyd. Soc. akademie; dále jeho příspěvek v časopise Věda — škola — praxe, č. 4/1966 (Konference k otázkám postavení inteligence v social. společnosti).

nější skutečně je typ „ošetřujících lékařů“, ale tato klasická představa nemá právo ignorovat ani lékaře-učitele a lékaře-vědce.

Pro sociologickou analýzu má však nemenší význam výzkum diferenciacie lékařů i v jiných rovinách. Předmětem výzkumů na lékařské fakultě v Praze a v Hradci Králové³ jsou například studující medicíny, zejména z hlediska předpokladů úspěšnosti studia a dokonalé identifikace absolventa lékařské fakulty se svým povoláním, konkrétní výzkumy motivace volby lékařské profese aj. To jsou důležité začátky výzkumů, které budou mít rozsáhlé pokračování. Z hlediska sociologie a sociální psychologie je jistě relevantní srovnání kategorie mladých lékařů a starší lékařské generace,⁴ postavení a specifika venkovského a městského lékaře, obvodního a odborného lékaře, specifika lékařů-specialistů,⁵ závodních lékařů, otázka žen-lékařek, dále průzkum příbuzných profesí (lékárníků, dentistů, laborantů a jiných skupin zdravotnických pracovníků).⁶

V četných studiích o inteligenci se stále užívá dělitka inteligence na technickou a humanitní.⁷ Není mým úkolem vyvracet ani potvrzovat toto dělení, avšak běžné zařazování lékařů mezi tzv. humanitní inteligenci si rovněž zaslouhuje několik poznámek. Lékařské poslání jako zabezpečování zdraví je nesporně realizací humanity v prvním plánu, jejich základních a výchozích hodnot; nebudu se dovolávat jiných příkladů než postavy dr. Galény z Čapkovy „Bílé nemoci“. Objevují se však obtíže, a to tehdy, jestliže se trvá na ostré kontradikci humanitních a tech-

³ Např. výzkumy L. Sobotky, M. Jirkové, J. Patery a jiných.

⁴ ČSSR zdravotnictví 1966, vyd. SEVT, Praha 1967 (Ročenka ministerstva zdravotnictví) — statistika lékařů podle věku a pohlaví (v procentech z celku):

Věková skupina	Muži	Ženy	Celkem
Do 24 let	4,---	11,7	do 29 let je 22,2%
25—29	10,9	23,2	30—39 34,5
30—34	13,9	20,9	40—49 23,8
35—39	18,8	16,9	50—59 14,6
40—44	17,5	12,8	60—69 4,3
45—49	10,--	4,6	70 a starší 0,6 %
50—54	10,7	5,---	
55—59	7,5	3,2	
60—64	3,6	1,---	
65—69	2,3	0,5	
70 a starší	0,8	0,2	(K 31. 12. 1966)

Průměrný věk lékaře u nás se tu uvádí 39,9 let (u mužů 41,5 roku, u žen 35 let).

⁵ Stejný pramen uvádí toto odborné rozvrstvení lékařů (v procentech z celku): (k 31. 12. 1966) — obvodních lékařů je 3712, z toho 817 žen, tj. 12,3 %; internistů 10,7 %, pediátrů 9,6 %, stomatologů 10,5 %, chirurgů 6,2 %, závodních lékařů 5,6 %, ženských lékařů a gynekologů, 5,4 %, hygieniků a epidemiologů 3,2 %, fytizeologů 2,9 %, na teoretických oborech 2,8 %, na posudkové službě 2,6 %, na úseku organizace zdravotnictví 2,5 %, psychiatrů 2,3 %, ušních, nosních a krčních lékařů máme 2,1 %, očních 1,9 %, nervových 1,9 %, rentgenologů 1,7 %, kožních a pohlavních lékařů 1,7 %, ostatních 14,1 % (tj. lékaři v cizině, vykonávající základní vojenskou službu a lékařky na mateřské dovolené).

