Zeitschrift: Profil : sozialdemokratische Zeitschrift für Politik, Wirtschaft und Kultur
Herausgeber: Sozialdemokratische Partei der Schweiz
Band: 53 (1974)
Heft: 12

Artikel: Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin [Schluss]
Autor: Israel, Joachim
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-338908

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Prof. Dr. Joachim Israel

Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin [1)]

II.

8. These

Die Entwicklung der Möglichkeiten von privatpraktischer, ambulatorischer, poliklinischer und klinischer Behandlung hat dazu geführt, dass die breiten Schichten der Bevölkerung heute Zugang zur ärztlichen Betreuung haben. Wir schon vorher erwähnt wurde, liegt dies in der Tatsache begründet, dass der Mensch in unserer heutigen Gesellschaft einen höheren Warenwert hat als früher. Aber die Sozialisierung der Medizin – um eine in der amerikanischen Terminologie gebräuchliche Redensart zu verwenden – hat nicht nur durch Krankenkassen und Versicherungen beispielsweise ermöglicht, jedem Bürger eine Behandlung zukommen zu lassen, sie hat auch die Monopolstellung des Arztes und damit seine Machtstellung im sozialen System gestärkt. Hinzu kommt, dass die Wissenschaft häufig zum Fetischismus neigt und der Arzt die Rolle des Medizinmanns übernimmt. Er kann sich wie alle Techniker auf sein technisches Wissen berufen, um Forderungen durchsetzen zu können. Er kann sich unter dem weissen Mantel des Experten über Dinge äussern, Ratschläge geben und Entscheidungen beeinflussen, die in Bereiche hineinreichen, in denen er nicht Fachmann ist und für die er keine Ausbildung besitzt. Die Prestigesuggestion, wie der sozialpsychologische Terminus lautet, wird von Aerzten – oft unbewusst – ausgenutzt.

9. These

Die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft auf der einen Seite und die grosse Arbeitsbürde auf der anderen Seite haben dazu geführt, dass der Patient für den Arzt aufhört als Mensch im Sinne eines komplexen Systems zu existieren. Ein Patient, der zur ambulatorischen oder klinischen Behandlung in ein modernes Krankenhaus kommt, wird von einer Reihe Spezialisten untersucht, wobei jeder sich auf besondere Aspekte konzentriert. Für den Arzt wird der Patient oft auf ein bestimmtes Organ – zum Beispiel Herz, Leber, Nieren – oder auf ein Symptom reduziert. Der Patient als Totalität gesehen – in seinem sozialen Zusammenhang, in seiner sozialen Position und Rolle, seiner Arbeit, seinen Familienverhältnissen usw., im Zusammenhang seiner psychologischen Verhältnisse und Umstände – wird nicht beachtet. Verbesserte Diagnose, differenzierte Behandlungsmöglichkeiten, spezialisierter Einsatz werden um den Preis erkauft, dass der Mensch als biosoziales System, als Totalität verschwindet. Damit wird die ärztliche Praxis leicht zur verdinglichten Objektrelation, in der menschliche Kontakte und Kommunikation oft als Belastung ange-

---

[1)] Fortsetzung von «Profil» Nr. 11/74, Seiten 318—323.

sehen werden und man sich damit verteidigt, dass man dafür keine Zeit habe. Mit anderen Worten: Die Effektivitätskriterien der Industriegesellschaft werden von den Fabriken und Kontoren auf die ärztliche Sprechstunde und auf die Krankenhäuser übertragen, ohne dass man die Möglichkeit hat, Effizienz durch Rentabilität zu belegen. Das Effektivitätsstreben hängt deshalb in der Luft und spielt nur deshalb diese hervorragende Rolle, weil in der gesamten Gesellschaft, unter anderem mit Hilfe der Wachstumsideologie der spätkapitalistischen Gesellschaft ein Effektivitätsfetischismus aufgebaut worden ist.

Dabei soll nicht vergessen werden, dass effektive Behandlung im Sinne der schnellen Abfertigung auch für die finanziellen Interessen des praktizierenden Arztes von Bedeutung ist.

Die Krankenhäuser werden zu grossen Krankenfabriken. Der Patient hat Kontakt mit vielen Spezialisten und vielen Kategorien von Pflegepersonal, ohne grössere Möglichkeit zum engeren kommunikativen Kontakt. Auf diese Weise werden Möglichkeiten verpasst, somatische Symptome als Ausdruck anderer psychisch bedingter Probleme zu verstehen. Der Patient bekommt an Stelle des kommunikativen Kontaktes eine Arznei.

Das gilt im besonderen Ausmass für die Behandlung von Geisteskranken. «Behandlung» ist in diesem Zusammenhang häufig das falsche Wort. Verwahrung wäre angemessener. Dies geschieht trotz der Erfahrungen, die man mit den genannten «therapeutic communities» gesammelt hat. Diese setzen aber eine Zusammenarbeit zwischen Aerzten, übrigem Personal und Patienten voraus, an die Aerzte und Krankenschwestern oft nicht gewöhnt sind und für die sie nicht nur nicht die entsprechende Ausbildung haben, sondern ihre traditionelle Ausbildung verhindert nicht selten die Schaffung von «therapeutic communities». Diese können aber nur funktionieren, wenn man den traditionellen autoritären Geist der hierarchisch gestuften Krankenhausstruktur aufgibt.

