

## **Das medizinische Behandlungsverhältnis und Corona**

Dr. med. Sabine Geistlich, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytikerin SGPSa,  
Geschäftsleiterin der Silser Balint-Studienwoche

Es fiel mir nicht leicht für dieses Referat ein Thema zu finden, das mir in Anbetracht der grassierenden Covid-19 Pandemie relevant genug erschien. Bis heute haben sich weltweit 27 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert und fast 900`000 sind daran gestorben. Die Pandemie ist längst nicht unter Kontrolle und hat natürlich auch die Durchführung dieser Tagung ganz grundsätzlich in Frage gestellt. Trotz Pandemie haben wir aber sehr viele Anmeldungen erhalten, was uns überrascht und vor ein Dilemma gestellt hat: Sollten wir uns alle maximal vor dem Virus schützen und somit die Tagung möglichst klein halten oder gar ganz absagen? Oder sollten wir dem Wunsch nachgeben, uns nach Monaten der Abkapselung und Vereinzelung endlich wieder in der Gruppe zu treffen und ausgiebig auszutauschen? Die Entscheidung, die Tagung durchzuführen, war Resultat eines intensiven Prozesses. Im Gespräch mit langjährigen Teilnehmer\*innen kam deutlich zum Ausdruck, dass ein grosses Bedürfnis nach Kontinuität besteht, und die Silser Balint-Studienwoche, die heuer zum 59. Mal im Hotel Waldhaus inmitten dieser wunderbaren Bergwelt stattfindet, steht wohl wie kaum eine andere Tagung für diese Kontinuität.

Mit der professionellen Unterstützung des Hotels schien es uns schliesslich möglich, Sicherheit und Zusammensein miteinander zu vereinbaren. Zusätzlich war für uns sehr hilfreich, dass die Durchführung der – allerdings deutlich kleineren – Interdisziplinären Balint-Tage am Bodensee im Juni dieses Jahres für alle Anwesenden eine durchwegs positive Erfahrung war. Unser Entschluss wurde durch viele wohlthuende Aufmunterungen und positive Zeichen belohnt, später durch Ihre verbindlichen Einzahlungen und jetzt durch Ihr effektives Erscheinen.

Nach den letzten intensiven Monaten schien es mir schliesslich unmöglich, in meinem Referat das Thema der Pandemie nicht aufzugreifen. Da aber alles neu ist, heute nicht mehr gilt, was gestern geschrieben wurde, und es keine Expert\*innen gibt, die nicht selber von der Pandemie betroffen sind – und somit kein wirklicher Blick von aussen existiert –, fand ich lange keine Grundlage, um meine Gedanken für dieses Referat zu entwickeln. Es blieb mir nichts anderes übrig, als mein eigenes Inneres als Ausgangspunkt zu nehmen, und ich stellte fest, dass diese bewegten Zeiten in mir vor allem den Wunsch hervorriefen, das Wesentliche vom Unwesentlichen zu trennen.

Damit war ich offenbar nicht allein: Am 12. August 2020 erschien in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ 33–34) ein Editorial mit dem Titel: «Der Kern unseres Berufes». Darin schrieb der Vizepräsident der FMH, Dr. Michel Matter, dass das Zentrale in unserem Beruf die Gleichbehandlung sei, und er bezog sich dabei auf die aktuelle Debatte zu Rassismus und Geschlechterdiskriminierung. Er appellierte für die Einhaltung der Genfer Deklaration und verwies unter anderem auf einen neuen Kurs der Fakultät für Biologie und Medizin an der Universität Lausanne zu «Rassismus bei der medizinischen Arbeit».

Ich denke, dass wir ihm in der Wichtigkeit dieser Anliegen nur beipflichten können.

Um Rassismus und Geschlechterdiskriminierung in medizinischen Behandlungsverhältnis zu überwinden, scheint es mir aber unumgänglich, den Blick zuerst einmal auf die Arzt-Patienten-Beziehung zu richten. Beim Behandeln hat man ein Gegenüber – man begibt sich in eine Beziehung. Wenn man auf die Gleichbehandlung hinarbeiten möchte, müsste man doch zuerst diese Beziehungen erforschen und verstehen.