Celkem bylo u nás k uvedenému datu 30 286 lékařů, z toho 11 019 žen, tj. 36,4 %. (Bez lékařů, kteří trvale pracují v ozbrojených silách.)

⁶ Tamtéž se uvádí, že k danému datu pracovalo u nás 1999 dentistů a 5290 farmaceutů, z toho 3042 žen.

⁷ In. A. Bláha: Sociologie inteligence, Orbis, Praha 1937.

nických oborů a profesí, jestliže je humanitní inteligence obdařována atributy univerzality a jednoznačné mravní kvality na jedné straně a nepraktičnosti na straně druhé apod. Lékařství současné doby totiž charakterizuje stále častější používání složité přístrojové techniky, dále v některých oborech značné vynakládání konkrétní fyzické práce (chirurgie, stomatologie aj.), prohlubování specializací a složitosti práce. Konečně vlastní studium, kvalifikační příprava je orientována z větší části přírodovědecky. To všechno má kladné i záporné stránky, ovšem tendence odklonu medicíny od humanitních oborů (v klasickém pojetí) je zjištělná. Mimo jiné se považuje za jednoznačně kladné zjištění, že v motivaci volby profese lékaře u studentů se neuvádí dřívější oblíbené klišé o touze pomáhati trpícímu lidstvu, obecné fráze o humanistickém poslání lékařů. Fráze a klišé jsou opravdu konzervativními stereotypy myšlení, ovšem s druhé strany to také signalizuje oslabení vědomí kontinuity lékaře a společnosti a univerzality lékařské profese jako takové.

Zařazení tématu lékařů do skupiny inteligence považují tedy za důležité, i když mohou k tomuto tématu učinit jen několik úvodních poznámek: totiž širší otázka vztahu lékařů a společnosti je do značné míry podmíněna řešením místa lékařů mezi inteligencí vůbec. V obecném sociologickém schématu potom profesionální skupina lékařů je parciální skupinou vzhledem k totální skupině inteligence jako celku, řečeno v terminologii O. Mandiče.⁸ Nejednoznačné vymezení inteligence (i jen jako výčtu určitých profesí!) však znesnadňuje statistické a procentní vyjádření podílu lékařů mezi naší inteligencí. Tak Libuše *Dziedzinská*⁹ stanoví, že v roce 1960 bylo u nás 1,301.649 duševních pracovníků (přičemž je diskutabilní identita pojmů příslušník inteligence a duševní pracovník), což by bylo téměř 10 % obyvatelstva státu. V. *Kotek* (Kulturní tvorba č. 45/1966) soudí, že inteligence u nás dosáhla téměř poloviny počtu průmyslových dělníků a značně převýšila družstevní rolnictvo. Profesionální skupina lékařů zaznamenává rovněž neustálý růst a klesá počet obyvatel, připadající na jednoho lékaře.¹⁰

⁸ Oleg Mandič: Úvod u opču sociologiju, 3. vyd., Zagreb 1962.

⁹ Inteligence za kapitalismu a socialismu (Sborník stati pracovníků kateder marxismu-leninismu na vysokých školách), Praha 1962.

¹⁰ Statistika o rústu lékařské profese:

Rok	Počet lékařů	Počet obyvatel na 1 lékaře:
1937	11.581	1,219
1946	9.008	1.340
1948	10.659	1.158
1950	12.580	991
1955	18.322	718
1960	23.997	571
1964	27.981	504
1965	29.150	487
1966	30.286	471

Přehled je z publikace ČSSR zdravotnictví 1966, v jednom případě se tu údaje rozcházejí s V. *Srbem* (Demografická příručka 1966), a to v údajích o roku 1937, Srb uvádí, že bylo 11 684 lékařů: pravděpodobně připočítává i lékaře z bývalé Podkarpatské Rusi.

