

**Vom «guten Arzt» zu den «Health Professionals»?
Der Arztberuf vor den Herausforderungen des Gesundheits-
wesens und im Wandel der Gesellschaft**

Bericht zum Workshop Medical Humanities V
Urs Hafner

Vom «guten Arzt» zu den «Health Professionals»? Der Arztberuf vor den Herausforderungen des Gesundheitswesens und im Wandel der Gesellschaft

Bericht zum Workshop Medical Humanities V

Urs Hafner

Einleitung	5
Das Potenzial der Belletristik	6
Vom Dreieck zum System	8
Die Weiterentwicklung des Zulassungsverfahrens	10
Die weibliche Zukunft der Medizin	11
Das Gesundheitswesen als Dienstleistungsbranche	13
Das Potenzial der «narrative based medicine»	14
Die Gewissheit der Kostenspirale	16

Einleitung

Wer gesund ist, möchte nicht krank werden, und wer krank ist, möchte schnell wieder gesund werden. Helfen soll ihm dabei der Arzt oder die Ärztin. Doktoren und Medizinerinnen, die «Götter in Weiss», sind Objekte von Projektionen und Hoffnungen: Sein Leben, denkt der Patient, liegt in ihren Händen. Am liebsten hätte der Schwerkranke eine Ärztin, die um die Ursachen seines Leidens weiss, die richtigen Heilmittel kennt und ihn rund um die Uhr im fürsorglichen Blick hat.

Auch wenn die Ärztin diesem Wunsch nachkommen wollte: Erfüllen kann sie ihn nur schon deswegen nicht, weil ihr die Zeit fehlt. Zwischen dem von den Patienten gehegten Wunschbild des «guten Arztes», der sich durch sein Einfühlungsvermögen, sein profundes Fachwissen und seine moralische Integrität auszeichnet, und dessen von ökonomischen Zwängen dominierter Berufsrealität klafft oftmals eine grosse Lücke. Der «gute Arzt», der zunächst in Ruhe zuhört, was der Patient zu berichten hat, und dann für seine Diagnose ausgiebig und subtil den kranken Körper abtastet – ist er heute nicht vielmehr der «Health Professional», der von einem Fall zum nächsten hetzt und zwischendurch im Internet Ratschläge erteilt?

Kann der Arzt im heutigen Gesundheitssystem überhaupt noch der Arzt sein, den sich die Patienten wünschen und der er gerne wäre? Was wollen die Kranken eigentlich? Oder ist der traditionelle Doktor ein Paternalist, der endlich abdanken soll? Sind das medizinische Studium und die Ausbildung überhaupt noch zeitgemäss? Wie sähe ein «Hippokrates 2.0» aus? Diese Fragen führen ins Herz der Debatten um das Arzt-Sein heute. Sie wurden am Workshop «Vom ‚guten Arzt‘ zu den ‚Health Professionals‘» diskutiert, der am 31. März 2016 im Kornhaus Bern vor einem interessierten Publikum stattfand. Eine Reihe kompetenter Referentinnen und Referenten vertiefte das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven. Ausgerichtet wurde der Anlass, insgesamt der fünfte zu diesem Thema, von den Akademien der Wissenschaften Schweiz.

Das Potenzial der Belletristik

Findet sich das von Patienten, aber auch von Ärzten gesuchte Rollenmodell des «guten Arztes» etwa in der Literatur? So einfach ist es nicht, wie **Martina King** von der Universität Bern und der Universität Innsbruck in ihrem Vortrag erklärte: Die Literatur ist keine moralische Anstalt, man kann sie nicht als Verhaltensanleitung lesen. Die literarische Fiktion funktioniert vielmehr als Probehühne, die uns Selbstdistanzierung und damit die distanzierte Reflexion ermöglicht. Vor dem Hintergrund der neuen Disziplin der «Medical Humanities», die der naturwissenschaftlich geprägten Medizin kulturelle und anthropologische Perspektiven eröffnen wollen, interpretierte die Kinderärztin und Geisteswissenschaftlerin «Arztromane» – freilich nicht die am Kiosken ausliegende Trivilliteratur, sondern den Teil des literaturhistorischen Kanons, in dem Ärzte und – seltener – Ärztinnen auftreten.

Bis zum 18. Jahrhundert ähnelt laut Martina King der in der Literatur auftretende Arzt oftmals einem Geistlichen. Er gibt so ein erzieherisches Idealbild ab, wobei er weniger ein guter Arzt denn ein guter Mensch ist. Bei Lessing etwa finden sich keine Hinweise, wie sich ein Arzt in seiner funktionalen Rolle, also als Arzt, zu verhalten hat. Die Rolle des Mediziners ist zu dieser Zeit noch immer eine religiöse. Die Literatur hat noch eine moralische Funktion und vermittelt Verhaltensweisen. Erst im Laufe des 19. Jahrhunderts konstituiert sich die Autonomie von Kunst und Literatur und wird das Ästhetische zu einem Sonderbereich mit eigenen Regeln. Noch um 1800 steht die Medizin, so bei Jean Paul oder in Johann Wolfgang Goethes «Wilhelm Meisters Wanderjahre», zwar nicht mehr unter explizit christlichen, aber unter quasi pantheistischen Vorzeichen.