Etwas Ähnliches gilt für Corona. Ich kann als Ärztin nicht über die aktuelle Pandemie nachdenken, ohne mich mit der Frage zu beschäftigen, wie sie sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt, und ich beschloss, dies im Rahmen meines Einführungsreferats für diese Tagung zu versuchen. Allerdings muss ich Ihre Erwartungen zum Vornherein etwas dämpfen: Ich fürchte, dass ich am Ende meines Vortrags mehr Fragen aufgeworfen als Antworten gefunden haben werde.

Als erstes möchte ich den oft sehr selbstverständlich und ausufernd verwendeten Begriff der Arzt-Patienten-Beziehung etwas konkreter zu fassen versuchen. Mein erster Einfall dazu war das Wort *Wohlwollen*. Es ist lautmalerisch ein schönes Wort und hat etwas Warmes, Einladendes, wozu vielleicht die Assoziation mit der Wolle eines schönen Pullovers beiträgt oder auch der Stabreim mit den beiden «wo», der etwas zu umfassen und zu betonen scheint. Das Wort ist zusammengesetzt aus «wohl» wie wohlfühlen oder wohl sein und «wollen», ein Verb, das eine Intentionalität voraussetzt.

Jemandem gegenüber wohlwollend zu sein, ist also eine bewusste Entscheidung.

Unter Wohlwollen verstehe ich aber vor allem eine grundsätzliche Bereitschaft und Offenheit gegenüber den Anliegen der anderen. Dies bedeutet zu versuchen, die Anderen in ihrer subjektiven Situation zu verstehen, sich selber dabei zurückzunehmen, solidarisch zu sein und emotional grosszügig. Es beinhaltet auch, Gutes, das mir zuteil wird, anzunehmen – etwas, das uns Ärzt\*innen oft eher schwerfällt.

Wohlwollen bedeutet aber auch, bei sich die Voraussetzung zu schaffen, überhaupt wohlwollend sein zu können. Dazu muss es mir einigermassen gut gehen, es muss mir wohl sein in meiner Haut. In Realität kostet es manchmal einen gehörigen inneren Aufwand, wohlwollend zu sein, etwa wenn man müde oder belastet ist, wenn man sich nicht wertgeschätzt oder unterbezahlt fühlt. Zu Recht bestehen wir Ärzt\*innen darauf, keine Übermenschen sein zu müssen, sondern Menschen mit einem lebendigen Inneren, das uns auch schwierige Gefühle und Konflikte beschert und somit unserem Willen, wohlwollend zu sein, in die Quere kommen kann.

Wohlwollen hat jedoch neben der objektalen, auf das Gegenüber bezogenen Komponente auch eine narzisstische: Mir geht es gut, wenn es dir gut geht. Wenn ich durch mein Wirken erreichen kann, dass es der Patientin oder dem Patienten besser geht, fühle ich mich als Ärztin gut. Und nicht selten ist Wohlwollen etwas Gegenseitiges: Auch die Patient\*innen möchten, dass es nicht nur ihnen, sondern auch ihrer Therapeutin oder ihrem Therapeuten gut geht. Die Schwierigkeit besteht nun darin, zwischen all diesen verschiedenen Ansprüchen mehr oder weniger ein Gleichgewicht herstellen zu können.