Na Slovensku připadalo na 1 lékaře (31. 12. 1966) 522 obyvatel. Z celkového počtu lékařů bylo naposledy 19 267 mužů a 11 019 žen. Většina má jako zaměstnavatele zdravotnický

Mezi inteligencí tedy budou podstatně početnější profesionální skupiny inženýrů-techniků (B. *Weiner* uvádí, že jich v roce 1959 bylo 227.000) a učitelů. Proměnlivé je ovšem zařazování staré inteligence, důchodců do statistik; někdy jsou evidováni v sumární kategorii důchodců, jindy v příslušné původní profesionální kategorii, pokud nejde o statistiky ekonomicky činného obyvatelstva.

Statistika o růstu počtu lékařů je současně také dokladem o společenské potřebě lékařské péče, objektivně dokumentuje růst požadavků naší společnosti na zabezpečení zdraví.¹¹

Zbývá však ještě rozbor subjektivního vědomí lékařů jako specifické skupiny inteligence a konfrontace s reálným stavem, zbývá toho ještě velmi mnoho v analýze základních znaků profesionální skupiny lékařů. Vzhledem k tomu, že jde o pole velmi málo orané — budou bohužel další úvahy asi oscilovat mezi deskripcí lékařského stavu a jeho normativitou, tedy půjde o prohršky vůči pojetí empirické sociologie, která analyzuje jen to, co je, a nikoliv to, co být má. Oscilace mezi normou a stavem však není spekulací, respektive jí nechce být.

Obecně je profesionální skupina kategorií lidí stejného povolání, tato kategorizace ovšem nevylučuje vnitřní diferenciaci, jejíž roviny u lékařů jsem již naznačil. Konkrétní podoby této diferenciaci však již současně patří do charakteristických znaků profesionální skupiny, zde lékařů. Mezi obecné znaky profesionální skupiny patří na čelné místo, jak uvádí M. *Janičijevič* charakteričnosti, práce skupiny v dané společenské dělbě práce. Pracovní program lékařů je v prevenci a terapii nemocí, v zabezpečení lidského zdraví, v prodlužování lidského života a životní aktivity — a to v rozsahu od základního vědeckého výzkumu až po konkrétní lékařskou péči. Podle formulace J. *Fourastié* tedy pomáhá zajišťovat biologicky plný život jedince i společnosti. Konkrétní obsah souboru lékařských činností se mění v souladu s rozvojem vědy, která objevuje nové preventivní a léčebné postupy a jiné opouští. Dynamika změn těchto činností rychle vzrůstá (přibývá tu mj. komplexní péče o životní prostředí), ovšem to je bezpochyby společný znak všech nebo většiny profesionálních skupin inteligence. Na zdokonalování těchto činností má však společnost jako celek i každý člověk zvlášť eminentní zájem — a tato zdokonalování jsou veřejností rychle registrována.¹² Zdraví má hodnotu individuálně lidskou, a potom konkrétní styk s lidmi-pacienty je další specifickou daností lékařské profese; to má ovšem také jisté analogie zase i u jiných skupin inteligence (např. učitelů). Sociologické analýze okolností pracovní činnosti lékařů významně přispěl T. *Parsons* charakteristikami tzv. role lékaře (s předpokladem, očekáváním, že bude léčit s vynaložením všech svých schopností) a role nemocného.

resort, část 1 900 lékařů je pod školským resortem, další jsou zaměstnáni v dopravě, v ČSAV, ve Státním ústavu sociálního zabezpečení, v národních výborech apod.

