

Weniger als Fr. 200.– pro Stunde? – Nie!

Interview mit Dr. Heiner Lachenmeier, Affoltern am Albis

Herr Lachenmeier, Sie sind der Präsident der kürzlich gegründeten Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie. Was hat Sie bewogen, dieses ehrenvolle und sicher schwierige Amt zu übernehmen?

Ich war mit Tarifraten wenig konfrontiert, bis Anfang 1999 die Version Beta 3 publiziert wurde. Damals bin ich wie viele andere Psychiater erschrocken. Was ich da gelesen habe, hat nicht dem entsprochen, was ursprünglich besprochen wurde. Offensichtlich waren grundsätzliche Aspekte wie der Ausgleich der Ärzteneinkommen, die höhere Bewertung der intellektuellen und emotionalen Arbeit nicht berücksichtigt worden. Da habe ich begonnen, mich in der Fachgesellschaft zu engagieren, wie viele andere auch. Es hat sich eine Dynamik entwickelt, aus der dann in diesem Frühjahr die Tarifkommission unserer Gesellschaft entstanden ist.

Ein reichlich spätes Erwachen?

Es stimmt, es ist spät. Vielleicht haben wir den ursprünglich formulierten und akzeptierten Zielsetzungen zu sehr vertraut. Nun müssen wir feststellen, dass diese Zielsetzungen nicht umgesetzt wurden.

War man sich bei der Zielsetzung vielleicht doch nicht so einig?

Es wurde wiederholt von verschiedenen Stellen deklariert, unter anderem auch vom FMH-Präsidenten, dass die emotionale und die intellektuelle Arbeit höher bewertet werden sollte, dass die am niedrigsten verdienenden Ärzte, zu denen die Psychiater, Kinderpsychiater, aber auch andere gehören, angehoben werden sollten, dass die Bandbreite des Einkommensbereichs kleiner werden sollte, die Abdeckung des Nachholbedarfs im Infrastrukturbereich. Das waren schon klar formulierte Ziele.

Was heisst Nachholbedarf im Infrastrukturbereich?

Als Psychiater kann man sich praktisch keine vernünftige Infrastruktur leisten, man kann keine Hilfskraft in der Praxis einsetzen. Das sind Bereiche, die eindeutig nachgeholt werden müssen.



Die eben erwähnte emotionelle Leistung ist wohl keine Exklusivität der Psychiater?

Jeder Arzt ist emotionalen Belastungen ausgesetzt. Es gibt verschiedene Arten von emotionaler Belastung. Es gibt die emotionale Belastung bei der Konfrontation mit dem Leiden des anderen Menschen. Diese Belastung kennen alle Ärzte: schwere Schicksale, Schicksalsschläge, Tod, Verlust von Patienten. Dazu kommt die emotionale Belastung, eine sehr verantwortungsvolle Arbeit verrichten zu müssen, die lebensentscheidend sein kann. Das gibt es in der Chirurgie, in der Allgemeinen Medizin und auch in der Psychiatrie, was beispielsweise an der hohen Suizidrate in der Schweiz deutlich wird.

Es gibt aber eine weitere Form der emotionalen Belastung, die in der Psychiatrie einen sehr grossen Anteil einnimmt. Es ist eine spezifisch emotionale Belastung, man könnte sie auch eine aktiv emotionale Belastung nennen. In der Psychiatrie, zumindest in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen, ist unser Hauptwerkzeug unsere eigene Person. Wir müssen mit unserem eigenen Gefühlsapparat arbeiten, so wie ein Chirurg mit seinen Händen arbeitet. Dieser Gefühlsapparat wird nicht nur vom Bewusstsein und vom Intellekt gesteuert, ein grosser Teil davon ist unbewusst. Das heisst, bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit wird der Psychiater auch mit der eigenen Lebensgeschichte und mit den eigenen, allenfalls problematischen Bereichen konfrontiert. Das bedingt eine höhere Belastung, eine schnellere Ermüdung. Erholungszeiten zwischen den Sitzungen sind für eine qualitativ hochstehende Arbeit unumgänglich.

Letztlich sind diese verschiedenen emotionalen Belastungsformen nicht vergleichbar.

