

«Von der Stütze der Gesellschaft zum Rebel»

In den bald 40 Jahren zwischen meiner Ausbildung zum Arzt und meiner Tätigkeit heute hat sich ein riesiger gesellschaftlicher Wandel vollzogen, der auch mein Selbstverständnis als Arzt stark verändert hat.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis

In meinen jungen Jahren wurde in der Gesellschaft das Unbehagen formuliert, dass der Arzt für seine Patienten keine Zeit habe und auf das Persönliche zu wenig eingehe. Man sprach von der 5-Minuten-Medizin. Der Wunsch nach individuellerer und nicht nur somatisch orientierter Medizin leitete mein Interesse in psychosomatische Richtung. Mit der Erfahrung bei Praxisvertretungen, dass das Eingehen auf seelische Belange in der Allgemeinpraxis mir als Arzt einen hohen zeitlichen Druck auferlegt, konzentrierte ich mich ganz auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Feld. Damals herrschte im Fach der Psychiatrie eine richtige Aufbruchsstimmung. Dabei wurde Psychotherapie von den «richtigen» Medizinern ambivalent erlebt. Einerseits wurden den Psychotherapeuten alle Erfolge zugetraut, andererseits wurden ihre Bemühungen auch als «ein bisschen reden ohne Auswirkung» entwertet. Gesellschaftlich jedoch wurde und wird die Psychotherapie als hilfreich verstanden und immer mehr in Anspruch genommen.

Verhältnis Psychiater–Krankenkassen

Dies führte zu einer Zunahme der Kosten. Waren die Psychiater und Psychotherapeuten in den 1980er Jahren noch hochwillkommene Fachleute, die man meist respektvoll behandelte, kamen sie zunehmend unter den Druck der Krankenkassen. Die Behandlungen seien teuer, was insofern stimmt, als Psychotherapie eine zeitintensive Behandlung ist. Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Effizienz wurden in Frage gestellt und vielen Psychiatern mit Wirtschaftlichkeitsklagen gedroht, und einzelne auch wirklich eingeklagt, was für jeden betroffenen Arzt eine existenzielle Belastung und Bedrohung bedeutete. Psychotherapie (v.a. bei länger dauernden Behandlungen) musste sich mit grundsätzlichen Fragestellungen auseinandersetzen. Dies führte zu neuen Studien, um Effizienz,

Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit nachzuweisen. Dieser Druck hat nach meinem Erleben stark nachgelassen, seit neuropsychologisch ausgerichtete bildgebende Verfahren somatische Veränderungen im Sinn einer Heilung nach reiner Wortbehandlung (also Psychotherapie) nachgewiesen haben.

Psychiater und Psychotherapeuten gehören nach wie vor zu den am wenigsten verdienenden Medizinern. Dazu eine anekdotische Anmerkung: Nach Abschluss einer Behandlung konfrontierte ich einen Patienten mit den Kosten (im fünfstelligen Bereich) und fragte ihn, was er dazu meine. Er entgegnete: Diese Kosten seien in seinem Fall gar nicht relevant. Ohne Psychotherapie wäre er gar nicht mehr am Leben. Eine andere Patientin meinte zu dieser Frage: Diese mehrjährige Behandlung habe so viel gekostet wie die Schönheitsoperation einer Freundin, die zwei Stunden dauerte.

Der Paradigmawechsel: Von der Menschen- zur Ökonomiezentrierung

Zu Beginn meiner Psychiatertätigkeit war das gesellschaftliche Denken menschenzentriert. Menschen wurden ernst genommen und gefördert. Es war die Zeit der sozialen Marktwirtschaft, in der jeder nach seinen Möglichkeiten zum gesellschaftlichen Gelingen beitragen und genügend verdienen sollte, um in Würde leben zu können. Psychotherapie sollte helfen, persönliche Probleme zu überwinden, die den Menschen in seiner Entfaltung behinderten. Arbeitswelt und Ärzteschaft waren sich in dieser menschenzentrierten Sicht einig. Der Arzt konnte sich ganz seiner heilend-begleitenden Tätigkeit widmen.