Ich möchte diese Art von Konflikthaftigkeit rund um den Begriff des Wohlwollens mit einem Beispiel aus meiner eigenen Balint-Gruppe illustrieren: Eine Hausärztin berichtet einfühlsam von einem 21-jährigen Patienten. Seine Mutter leidet an einer schweren manisch-depressiven Erkrankung, sein Vater lebt in einer anderen Stadt. Dem jungen Mann, der die Hausärztin sehr beschäftigt, geht es seit einem Jahr psychisch immer schlechter, er hat keine Arbeit, lebt allein in wechselnden Wohngemeinschaften und seine Freunde machen sich Sorgen um ihn. Einmal erzählte er der Ärztin, er höre Stimmen, ein andermal, er könne sein Denken nicht abschalten. Da er solche Themen stets nur beiläufig äusserte, wurden sie im Rahmen der Sprechstunde nie vertieft. Stattdessen ermunterte ihn die Hausärztin, ein anderes WG-Zimmer zu suchen und es nochmals mit einer neuen Arbeitsstelle zu versuchen. Sie gab ihm auch die Adresse einer Psychotherapeutin. Als sie den Patienten das nächste Mal sah, sagte er, er könne nicht zu dieser Therapeutin gehen, da sie just im gleichen Haus arbeite wie die Psychiaterin seiner Mutter. Die Hausärztin hatte wiederum viel Verständnis, wurde aber zunehmend verzweifelt, weil all ihre Ideen nicht umgesetzt werden konnten.

Die Gruppe beginnt zu arbeiten, und es kommen viele Einfälle, beispielsweise dass man spüre, wie gern die Hausärztin den Patienten habe und wie wichtig sie für ihn sei. Im weiteren Verlauf kommt auch Unverständnis und Wut auf die Eltern des Patienten auf. Plötzlich bricht aus einem der Gruppenteilnehmer der Satz hervor: «Der spinnt doch, der gehört einfach in eine Klinik!» Die Gruppe reagiert auf diese eher grobe, die Harmonie der Gruppe zerstörende Äusserung mit längerem, angespanntem und betroffenem Schweigen.

Ich schaue etwas besorgt zur Referentin, um zu sehen, wie es ihr wohl gehe. Als sie meinen Blick spürt, beginnt sie in ruhigem Tonfall zu reden, ja, eher laut zu reflektieren. Sie spricht über ihre Befürchtung, dass es sich um eine beginnende Psychose handeln könnte und wie schwer es ihr falle, dies dem Patienten mitzuteilen, denn sie wisse um seine Angst, so zu enden wie seine Mutter. Aber der Kollege habe sie aufgeweckt: Der junge Mann sei wohl sehr krank, und sie müsse endlich wagen, ihm das zu sagen, auch wenn sich dies aggressiv anfühle und sie Angst um ihre Beziehung zu ihm habe. Ansonsten würde sie mit ihrem Verhalten aber dazu beitragen, dass der Patient nicht zu der Behandlung komme, die für ihn eigentlich notwendig sei.

Wohlvollend sein bedeutet nicht einfach nett sein. Im Gegenteil, manchmal müssen wir sehr bestimmt und deutlich werden, um unserem Gegenüber zum Wohlergehen zu verhelfen. Selbst bei diesem so harmlos klingenden Wort sind wir nicht davon befreit, uns immer wieder Gedanken zu machen, warum wir in einer Situation nicht wohlwollend sind, aber genauso, was es mit unserem uneingeschränkten Wohlwollen auf sich haben könnte.

Ein weiterer Begriff, der für mich über die Jahre grosse Bedeutung gewonnen hat, ist jener der *Abstinenz*.

Der Begriff stammt aus der psychoanalytischen Theorie und wurde von Sigmund Freud entwickelt, um die Haltung des Psychoanalytikers gegenüber seinem Analysanden zu beschreiben. Mittlerweile ist er allgemeingültiger Bestandteil jeder therapeutischen Beziehung auch ausserhalb der Psychoanalyse.