Ich denke nicht. Ich möchte mit dieser Unterscheidung auch in keiner Weise die emotionale Belastung eines Chirurgen mindern. Die ist zweifellos gegeben. Das habe ich auch selbst erlebt in meinen Arbeitseinsätzen, aber wenn schon der Vergleich mit der Chirurgie gezogen wird, dann unterscheidet die Chirurgie ja auch verschiedene Schwierigkeitsbereiche. Einen Blinddarm zu operieren ist etwas anderes, als einen Hirntumor zu operieren. Das gleiche gilt natürlich auch bei emotionalen Arbeiten.

Die Version 3.0 wurde gerade noch fristgerecht beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Damit ist der TarMed praktisch unter Dach und Fach. Wie wird es für Sie nächstes Jahr konkret aussehen?

Ich kenne die Version 3.0 nicht, sie wurde uns trotz Nachfrage noch nicht zur Verfügung gestellt. Ich muss also von der Version 2.2 und von den Bereichen ausgehen, die in der Tarifrunde 2000 besprochen wurden. Für uns konkret sieht es so aus, dass unser Stundenansatz niedriger zu liegen kommt als der zurzeit geltende IV-Ansatz.

Sie gehen davon aus, dass der Taxpunktwert unterhalb eines Frankens zu liegen kommt. Das Ziel der FMH ist aber nach wie vor Fr. 1.–.

Ich bin froh, dass die FMH dieses Ziel verfolgt. Die SGP verfolgt dieses Ziel natürlich auch. Wir kommunizieren das auch unseren Kantonalpräsidenten, die für die kantonale Umsetzung verantwortlich sind. Ich lese aber auch die Stellungnahmen des Preisüberwachers, von Frau Dreifuss, der Krankenkassenvertreter ...

Wenn ein Taxpunktwert von einem Franken zustande käme, könnten wir Psychiater mit einem Stundenansatz von etwa Fr. 200.– rechnen. Damit wäre unsere Minimalforderung erfüllt. Im Vergleich mit anderen akademischen Berufen schneiden wir dann immer noch schlecht ab.

Unabhängig vom Taxpunktwert können Sie sich mit der Tarifstruktur als solche einverstanden erklären?

Die Tarifpositionen in der Psychiatrie sind einigermassen vernünftig definiert worden. Für uns ist nicht nur der Stundenansatz wichtig. Es kommt sehr darauf an, welche Arbeit verrechnet werden kann. Nach bisherigem Tarif besteht in den meisten Kantonen keinerlei Möglichkeit, die Arbeit in Abwesenheit des Patienten zu verrechnen. Diese Arbeit wurde also über Jahre und Jahrzehnte völlig gratis verrichtet. Wir haben sie trotzdem getan, denn sonst wäre keine vernünftige Arbeit möglich gewesen. Erst in der Version 2.2 wurde erstmals die Position «psychiatrische Arbeit in Abwesenheit des Patienten» geschaffen. Das war eine der wichtigen Verbesserungen. Diese Posi-

tion unterliegt nun Limitierungen. Diese Limitierungen sind fachlich nicht haltbar, sie zwingen die Psychiater dazu, Patienten, die einen sehr hohen Anteil an Arbeit in Abwesenheit bedingen (kinderpsychiatrische oder sozialpsychiatrische Patienten, Patienten bei sehr «aufwendigen» Psychotherapieverfahren), unter Umständen weniger zu berücksichtigen, weil man sonst in die Limitierung hineinkommt. Es wird nun immer wieder moniert, dass ja die Limitierungen in elektronischer Abrechnung aufgehoben sind. Das stimmt, es hat aber verschiedene Haken dabei. Der erste ist, diese Limitierungen können wieder eingeführt werden, wenn die an sich gewünschte Kostensteigerung sichtbar wird.

Was in der Struktur 2.2 noch auffällt, ist, dass bei sämtlichen Positionen immer von einer einzigen Dignität ausgegangen wird. Gibt es in der Psychiatrie keine Abstufung für Fälle verschiedenen Schwierigkeitsgrades? Stört Sie das nicht?