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts koppelte sich die Arztrolle von der Theologie ab, erläuterte Martina King – und gerate der Arzt zunehmend in moralische Dilemmata. Für den von den «Medical Humanities» inspirierte Blick ist der nicht so gute Arzt mindestens so spannend wie der gute Arzt. Martina King verglich in ihrem Vortrag zwei Werke, in denen zwei auf den ersten Blick eher schlechte Ärzte auftreten: Theodor Storms «Ein Bekenntnis» von 1887 und Ernst Weiss' «Georg Letham. Arzt und Mörder» von 1932.

Bei Storm hätte ein Arzt seine schwerkranke Frau vor dem Tod retten können, wenn er einen Aufsatz gelesen hätte, den er, als sie noch lebte, achtlos wegwarf. Der Text stellt die Frage nach der Schuld des Protagonisten – der sich später als selbstloser Mediziner erweist – und diskutiert die Frage der Legitimität

von Sterbehilfe. Er weist einen hohen Grad an normativer Geschlossenheit auf und betreibt Leserlenkung; Der Leser identifiziert sich mit dem Protagonisten. In ethischer Hinsicht wird er laut Martina King «passiviert». Der Text ist ein Schulbeispiel, das die moralischen Pflichten eines Arztes ausweist. Der Leser wird vor ethischen Dilemmata verschont.

Ganz anders geht Weiss' Roman vor, der viel komplexer ist. Er legt weder die Identifikation noch die Verurteilung des Protagonisten – einer exemplarischen Romanfigur der deutschsprachigen Avantgarde – nahe. Zunächst erscheint der Arzt, der zum Mörder wird, als rein negative Figur: Er zeichnet sich durch seine moralische Indifferenz aus, anstelle des Einfühlungsvermögens tritt der pure Zynismus. Doch nach und nach wird der Leser irritiert, weil sich seine anfängliche Einschätzung als falsch erweist. Schliesslich stellt sich der mörderische Arzt heroisch für ein gewagtes Experiment zur Verfügung: Er ist bereit, sein Leben für das Gemeinwohl zu opfern. Die Figur ist also kein Monster, der Leser steht vor unauflösbaren Widersprüchen. Sie ist in ihrer fundamentalen Ambivalenz standortlos und doch hochreflektiert. Der Leser, hielt die Referentin fest, könne aus dem Verhalten der Figur keine ethischen Maximen ableiten.

In Ernst Weiss' multiperspektivischem Text – oder auch etwa in Henrik Ibsens «Ein Volksfeind» von 1882 – sieht Martina King paradigmatisch die Summe dessen, was die Literatur für die «Medical Humanities» und die Medizin insgesamt leisten könne: keine daraus abzuleitende moralische Bevormundung des Arztes, sondern vielmehr die Reflexion ärztlicher Wertesysteme. Wer also wissen will, was den «guten Arzt» ausmacht, sollte klassische Literatur lesen.

Vom Dreieck zum System

Hubert Steinke von der Universität Bern widmete sein Referat dem Ideal des «guten Arztes», wie es seit der Antike auf die Gegenwart gekommen ist. Er verglich also die Geschichte mit der Gegenwart. Der Medizinhistoriker machte einerseits eine Kontinuität des Bildes und andererseits einen Wandel aus. Die Kontinuität sieht er im Ideal von Kunst und Wissenschaft, das seit Hippokrates hochgehalten wird – wobei Steinke betonte, dass der viel zitierte und oft bemühte Hippokrates eine Fiktion sei, auch wenn er gelebt habe: Man wisse nichts über ihn, man wisse nicht einmal, ob er überhaupt eine Zeile verfasst habe. Dennoch wird Hippokrates bis heute idealisiert. Auf ihn führt man das «hippokratische Dreieck» von Arzt, Krankheit und Patient zurück – drei Pole, die sich gegenseitig bedingen. Der gute Arzt erfüllt darin zwei Aufgaben: das Heilen und Erforschen von Krankheiten.

Diese Aufgaben werden laut Hubert Steinke von der Gesellschaft noch immer als die wichtigsten Tätigkeiten des Arztes betrachtet. Gemäss Umfragen muss sich ein guter Arzt genug Zeit nehmen für seine Patienten und fachlich kompetent sein. Und gemäss Umfragen ist das Ansehen des Arztberufes unverändert hoch: 90 Prozent der Bevölkerung sind mit ihrem Doktor zufrieden. Von dieser Rate können andere Berufe nur träumen. So gesehen stelle sich die Frage nach dem «guten Arzt» aus der Perspektive der Patienten eigentlich gar nicht, pointierte der Redner.