Was verstehe ich darunter? Abstinenz ist ein theoretisches Konzept, das sich ganz allgemein mit der komplexen Frage beschäftigt, wie ich als Ärztin und Therapeutin sicherstellen kann, dass mein therapeutisches Handeln nicht in meiner, sondern in der Realität meiner Patient\*innen verortet ist. Abstinent sein heisst also, den Grundsatz anzuerkennen, dass meine Patientin oder mein Patient und ich uns in unterschiedlichen Realitäten bewegen – selbst wenn sie oder er Gemeinsamkeiten mit mir hat, beispielsweise selbst Ärztin oder Arzt ist. Um abstinent zu sein, nutze ich also das Gespräch nicht zu meiner eigenen Unterhaltung. Ich behalte meine eigenen persönlichen Interessen und Vorstellungen für mich und überlasse den Patient\*innen das Feld, um ihnen zu ermöglichen, in meiner Gegenwart möglichst ihrer eigenen Innenwelt näher zu kommen. Es geht also um die zu behandelnde Person und weder um unsere Gemeinsamkeiten noch um unsere Differenzen. Es geht um ihre Wahrnehmung, ihre Ängste und Hoffnungen, die meiner psychischen Welt total fremd erscheinen können, aber es geht nicht um meine eigenen Ängste und Hoffnungen.

Unser abstinentes Verhalten wird besonders stark auf die Probe gestellt, wenn eine Situation nicht oder nur sehr schwer auszuhalten ist. Gefühle der Ausweglosigkeit und des Ausgeliefertseins sind häufig Bestandteil unserer Sprechstunden, entweder bewusst und artikuliert oder auch nicht-artikuliert. Die Machtlosigkeit der Patient\*innen ihren Problemen gegenüber überträgt sich auch auf uns Behandelnde und das ist sehr belastend und manchmal kaum auszuhalten. Um aus dieser passiven Ohnmachtsposition herauszufinden möchten wir unbedingt etwas tun. Aktivismus ist dann eine Form der Abfuhr von eigenen inneren Spannungen und dient daher eher unseren Bedürfnissen als denen unserer Patient\*innen. Die Versuchung, diesem Aktivismus nachzugeben, sollte bemerkt und nach Möglichkeit in eine andere Form überführt werden.

Auch schwierige Entscheidungen verursachen Spannungen, und das Erteilen von Ratschlägen kann Ausdruck von Aktivismus sein – insbesondere wenn sie sich auf psychosoziale Bereiche beziehen. Wenn beispielsweise ein Patient die Sorge äussert, dass er nicht wisse, wie es mit seiner alten Mutter weitergehen solle, und ich als Ärztin sage: «Ich würde die Mutter in ein Pflegeheim geben!», dann beziehe ich Position, werte, setze eine Referenz. Natürlich kann der Patient immer noch handeln, wie er will, aber er tut es dann entweder gleich, wie ich ihm empfohlen habe oder entgegen meinem Ratschlag. Seine Handlung hat jetzt in jedem Fall einen Bezug zu meiner Aussage. Vielleicht macht ihm der Ratschlag die Entscheidung leichter, vielleicht aber auch schwerer. Vielleicht fühlt er sich gut abgeholt, vielleicht aber auch gänzlich missverstanden. Es bleibt unklar, inwiefern sich der Patient durch den ärztlichen Ratschlag in seiner eigenen Willensfindung beeinträchtigt fühlt. Nicht abstant sein birgt die Gefahr einer Verstrickung, von der wir aber häufig nur deren Folgen erfahren: Distanzierung, Konflikte in der Beziehung oder gar ein Beziehungsabbruch.

Abstinent sein ist also das Eingeständnis, dass ich im Sprechzimmer für meine Patient\*innen eine besondere Rolle inne habe, und zwar nicht nur, was die Medizin betrifft. Dies nicht, weil ich ein besonderer Mensch bin, sondern weil mich eine hilfeschuchende Person mit bewussten Bedürfnissen und unbewussten Wünschen dazu gemacht hat und ich dieser Herausforderung zugestimmt habe, indem ich diese Person als Patientin respektive Patienten angenommen habe.