Ich bin froh, dass Sie das ansprechen. Es gibt bis jetzt keine Abstufung. Vorläufig müssen wir mit dem Konzept der Dignität leben. Die Dignität in der Psychiatrie wurde anhand der Weiterbildungsdauer festgelegt. Sie beträgt sechs Jahre. Es wurde aber auch von Dr. Brunner festgehalten, dass die Dignität nicht mehr an das Weiterbildungscurriculum gebunden werden soll. Die Psychotherapieausbildung geht ja weit über die Facharztausbildung hinaus. Man besucht üblicherweise mehrere Institute, in denen man sich ausbildet. Das kann zum Teil bis zehn Jahre oder noch länger nach Abschluss des Facharztstitels dauern. Das ist ähnlich wie in der Chirurgie, wo ein sehr hohes Spezialwissen gefordert wird. Dies sollte im Dignitätskonzept berücksichtigt werden. Wie das im Detail gemacht werden kann, steht zurzeit nicht fest, aber es ist klar, dass das berücksichtigt werden muss.

Es sind ja vielleicht auch noch andere spezifische Aspekte der Psychiatrie, die nicht berücksichtigt wurden. Ich denke da an den Absentismus. Wenn ein Patient nicht erscheint, dann können Sie nicht den nächsten drannehmen.

Das ist richtig. Der Absentismus ist ein altbekanntes Phänomen. Dies gibt es natürlich auch in der Allgemeinpraxis. Dies gibt es überall. Die Situation der Psychiatrie ist aus verschiedenen Gründen anders. Wir haben nicht einen 5-Minuten-, oder 10-Minuten- oder Viertelstundentakt, sondern die Sitzungen dauern meistens etwa eine Stunde. Man kann also einen Patienten nicht aus dem Wartezimmer ersetzen. Der zweite Bereich ist, dass bei psychiatrischen Patienten der Anteil an Absentismus sehr hoch ist. Er bewegt sich etwa zwischen 10 und 15%, das kommt auf die Patienten an, die man behandelt. Der Absentismus ist durch die psychiatrische Pathologie bedingt. Gerade schlecht strukturierte Patienten können sich schlecht an Termine halten. Sie vergessen das, oder die Angst überschwemmt sie. Ich denke, der Absentismus muss



auch vom tarifstrukturellen Blickwinkel betrachtet werden. Es gibt im TarMed andere Bereiche, in dem der Absentismus tarifarisch abgedeckt ist. Beispielsweise können vergebliche Notfallbesuche verrechnet werden.

Bei der Festlegung der Produktivität in der Psychiatrie geht man implizit davon aus, dass Psychiater eigentlich mehr arbeiten könnten?

Das ist einer der grossen Punkte. Die Produktivität hängt stark davon ab, welche Art der Arbeit geleistet wird. Es wurde davon ausgegangen, dass die psychiatrische Arbeit wie sonst eine Sprechzimmerarbeit sehr abwechslungsreich (im Sinn von intellektuell, manuell, emotional) sein kann. In der psychiatrischen Arbeit sind aber schnelle Wechsel nicht möglich. Wenn man sich in das Gesamterleben eines Menschen eingedacht hat, wenn man sich in die Abläufe und in die Reaktionen eines Lebens eingelassen hat, dann kann man nicht in zwei, drei Minuten auf einen anderen Menschen «umschalten». Das Erlebte muss verarbeitet werden, bis man sich in den nächsten Patienten einfühlen kann. Es gibt Zeiten, in Abwesenheit des Patienten, die nicht tarifwirksam sind. Deshalb ist die Produktivität mit 85% eindeutig zu hoch bemessen. Unseren Berechnungen zufolge liegt sie im Bereich von 70%.

Wie viele Stunden pro Jahr könnten maximal angenommen werden?

In einer Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie – mit gemischtem Patientenkollektiv, mit einem relativ hohen Anteil an psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit – dürfte die oberste Grenze bei 1200 Stunden pro Jahr liegen. Darüber wäre nicht sinnvoll. Diese Zahl ist der Mittelwert einer oberen Limite, die den jetzigen Erfahrungen entspricht und in Relation zu den Lebensbedingungen eines Psychiaters gesetzt werden muss. Knapp 40% der praktizierenden Psychiater leiden an einem mittleren oder schweren Burnout! Das ist mit Sicherheit auch durch die hohe emotionale Arbeitsbelastung mitbedingt. Aus arbeitsmedizinischer Sicht muss deshalb eine obere Grenze gezogen werden. Natürlich gibt es einzelne Psychiater, die sehr viel mehr Sitzungen haben. Das sind zum Teil Psychiater, die weniger psychiatrisch-psychotherapeutisch arbeiten und höhere Stundenzahlen haben können. Das ist aber nicht die Regel.