Den Wandel des Bildes vom «guten Arzt» dagegen sieht Hubert Steinke vor allem in den Institutionen des Gesundheitswesens vollziehen, die in Umfragen weniger gut wegkommen, in den Spitälern etwa oder bei den Krankenkassen. Dieser Wandel ist auf den radikalen Umbau der Medizin seit dem 19. Jahrhundert zurückzuführen: Die intime Zweierbeziehung von Arzt und Patient ist durch ein anonymes Betreuungs-, ja ein Abfertigungssystem ersetzt worden.

Mit Blick auf diese Institutionen ziele das «hippokratische Dreieck» an der Realität vorbei, hielt der Referent fest. Das von Ärzten wie Patienten oftmals idealisierte Zweierverhältnis blendet die Rolle der Gesellschaft und der Wissenschaft, des sich zunehmend ausdifferenzierenden, hochkomplexen Gesamtsystems aus. Darin läuft nichts mehr ohne Internet, in dem Patienten, Ärzte, Pflegepersonal und zunehmend Rechtswissenschaftler miteinander direkt und viel mehr noch indirekt über medizinische Datenbanken, Interessengruppierungen und Social Media x-fach miteinander verbunden sind.



Abb. PPP-Steinke, Folie 19

Auf diesen Wandel nun wird gemäss Hubert Steinke in der Konzeption der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte reagiert, indem man das Curriculum reformiert – zum dritten Mal insgesamt. Die erste Reform, die um 1900 stattfand, richtete die Ausbildung nach wissenschaftlichen Prinzipien aus. Nach der Veröffentlichung des Flexner-Reports und anderer Berichte führte man strikt naturwissenschaftlich ausgerichtete Studienpläne ein. Die zweite Reform, die um die Mitte des letzten Jahrhunderts einsetzte, sensibilisierte die Ärzte verstärkt für professionalisierte Werthaltungen: Man favorisierte problemorientierte Lern- und Lehrmethoden.

Die dritte Reform nun, die am Laufen ist und von einem «Lancet»-Bericht von 2010 angestossen wurde, zeichnet sich laut Hubert Steinke dadurch aus, dass sie «system based» ist. Die Ärzte sollen bei ihrer Arbeit «das Ganze» im Blick haben, das gesamte medizinische System, das Teil der Gesellschaft ist. Die Ausbildung soll sowohl die Ansprüche der Bevölkerung und deren demographische Veränderung berücksichtigen als auch die zunehmende Ausdifferenzierung der ärztlichen Profession.

Das Ziel der Reform sei, bilanzierte Hubert Steinke, dass die Ärztinnen und Ärzte vermehrt an der Gestaltung des Gesundheitswesens partizipierten. Zu oft beschränken sie sich darauf, sich für die Bewahrung des idealisierten Zweierverhältnisses einzusetzen, und blenden die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen aus. Dass sie sich vor rund hundert Jahren gegen die Einführung der Krankenversicherung gewehrt hätten, so Hubert Steinke, sei symptomatisch für diese Haltung.

Die Ärzte, hielt der Redner fest, sollten ihren Handlungsspielraum, den sie sehr wohl besäßen, stärker nutzen. Heute würden im Gesundheitswesen keine grossen Änderungen vorgenommen ohne die Einwilligung der Ärzte. Sie seien also ein wichtiger Akteur. Darum sollten sie sich vermehrt einbringen in die Gestaltung der zukünftigen Medizin und in die Diskussion der Fragen darüber, was eine «gute Medizin» sei. Ein «guter Arzt» sei einer, der sich hier engagiere.

Die Weiterentwicklung des Zulassungsverfahrens

Wer wird überhaupt Arzt und Ärztin? An den Deutschschweizer Universitäten besteht für das Medizinstudium ein Numerus clausus: Wer es in Angriff nehmen will, muss vorher einen Eignungstest absolvieren und bestehen. Für dessen Kriterien verantwortlich ist **Klaus-Dieter Hänsgen**, der Direktor des Zentrums für Testentwicklung und Diagnostik an der Universität Freiburg. Er lieferte in seinem Referat zunächst prägnante Fakten. Studium und Berufsausbildung sind sehr teuer: Ein Arzt mit Fachtitel kostet die Gesellschaft rund 1.2 Millionen Franken. Bei der klinischen Master-Ausbildung besteht ein Engpass. Das Medizinstudium dauert rund sechs Jahre, die anschliessende Weiterbildung nochmals fünf bis sechs Jahre, die Berufstätigkeit setzt ab dreissig Jahren ein. Heute bestünden, führte der Referent in Erinnerung, rund 44 Facharztstitel. Wer also von «dem» Arzt redet, vereinfacht stark.