Einen dritten, für unseren Beruf zentralen Begriff möchte ich mit *Wahrnehmungsfähigkeit* umschreiben. Der österreichisch–amerikanische Psychoanalytiker Theodor Reik (1888–1969) veröffentlichte 1949 unter dem Titel «Hören mit dem dritten Ohr» eine Autobiographie, wobei er die Metapher des dritten Ohres von Friedrich Nietzsche entlehnte. In diesem Buch («Hören mit dem dritten Ohr: Die innere Erfahrung eines Psychoanalytikers», Edition Klotz, 2017) schreibt Reik: «Es erscheint mir das Wichtigste zu erkennen, was Sprechen verbirgt und was Schweigen offenbart.» Es gilt also, sowohl das Schweigen als auch das Sprechen als

eine Stimme der bewussten oder unbewussten Regungen der Patientin oder des Patienten anzuerkennen und das Ausgesprochene nicht nur und nicht immer für bare Münze zu nehmen. So können zum Beispiel Somatisierungen als Ausdruck von etwas verstanden werden, das für die Patientin oder den Patienten in diesem Moment noch unsagbar ist.

Reik spricht sich auch gegen die *«heilige Kuh der Objektivität»* aus, gegen das Jonglieren mit Terminologien, das Verständnis und Wissen vortäuscht, und setzt ihm die Bedeutung der Phantasie, der Intuition und des instinktiven Erkennens entgegen. Dies bedeutet nicht bequemes Zurückweichen vor der Exaktheit wissenschaftlichen Denkens, sondern stellt höchste Anforderungen an unsere Präsenz, Offenheit und Schwingungsfähigkeit, aber auch an unseren Mut und unsere Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Reik bricht eine Lanze für die produktive Kraft des Nichtverstehens, das nicht bedachte Möglichkeiten offenhält und vorschnelles Scheinverständnis aufhält.

Es geht bei der Wahrnehmungsfähigkeit um das Erkennen eines Subtextes. Theoretisch gesprochen handelt es sich dabei um eine therapeutische Ich-Spaltung: Das Ich teilt sich in einen beobachtenden und einen erlebenden Teil. Der beobachtende Teil dient der distanzierten Analyse von Sachverhalten, der erlebende der Aufnahme von Merkmalen und Besonderheiten. Diese wahrzunehmen und ihnen einen Wert beizumessen und sie nicht einfach als lästige Störung zur Seite zu schieben, ist für mich der Schlüssel zur ärztlichen Kunst. «Woher wissen Sie, dass ich den Job verloren habe?», fragte mich ein Patient, der sich über akute Bauchbeschwerden beklagte. Ich habe es nicht gewusst. Ich bemerkte einfach, dass einer, der Bauchweh hat, nicht so da sitzt und mich fragt, was ihn beschäftigen könnte. Ich erinnerte mich daran, dass es bei seinem Arbeitgeber Umstrukturierungen gab und erkundigte mich darauf nach seiner Arbeit.

Es ist mir klar, dass ich das grosse Thema der Arzt-Patienten-Beziehung in meinen Ausführungen bestenfalls streifen und keinesfalls abschliessend behandeln kann. Aber Wohlwollen, Abstinenz und Wahrnehmungsfähigkeit scheinen mir doch – neben unseren Aus- und Weiterbildungen, unseren Erfahrungen, unseren Abläufen und Settings – wirksame Haltungen und Möglichkeiten zu sein, wie wir die Beziehung zu unseren Patient\*innen fruchtbar machen, vereinfachen und weiterentwickeln können.

Und jetzt hat sich über der ganzen Welt ein Mikroorganismus ausgebreitet, der hoch ansteckend ist. Bei einer Infektion mit dem Covid-19-Virus kann vom Kratzen im Hals oder einer lästigen Geschmackseinbusse bis zum Tod binnen fünf Tage alles geschehen, und eine effektive Behandlungsmöglichkeit oder gar Immunisierung ist nicht in Sicht.