Zajímavá je konfrontace počtu lékařů a počtu obyvatel, připadajících na 1 lékaře v jiných státech: Belgie (1963) 649 obyvatel na 1 lékaře, Bulharsko (1963) — 508, Dánsko (1963) — 528, Francie (1963) — 666, Itálie (1961) — 615, Jugoslávie (1963) — 1 127, Maďarsko (1963) — 592, Polsko (1963) — 669, Portugalsko (1963) — 1 183, Rakousko (1963) — 556, Rumunsko (1963) — 683, Anglie a Wales (1963) — 687, Španělsko (1963) — 764, Švédsko (1963) — 562, Švýcarsko (1963) — 583, SSSR (1963) — 485, Jihoafrická republika (1963) — 1 655, Etiopie (1961) — 86 066, Egypt (1962) — 2 276, Kanada (1962) — 686, Mexiko (1961) — 1 585, USA (1963) — 501, Izrael (1963) — 355, Japonsko (1962) — 698. (Podle ČSSR zdravotnictví 1966.)

¹¹ R. *Bureš*: Úvod do teorie zdravotnictví a ČSSR zdravotnictví, 1966. (Zdravotnické nakladatelství 1960.)

¹² Např. nové léky, nové léčebné procedury (zájem o transplantaci srdce v Jižní Africe apod.).

Třetí základní znak lékařů jako profesionální skupiny lze spatřovat v k o n k r é t n í o d p o v ě d n o s t i lékařů. Tento znak vystupuje výrazně zejména u té nejpočetnější části lékařů, u lékařů praktických a odborných, ovšem platí pro celou skupinu a je jejím významným specifikem.¹³ Platí jistě, že vědomí odpovědnosti bude obecnou normou inteligence vůbec, ale zde podtrhuji pojem konkrétní odpovědnosti: odpovědnost u r č i t ě h o lékaře k u r č i t ě m u pacientovi (viz už *Chamurappiho zákoník*: neúspěšný lékař postižen ztrátou toho orgánu, který nezdařile léčil!), odpovědnost i za vhodná preventivní opatření a zejména za záchranu zdraví — a v krajních případech i života nemocného. Míra této konkrétní odpovědnosti je současně mírou rizika lékaře, obtížnosti tohoto povolání, které se dobře nese s rutinérstvím, jak to dokumentuje iatropatogenie. Není třeba zde patetizovat krajní případy obětavosti a hrdinství, tato norma platí i ve všedních případech jako avízo ke svědomitosti lékařovy práce: — je mu důvěřováno! Odtud pravděpodobně většina etických postulátů medicíny, již od *Hippokratovy přísahy* a staroindických lékařských kodexů, apod. až po naše právní normy tohoto úseku.¹⁴ Vědomí konkrétní odpovědnosti lékaře je potom výsledkem součtu faktorů — praktické a odborné znalosti, vědecké odpovědnosti, morálních postulátů, profesionálních a právních norem a konečně i osobní prestiže.

Specifickým znakem lékařů je dále jasné a zdůrazněné v ě d o m í s k u p i n o v é p ř í s l u š n o s t i a integrity skupiny. Mám za to, že u lékařů je toto vědomí členství ve skupině nejsilnější (má i vnější znak — bílý plášť lékaře) a nejzřejmější mezi všemi skupinami inteligence. Bylo by nerozumné popírat případy konkurence, nevraživosti mezi lékaři (zejména za kapitalismu), ale tyto disonance zůstávaly a zůstávají častěji než jinde uvnitř dané skupiny a integrovanost převládá.

Solidarita, profesionální solidarita a kolegiálníta lékařů do jisté míry vyplývá i z charakteru práce a shody zájmů, ze společné soustavy hodnot a cílů, z mínění o výši prestiže profese, i z uvedeného vědomí odpovědnosti a míry *rizika* v lékařských činnostech. Dále zde má význam i skutečnost, že lékaři patří mezi n e j s t a r š í i profesionální skupiny, a tím je dána i hloubka a závažnost tradic povolání a jeho stabilita, již od kastovních, nebo cechovních útvarů po lékařské komory, spolky a jiné instituce. Souvisí to také se zjištěním, že velmi mnoho dětí z lékařských rodin volí povolání rodičů. — Lékaři také neváhají počítat se mezi inteligenci a mezi společenskou elitu; ne vždy ovšem sebevědomí odpovídá skutečná pozice a prestiž. Skupinové uvědomění však dokáže formulovat i některé požadavky obecného dosahu, nejčastěji jde o získání dostatečného materiálního zajištění — nejen pro příslušníky skupiny — ale zejména zdravotnictví jako celku. To je rozhodující pro konformnost či nekonformnost lékařů k společenskému zřízení jako celku i k jeho detailům, pro eufunkčnost či disfunkčnost vzájemných vztahů, což je východiskem politických aspektů lékařské profesionální skupiny.