Könnte sich ein Psychiater mit Gutachten oder mit Medikamentenabgabe retten?

Ich denke, es macht nicht viel Sinn, einen neuen Tarif aufzustellen, damit man sich mit Tricks retten muss. Die Gutachtertätigkeit wird meiner Meinung nach adäquat bewertet. Sie ist sehr viel höher bewertet als die therapeutische Arbeit, aber eigentlich weniger schwierig.

Ich habe weiterhin die Möglichkeit, Medikamente direkt abzugeben, und ich mache selbst davon Gebrauch. Der Umsatz aus der Medikamentenabgabe reicht aber gerade aus, die Ausgaben zu decken. Man muss das wieder in der Relation zur Allgemeinpraxis sehen. In der Allgemeinpraxis spielt der Medikamentenbereich für den Umsatz eine wesentliche Rolle. Bei den Psychiatern ist das im Durchschnitt ein sehr kleiner Anteil. Ich kann das an einem Beispiel verdeutlichen: Bei der Heilmittelinitiative der Zürcher Ärzte wurde man angefragt, einen gewissen Prozentsatz des Umsatzes an Medikamenten für die Heilmittelinitiative zur Verfügung zu stellen. Ich hab das dann bei mir ausgerechnet. Dieser Anteil bei mir macht gerade Fr. 32.– aus.

Welche Lehren ziehen Sie rückblickend aus dem bisherigen Werdegang von TarMed? Was ist gut, was ist schlecht gegangen? Hat TarMed auch Dinge aufgedeckt, die nicht direkt mit dem Tarif zu tun haben, sondern eher mit dem Selbstverständnis der Berufsausübung?

Ich kann das natürlich nur aus meiner Sicht schildern. Ich habe nicht den Überblick über alles, was in den Tarifverhandlungen gelaufen ist. Es scheint mir, das Selbstverständnis der Ärzte habe generell eine Wandlung zu durchlaufen begonnen. Wir haben uns vom Studium und von der Ausbildung her zu 100% auf die Patientenarbeit, allenfalls auf die Forschung, konzentriert und haben das als unsere Aufgabe und

alles andere als selbstverständlich betrachtet. Das wäre natürlich der Idealzustand, wenn man Arzt werden will. Die gesellschaftliche Realität ist leider anders. Hier muss ein Umdenken stattfinden. Ein wichtiger Punkt ist die Kommunikation bzw. die Öffentlichkeitsarbeit. In meiner Fachgruppe, der Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, haben wir uns im letzten Jahr daran gemacht, eine Öffentlichkeitsarbeit zu strukturieren und aufzubauen. Wir stehen noch am Anfang. Die Struktur der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit ist innerhalb der Ärzteschaft genauso wenig bekannt wie die Arbeit der Ärzteschaft innerhalb der gesamten Gesellschaft. Es besteht bis jetzt noch keine systematische und fundierte Öffentlichkeitsarbeit aus Ärztesicht. Ich denke, das Modell «Onkel Doktor gibt Auskunft» hat keinen Öffentlichkeitsseffekt. Was fehlt, ist politische Öffentlichkeitsarbeit.

Heisst das konkret sich in der Politik engagieren?

Absolut.

Wie glauben Sie wird die Ärzteschaft gegenwärtig in der Öffentlichkeit wahrgenommen?

Hier muss man differenzieren. Anhand der «Kundenzufriedenheit» zum Beispiel sieht man, dass die Ärzte immer noch an erster Stelle stehen. Die Patienten sind mit dem Arzt in der Praxis sehr zufrieden. Wir sind die ersten, und weit abgeschlagen kommen dann zum Beispiel die Krankenkassen. Das betrifft aber offensichtlich nur die Wahrnehmung des individuellen Arztes in der Praxis, des eigenen Arztes. Diese Hochschätzung des eigenen Arztes wird nicht auf die Ärzteschaft als Ganzes transportiert. Eine vernünftige Öffentlichkeitsarbeit müsste diese beiden Bereiche zu verknüpfen wissen.

Wie interpretieren Sie es gerade als Psychiater, dass eine Berufsgruppe jetzt als Ganzes genommen gerade gegenwärtig von so vielen Seiten angegriffen wird? Spielt da Neid eine Rolle oder ist sie in einer Sündenbockfunktion?