Die Pandemie war ein komplett unerwarteter Einbruch in unser Leben, wir waren erschrocken und verstanden nicht. In der ersten Konfusion waren wir Ärztinnen und Ärzte unsicher, ob wir uns als zentrale Stützen des Gesundheitswesens engagieren oder uns nicht doch besser um uns und unsere betagten oder kranken Angehörigen kümmern sollten. Was geschieht jetzt? Was passiert da mit uns? Was bedeutet das alles für mich, für meinen beruflichen Alltag, für die Begegnungen mit meinen Patient\*innen?, fragten wir uns. Wir versuchten vernünftig zu bleiben und orientierten uns an dem, was als objektiv und wirksam bezeichnet wurde. Doch auch das erwies sich rasch als Dilemma: Zeigen wir unseren Patienten unser eigenes, kritisches Denken oder halten wir uns widerspruchslos an die Vorschriften, um nicht alles noch komplizierter zu machen und noch mehr Verwirrung zu stiften?

Als Psychoanalytikerin fragte ich mich, wie Sigmund Freud auf die zu seiner Zeit grassierende Spanische Grippe reagiert hatte. Bislang sind von Freud zu diesem Thema keine Schriften bekannt. Aus Briefen weiss man aber, dass er der damaligen Pandemie im Moment ihrer Existenz nicht allzu viel Bedeutung beimass – das Entsetzen über den Ersten Weltkrieg war dominanter, obwohl der Spanischen Grippe mehr Menschen zum Opfer fielen, als im Ersten Weltkrieg getötet wurden. Aber Freuds Frau erlitt 1919 eine schwere Lungenentzündung, und 1920 verstarb seine Tochter Sophie an der Spanischen Grippe. Seine Söhne überlebten den Krieg. Es ist interessant, wie Freud zunächst auf den Tod seiner Tochter reagierte. In einem Brief vom 26. Januar 1920 – ein Tag nach Sophies Tod – schrieb Freud seinem Freund, dem Schweizer Pastor Oskar Pfister (Ernst Freud, «Briefe 1873-1939», S. Fischer Verlag, 1960, S. 326):

«Am selbigen Nachmittag erhielten wir die Nachricht, daß unsere liebe Sophie in Hamburg von einer Grippe-Lungenentzündung hinweggerafft worden ist, so weggerafft aus blühender Gesundheit, aus voller Lebenstätigkeit als tüchtige Mutter und zärtliche Frau, in vier oder fünf Tagen, als wäre sie nie dagewesen. Wir waren schon seit zwei Tagen besorgt um sie, hatten aber doch Hoffnung; aus der Ferne ist das Urteilen ja so schwer. Und diese Ferne muss eine Ferne bleiben; wir konnten nicht wie wir wollten, sofort nach der ersten alarmierenden Nachricht reisen; es ging kein Zug (...). Die unverhüllte Brutalität der Zeit drückt auf uns. (...) Ich arbeite, so viel ich kann, und bin dankbar für die Ablenkung. Der Verlust eines Kindes scheint eine schwere, narzisstische Kränkung; was Trauer ist, wird wohl erst nachher kommen.»

Man kann Freuds Aussage, dass der Verlust eines Kindes primär eine narzisstische Kränkung sei, mit Fug und Recht als rationalisierende Abwehr bezeichnen, als Wegschieben einer Belastung, die zu gross ist, als dass der seelische Apparat sie bewältigen könnte. Und tatsächlich: Trauer und Verzweiflung über den immensen Verlust überkamen Freud erst drei Jahre später, als auch noch Sophies Sohn Heinerle im Alter von vier Jahren starb.

In allen Interviews mit psychologischen Expert\*innen, die ich gehört, und in allen psychiatrischen Studien, die ich bisher über Corona gelesen habe, wird plausibel dargestellt, wie viele Depressionen und Angsterkrankungen seit der Pandemie aufgetreten und wie viele an schweren Dekompensationen von Schizophrenien und anderen Wahnkrankheiten leidenden Menschen noch zu erwarten sind. Das ist in keiner Weise überraschend, wir kennen das Phänomen auch von anderen Katastrophen wie beispielsweise 9/11.