Klaus-Dieter Hänsgen sprach sich klar für den Numerus clausus aus, dank dem eine geringe Studien-Abbruchquote von weniger als zehn Prozent bestehe und die «Nachfrageexplosion» die Universitäten nicht überrolle. Allerdings: Das heutige «diversitätsfördernde» Auswahlverfahren bewähre sich, aber man müsse es weiterentwickeln. Die Frage sei, welche Ärzte die Gesellschaft wolle. Entscheiden müsse die Politik, hielt der Redner fest. Laut Gesetz sind Leute mit besseren Erfolgsaussichten zum Studium zuzulassen. Doch es gibt die Befürchtung, dass nur noch «Intelligenzbestien» die Hürde schafften, also Leute mit ho-

her kognitiver Intelligenz. Wichtig ist indes, dass die Diversität erhalten bleibt. «Eignung und Neigung» sind laut Klaus-Dieter Hänsgen beide gleich wichtig. Allerdings sei es schwierig, die Neigung der Interessierten festzustellen: Sie sei «nicht testfähig».

Klaus-Dieter Hänsgen verglich das Auswahlverfahren der Deutschschweiz mit den Auswahlverfahren anderer Länder – der Blick über den Tellerrand sei wichtig. Dabei machte er vier dominante Modelle aus. Nur in der Schweiz wird ein einziges homogenes Kriterium – nämlich die kognitive Studierfähigkeit – angewandt. Österreich beispielsweise benutzt auch nur ein Kriterium, das aber heterogen ist: Es umfasst kognitive Leistungen, Schulwissen und soziales Wissen. Israel und Deutschland dagegen selektieren aufgrund mehrerer Kriterien: Israel sequentiell, Deutschland parallel mit Quoten bei Abitur, Test und Wartezeit.

Abschliessend diskutierte Klaus-Dieter Hänsgen die mögliche Weiterentwicklung des Zulassungsverfahrens. Denkbar sind etwa Motivationsschreiben der Interessierten oder der Einbezug der Maturanoten, was in der föderalistischen Schweiz freilich unfair wäre. Einen Testteil, der Schulwissen umfasst, will die Politik nicht. Und die eigentlich wünschbaren sozialen Kompetenzen kann man nicht messen.

Der Redner hielt fest, dass jedenfalls die Anforderungen an den Arztberuf – die nötigen Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Persönlichkeitsmerkmale – deutlicher bestimmt und das Auswahlverfahren zu optimieren sei, wobei genug Diversität für andere Fächer erhalten werden müsse. Nicht ausser Acht lassen darf man den Strukturwandel der Jugendlichen, bei denen die «Selbstverwirklichung» ein grosses Gewicht erhalten hat. Unter Umständen ist das Studienangebot darauf abzustimmen.

Die weibliche Zukunft der Medizin

Für eine komplett neue Medizin sprach sich **Sabine Baier** vom Collegium Helveticum der Universität und der ETH Zürich aus: Die Philosophin hielt ein engagiertes Plädoyer für eine feministische Medizin. Dabei ging sie von den Einsichten der «Gender-Medizin» aus, die gezeigt habe, dass Frauen und Männer nicht auf dieselbe Weise krank würden und auch nicht auf die gleiche Weise geheilt werden könnten – eine Einsicht, die von der herrschenden Medizin ignoriert

werde, deren Massstab in der Regel der Mann sei. Die Gender-Medizin, so die Rednerin, sei ein umfassendes interdisziplinäres Projekt, das letztlich die bessere medizinische Versorgung aller Männer und Frauen zum Ziel habe.

Die Perspektive der Gender-Medizin erlaubt laut Sabine Baier einen Blick auf die systematische Benachteiligung vor allem der Frauen – sowohl der Ärztinnen als auch der Patientinnen – durch die Medizin. So ist die Hälfte aller Medizinstudierenden zwar Frauen, aber nur einer von zehn Chefärzten ist weiblichen Geschlechts. Die Forschung orientiert sich am männlichen Körper und schliesst den weiblichen aus, weil er ihr zu kompliziert ist, etwa wegen des Monatszyklus. Zudem erhalten Frauen oft weniger Schmerztherapien, weil man davon ausgeht, dass sie, wenn sie ein Leiden erwähnen, wehleidig tun. Der männliche Körper ist das Mass der Dinge – auch in den medizinischen Lehrbüchern. Dort existieren ausserdem weder die Realitäten der Intersexualität noch des Transgenders.

