

Regeln für den Menschenpark

E. Taverna

Die Basler Elmayer-Rede vom Menschengewebe hat Peter Sloterdijk viel Ärger eingebracht. Dabei hat er nur vor einem Fachpublikum über Heidegger und Plato nachgedacht, über die Zählung der menschlichen Natur und das Ende des gymnasialen Literaturkanons als Mittel einer humanistischen Erziehung. Also nichts für die Boulevardpresse, die seine kurzen Bemerkungen zur optionalen Geburt und pränatalen Selektion mit den Worten des Autors zur «Massenpsychose der Simplifikation» aufbauscht. Wenn Ethikkommissionen zum Hegen und Pflegen Regeln entwerfen und dabei, wie die Schweizerische Akademie Medizinischer Wissenschaften (SAMW), über die Zukunft nachdenken, werden sie Provokateure und Aussenseiter brauchen können, weil gemäss Sloterdijk die Domestikation des Menschen, und davon handelt die moderne-präventive Medizin, das grosse Ungedachte sei, was einzusehen schon genüge, um in tiefes Wasser zu geraten.

Das Projekt

Obwohl sorgfältig vorbereitet, habe er dem heutigen Tag mit einiger Beklemmung entgegengesehen, gesteht der Präsident der SAMW an seiner Eröffnungsrede zum Symposium «Zukunft der Medizin Schweiz». Die Arena im Kursaal Bern ist zumindest dem Namen nach der richtige Ort, um nach zwei Klausurtagungen die gesuchte Diskussion in Gang zu setzen. Die Sitzreihen sind dicht besetzt und nur die Bundesämter lassen sich vertreten, weil die Chefs mit dem «Gesundheitspass» beschäftigt sind. Den Vormittag nehmen die Hauptreferate ein, der Nachmittag gehört den Podiumsgesprächen, zu denen sich das Publikum einzuschreiben hat. Es sind drei Themenbereiche: Empowerment und Motivation von Gesunden und Kranken (Checkliste «Der gute Arzt», vorgelebte Prävention durch Medizinalpersonen) – Entscheidungsgrundlagen in Grenzsituationen der Medizin (Patiententestament in der Arztpraxis, Hausärztin begleitet Patienten im Spital) – neues Rollenverständnis und Zusammenarbeit in den Medizinalberufen (teilautonome Teams, Übertragung bisher ärztlicher Aufgaben an Pflegenden). Ob die Medizin der Gegenwart noch zeitgemäss und zukunftsfähig sei, fragen sich die Redner. Sie denken dabei an die Grenzen der Existenz, wie Frühgeburten und zunehmendes Alter, an technologische Perspektiven, die das Konzept der Individualautonomie in Frage stellen. Früher habe man sich auf Nutzen und Risiken konzentriert, heute gehe es zusätzlich um Kosten und Sinnfindung.

Vorbild des Projekts ist der Hastings-Report von 1996, der über die Ziele der Medizin unter Experten aus 14 Ländern einen Konsens suchte. Die damit ausgelösten Initiativen betonen national abweichende Schwerpunkte. Auf das Wohlergehen des Individuums zentriert in Dänemark, auf die soziale Funktionsfähigkeit in Holland, pragmatisch-evidenzgeleitet in England. Alle Diskussionen hatten bisher wenig Einfluss auf das Gesundheitswesen: was die Ärzte in Holland gut finden, lehnt die Bevölkerung ab und die englische «Medizinphilosophie» hat noch keine Wartezeiten verkürzt.

Interessant sind die Resultate einer Umfrage aus dem GfS-Institut zu den Erwartungen der Bevölkerung. 1220 Stimmbürger und -bürgerinnen wurden im April 2001 interviewt. Das Image der Ärztinnen und Ärzte ist sehr gut, die grosse Mehrheit fühlt sich gesund, tut auch aktiv etwas für diesen Zustand und glaubt medizinisch gut informiert zu sein. Bei den Medizinern finden Herr und Frau Schweizer die erwartete Fachkompetenz. Sie möchten gerne noch etwas einfühlsamer, ganzheitlicher und länger beraten werden, wünschen mehr Offenheit für Alternatives, wobei es nicht mehr kosten sollte. Fast zwei Drittel halten das Vorbeugen von Krankheit und Unfällen für das wichtigste Ziel, gefolgt von Heilung und Pflege und Förderung der Gesundheit. Die Zahlen und Prozente werden noch viel zu reden geben. Sie haben der Tagespresse bereits schon Munition für die simple Gleichsetzung von Medizin mit Technik geliefert. Doch fest steht: die Ansprüche sind hoch und entsprechen dem Lebensstandard eines wohlhabenden Landes. Die Umfrage bestätigt auch indirekt, dass sich Angebot und Sprachregelung im Gesundheitswesen bereits marktkonform angepasst haben.

