

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

eine ungestörte und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Das lässt sich am besten realisieren, wenn der Beruf des Arztes respektive der Ärztin ein freier bleibt. Dafür müssen wir selbst besorgt sein und zunehmend mehr dafür kämpfen.

«Eine wesentliche Aufgabe von Ihnen als Hausarzt ist es, die Patientinnen und Patienten zu beruhigen, rein aufgrund der Prävalenz», sagte mir vor ungefähr 10 Jahren ein Professor der Epidemiologie in einem Gespräch anlässlich eines Kurses. Das ist eine gute Maxime für die Grundversorgung. Nur gibt es heute zunehmend Druck von aussen: Wie viel Aufwand darf für diese «Beruhigung» betrieben werden? Zu welchem Preis? Den Umgang mit Unsicherheit schliesst unsere berufliche Tätigkeit immanent mit ein. Es gilt, gefährliche, ungünstige Krankheitsverläufe zu erkennen, ob man nun von «Red Flags» oder «Spitzen von Eisbergen» spricht. Das ist eine Herausforderung. Sie macht unseren Beruf aber auch spannend. Die Varianz ist gross: «Die Natur hasst jedes Schema, aber ein Schema ist bequemer», erwähnte einmal ein sehr strukturierter Pathophysiologe während einer seiner Vorlesungen.

Grundversorger-Medizin darf keine «Barfuss-Medizin» sein, denn «End of the Pipe Solutions» sind meistens teurer. Es geht auch darum herauszufinden, was für die Patientinnen und Patienten wesentlich ist. Was treibt sie an, was hindert sie? Warum sind Verhaltensänderungen so schwierig?

In diesem Zusammenhang hat mich der Ansatz von «Motivational Interviewing» (Stephen Rollnick & William R Miller, zwei Psychologen) am meisten überzeugt, da er im Praxisalltag gut realisierbar ist. Danach gilt: zuerst zuhören (listen), genug lange, d.h. mindestens 90 Sekunden, dann geleiten (guide) durch offene Fragen und erst dann durch Information und Anweisungen führen (direct). Ausserdem gilt es, vorschnellem Korrigieren zu widerstehen und zu versuchen, die wahren Hintergründe zu verstehen, zuhören und letztlich die Patientin/den Patienten stärken und aufbauen. Ich habe mich nie dem paternalistischen Bild des Arztes verpflichtet gefühlt (eine Generationsfrage?). Ich verfolge mehr einen partnerschaftlichen Ansatz. Allerdings muss ich festhalten, dass vor allem ältere Patientinnen (über 80) ein paternalistisches Muster gewohnt sind und durch die Freiheiten, die ein partnerschaftlicher Ansatz mit sich bringt, eher verunsichert, überfordert und hilflos sind.

Sorge macht mir die unbeschreibliche Gier einiger weniger. Die Politik, nicht nur die Gesundheitspolitik, sollte fair sein. Die zunehmende soziale Ungleichheit ist nach Sir Michael Marmot, Medizinprofessor aus London, die Folge einer «toxic combination of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics». Berichte und Bücher liegen vor, doch die Politik funktioniert anders: Wer hat, dem wird gegeben oder erlassen, wie zum Beispiel Steuern und AHV im Rahmen der Unternehmenssteuerreform II.

Diese Gier einiger weniger ist als Erklärung allerdings nicht hinreichend. Wir scheinen uns seit Anfang der 1980er Jahre von einer noch teilweisen sozialen Marktwirtschaft zu einer zunehmend asozialen, amoralischen und folglich auch unsolidarischen Marktgesellschaft zu entwickeln (Michael J. Sandel: What Money Can't Buy, 2012). Wollen wir das? Sind Gesundheit und Ärztinnen und Ärzte zu kaufen wie Waren? Sind wir im Zeitalter des Kannibalismus angekommen? (1)

Armen Menschen wird gegen eine lächerliche Entschädigung eine Niere für einen zahlungskräftigen Käufer entnommen, und zwar von Ärzten, die in Klinikkonzernen in Schwellenländern arbeiten. Selbstverständlich gibt es keine Nachbetreuung der Organspender. Die Ökonomie ist zu einer Herrschaftswissenschaft geworden. Die Logik des Kaufens und Verkaufens gilt nicht mehr nur für materielle Güter, sondern beispielsweise auch für Leihmütter. Im Bildungs- und Gesundheitswesen sind andere Werte wichtiger. Die Marktlogik führt gemäss Sandel zu mehr Ungleichheit und Korruption.