Die feministische Analyse betrachte Krankheit und Gesundheit nicht als individuelle Probleme, sondern als soziale und kollektive Phänomene, führte Sabine Baier aus. Dabei ist die globale Perspektive wichtig: In vielen Ländern haben die Frauen kaum Zugang zur Medizin und ist die mit dem Gebärvorgang verbundene Sterblichkeit nach wie vor hoch. In den Industrienationen steht die Erforschung von Wohlstandskrankheiten – etwa Herz-Kreislaufkrankungen – an erster Stelle, obschon in den meisten Ländern der Welt Infektionskrankheiten das grösste Problem sind.

Was zeichnet die «gute Ärztin» in einer feministischen Perspektive aus? Gemäss Sabine Baier richtet sie ihren Fokus auf Benachteiligte, berücksichtigt alle Geschlechter – nicht nur die zwei dominanten –, denkt in einer globalen Dimension und reflektiert die Anforderungen und Wünsche der Gesellschaft. Dadurch steigert die gute Ärztin die Komplexität der Medizin. An diesem grundsätzlich feministischen Anspruch muss die Auswahl der Ärzte und Ärztinnen sich ausrichten, also an den Grundbedingungen des medizinischen Handelns selbst. Das bisherige Bild des «guten Arztes» habe ausgedient, man müsse die Medizin anders denken.

Nach Sabine Baier sollte sich die feministische Medizin auf die Geisteswissenschaften stützen, die jedoch nicht die Rolle der Ethiklieferantin zu übernehmen haben; die Medizin soll ethische Fragen nicht «outsourcen», sondern sich selber dazu Gedanken machen. Die Geisteswissenschaften sind zudem mehr als nur eine Hilfs- und Zubringerwissenschaft: Sie können wichtige Beiträge zur Frage

liefern, warum bestimmte Phänomene von der Medizin als Probleme wahrgenommen werden, die der Heilung bedürfen, und andere nicht.

Die Medizin selbst sei nicht in der Lage, aus ihrer Binnenlogik heraus kritische Fragen an sich selbst zu stellen, bilanzierte die Rednerin. Der Beleg dafür ist just die Gender-Medizin, die nicht in der Medizin entstanden, sondern von den Gender-Studies und der feministischen Bewegung entwickelt worden ist. Im Feminismus schlummere nach wie vor ein enormes emanzipatorisches Potenzial. Sabine Baier kritisierte einleuchtend die Vorstellung einer «Normalität», die nicht existiert. Weil man von dieser Normalität ausgeht, wird die Vielfalt gezeugnet und werden die Menschen ungleich im Sinn von nicht-egalitär behandelt.

Das Gesundheitswesen als Dienstleistungsbranche

Einen nochmals anderen Blick auf das Bild des «guten Arztes» warf **Urs Bieri** vom Forschungsinstitut Gfs Bern: keinen theoretischen, sondern einen durch die quantitative Sozialforschung geformten. Der Politikwissenschaftler stellte die These auf, die Beziehung zwischen Arzt und Patient befinde sich in einem revolutionären Umbruch – wir stünden nicht weniger als am Beginn eines neuen Zeitalters. Der Patient emanzipiert sich von seiner traditionellen Rolle: Er sieht sich nicht mehr primär als Krankheitsträger, sondern vermehrt als mündigen Bezüger einer Dienstleistung.

Diesem Wandel entspricht laut Urs Bieri das neue «systemische Verständnis», das die Bevölkerung vom Gesundheitssystem hat: Sie weiss, dass die Gesundheit kostet und dass die Kosten jährlich steigen. Von daher rührt das Grundverständnis der Bevölkerung: Für die hohen Kosten wünscht sie sich eine unveränderte gute medizinische Qualität, zu der sie die freie Arztwahl rechnet.

Den Treiber für die revolutionäre Entwicklung und die neue medizinische Mündigkeit macht Urs Bieri im Internet aus. Die Leute suchen im Netz Informationen, eignen sich Wissen an, bilden sich eine eigene Meinung und bringen diese mit zum Arzt, mit dem manche gar auf Augenhöhe diskutieren wollen. Die Zeit, als der Patient nichts wusste und dem Arzt voll vertraute, ist in der digitalen Ära vorbei.

Allerdings wünschen nach Urs Bieri nach wie vor die meisten Leute eine Behandlung durch den Hausarzt. Befragungen zeigen zudem, dass Vertrauen mit

Abstand das wichtigste Element ist, das zur Zufriedenheit führt – interessanterweise erst an dritter Stelle kommt der Anspruch, dass nach der Behandlung eine Besserung des Zustands eintritt. Zu leichter Unzufriedenheit führt indes neu eine hohe Wartezeit. Daran wird laut Urs Bieri der Dienstleistungscharakter der Medizin sichtbar. Manche Patienten wünschen sich bessere Öffnungszeiten ärztlicher Praxen, zum Beispiel abends.