Die Fallen

Die Traumnoten der Publikumsbefragung und der Spitzenplatz im WHO-Ländervergleich kontrastieren krass mit dem medialen Dauerbeschuss. Doch es gibt nun einmal Defizite und tiefgehende gesellschaftliche Spannungen, die sich im Medizinbetrieb fokussieren. Die SAMS reagiert auf diese Verunsicherung, in dem sie sich als Denkfabrik und Plattform anbietet. Diese Rolle steht ihr zu, weil sie die personellen und materiellen Mittel dazu hat und durch ihre bisherige Arbeit glaubhaft wirkt. Das Vorhaben ist nicht ohne Risiken. Die Akademie muss darauf achten, nicht einseitig als Lobbyist der eigenen, akademisch-etablierten Seilschaften aufzutreten. Sie soll auch nicht Aufgaben übernehmen, die nicht ihre Sache sind. Denn viele Erwartungen sind unrealistisch, weil sie den Begriff der Gesundheit weit überstrapazieren und die Machbarkeit überschätzen. Sinnfindung ist im Sprechzimmer nicht zu haben und auch so etwas wie ein ärztlich verordnetes Rezept für gesunde Schulen, gesunde Umwelt und gesunde Gesellschaft gibt es nicht. Das alte Klischee vom Halbgott in Weiss weicht dem neuen Gutmensch. Dieser ist hochkompetent-be-

scheiden-liebevoll-geduldig-vorbildlich-aufopfernd-sportlich-schlank-nichtrauchend-tugendhaft-ganzheitlich-pädagogisch-ökonomisch-sparsam und rund um die Uhr verfügbar. Die *santésuisse* züchtet seine Idealstatur, die Studienreformer pflöpen ihm Pestalozzi auf, die Patientenorganisationen, Fachhochschulen, Politiker und übrigen Therapeuten kreuzen andere Gewächse. Die reale Alltagsarena ist unbere-

chenbarer denn je. Prosperität ist genau so denkbar wie jede erdenkliche Katastrophe. Vor diesem Hintergrund ist die Sorge um den Menschenpark überlebenswichtig. Da ist die SAMW eine Akteurin unter vielen, nicht mehr und nicht weniger. Nur eine Voraussage sei erlaubt, beklagenswert oder tröstlich: Ärztinnen und Ärzte, die gut dressierten Konformisten, werden jeden Systemwechsel überdauern.

Unbegründete Sorgen?

B. Gurtner

Im Herbst 2008 versammelte sich die SDK, die Sanitätsdirektorinnenkonferenz aller Kantone, zu einer ausserplanmässigen Klausurtagung in der Kartause Ittingen. Das dringlichste Traktandum des vertraulichen Treffens waren die fast unlösbar gewordenen Probleme der ärztlichen Dienste in den öffentlichen Spitälern.

Wie heute vielleicht nicht mehr erinnerlich, hatte man 2001 gehofft, mit der neu geschaffenen Berufsgruppe «Spitalärzte» viele Fliegen auf einen Schlag zu treffen. Die Idee fand viele Zustimmung und liess sich zuerst auch recht erfreulich an: Fertig ausgebildete Assistenten konnten als Spezialärzte an ihrem gewohnten Arbeitsort verbleiben und brauchten sich nicht länger nach ökonomischen Praxisnischen in abgelegenen Berggebieten umzusehen. Der demütigende Bittgang zu den kreditklemmenden Banken blieb ihnen erspart. Die bereits Niedergelassenen wurden von junger Konkurrenz verschont. Das Pflegepersonal musste sich nicht alle paar Monate mit medizinischen Novizen herumplagen, die keine Ahnung von Tuten und Blasen hatten und sich dennoch herrisch oder weibisch aufspielten. Zuweisende Kollegen und Kolleginnen erkannten bei Telefonanrufen ins Spital schon an der Stimme, mit wem sie verbunden waren und wussten, wem sie Vertrauen schenken und dumme Fragen zumuten durften. Ehefrauen und LAP (Lebensabschnittspartner) genossen es sehr, dass ihre Geliebten nicht durch 55 bis 70 Arbeitsstunden im Spital festgehalten und weichgeklopft wurden, sondern jede Woche nur noch für 42 Stunden im Stollen verblieben. Alle schätzten es auch, dass Freizeitver-