Das ist natürlich eine Spekulation, aber ich spekuliere gerne zwischendurch. Ich denke, Neid spielt mit, wenn die extremen Einkommen in der Öffentlichkeit für Schlagzeilen sorgen. Diese Einkommen sind für den durchschnittlichen Arzt, ja für 95% der Ärzte in keiner Weise repräsentativ. Diese Zahlen werden natürlich überproportional häufig dargestellt im Vergleich zu dem, was die Realität im Alltag eines Klinikarztes oder Praxisarztes überhaupt ist. Es ist ein Kommunikationsproblem: Solange die Ärzte nicht lernen, als Gesamtärzteschaft ihre reale Lage, ihre durchschnittliche Lage wirklich bekanntzumachen, solange kann man auch nicht erwarten, dass die Bevölkerung verstehen kann, dass man bei den Ärzteeinkommen nicht weiter sparen kann. Auf die Psychiatrie bezogen möchte ich sagen, dass wir, die Psychiater und alle anderen Ärzte, im gleichen Boot sitzen. Aber es

ist sehr wichtig, dass innerhalb der Ärztesgesellschaft, innerhalb der FMH, spezifische Bereiche der Psychiatrie viel mehr bekannt werden.

Das Einkommen der Psychiater war schon immer, verglichen mit den anderen Disziplinen, am niedrigsten. Ist dies auch Ausdruck der allgemein geringen Wertschätzung eines Berufes oder einer Leistung, die man nicht bereit ist, so zu honorieren wie eine handwerkliche Spitzenleistung?

Das kann schon der Fall sein, es gibt ja zum Teil auch witzige Werbespots in diese Richtung wie zum Beispiel beim Kauf einer Piatti-Küche, da spricht man miteinander wie bei Paartherapiegesprächen. Natürlich ist da eine gewisse Entwertung, eine gewisse Minderschätzung drin. Ein Teil des Problems ist aber auch wieder ein Kommunikationsproblem. Es ist schwierig, die psychiatrische Arbeit darzustellen. Es ist einfacher zu zeigen, wie man einen gebrochenen Knochen zusammenschraubt und wie es dem Patienten sechs Wochen später geht. Die psychiatrische Arbeit ist häufig ein langwieriger Prozess, der innerhalb einer Minute nicht sinnvoll dargestellt werden kann.

Sie haben nun diese neue Tätigkeit in Angriff genommen. Was erhoffen Sie sich konkret – dass Sie Ihre Minimalforderung von Fr. 200.– pro Stunde durchsetzen können?

Ich denke, für die Einführung des Tarifes gibt es zwei sehr wichtige Bereiche. Das eine ist die Minimalforderung von einem Stundenumsatz, der nicht unter Fr. 200.– sein darf. Das zweite ist, dass die Arbeit in Abwesenheit des Patienten vollumfänglich vergütet wird, nicht limitiert wird, dass die Limitierungen aufgehoben werden, und dass diese Arbeit in Abwesenheit des Patienten bei der Kostenneutralitätsberechnung nicht in Berechnung einbezogen wird. Ich möchte das kurz nochmals darlegen: Es ist eine Arbeit, die wir über lange Zeit gratis verrichtet haben. Wenn man nun bei der Kostenberechnung beim Volumen das dazurechnen würde, dann würden wir ein zweites Mal gestraft dafür, dass wir gespart haben. Das wäre nicht akzeptabel. Es muss auch klar sein, dass es einen Kostenschub geben soll in der Psychiatrie. Das war das klar definierte und auch von den Krankenkassen akzeptierte Ziel.

Die Aussichten für die zukünftigen Psychiater, die noch in Weiterbildung sind, die diesen Beruf ergreifen möchten, sind nicht rosig. Haben Sie Angst, dass sich das auf die Qualität des Nachwuchses niederschlägt?

Das ist zweifellos der Fall. Wenn die Einkommen nicht in einem vernünftigen Bereich angesiedelt werden, dann wird kein intelligenter mit ausreichend Selbstliebe ausgestatteter Mensch Psychiater werden wollen. Die Ausbildung zum Psychiater ist eine schwierige, sie bedarf einer massiven Konfrontation

mit sich selbst über Jahre, in einem Berufsumfeld, in welchem man wenig Hochachtung bekommt. Wenn ich früher im Freundeskreis sagte, dass ich als Assistent in der Chirurgie arbeitete, dann bekamen alle glänzende Augen. Wenn ich mich als psychiatrischer Assistent outete, dann haben mich alle etwas schräg angeschaut.