Der Hausarztbesuch, fasste Urs Bieri zusammen, werde zur klassischen Dienstleistung: «Servicequalität» sei aus der Sicht der Patienten und Patientinnen sehr wichtig. Damit sei der Weg zu Ranking und Rating geebnet – ob man das nun gut finde oder nicht. In dieser Sicht ist der «gute Arzt» also einer, zum dem man, wie ehemals, noch immer Vertrauen hat, der aber auch unternehmerisch und bedürfnisorientiert agiert.

Das Potenzial der «narrative based medicine»

An der **Podiumsdiskussion**, die von der Workshop-Moderatorin **Susanne Brauer** geleitet wurde, beteiligten sich neben den beiden Referierenden Sabine Baier und Klaus-Dieter Hänsgen die am Berner Inselspital tätige Oberärztin **Kristina Tänzler** sowie **Karin Ritschard Ugi**, Leiterin des Pflegedienstes am Inselspital. Diese skizzierte das Idealbild des «guten Pflegers» und der «guten Pflegerin»: Sie verfügt, wie der gute Arzt auch, über ein ausgezeichnetes Fachwissen, mit dem sie den Patienten bei der Bewältigung der Krankheit unterstützt, über handwerkliche Fähigkeiten und moralische Prinzipien. Wichtig sind Mitgefühl und Engagement. Allerdings müssten die Pflegenden keine «Minidoctors» sein, sondern eine eigenständige pflegerische Haltung einnehmen, betonte Karin Ritschard Ugi.

Kristina Tänzler differenzierte die von der Moderatorin an sie gerichtete Frage nach der «guten Ärztin» dahingehend, dass diese für jeden etwas anderes sei und dass man als Arzt auf verschiedenen Positionen verschiedene Eigenschaften benötige. Leider sei im Arztberuf sehr oft das Geld ausschlaggebend, zum Beispiel, wie viel Geld jemand für die Forschung einwerben könne. Daneben komme oft die an sich sehr wichtige Sozialkompetenz zu kurz. Gerade in den grossen medizinischen Institutionen werde sie zu wenig berücksichtigt.

Diese Aussagen waren Klaus-Dieter Hänsgen zu diffus: Er provozierte jetzt, ergriff er das Wort, und richtete die Frage ans Publikum, ob denn die Ärzte bereit

seien, ihre Macht abzugeben? Diese Frage wiederum mochte das Podium nicht vertiefen: Kristina Tänzler meinte, die grosse Frage sei, was der Patient von der Ärztin wolle. Karin Ritschard Ugi sprach sich für einen Paradigmenwechsel aus: Die selbstbestimmten Patienten sollten gemeinsam mit den «Health Professionals» – unter diese Bezeichnung fallen Pflegende und Ärzte – «evidenzbasierte Entscheidungen» treffen. Sabine Baier erinnerte daran, dass die moderne Medizin nicht im Paradigma der Pflege operiere und viele Menschen permanent krank seien, was eigentlich gegen die Medizin spreche.

Darauf erwiderte Klaus-Dieter Hänsgen, weder sei die Bezeichnung «Health Professionals» sinnvoll, noch brauche es eine feministische Medizin – die Medizin könne die Probleme allein lösen. Die Sozialwissenschaften hätten zu der Frage, welche Qualitäten eine Person mitbringen müsse, die Medizin studieren wolle, nichts zu sagen. Diesen Aussagen wurde widersprochen. Aus dem Publikum hiess es, es gebe sehr wohl ein sozialwissenschaftlich unterfüttertes Profil des «guten Arztes».

Kristina Tänzler gab zu bedenken, dass heute an die Ärzte punkto Können von der Gesellschaft riesige Ansprüche gestellt würden, was für diese nicht einfach sei. Karin Ritschard Ugi machte eine Überlastung im Pflegewesen aus: Oft fehle die Zeit, die Patienten gut zu betreuen – das sei in der Ausbildung ein grosses Thema. Ideal wäre, die Pflegenden könnten einen Tag lang einen Arzt begleiten, um dessen Perspektive kennenzulernen, aber dafür fehle eben die Zeit.

Aus dem Publikum wurde zur Aufhellung der doch eher ernüchternden Bilanz – anknüpfend an Martina Kings Ausführungen – die Belletristik herbeigezogen, die dem heutigen Arzt dienlich sein könnte; im angelsächsischen Raum spricht man von der «narrative based medicine». Der Begriff besagt, dass literarische Texte die Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, ihr Bewusstsein und ihre analytischen Fähigkeiten zu schärfen. Leider, so ein Einwand aus dem Publikum, würden die Kliniker und die «Medical Humanities» oft aneinander vorbeireden. Ein anderer Einwand lautete, inwiefern dieses Wissen denn überhaupt prüfungsrelevant sei.