gnügen oder nächtlicher Tiefschlaf nicht mehr durch Pikettdienste potentiell gestört werden durften. Und sie sahen, dass es gut war.

Doch die Teufel steckten im Detail und störten das ärztliche Berufsleben innerhalb und ausserhalb der Spitäler mit infernalischer Tücke. Zwar hatte man sich gesamtschweizerisch relativ rasch auf eine Standardarbeitszeit für Spitalärzte geeinigt: jeweils Montag bis Freitag von 7.30 bis 12.42 Uhr und von 13.48 bis 17.00 Uhr. Die verbleibenden 126 Stunden jeder Woche wurden durch die Vereinigung der Solidarärzte für Nacht- und Weekendienste (VSNW) und notfalls durch erfahrene Thanatologen FMH abgedeckt.

Schon im Sommer 2002 traten jedoch die Oberärzte und Oberärztinnen landesweit in einen unbefristeten Streik, nachdem das Bundesgericht wie zuvor das Zürcher Verwaltungsgericht entschieden hatte, dass das Arbeitsgesetz in öffentlichen Spitälern nicht zur Anwendung gelangen müsse. In staatlichen Betrieben seien keine Höchstarbeitszeiten festzulegen. Die Motivation, weiterhin bis zu 80 Stunden zu schuften, schwand vollends dahin, als bekannt wurde, dass die auf nur 42 Wochenstunden verpflichteten akkreditierten Spitalärzte in ihren Verträgen das gleiche Jahresgehalt von Fr. 160 000.- zugesprochen erhielten wie die zu viel mehr Dienstleistungen gezwungenen Oberärzte. Deren zusätzliche Honorare und die mickrigen Inkonvenienzentschädigungen erwiesen sich als zu schwacher Trost für ein chronisch verhindertes Privatleben. Die vielen Stelleninserate in der Schweizerischen Ärztezeitung zeigten einen klaren Trend: Oberärztestellen waren nicht mehr gefragt, Chefarztaspiranten fehlten. Die ohnehin klügeren Ärztinnen interessierten sich schon gar nicht für exponierte hierarchische Klettertouren.

Der für 42 Wochenstunden beachtliche und zudem pensionsberechtigte Spitalarztlohn stach auch etlichen Praxisinhabern in die Nase, denen nach Abzug aller Spesen weniger verblieb, obwohl sie länger arbeiteten. Von sechs Praxen in einem Luzerner Landstädtchen machten vier den Laden dicht, weil sich die Inhaber im nächsten regionalen Gesundheitszentrum als fixbesoldete Spitalärzte entsorgen liessen. Das gekonnte Mobbing der seit Jahren ortsansässigen Viererbande machte es einem kurz darauf frisch gewählten Chefarzt nicht leicht, dem Team

Korrespondenz:

Dr. med. Bernhard Gurtner

Eggstrasse 76

CH-8620 Wetzikon

E-mail: gurtner.bernhard@bluewin.ch

neuen Schwung und dem Haus ein anziehendes Image zu verleihen. Zur Freude des Spitaldirektors waren die medizinischen Kurzarbeiter aber interessiert, das Ambulatorium in ihrem sicheren Schutzhafen auszubauen, sehr zum Verdruss der weiterhin auf stürmischer See frei fischenden Berufskollegen, deren Erträge fortlaufend zurückgingen. Als Illusion für die Spitalrechnung erwies sich die Zauberformel «aus 3 mach 2». Das galt zwar für die Lohnsumme von jeweils drei Assistenten oder zwei Spitalärzten, unerwartet aber auch für die verrechenbaren Leistungen. Die wesentlich kürzere ärztliche Präsenzzeit (2×42 statt 3×50–55 Std.) konnte nur selten durch doppelte Effizienz kompensiert werden.

