

25% weniger Ärzte?

Gedanken eines Hausarztes*

T. Schweizer

Professor Stalder von der medizinischen Poliklinik der Universität Genf hatte den glänzenden Einfall, die Kollegen aus der Grundversorgung zu einer Berichterstattung über ihre Notfalldienste aufzufordern [1]. Er veröffentlicht diese Berichte in Abständen in der Schweizerischen Ärztezeitung. Die Lektüre ist immer spannend, weil sie im Gegensatz zu gewissen Fernsehserien die Wirklichkeit wiedergibt und Licht wirft auf etwas, was alle zu kennen meinen: den medizinischen Alltag an der Basis. Die Berichte zeigen aber noch etwas anderes auf, das viele erstaunen mag: Der Notfalldienst ist unter uns praktizierenden Kollegen im Durchschnitt nicht sehr beliebt. Man reisst sich keineswegs darum. Erstaunlich ist dies, weil wir neben diesem offiziellen Notfalldienst in unseren Hausarztpraxen ja auch ständig in Bereitschaft sind und schwerwiegende/dringende medizinische Probleme weit häufiger an diesen «normalen» Tagen zu bewältigen haben. Wo liegt der Unterschied? Zum einen mag er darin liegen, dass wir an solchen Notfalltagen häufig Patienten zu beurteilen haben, deren (wichtige) medizinische Vorgeschichte wir nicht kennen, und die wir während der Hausbesuche (nachts) auch nicht den uns Sicherheit vermittelnden technischen Untersuchungen in der Praxis zuführen können.

Es liegt wahrscheinlich noch an etwas anderem, Intimerem, dem ich hier ein wenig nachgehen möchte. Schon der Begriff «Notfalldienst» hat etwas Ungemütliches an sich. Er gibt vor, dass man als Arzt die zentrale Rolle in einem sehr gefährlichen Moment zu übernehmen hat, die Verantwortung im berechtigten Kampf um Leben und Tod. So stellt man sich das vor, so ist es uns zugeordnet. Zwar wickeln sich die Dinge in den meisten Fällen weit banaler ab. Die potentielle Gefährlichkeit sehr vieler Beschwerden ist aber gerade dem erfahrenen Arzt immer vor Augen – und die Verantwortung bleibt. Im Notfalldienst – oft gar nicht während des Einsatzes, sondern während des Wartens – am Abend, in der Nacht, verdichtet sich diese Verantwortung zu einem Gefühl der Überforderung. Jeder der anruft, hat ein Anrecht auf mich, auch wenn ich todmüde bin. Der Notfall wird vom Patienten definiert – seine Angst ist, oft genug, das eigentlich Drängende, was die richtige Einschätzung

des Gesundheitsproblems nicht einfacher macht. Darüber hinaus bin ich als Notfallarzt zuständige Stelle für jegliche Art von Not – mag dies ein verzweifelter Ehestreit, eine Selbstmordandrohung oder ein schlechtes Gewissen von Angehörigen sein. Der Arzt wird gerufen, er hat zu kommen, er ist der Mann, der kommt, wenn nichts mehr geht.

Das wirft ein Licht auf die Erwartungen, die unserem medizinischen System entgegengebracht werden: Der Psychiater Thomas Maier hat in seinem ausgezeichneten Artikel [2] beschrieben, wie unser medizinisches System nebst seiner vermeintlichen Hauptaufgabe der Diagnose und Begleitung von Krankheiten mehr oder weniger ungefragt weitere gesellschaftliche Funktionen zugewiesen erhielt. Bei uns hat jeder das Recht, selber in dieses medizinische System einzutreten, und kaum ist er drin, geniesst er einen enorm hohen Schutz. Für ihn gelten vom ersten Moment an die grossen medizinischen und menschlichen Qualitätsanforderungen, die an uns Ärzte gestellt sind. Sobald ein Patient den Notfallarzt am Telefon hat, ist dieser sozusagen der Garant dafür. Zumindest hat er den Anrufer kompetent weiterzuweisen. Gesellschaft und Öffentlichkeit wachen mit grosser Strenge über jeden Patienten. Sie, die die Leute bisweilen mit Füssen tritt (Kampf um individuelle Vorteile, Überforderungen am Arbeitsplatz, Gewährenlassen von Vereinsamungen usw.), scheint in einer Art Wille zur Wiedergutmachung für jedermann optimale Bedingungen innerhalb des medizinischen Systems zu fordern. Wer den Status eines Patienten hat, der ist angeknüpft an ein Wertesystem, an welchem kaum einer zweifelt. Gesundheit ist unser höchstes Gut. Wer krank ist, hat ein Anrecht auf Behandlung und Schutz, auch Schutz vor den Überforderungen des Lebens. Kein Wunder, dass Menschen diese Aufwertung geradezu suchen. Fast hat man das Gefühl, die Medizin habe in einer säkularen Welt die Funktion des Zufluchtsortes, des Trostes und der Hoffnung erhalten. Deshalb gibt man ihr soviel Kredit!