Die Gewissheit der Kostenspirale

Es war schliesslich an **Markus Zürcher**, dem Generalsekretär der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften, den Workshop zu resümieren und zu pointieren. Zunächst verwies der Soziologe auf die «Persistenzen»: Die Legitimität und die Definitionsmacht des Hausarztes ist ungebrochen. Man glaubt und vertraut ihm, der – idealerweise – auf einen eingeht und sich Zeit nimmt. Das Ideal der innigen Zweierbeziehung von Arzt und Patient besteht weiter. Als wichtigste ärztliche Eigenschaft gilt nach wie vor die Empathie, die über den «outcomes» der Behandlung steht.

Im Widerspruch zu den Persistenzen stehen die «gaps», wie Markus Zürcher ausführte. Viele Menschen wollen gerade das, was der Numerus clausus bei den angehenden Ärzten nicht prüft: Für sie stehen die «soft skills» an erster Stelle. Dazu kommt: Die Menschen wollen oft zunächst vom Hausarzt behandelt werden, aber viele Medizinstudierende wollen nicht Hausarzt, sondern Spezialist werden. Der Hausarzt hat im Gesundheitssystem kein positives Image. Ferner steht seine Figur zunehmend verloren im System, das auf die Pluralisierung der Kompetenzen und ärztlichen Berufe setzt und aus einer verwirrenden Vielfalt von Akteuren besteht. Schliesslich gerät die Autorität des Arztes durch die von Wissensgesellschaft und Internet vorangetriebene «Fundamentaldemokratisierung» unter Druck.

Abschliessend wagte Markus Zürcher einen Blick in die Zukunft: Was geschieht im hochkomplexen Gesundheitssystem, wenn sich die Patienten wie Kunden verhalten und sich für Rankings interessieren? Was passiert, wenn sich Rankings durchsetzen, die von den Krankenkassen auf der Grundlage der «outcomes» erstellt werden? Und was geschieht, wenn der Patient, der sich im Internet informiert und sich mündig fühlt, zum Normalfall wird? Das Einzige, schloss Markus Zürcher, was sicher sei im Gesundheitswesen: Dass es teurer und teurer werde.

Aktivitäten der Akademien der Wissenschaften Schweiz im Bereich «Medical Humanities»

Workshop Medical Humanities IV (24. März 2015):
**Auf der Suche nach dem Ganzen in der Medizin –
der Beitrag der Philosophie.**

3 Preise für Artikel aus den «Medical Humanities»,
publiziert 2015 in der Schweizerischen Ärztezeitung:

1. Preis: Rose-Anna Foley, Claire Ansermet, Annick
Anchisi, Sandro Anchisi, «**Interdisziplinäre Ansätze in
der Behandlung älterer Patienten mit Chemothera-
pie**», in: Schweizerische Ärztezeitung.

2. Preis: Veronika Schoeb, Anita Hartmeier, Sara Keel,
«**Transfer von Forschungsergebnissen zur Austritts-
planung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken:
Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im
Praxisalltag**», in: Schweizerische Ärztezeitung.

3. Preis: Marion Droz Mendelzweig, Armin von
Gunten, Claire Newman, Florence Galland Laini,
Krzysztof Skuza, «**Announcement du diagnostic MCI (Mild
Cognitive Impairment): à propos de la démarche
diagnostique des troubles cognitifs chez l'âgé**», in:
Schweizerische Ärztezeitung, und Ute Ziegler,
Claudia Acklin, «**Design als Gesundheitsressource –
Stress-reduzierende Designinterventionen in einer
Psychiatrischen Klinik**», in: Schweizerische
Ärztezeitung.

Publikation «**Medical Humanities: Über die
Bedeutung der Geistes- und Sozialwissenschaften
für die Medizinal- und Gesundheitsberufe**»,
Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2014.

Workshop Medical Humanities III (25. März 2014):
«Medical Humanities» in Forschung und Praxis.

Workshop Medical Humanities II (26. März 2013):
**Der Platz der Geistes- und Sozialwissenschaften in
der medizinischen Ausbildung.**

Workshop Medical Humanities I (16. März 2012):
**«Medical Humanities»: Stand und weitere
Entwicklung an Schweizer Hochschulen.**

Publikation «**Medical Humanities in der Schweiz**»,
Akademien der Wissenschaften Schweiz, 2012.

Publikation «**Gesundheitsforschung in der Schweiz –
Thematische Schwerpunkte, institutionelle
Verankerung**», eine Standortbestimmung im Auftrag
der SAGW von Andreas Bänziger, Yvonne Treusch,
Peter Rüesch, Julie Page, SAGW, 2012.