Prvky skupinového sebevědomí lékařů značně posiluje i rozsah a kvalita jejich

¹³ a ¹⁴ Viz zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu a příslušných šest prováděcích vyhlášek. Povinnost lékařovy mlčenlivosti zde byla zpřesněna a zpřísněna, atd. K lékařské etice: D. I. *Pisarev*: Etika i myšlenije sovětského lékaře, Moskva 1963; G. I. *Caregorodeev*: Dialektický materializmus a medicína, Vyd. pol. lit., Bratislava 1965, kap. VI. a VII. Morálka ve zdravotnictví (Sborník ideologické konference lékařské fakulty v Brně), Brno 1963.

vysokoškolské přípravy.¹⁵ Objektivně můžeme konstatovat, že systém odborné přípravy lékařů a jejich postgraduálního studia (atestací) je do značné míry vzorem a prototypem odborné přípravy i pro jiné profesionální skupiny inteligence — i přesto, že sami lékaři jej ještě nepovažují za nejdokonalejší.

S společenská prestiž a společenské postavení lékařů, jak už bylo uvedeno, vždy neodpovídá subjektivním požadavkům a představám o žádoucí prestiži a společenské roli. Nebude snad chybnou generalizací vyslovit myšlenku, že obvykle čím větší je rozpětí mezi žádoucím, žádaným a skutečným stavem společenské prestiže a role lékařů, tím bývá menší progresivita daného společenského zřízení.¹⁶ Naše společnost se snaží některé svoje omyly v tomto směru napravovat, mj. i platovými úpravami u lékařů;¹⁷ je pravděpodobné, že se už nebude považovat za společensky efektivnější posílat primáře oddělení a lékaře na brigády sbírat brambory, než je jejich odborná práce! Proměny prestiže a společenského postavení lékařů jsou však objektivní skutečností i jinde ve světě, lékaři přestávají být příslušníky svobodných povolání, ale stávají se zaměstnanci zdravotnických zařízení (nemocnic, škol, lékařských ústavů a klinik, lázní, veřejné zdravotnické správy) — v souvislosti s obecně rozšiřovaným nemocenským pojištěním obyvatelstva. Obecně vzato, u nás je prestiž lékařské profese opět dosti vysoká, jak o tom svědčí výsledky zkoumání prestiže jednotlivých profesí, a má vzestupnou tendenci, která odpovídá vědeckým i praktickým výsledkům naší medicíny, jejíž autorita vychází z úrovně odborné i z kvality výsledků práce.

Jan Macků¹⁸ uvádí, že prestiž lékařů odpovídá stupni zdůraznění hodnoty zdraví ve společnosti: každý je někdy nemocný, každý je někdy léčen. Je pochopitelné, že lékaři sami považují zdraví za ústřední hodnotu, již podřizují hodnoty ostatní. Na rubu těchto úvah je však někdy také požadavek nadstranickosti a apolitičnosti lékařů, jak jsem sám zjistil při průzkumu názorů studentů na lékařské fakultě.

Tento rozbor některých důležitých znaků lékařské profese byl často v rovině sociálně psychologické a jistě není úplný. Sociologické analýze lékařů nesmí jistě uniknout ani další specifika skupiny, která patří i do etiky, dále dějiny a analýza lékařských institucí, fakt rostoucího podílu kolektivní práce, komplexních výzkumů ve vědeckých týmech a růst kooperace¹⁹ i v praktické prevenci a terapii (problémy tzv. civilizačních chorob), analýza životní úrovně a životního stylu lékařů, jejich kulturních zájmů, atd. V budoucnu — i přítomnosti však již snad nebude možné redukovat poslání lékařů na podíl na „reprodukcii pracovní síly“²⁰ a považovat současně lékaře za neproduktivní a parazitní složku společnosti.