Vorerst laufen wir in der Schweiz (gemäss Publikationen des Gesundheitsobservatoriums 2008, 2009) in einen Mangel an Pflegenden und Ärzten. Die Politik hat die ersten vier Jahre verschlafen und handelt bis jetzt zu wenig und zu spät. Politik beinhaltet die Notwendigkeit, vorausschauend zu handeln auf einer Grundlage unvollständigen Wissens. Allerdings ist es eine Kunst, aufgrund spärlicher und schlechter Daten intelligente Schlussfolgerungen zu ziehen. Diese Kunst trainieren wir für und in unserem Job und brauchen sie täglich. Wer sollte da mal auf wen hören? Schon Rudolf Virchow meinte 1848: «Die Medizin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen.»

*Dr. med. Carlos Quinto*

(1) Vgl.: Jean-Daniel Rainhorn, Geneva: Health inequalities: some global perspectives (25.6.2009, Bern), anlässlich des Symposiums zur Emeritierung von Christoph Minder, Link: [http://www.ispm.ch/fileadmin/doc\\_download/News/News\\_09o6\\_Rainhorn\\_JD\\_Cannibale.Berne.v3.pdf](http://www.ispm.ch/fileadmin/doc_download/News/News_09o6_Rainhorn_JD_Cannibale.Berne.v3.pdf)

---

### «Mit der Spezialisierung geht die Geschichte des Patienten verloren»

---

Bader, auch «Medici» genannt, gab es schon im Mittelalter. Es waren die ersten Chirurgen, auch Zahnärzte, die mit wenigen Mitteln und Courage ein wenig Linderung in eine von Pest und Armut geprägte Welt brachten. Heilen konnten sie nicht – dafür hatten sie das Körperverständnis noch nicht, das die späteren Anatomen aus Leichen herauslasen. Gleichzeitig waren sie aber auch oft Scharlatane, die mittels Kräutern und Tränken gegen Geld oder Waren Liebe, Heilung und noch vielmehr versprachen ...

Ob die Ärzte der Neuzeit aus diesen zweifelhaften Menschen abzuleiten sind? Ja, wahrscheinlich schon. Es braucht eine gehörige Portion Neugier, Durchhaltevermögen und manchmal ist die Arbeit dem Ungewohnten fremd. Da muss man durch, um ein Medizinstudium der heutigen Zeit zu bestehen. Auch heute noch ist das Helfende am Beruf ein wichtiger Motor, das Medizinstudium durchzustehen. Unsere Grossväter und Väter hatten die Ehre, Medizin zu studieren. Nur gutsituierte Familien konnten es ihren Sprösslingen ermöglichen, dieses Studium, damals hochangesehen, zu ergreifen und mit dem Staatsexamen abzuschliessen. Danach wurde sofort gearbeitet, beim Vater in der Praxis oder als eigenständiger Hausarzt. Spezialisierungen kamen erst im 20. Jahrhundert auf – vorher war man entweder Chirurg – oder Hausarzt, also Spezialist der inneren Organe.

Mit der Spezialisierung kamen neue Berufe oder neue Unterteilungen des Körpers auf. Der Augenarzt war fortan nur noch für die Augen eines Menschen zuständig – und dafür wusste er im besten Fall alles über dieses Organ im Zusammenspiel mit dem Körper. Der Hausarzt war auch Anfang dieses Jahrhunderts ein Selfmademan, Frauen kamen einiges später dazu, sie waren die guten Perlen hinter den Hausärzten, die ihnen den Rücken freihielten, die Kinder aufzogen und in der Praxis Administratives erledigten. Ohne Frauen im Hintergrund wären die Ärzte nicht fähig gewesen zu dem, was sie leisteten: Tag und

Nacht für immer mehr heilbare Krankheiten zuständig zu sein.

Mit mehr staatlichen Universitäten, die subventioniert wurden, war es mehr Menschen aus allen Bevölkerungsschichten möglich, Medizin zu studieren. Damit und mit der beginnenden Frauenbewegung wurde es auch Frauen möglich, Medizin zu studieren. Mit einem immer grösser werdenden Frauenanteil in der Medizin begann ein neuer Trend – die Teilzeitmedizin, die vor allem von Frauen (die auch heute noch den Grossteil der Kindererziehung leisten) gefordert wurde.

Heute sind mehr als 50 Prozent der Medizinstudierenden Frauen und immer noch steigt ihr Anteil an Staatsexamensab-

gängern. Frauen haben keine Lobby, die die Kinder aufzieht und ihnen den Rücken freihält, um zu 100 Prozent mit ihrem Beruf zu verschmelzen. Sie sind immer noch die Kindererzieherinnen und im Haushalt zu 70 Prozent zuständig –, auch wenn die Hausarbeit in der Familie geteilt wird. Heute hat das Bild des Hausarztes auf dem Lande, der rund um die Uhr für die Patienten zuständig ist, ausgedient. Was verlieren wir damit? Einen empathischen Menschen, der sich aufopfert und seine Familie selten sieht. Und was noch? Einen guten Freund der Familie, der alle Mitglieder von der Wiege bis zu Bahre kennt und um deren kleine und grosse Sorgen weiss und sich gebührend darum bemüht.