Publikation «**Intimität und Intrusion. Bericht zum
interdisziplinären Workshop-Zyklus «Medical**

Humanities» der SAMW und der SAGW», Sibylle
Obrecht Löscher, Akademien der Wissenschaften
Schweiz, 2011.

Workshop III (21. Mai 2010): «**Konsultation und
Sexualität, jenseits von Viagra und Scham**»,
interdisziplinärer Workshop-Zyklus.

Workshop II (26. September 2009): «**Intimität und
Intrusion auf der Intensivstation**», interdisziplinärer
Workshop-Zyklus.

Workshop I (3. September 2009): «**Intimität und
Intrusion in der Psychiatrie: Interdisziplinäre
Aspekte**», interdisziplinärer Workshop-Zyklus.

Externe Publikation «**Biomedicine as Culture:
Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge,
and New Modes of Life**. Routledge Studies in
Science, Technology and Society», Burri, Regula
Valérie & Joseph Dumit (Hg.), New York, London:
Routledge, 2007.

Publikation «**Médecine et sciences humaines.
Sciences humaines en médecine: formation et
collaboration**», colloque du 4–5 mai 2006 à
Lausanne, Académie suisse des sciences humaines
et sociales, 2006.

Tagung «**Medizin und Humanwissenschaften.
Humanwissenschaften in der Medizin: Ausbildung
und Mitarbeit**», 26. April 2006.

Tagung «**Medizin als Kulturwissenschaft –
Kulturwissenschaften der Medizin**», 12./13. November
2004.

Activités des Académies suisses des sciences dans les «Medical Humanities»

Workshop Medical Humanities IV (24 mars 2015):
A la recherche du tout dans la médecine – la contribution de la philosophie.

3 Prix pour des articles provenant du domaine des «Medical Humanities», publiés en 2015 dans le Bulletin des médecins suisses:

1. Prix: Rose-Anna Foley, Claire Ansermet, Annick Anchisi, Sandro Anchisi, «Interdisziplinäre Ansätze in der Behandlung älterer Patienten mit Chemotherapie», in: Bulletin des médecins suisse.
2. Prix: Veronika Schoeb, Anita Hartmeier, Sara Keel, «Transfer von Forschungsergebnissen zur Austrittsplanung in drei Schweizer Rehabilitationskliniken: Reflexion als Sprungbrett für Veränderungen im Praxisalltag», in: Bulletin des médecins suisse.
3. Prix: Marion Droz Mendelzweig, Armin von Gunten, Claire Newman, Florence Galland Laini, Krzysztof Skuza, «Annonce du diagnostic MCI (Mild Cognitive Impairment): à propos de la démarche diagnostique des troubles cognitifs chez l'âge», in: Bulletin suisse des médecins, et Ute Ziegler, Claudia Acklin, «Design als Gesundheitsressource – Stress-reduzierende Designinterventionen in einer Psychiatrischen Klinik», in: Bulletin des médecins suisse.

Publication «Medical Humanities: La signification des sciences humaines et sociales pour les métiers de la médecine et de la santé», Académies suisses des sciences, 2014.

Workshop Medical Humanities III (25 mars 2014): Les «Medical Humanities» dans la recherche et la pratique.

Workshop Medical Humanities II (26 mars 2013): La place des sciences humaines et sociales dans la formation médicale.

Workshop Medical Humanities I (16 mars 2012): «Medical Humanities»: Etat actuel et développement dans les hautes écoles suisses.

Publication «Les Medical Humanities en Suisse», Académies suisses des sciences, 2012.

Publication «Gesundheitsforschung in der Schweiz – Thematische Schwerpunkte, institutionelle Verankerung», eine Standortbestimmung im Auftrag der SAGW von Andreas Bänziger, Yvonne Treusch, Peter Rüesch, Julie Page, SAGW, 2012.

Publication «Intimité et intrusion. Rapport

concernant le cycle d'ateliers interdisciplinaires «Medical Humanities» de l'ASSM et l'ASSH», Sibylle Obrecht Löscher, Académies suisses des sciences, 2011.

Atelier III (21 mai 2010): «Consultation et sexualité au-delà du viagra et de la pudeur», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Atelier II (26 septembre 2009): «Intimité et intrusion aux soins intensifs», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Atelier I (3 septembre 2009): «Intimité et intrusion en psychiatrie: Aspects interdisciplinaires», cycle d'ateliers interdisciplinaires.

Publication externe «Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life. Routledge Studies in Science, Technology and Society», Burri, Regula Valérie & Joseph Dumit (Hg.), New York, London: Routledge, 2007.

Publication «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», colloque du 4-5 mai 2006 à Lausanne, Académie suisse des sciences humaines et sociales, 2006.

Colloque «Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine: formation et collaboration», 26 avril 2006.

Colloque «La médecine comme science culturelle – les sciences culturelles de la médecine», 12-13 novembre 2004.