— Ústřední problém lékařů však dnes plně odpovídá ústřednímu problému světa, proto je možné bez dalších úvah uzavřít citátem dr. Galény z Čapkovy Bílé nemocí: „To je prostě lékařská povinnost odstranit válku.“

¹⁵ Absolventi čs. lékařských fakult (naši státní příslušnosti) za škol. roky: 1955/1956 — 1 239; 1960/1961 — 1 159; 1961/1962 — 1 043; 1962/1963 — 1 352; 1963/1964 — 1 419; 1964/1965 — 1 395; 1965/1966 — 1 612 (ČSSR zdravotnictví 1966).

¹⁶ Srv. M. Laichman: KŠČ a inteligence, vyd. vysokoškol. výb. KŠČ v Brně, 1966 a I. Hálek: Zápisky lékaře, Praha 1955.

¹⁷ Průměrná měsíční mzda lékaře u nás v roce 1966 byla podle ČSSR zdravotnictví 1966 2 475,— Kčs, dentisty pak 1 748,— Kčs.

¹⁸ Repetitorium vybraných otázek filosofie dějin a obecné sociologie pro mediky, Brno 1967.

¹⁹ Někdy se připomíná úvaha, že v medicíně převládají vztahy kooperace nad subordinací (?).

²⁰ Tendence k tomu jsou v ekonomicko-zdravotnických publikacích — A. Karlík: Ekonomické otázky zdravotnictví, SPN, Praha 1965; B. Makovský: K ekonomické problematice péče o zdraví, UK, Praha 1966; L. Strnad: Ekonomika a zdravotnictví, SPN, Praha 1964.

ÄRZTE ALS PROFESIONELLE GRUPPE DER INTELLIGENZ

Die scheinbare Selbstverständlichkeit der Zuständigkeit der Ärzte zur Intelligenz ist in der Studie mit dem Standpunkt von S. M. Lipset und mit dem verwandten funktionellen Modell der Struktur der Intelligenz von J. Mackú konfrontiert. Den äußerst anspruchsvollen (und psychologisierenden) Auffassungen der Intelligenz als solcher entspricht nur ein Teil der Ärzte als professionelle Gruppe der Intelligenz, allerdings mit dem Zusehen zur funktionellen Differenzierung der ganzen Intelligenz einschließlich der Ärzte verlieren Zweifel und Skepsis über die Eingliederung der Ärzte zur Intelligenz an Berechtigung. (Die Beweglichkeit des Umfangs des Begriffs der Intelligenz als sozialer Gruppe zwingt aber auch, die Intelligenz auch in der Auffassung der gewissen Gesamtheit der professionellen Gruppen zu nehmen.)

In gleicher Zeit entspricht die klassische Anreihung der Ärzte zu der sog. humanitären Intelligenz immer weniger, so wie sich selbst die scharfe Kontradiktion der technischen und humanitären Intelligenz wesentlich problematisiert. Die heutige Medizin charakterisiert nämlich immer häufigere Benützung der komplizierten Gerätetechnik, in einigen Fächern erhebliche Aufwendung der konkreten physischen Arbeit, die Vertiefung der Spezialisierung und der Kompliziertheit der Arbeit. Auch das einige ärztliche Studium, — die Qualifikationsvorbereitung ist zum größten Teil naturwissenschaftlich orientiert — die Tendenz der Abneigung der Medizin von den humanitären Fächern kann man also feststellen auch wenn die Einschätzung dieses Phänomens allerdings zwiespältig sein kann.