Die Veränderung, die wir durch Corona in unserem Berufsalltag schlagartig erfahren, ist aber nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative: nämlich die Tatsache, dass nicht nur unsere Patient\*innen, sondern auch wir vom Virus befallen sein könnten. Wir könnten es weiterverbreiten, selbst daran erkranken oder gar daran sterben. Eine Patientin oder ein Patient kann uns anstecken – diese Möglichkeit ist Teil unseres Berufsverständnisses, und wir sind gewohnt, mit dieser Gefahr umzugehen. Aber dass wir Träger\*innen einer Infektion sein könnten, die wir auf unsere Patient\*innen übertragen und sie dadurch gefährden könnten, ohne dass wir es merken – diese Möglichkeit entzieht uns den Boden, auf dem wir sonst so sicher stehen. Das ist bedrohlich und unheimlich. Jeder Hustenanfall, den ich im Praxisraum habe, führt nicht nur zur höflichen Frage «Sind Sie erkältet?», sondern wird quittiert mit einem unsicheren Blick oder einem leichten Zurückweichen des Oberkörpers: «Hat sie mich jetzt angesteckt?»

Habe ich als Ärztin überhaupt noch die Kontrolle über das Geschehen? Durch die Nichtwahrnehmbarkeit der Infektiosität schleichen sich bewusste und unbewusste Ängste ein, die unsere Beziehungsfähigkeit existentiell beeinträchtigen und unser gewohntes Setting bedrohen. Unser Wohlwollen, unsere Fähigkeit zur Abstinenz und zur Wahrnehmung werden stark herausgefordert durch diese neue reale und imaginierte Gefahr.

Einige meiner Patient\*innen brachten konkret die Angst zum Ausdruck, dass sie sich in meiner Praxis – oder meinten sie durch mich? – anstecken könnten, obwohl ich mich strikt an die vorgegebenen Schutzmassnahmen halte. Sie wollten die Therapie aufhören, Pause machen oder telefonieren. Die Patient\*innen fühlen sich durch meine schlichte Präsenz bedroht, was sehr verwirrend war. Während des Lockdowns im Frühling wurden überall Behandlungen unterbrochen oder gar nicht erst aufgenommen. Obwohl wir in Bereitschaft waren, blieben unsere Praxen halb leer oder es brauchte einiges Engagement, um die Patient\*innen bei der Stange zu halten. Aber das Ausbleiben der Patient\*innen traf uns auch ökonomisch.

Die Pandemie hat uns deutlich ins Bewusstsein gebracht, dass die Patient\*innen nicht nur von uns, sondern wir auch von ihnen abhängig sind. Nicht nur die Patient\*innen warten auf uns, sondern wir auch auf sie. Aber handelt es sich hierbei um etwas grundsätzlich Neues,



um ein Kippen der Verhältnisse? Oder wird nicht eher durch das Aussergewöhnliche der Situation etwas verdeutlicht? Ich denke letzteres: Die Pandemie konfrontiert uns ganz konkret mit der Gegenseitigkeit von Verhältnissen und Beziehungen – in ihrem Grundsatz und immer. Um in Beziehung zu sein, braucht es immer zwei, es besteht eine gegenseitige Abhängigkeit, aber natürlich keine Gleichheit. Wir wissen medizinisch mehr als unsere Patient\*innen, können aber nicht garantieren, dass wir dieses Wissen immer und nur zu ihrem Wohl einsetzen. Und wir brauchen unsere Patient\*innen, weil wir ohne sie keine Ärzt\*innen sind, unser Wissen nicht anwenden und davon nicht leben können. Ohne eine Beziehung zu unseren Patient\*innen, ohne ihre Mitarbeit und ihre Beteiligung, können wir sie nicht behandeln. Wir bringen gemeinsam etwas zustande oder eben nicht.

Wenn wir uns diese gegenseitige Abhängigkeit eingestehen, fällt es uns nicht schwerer, sondern leichter, wohlwollend, abstinert und wahrnehmungsfähig zu sein. Wir sind als Ärzt\*innen plötzlich Teil von etwas und nicht einzigartig. Wichtig, aber nicht unersetzlich, sorgfältig und bemüht, aber trotzdem kann auch einmal etwas schief gehen, wir übernehmen Verantwortung, tragen aber nicht die ganze Last.