10. These

In unserer demokratischen Gesellschaft wird die autoritäre Organisationsstruktur des Krankenhauses wahrscheinlich nur von der autoritären Struktur des Militärapparates übertroffen. Diese Struktur wird durch verschiedene Faktoren gefördert. Da gibt es beispielsweise die strenge Einteilung nach Schichten im Krankenhaussystem, in der jede Schicht eine geschlossene Gruppe von der Art einer Kaste bildet: Nur eine bestimmte Ausbildung verschafft Zutritt zur entsprechenden Gruppe, Mobilität zwischen den Gruppen oder Kasten ist nicht möglich, da eine zusätzliche weiterführende Ausbildung nicht existiert. (Krankenschwestern können zum Beispiel keine Aerzte werden). Die Aerzte befinden sich in der Spitzengruppe, sie isolieren sich, ihr Verhalten ist oft Ausdruck ihrer Position: Ueberlegenheit, Forderungen nach Unterordnung, Kommunikation von

oben nach unten an Stelle von Gegenseitigkeit, Kommunikation in Befehlsform, Forderungen nach Respektbezeugung usw. – alles traditionelle Kennzeichen einer autoritären Haltung.

Der hierarchische Aufbau der Krankenhausstruktur bedeutet, dass der Patient nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit steht – wie er es nach der vorherrschenden Ideologie sein sollte –, sondern auf der niedrigsten Stufe der Organisationspyramide.

Die autoritäre Struktur führt für die Patienten zu der Konsequenz, dass sie sich passiv verhalten, auch wenn ihre aktive Teilnahme am Genesungsprozess vorteilhaft und wünschenswert wäre. Weiterhin führt sie zur Unmündigkeit der Patienten, die sich dann in psychischer Regression und Infantilisierung auswirkt. Das hat zur Folge, dass der Patient keinerlei Verantwortung für sein eigenes Verhalten übernehmen kann und muss, was wiederum eine wechselseitige Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt und übrigem Personal erschwert.

11. These

Die Klassenstruktur unserer Gesellschaft spiegelt sich in der Klassenstruktur des Krankenhauses. Es bleibt nicht nur dabei, dass Personen aus den oberen Schichten der Bevölkerung eine privilegiertere Behandlung erhalten können (was nicht nur für die klinische Behandlung im Krankenhaus gilt, sondern auch in der Privatpraxis); die Kommunikationsstruktur des Krankenhauses spiegelt auch die Klassenstruktur der Gesellschaft und die hierarchische Struktur des Krankenhauses wider. So ergab eine Untersuchung, dass Patienten der oberen Schichten am besten und am häufigsten mit den Aerzten kommunizierten, dass Patienten aus der Mittelklasse am besten und zumeist Kontakt zu den Krankenschwestern hatten, während Patienten aus der Arbeiterklasse meistens mit den Krankenhelfern sprachen und in erster Linie darüber klagten, dass der Kontakt mit den Aerzten unzureichend sei.

12. These

Die spezielle Kommunikationsstruktur des Krankenhauses und der ärztlichen Praxis im allgemeinen wird durch die Auswahlprozesse, die zum Medizinstudium führen, gefördert. Im allgemeinen ist es so, dass nur ein geringer Anteil der Studenten an Universitäten und Hochschulen aus der Arbeiterklasse kommt (in Schweden etwa 25 Prozent, in der Bundesrepublik 8 Prozent). Medizinstudenten haben ausserdem in weitaus grösserem Ausmass als die anderen Studenten als sozialen Hintergrund den der oberen Schichten. Häufig haben diese Studenten sehr beschränkte soziale Erfahrungen. Sie wachsen auf im typischen Milieu der oberen Schichten, gehen vom Gymnasium direkt zur Universität, haben kaum Erfahrungen im täglichen Produktionsprozess, kennen keine Arbeiter und sprechen nicht die Sprache der Arbeiterklasse. Das bedeutet ausserordentliche

Kommunikationsschwierigkeiten, da neuere Untersuchungen beweisen, dass sprachliche Kodes klassenbestimmt sind. Für die Diagnose speziell, aber auch für die Behandlung ist die Kommunikation von grösster Bedeutung. Die Schwierigkeiten der Medizinstudenten und später der ausgebildeten Aerzte, sich mit Patienten zu verständigen, die einer anderen Klasse angehören als der eigenen, können nicht ohne negativen Einfluss auf Diagnose und Behandlung sein. Dazu kommt, dass die Fachterminologie der Aerzte für die meisten Patienten völlig unverständlich ist. Das erschwert die Kommunikation zusätzlich. Die Kommunikationsschwierigkeiten stärken die autoritäre Stellung des Arztes, der zum autoritären Vaterbild zu werden droht.