Die Spezialisten, die gegebenenfalls zu Rate gezogen werden, verwässern dieses Modell, wenn sie nicht via Hausarzt aufgebeten werden, mitzuhelfen. Heute ist es leider üblich, direkt den Spezialisten aufzusuchen. Bei Halsweh den HNO-Arzt, bei Blasenentzündung den Nierenspezialisten ...

Damit geht die Geschichte des Patienten verloren, niemand hat mehr den Überblick über die verschiedenen Leiden des Patienten. Vergessen geht der Diabetes, der beim Augenarzt aber ein wichtiges differentialdiagnostisches Puzzleteilchen wäre, um die Krankheit des Auges zu begreifen.

Med. pract. Katja Heller

Der Wandel des Arztbildes aus der Sicht eines Ärzteberaters

## «Krisen sind in der Ärzteschaft immer noch ein extremes Tabu»



Dr. med. Jürg Bänninger

**Synapse: Wie steht es heute Ihrer Erfahrung nach ganz allgemein um die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz?**

Jürg Bänninger: Vergleichsstudien aus der Schweiz zu früher gibt es kaum. Fest steht, dass Ärztinnen und Ärzte risikofälliger sind für psychische Krankheiten und unter ihnen Burn-out weitverbreitet ist. Suizid ist der häufigste Grund für vorzeitigen Tod unter Ärzten und der zweithäufigste unter Medizinstudenten. Ärzte sind 2,45-mal mehr gefährdet als die Gesamtbevölkerung. (1)

Früher gibt es kaum. Fest steht, dass Ärztinnen und Ärzte risikofälliger sind für psychische Krankheiten und unter ihnen Burn-out weitverbreitet ist. Suizid ist der häufigste Grund für vorzeitigen Tod unter Ärzten und der zweithäufigste unter Medizinstudenten. Ärzte sind 2,45-mal mehr gefährdet als die Gesamtbevölkerung. (1)

**Was hat sich in den letzten 50 Jahren in einer Ärztebiographie vor allem verändert?**

Die fachlichen Anforderungen sind sicher gestiegen. Dafür sind die Informationen dank Internet viel leichter zu beschaffen und zunehmend auch automatisiert (z.B. Interaktionscheck). Die Arbeitsbe-

dingungen sind auch nicht einfacher geworden, insbesondere der administrative Aufwand. Dazu kommt noch das akribische Sammeln von Credits, das nicht nur Freude macht. Auch die Patienten sind anspruchsvoller und informierter geworden. Die Angriffe in der Öffentlichkeit – sehr selten im persönlichen Kontakt – sind zermürend, vor allem für die Sparten, die auch finanziell nicht gerade attraktiv sind (z.B. Kinder- und Hausärzte, Psychiater).

**Die Gründung von «ReMed» 2007 und die ersten Erfahrungen während der Pilotphase in den Jahren danach deuten darauf hin, dass es ein echtes Bedürfnis nach dieser Dienstleistung gibt. Wie interpretieren Sie das? Etwa im Vergleich mit anderen Berufen?**

Ich berate in meiner jetzigen Teilzeittätigkeit überwiegend Menschen mit Problemen im beruflichen Umfeld. Ich bin nicht so sicher, ob die Ärzte, verglichen mit anderen Berufen mit vergleichbarer Verantwortung, wirklich überproportional betroffen sind. Ich sehe neben Kolleginnen und Kollegen auch sehr häufig Lehrer, Projektleiter, Bankmitarbeiter verschiedener Hierarchiestufen. Druck,

Unsicherheit und Stress haben in der Arbeitswelt generell zugenommen. Aber die Ärzte warten meist viel länger, bis sie sich Hilfe holen.

**Was war der genaue Grund für die Gründung von ReMed?**

Ich zitiere aus dem Kurzkonzept von ReMed: ReMed ist ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte und hat die Erhaltung der ärztlichen Funktionalität, die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Förderung der Qualität der medizinischen Versorgung zum Ziel. ReMed leistet einen Beitrag zur Enttabuisierung der beruflichen ärztlichen Belastungen, zeigt auf, was Ärzte tun können, damit sie gesund bleiben und unterstützt sie in Krisensituationen.

**Mit welchen Arten von Krisen sind Sie vor allem konfrontiert?**

Meist haben die Krisen einen sehr komplexen Hintergrund: Die schlimmstmögliche Entwicklung sieht dann etwa so aus: Überlastung, Überforderung, Angst vor Fehlern oder gar Fehler, die passiert sind und meist auch wieder komplexe Ursachen haben. Oft kommen Existenzängste, arbeitsrechtliche, versicherungs-