Ich kenne neben der Balint-Arbeit keine andere Art der Fortbildung oder Fallbesprechung, die dadurch, dass sie sich nicht nur «auf den Fall», sondern auf die Beziehung insgesamt fokussiert, beide Beteiligte des Geschehens gleichermaßen in den Blick nimmt und dadurch auch die Besonderheiten und Subjektivität auf der Seite der Ärztin oder des Therapeuten mituntersucht. Intersubjektivität ist – sehr zugespitzt gesagt – der einzige Inhalt der Balint-Arbeit und für mich der Kern unseres Berufes.

Vielleicht ist dies eines der Gründe, warum Sie in diesem Jahr so zahlreich nach Sils gekommen sind? Vielleicht sind Sie aber auch hierhergekommen, weil wir, um in Beziehung zu sein, auf eine angemessene Sprache angewiesen sind, die die vielen Aspekte der verstörenden Ereignisse rund um die Pandemie einzufangen vermag. Die momentan vorherrschende Kriegsrhetorik mit Sätzen wie: «Wir haben den Kampf aufgenommen und werden das Virus bald besiegen!», hilft mir persönlich in meinen Bemühungen, die Ereignisse zu fassen, auf jeden Fall nicht weiter.

Der 45-jährige Schweizer Schriftsteller Jonas Lüscher – selber sieben Wochen intubiert wegen einer Covid-19-Infektion – zweifelt daran, dass es bald den grossen Corona-Roman geben werde. In einem Interview mit dem Tages-Anzeiger vom 8. August 2020 meinte er, dass es kein Roman leisten könne, ein Thema wie diese Pandemie umfassend zu behandeln. Er erwarte vielmehr, dass allmählich ein Netz an Erzählungen entstehen werde, das ein facettenreicheres, tieferes Verständnis von Corona ermöglichen dürfte.

Vielleicht sind Sie ja so zahlreich an die Tagung gekommen, um gemeinsam an diesem Netz von Erzählungen und Geschichten zu knüpfen? Um einen Erzählfaden beizusteuern oder ein loses Ende zu vernähen? Um von den Geschichten und Erfahrungen der anderen zu lernen?

Jeden Tag drei Mal – und dies während sechs Tagen – werden wir uns im Rahmen von Gross- und Kleingruppen der Erzählung einer Begegnung zwischen einer Ärztin und ihrem Patienten zuwenden. Insgesamt wären das – Theodor Reiks drittens Ohr mitgerechnet – 3570 Ohren, die in dieser Woche einer Geschichte lauschen.

Dies scheint mir – Corona hin oder her – ziemlich einzigartig.

Dass wir überhaupt zusammentreffen können, hat auch damit zu tun, dass wir im Leiterteam nach langem Abwägen schliesslich unsere Bedenken ablegten und uns dazu entschlossen, die Tagung durchzuführen, dass das Hotel Waldhaus Ausserordentliches leistet, um uns alle möglichst gut zu schützen und dass Sie sich beherzt angemeldet haben, eine Woche Ihre Praxen schlossen, Ihre Koffer packten und jetzt hier sind. Und diese Tagung funktioniert trotz all der geleisteten Vorarbeit nur, wenn sich in den kommenden Tagen immer wieder Teilnehmer\*innen zur Verfügung stellen und uns einen Einblick in etwas höchst Persönliches geben: nämlich in die Begegnung mit einer Patientin oder einem Patienten.

Es ist uns mittlerweile allen bekannt, dass Covid-19 eine lebensbedrohliche Infektionskrankheit verursachen kann. Dieses Virus legt aber auch in Bezug auf unser Zusammenleben einen zentralen Nerv offen: Wir sind auf einander angewiesen, wir brauchen einander. Ich wünsche mir, dass sich auch dieses Bewusstsein mit einer hohen Infektionsrate ausbreitet respektive, auf Neudeutsch, möglichst «viral geht». Das würde es uns erleichtern, in diesen bedrohlichen Zeiten besser über die Runden zu kommen – alle zusammen und jeder für sich.