Vor diesem Hintergrund bekommt die Diskussion um das Zuviel an Ärzten eine etwas andere Färbung. Politiker und Krankenkassen meinen, das «Notwendige» wäre mit vielleicht 75%

* Der einfacheren Lesbarkeit halber schlage ich vor, dass man in solchen Artikeln als Mann die männliche und als Frau die weibliche Form wählt.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Schweizer
Hessstrasse 47
CH-3097 Liebefeld

der Ärzteschaft durchführbar. Was aber ist notwendig? Und was wollen die Patienten? In Umfragen ist der Grossteil der Bevölkerung mit der medizinischen Versorgung zufrieden. Sie wünscht sich aber noch mehr psychosoziale Kompetenz der Ärzte. Die Wahrnehmung dieser Kompetenz braucht Zeit, nicht nur Zeit in der Ausbildung, sondern vor allem auch Zeit in der Sprechstunde. Kompetente Zuwendung und wache Aufmerksamkeit sind nach wie vor keine Überflussgüter. TARMED hat die richtigen Weichen gestellt. Wir werden in Zukunft für die ärztlich-menschliche Arbeit honoriert werden, während die rein technischen Leistungen nur mehr kostendeckend bezahlt sind. Es gilt an dieser Stelle auch zu bedenken, dass unser Berufsstand immer mehr durch Frauen vertreten sein wird. Ihnen ist die psychosoziale Kompetenz vielleicht natürlicher zugeeignet als vielen Männern, aber sie werden ihr Privatleben anders gewichten als ihre männlichen Berufsvorfahren. Das Zeitangebot wird dadurch eher zurückgehen. Die gesellschaftliche Wertschätzung gilt aber nicht nur unserer Aufmerksamkeit und Zeit, sondern sie ist auch ein permanenter Stimulus für die Zunahme medizinischen Wissens. Dieses und die Möglichkeiten der Pflege und Palliation von unheilbar Kranken werden laufend zunehmen. Menschen, die früher starben, bleiben am Leben. Es gibt immer mehr alte Menschen. Die Dunkelziffer des psychisch-sozialen Elendes (auch ohne finanzielle Not) ist in unserer Gesellschaft gross. Die Nachfrage nach dem medi-

zischen System wird nicht abnehmen. Wissen und Können sollten zudem auf möglichst viele Schultern verteilt werden, weil Wissen und Können auch Macht bedeuten, was in der Medizin zu Recht sehr beargwöhnt wird.

Wer das medizinische System verkleinern und den Zugang dazu erschweren will, muss das so sagen. Man kann den Leuten nicht dauernd den Fünfer und das Weggli versprechen oder, zynischer, Warteschlangen schaffen in der Meinung, die Probleme werden sich darin von selbst erledigen.

Man muss es Frau Dreifuss und dem Bundesrat hoch anrechnen, dass sie der Versuchung zu «billigen» Lösungen der Kostenfrage vorerst einmal widerstanden haben. Bevor man die «Kostenfrage» löst, muss man darüber nachdenken, welche Funktion unser Gesundheitssystem hat und warum das so ist. Die Medizin ist untrennbar mit den Wertvorstellungen unserer Gesellschaft verknüpft. Diese Werte gilt es zu befragen. Vorher wird man auf die Kostenfrage keine gute Antwort finden.

Literatur

- 1 Stalder H. Ein Tag Notfalldienst ... Schweiz Ärztezeitung 2002;83(10):459.
- 2 Maier T. Das medizinische System als Ort sozialer Konsensfindung. Zur gesellschaftlichen Funktion des modernen Gesundheitswesens. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(39):2065-7.