Haben wir denn jetzt schon ein Nachwuchsproblem?

Es besteht ein Nachwuchsproblem, das ist ganz eindeutig so. Die Attraktivität ist nicht zuletzt wegen der schlechten Verdienstaussichten gering.

Wie werden Sie persönlich mit dem neuen Tarif zu-rechtkommen?

Das kann ich natürlich noch nicht sagen, das hängt vom Taxpunktwert ab. Bei 80 Rappen – meine Frau hat einen guten Beruf, sie könnte wieder anfangen zu arbeiten. Die Schweiz ist ein Land, in dem wir nicht hungern müssen. Man kann immer leben. Die Frage ist: Stehen Aufwand, Ausbildung, Verantwortung und Einkommen in einem adäquaten Verhältnis? Das ist bei einem Taxpunkt von 80 Rappen ganz eindeutig nicht der Fall. Ein Psychiater verdient im Kanton Zürich weniger als ein Primarlehrer.

Führen Sie Ihren Beruf trotzdem immer noch gerne aus?

Ja, der Beruf, das ist ja eine ganz andere Sache als der Tarif. Meinen Beruf, den liebe ich. Für mich ist dieser Beruf der schönste Bereich der Medizin. Man könnte sagen, die Psychiatrie ist dasjenige Fach, das die Humanmedizin am deutlichsten von der Veterinärmedizin unterscheidet, weil hier alles, was den Menschen betrifft, dazukommt. Es kommt der Körper, die Seele und das Gesellschaftliche zusammen. Diese Einheit ist in verschiedenen Bereichen der Medizin aufgehoben. Psychiatrisches Arbeiten ist nicht ein Auf-den-Wolken-Schweben, wie man häufig denkt. Es ist ein intellektuell und emotional sehr intensives Arbeiten. Ich liebe es auch zu sehen, wenn diese Art

Arbeit anderen Menschen immer wieder helfen kann, mit dem eigenen Leben ins reine zu kommen, dass plötzlich eine Ehe wieder funktioniert, dass plötzlich der Kontakt zu den Kindern wieder funktioniert. Wenn funktionelle Magenbeschwerden weg sind und das Schlafmittel nicht mehr benötigt wird, sind dies wundervolle Momente, die ich auf keinen Fall missen möchte. Was mich ebenfalls fasziniert, sind Erkenntnisse aus der Neurophysiologie, welche den psychologischen Erkenntnissen entsprechen.

Umgekehrt braucht auch unsere Bevölkerung, glaube ich, gute und genügend gute Psychiater.

Zweifellos, also das wird politisch im theoretischen Sinn anerkannt. Im Mai hat die zweite Arbeitstagung von Bund und Kantonen den Problembereich «Psychische Gesundheit» als zweitwichtigsten Bereich der schweizerischen Gesundheitspolitik bezeichnet. Leider wird nicht danach gehandelt. In ländlichen Gebieten gibt es noch immer zuwenig Psychiater. Hier in Affoltern am Albis zum Beispiel sind wir acht Psychiater. Das ist eigentlich sehr viel für einen kleinen Ort, und doch sind alle weit ausgelastet. Nehmen Sie zum Beispiel das Problem des Suizids: Die Suizidrate ist in der Schweiz sehr hoch, Suizid ist die häufigste Todesursache für junge Männer. Es kommen generell in der Schweiz mehr Menschen im Jahr durch Suizid um als durch Autounfälle. Die Suizidrate ist bei Ärzten, speziell bei Psychiatern, sehr hoch, was einen Hinweis auf die Belastung durch den Beruf liefert.

Es ist wichtig, dass den Anliegen, auch den tariflichen Anliegen der Psychiater innerhalb der FMH Nachachtung verschafft wird. Es ist darüber hinaus auch wichtig, dass die Ärzteschaft bei zukünftigen Auseinandersetzungen geschlossen auftreten kann. Damit diese Geschlossenheit vorhanden sein kann, sollte eine grosse Gesellschaft wie die SGP mehr Grund erhalten, sich in der FMH wohlfühlen.

Besten Dank für das Gespräch.

Dr. Markus Trutmann