Die Erwägung weiter konstatiert, daß das zahlenmäßige Wachstum der Intelligenz (besonders in der Auffassung des Komplexes der bestimmten Professionen) bei uns adäquat das Wachstum der Zahl der Ärzte begleitet, zahlenmäßig ist es von der Anmerkung Nr. 10 dokumentiert. Der weitere Teil der Arbeit ist der Versuch über die Analyse der elementären Merkmale der professionellen Gruppe der Ärzte, unter denen an die Vorderstelle der Charakter der Tätigkeit — die Prävention und Therapie der Krankheit, die Sicherung der menschlichen Gesundheit, die Verlängerung des Lebens und der Lebensaktivität, gehört und zwar im Umfang von der elementaren wissenschaftlichen Forschung bis zur konkreten medizinischen Sorge. An der Vervollkommung dieser Tätigkeit hat die Gesellschaft als Ganzheit und auch jeder Einzelne eminentes Interesse. Unter weiteren Merkmalen führt man die konkrete Beziehung des Arztes mit den Leuten-Patienten, dessen soziologische Analyse von T. Parsons gegeben wurde; dann ist das die durch die Verantwortung des Arztes zu dem bestimmten Patient gegebene konkrete Verantwortung der Ärzte, welche genau schon das Gesetz von Chamurappiho, der Eid von Hippokrates und die altindische, medizinische Kodex formuliert haben. Der Maß dieser konkreten Verantwortung ist zugleich ein Maß des Risikos des Arztes, der Beschwerlichkeit dieses Berufes (auch wenn es nicht nötig ist es zu patetisieren), welcher sich nicht gut mit der Routine verträgt, wie es die Iatropathogenie dokumentiert.

Das spezifische Zeichen der Ärzte ist weiter ein klares und hervorgehobenes Bewußtsein der Gruppenzuständigkeit und der Integrität der Gruppe, wo Disonanzen regelmäßig innerhalb der Gruppe bleiben und dringen nicht nach außen. Diese Solidarität folgt zweifellos aus dem Charakter der Arbeit und der Zustimmung der Interesse, aus dem gemeinsamen System der Werte und Ziele, aus der Meinung von dem gewünschten Prestige der Profession. Eine sichere Rolle hat hier auch die Wirklichkeit, daß die Ärzte unter die ältesten professionellen Gruppen gehören. Das Gruppenbewußtsein ist in stande auch einige Forderungen gemeinschaftlicher Tragweite zu formulieren, es führt zur Konformität oder Unkonformität der Ärzte zur breiteren gesellschaftlichen Gesamtheit. Das Gruppenbewußtsein ist gleichfalls von der Argumenten der anspruchsvollen und langen fachlichen Vorbereitung unterstützt — immer ist aber eine lange Spanweite zwischen den erwünschten und gegebenen gesellschaftlichen Prestige der Ärzte ein negatives Phänomen. Die Wandlungen des Prestiges und der gesellschaftlichen Stellung der Ärzte sind aber die Wirklichkeit. Jan Mackú führt an, daß das Prestige der Ärzte dem Stufe der Betonung des Wertes der Gesundheit in der Gesellschaft und der gegebenen Zeit entspricht. Unter weitere Specifica der ärztlichen Profession als einer Gruppe der Intelligenz würden weiter die Erkenntnisse der speziellen Ethik, Specifica und Geschichte der ärztlichen Institutionen, die Analyse des Lebensstils und Lebensniveau der Ärzte, ihre kulturellen Interesse gehören. Die Zentralprobleme, die allgemeinen Bedingungen der ärztlichen Gruppe der Intelligenz decken sich aber mit den allgemeinen Postulaten von Sozialismus und Humanismus.

Anmerkungen zu dieser Abhandlung bringen außer den bibliographischen Angaben auch die Dokumentation, die numerischen Übersichten und Tafeln über die Ärzte in der Tschechoslowakei.

Übersetzt von Ludmila Lešková