Schliesslich sind auch Wertungen klassen- und gruppenbedingt. Jemand, der in seiner Jugend wenig oder kaum Kontakt über seine Klassengrenzen hinaus gehabt hat und deshalb die Wertungen anderer Menschen nicht kennt, tendiert zur Verabsolutierung seiner eigenen Wertungen, das heisst sie als allgemein richtige darzustellen. Gleichzeitig existiert die Gefahr, Wertungen und Haltungen anderer, die man von den eigenen verabsolutierten als abweichend auffasst, negativ zu behandeln. Das führt zu Konflikten und Interaktionsproblemen. Für den Arzt ist dieses Risiko gross.

13. These

Kontakt- und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient sind sozusagen in die medizinische Ausbildung eingebaut. Abiturienten des naturwissenschaftlichen Zweiges haben es leichter, der medizinischen Ausbildung zu folgen, da diese dem naturwissenschaftlichen Wissenschaftsideal folgt und kaum dem humanistischen oder gesellschaftswissenschaftlichen. Die einseitige Betonung der Medizin als Naturwissenschaft und erst in zweiter Linie die Einschätzung als humanistischer Wissenschaft, führt zur Verdinglichung, das heisst zur Tendenz, den Patienten nicht als Menschen, sondern als Objekt zu behandeln. Die Auswahl der Medizinstudenten bringt es mit sich, dass menschliche Voraussetzungen weniger beachtet werden als technische Kenntnisse und weiterhin in der Ausbildung die wissenschaftlichtechnischen Probleme vor den menschlichen den Vorrang erhalten.

14. These

Der moralisch-ethische Kodex des Aerztestandes hat in der Vergangenheit eine grosse Rolle gespielt. Dieser hat jedoch nicht verhindert, dass die Medizin heute von vielen Kräften missbraucht wird. Die Teilnahme von Aerzten an Folterungen politischer Gefangener breitet sich aus. In der Sowjetunion sind Aerzte aktiv an der Behandlung Oppositioneller als Geisteskranker beteiligt. Medizinische Experimente in KZ's gehören zum Bild einer Epoche, die nur einige Jahrzehnte zurückliegt.

Allgemein kann man festhalten, dass heute die Gefahr besteht, dass sich Aerzte – statt ihre Selbständigkeit zu wahren und die Interessen des Individuums zu verteidigen – Machthabern zur Verfügung stellen und in Klassengesellschaften auf die Seite der herrschenden Klasse stellen. Interessant ist, dass in der medizinischen Ausbildung die Gefahr des Missbrauchs der Medizin kaum problematisiert wird und deshalb die künftigen Aerzte nicht darauf vorbereitet sind, sich dem Druck der Machthaber entgegenzustellen.

15. These

Viele der Probleme – ja die meisten –, die in diesem Beitrag diskutiert worden sind, kommen sowohl in der klinischen, poliklinischen, ambulatorischen Behandlung wie auch in der Privatpraxis vor. Sie können deshalb nicht als Argument benutzt werden, um die Vorzüge der Privatpraxis gegenüber der ambulatorischen Behandlung zu beweisen oder umgekehrt. Die klassenbedingten Unterschiede in der Behandlung der Patienten findet man sowohl im Krankenhaus als auch in der Privatpraxis vor, da sie der Ausdruck der Spaltung unserer Gesellschaft in Klassen sind, wobei der Arzt immer zu den privilegierten Schichten gehört und oft als Ideologe der herrschenden Klasse auftritt.

Die ambulatorische Behandlung hat den Vorteil, dass dem Patienten eine allseitige Untersuchung garantiert wird – mit Zugang zu allen technischen Möglichkeiten des Krankenhauses (Röntgengeräte, Laboratorien usw.). Es ist deshalb nicht vom Einkommen des Patienten abhängig, wie zutreffend seine Diagnose gestellt werden kann. Auf der anderen Seite kann ambulatorische Behandlung leicht zur Massenabfertigung und Bürokratisierung führen.

Wenn dagegen in der Privatpraxis behandelt wird, kann bestenfalls ein näherer persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient hergestellt werden, was aber nicht unbedingt so sein muss. So kann durchaus die autoritäre Rolle des Arztes in der Privatpraxis stärker zum Ausdruck kommen als in der ambulatorischen Behandlung, kann auch die privatpraktische Behandlung zur Massenabfertigung werden. Das trifft dort zu, wo die Verdienstinteressen des Arztes von Bedeutung sind. Im allgemeinen ist es so, dass die Frage des persönlichen Einkommens des Arztes viel stärker in den Vordergrund tritt, wenn er eine Privatpraxis betreibt, als wenn er in einem Krankenhaus angestellt und sein Lohn unabhängig vom Arbeitsaufwand ist. Das Risiko der Bürokratisierung der ambulatorischen Behandlung wird mehr als ausgeglichen durch das Risiko der Kommerzialisierung der privat-praktischen Behandlung.