Mit dem Fall der Berliner Mauer und dem Bankrott der sozialistischen Idee änderte sich das Bild ziemlich rasch. Plötzlich wurden Arbeitnehmer zu «Human Resources», die man ausbeuten konnte. Der Arbeitsdruck wurde ebenso grösser wie der Konkurrenzdruck. Mit der Personenfreizügigkeit kommt aktuell auch noch der Lohn unter Druck. Heute sind weder Sockelarbeitslosigkeit noch Working Poor anstössig, sondern für das «gute Funktionieren des Systems» notwendig. Bis 1989 waren beruflich bedingte Probleme in meiner Tätigkeit selten. Heute kommt schätzungsweise ein Drittel meiner Pati-

enten ursächlich wegen beruflicher Probleme (Stichwort Burn-out) oder wegen des Nichtertragens ihrer Arbeitslosigkeit zur Behandlung. Ich warte schon lange auf die Taggeldversicherung, die die versicherten Firmen dazu zwingt, Stempeln wieder einzuführen, um 60–80 Wochenstunden Arbeitszeit als Regressgrund geltend machen zu können. Dabei finde ich besonders stossend, dass der Patient von allen Seiten gedrängt wird, wieder zu funktionieren, aber die strukturellen Auslöser der Arbeitswelt negiert werden. Ich behandle zum Beispiel mehrere über 55-Jährige, die gerne funktionieren würden und dies nicht wegen Krankheit nicht können, sondern weil die Wirtschaft sie ausschliesst, – und sie da-
rob krank werden.

Paradigmawechsel von der Vertrauens- zur Misstrauensgesellschaft

In meiner Ausbildungszeit hörte ich einen öffentlichen Vortrag eines IV-Stellenleiters, der klarstellte, dass IV-Leistungen bei Bedarf ein Recht seien, das man beanspruchen dürfe und kein Almosen, dessen man sich zu schämen habe.

Wie anders tönt es doch heute! Der Schweizer ist ja in der Regel mit Belastungen der Allgemeinheit sehr zurückhaltend. Den Bedarf formulierte damals der behandelnde Arzt, der sich im weltanschaulichen Einklang mit der Wirtschaft wusste. Seine Berichte wurden von der IV geprüft und in den Schlussfolgerungen von dieser meist übernommen. Drei Faktoren haben eine grosse Änderung bewirkt: Die starke Immigration, die zur multikulturellen Gesellschaft mit anderem Inanspruchnahmeverhalten führte, die Zunahme der IV-Beanspruchung und das gesellschaftliche Primat der Ökonomie. Plötzlich begann man von beehrlichen Pseudoinvaliden zu reden. Ebenso von behandelnden Ärzten, die den Patienten Gefälligkeiten erweisen und zu ungerechtfertigten IV-Renten verhelfen. Das gipfelte in einem Bundesgerichtsurteil, dass jeder Bericht eines behandelnden Arztes als patientenlastig zu gelten habe und deshalb von der IV nicht ernst zu nehmen sei. Seither nehmen die Zahl der Gutachten und auch die Zahl der juristischen Klagen von Patientenseite zu. Kommt so ein Fall vor Gericht, bekommt der Bericht des behandelnden

Arztes, wenn er denn substantielle Fakten beinhaltet, plötzlich doch noch grosses Gewicht.

«Ich werde patientenlastig»

In meinem Berufsverständnis ist es von Anfang an mein Anliegen gewesen, Menschen in seelischer Not mittels Psychotherapie zu helfen. Dabei bestand vor 1989 eine Art Allianz mit den Arbeitgebern, den Betroffenen möglichst im Arbeitsprozess zu halten. Man könnte sagen: Die Mächtigen waren sich darin einig, menschenzentriert zu handeln.

So gesehen war ich als Psychiater eine Stütze der Gesellschaft. Ich fühlte mich auch so, auch wenn ich nicht alles gut fand.

Heute stehe ich mit meinem gleich geliebten Anliegen in einer ökonomisierten Landschaft. Der Patient kann oft nicht mehr mit dem Goodwill seines Arbeitgebers rechnen. Im Gegenteil: Oft steht er ihm eher feindlich gegenüber und wird mit seinen Anliegen nach Schutz und Unterstützung meist alleingelassen, von der IV ebenso wie von der Gesellschaft und Arbeitswelt. Das führt

dazu, dass ich als Therapeut nicht mehr immer eine neutrale Haltung einnehmen kann, sondern dem Patienten in realem Sinn helfend zur Seite stehen muss. Ich werde patientenlastig, also im Vergleich zu früher zum Rebell, weil der Patient im gesellschaftlichen Kräftespiel allein viel zu schwach ist. Dabei stelle ich zynischerweise fest, dass v.a. Grossfirmen ihre zu Patienten gewordenen Mitarbeiter besser behandeln als die Gesunden (zumindest bevor man sie entlässt!)