Nach mehrmaligen Verzögerungen traten die bilateralen Verträge mit der EU am 1. Januar 2004 endlich in Kraft und damit auch das Freizügigkeitsgesetz. Einige Hundert ausländische Assistenten und Assistentinnen, die schon seit Jahren auf diesen Tag gewartet hatten, bewarben sich nun um Spitalarztstellen, die ihnen in finanzschwachen Kantonen gerne überlassen wurden, weil sie Langzeitverträge mit geringeren Lohnansätzen akzeptierten. Die heftigen Proteste des VSAO gegen dieses Lohndumping blieben wirkungslos, da sich die Kantone auf ihre Sanitätshoheit beriefen und an das liberale Dogma von Angebot und Nachfrage erinnerten, das marktkonforme Saläre garantiere. Sie betrachteten es zudem als Vorteil, wenn Spitalärzte die Muttersprache der kranken Asylanten oder verunfallten Gastarbeiter verstanden.

Sehr enttäuschend für die nachkommende Generation war es auch, dass sich fast alle Kantone darum drückten, die teilweise Umwandlung von Weiterbildungs- in Dienstleistungsstellen durch ein strukturiertes Teachingsystem laut WBO 2002 zu ergänzen. Gesundheitsdirektorinnen erhielten weder von Erziehungsdepartementen noch von den Finanzministern die notwendigen Budgetzusagen, um kompetente Teacher für die kantonalen Spitäler anzuwerben und angemessen zu besolden. Auch die pharmazeutische Industrie verweigerte ein Sponsoring. So war es der Weiterbildungsstättenkommission WBSK noch im Sommer 2005 nicht möglich, rund um den Vierwald-

stättersee ein zertifikatswürdiges Spital zu finden. Die Verhältnisse in anderen Landesteilen waren nicht besser und führten dazu, dass Spitalärzte entgegen dem ursprünglichen Konzept doch wieder als Lehrmeister eingesetzt werden mussten, im Hause oder an regionalen Weiterbildungskursen. Es tat ihnen gut, denn wer nicht lehren muss, wird immer leerer, und lernt nicht mehr viel dazu.

2006 wurden die ersten Fälle von Schwarzarbeit durch Spitalärzte ruchbar. Die viele Freizeit wurde nach osteuropäischem Brauch dazu benützt, insgeheim eine kleine Privatpraxis nach Feierabend aufzubauen. Qualitätsbewusste medizinische Kunden auf den Allgemeinabteilungen öffentlicher Spitäler wollten sich nicht mehr von Assistenten oder gar Studenten betreuen lassen, sobald im gleichen Haus ausgebildete Fachärzte vorhanden waren. Nur durch Halbierung der Spitaltaxen für Patienten, die bereit waren, sich supervisierten Anfängern auszuliefern, war es möglich, für den ärztlichen Nachwuchs Lernsituationen zu schaffen. Die betreffenden Kliniken mussten sich aber mit horrenden Prämien gegen Haftpflichtansprüche versichern.

Zur Sprache kamen in Ittingen auch die Burnout-Phasen, mit denen viele Spitalärzte nach einigen Jahren trotz psychologischer Beratung und Selbsterfahrungsgruppen zu kämpfen hatten. Eine Regierungsrätin, Ex-Frau eines Chefarztes, wies maliziös darauf hin, dass Kaderärzte alter Schule von solchen Krisen auch nicht verschont geblieben seien. Andere Magistratinnen zeigten wenig Verständnis für weitere Arbeitszeitverkürzungen. Sie selbst stünden als Hausfrauen, Mütter und Politikerinnen bis zu 14 Stunden täglich im Einsatz und hätten es bisher überlebt.

Oberärztstreiks, Kollegenmissgunst, fehlende Kaderärzte, Lohndumping, mangelnde Ressourcen für ein qualitativ hochstehendes Teaching, unzufriedene Kunden ... Schade um eine Idee, von welcher sich viele eine Win-win-Situation versprochen hatten. Wind und weh wurde es den magistralen Frauen der SDK, welche die total versalzene Suppe ihrer mannhaften Vorgänger auszulöffeln hatten. Und wenn sie nicht gestorben sind oder abgewählt wurden, so tagen sie noch heute.