Dr. med. Peter Kern

Wandel des Arztbildes aus subjektiver Sicht von drei Redaktionsmitgliedern

Ein schöner Beruf wird entwertet

Wie hat sich das Bild des Arztes in den letzten Jahrzehnten verändert? Ist der Arztberuf nach wie vor eine «Berufung» oder ist er zu einer Dienstleistungstätigkeit im Sinne eines Service public geworden? Drei Mitglieder der Synapse-Redaktion beantworten diese Frage je aus ihrer individuellen Sicht.

Trend zu einer entpersonalisierten Arzt-Patienten-Beziehung

Der Arztberuf wurde traditionellerweise als Prestigeberuf angesehen. Der Arzt genoss grosses Vertrauen und war in unserer Gesellschaft zusammen mit Pfarrern und Lehrern sehr angesehen. Das hat sich inzwischen verändert: Neue Erziehungsstile, vermehrte Berufstätigkeit der Frauen, Zerfall der Familien, Mobilität, Internet usw. führten zu einer veränderten Einstellung und Erwartungshaltung des Patienten dem Arzt gegenüber. Dieser muss heute mehr erklären und sein Handeln begründen und wird oft hinterfragt. Vor einem operativen Eingriff wird (nicht nur aus Kostengründen) eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt. Das «blinde Befolgen» des ärztlichen Rates wurde abgelöst durch ein Pseudowissen des Patienten, das er sich aus den Medien und dem Internet zusammenträgt. Die vom Arzt vorgeschlagene Behandlung wird mit Freunden und Bekannten diskutiert und verglichen.

Die Schnellebigkeit und Hektik in unserem beruflichen Alltag bewirken in der Praxis wie im Spital einen häufigen

Wechsel, welcher vom Personal viel Flexibilität erfordert.

Mittlerweile haben einige ein neues, lukratives Geschäftsfeld entdeckt: das Organisieren von Ärztekongressen, insbesondere von internationalen Tagungen. Das Gesundheitswesen hat ein grosses Wachstumspotential und generiert viele Arbeitsstellen. Vor allem aber kriselt es im Gegensatz zur Exportwirtschaft, dem Bankenwesen und dem Tourismus sehr wenig.

Die abnehmende Zahl praktizierender Ärzte sowie die Überalterung der Hausärzte führen zur Verkürzung der eigentlichen Behandlungs- und Betreuungszeit und fördern eher längere Wartezeiten. (Viele Ärzte arbeiten im Teilzeitpensum sowie Frauen, auch gerne als Angestellte und nicht als selbstständig Erwerbende.) Der Wechsel beim Pflegepersonal während eines Spital- oder Altersheimtages geht mit einem Wechsel der Bezugspersonen einher, was zur Folge hat, dass die Bindung und die Beziehung zum Erkrankten nachlässt. Das Schaffen einer Vertrauensbasis für die Behandlung und Begleitung des Betroffenen wird schwieriger, wenn wenig Zeit zur Verfügung steht und auf allen Stufen ein reger Personalwechsel stattfindet. Leider haben die Ärzte und Pflegenden immer weniger Zeit für die Patienten, weil sie mehr als früher administrative Arbeiten übernehmen müssen.

Gerade bei älteren Menschen besteht viel Erklärungsbedarf. Ausländische Arbeitskräfte müssen sich zuerst in die Struk-

turen und Gegebenheiten einarbeiten. Roboter für die Essens-, Medikamenten- oder Wäscheverteilung nehmen zwar vordergründig dem Spital- oder Altersheimpersonal Arbeit ab, fördern jedoch die Entpersonalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung und bewirken dadurch letztendlich auch, dass die Kranken mit ihren Ängsten und Symptomen alleine bleiben.

Dr. med. Alexandra Prünte

«Akzeptieren, dass das gegenwärtige medizinische Wissen der aktuelle Stand des Irrtums ist»

Der Arztberuf ist eigentlich ein schöner Beruf, der auch immer noch etwas mit Berufung zu tun haben sollte. Diese lässt sich wohl nur schwer in einem Eignungstest feststellen, weshalb bei der Wahl des Berufswunsches Arzt anthropozentrische und anthropophile Haltungen und Werte vorliegen sollten. Und gerade weil es um Werte und Haltungen geht, kann die Ausbildung zum Arzt nicht am Bildschirm erfolgen. Lebende Vorbilder mit all ihren Stärken und Schwächen, ihrer Erfahrung und der Gewichtung ihrer Erfahrungen sind wichtig.

Nach bestem Wissen und Gewissen handeln heisst zu akzeptieren, dass das gegenwärtige medizinische Wissen der aktuelle Stand des Irrtums ist. Und heisst auch: so zu handeln, dass man nicht schadet. Es braucht Zeit und Raum für