

schaftlichen Aspekte der medizinischen Tätigkeit ist notwendig für eine grundlegende Neuorientierung der medizinischen Ethik der Zukunft. Unsere Verantwortung hinsichtlich der zukünftigen medizinischen Ethik fällt zusammen mit unserer Verantwortung für die Zukunft überhaupt. Offensichtlich haben wir nur eine Möglichkeit, dieser unserer Verantwortung für die Ethik unserer und der kommenden Zeit nachzukommen: Wir müssen ständig darauf bedacht sein, das aufzuzeigen, zu deuten und zu wägen, was im medizinischen und damit im menschlichen Bereich geschieht, um so verwirklichen zu helfen, was wahrhaft human ist.

Referenten der Tagung: Prof. Dr. Heinrich Schipperges, Heidelberg, Prof. Dr. Hans Schäfer, Heidelberg, Prof. Dr. Christian v. Ferber, Bielefeld, Prof. Dr. Rudolf Degkwitz, Freiburg, Prof. Dr. Fritz Hartmann, Hannover, Prof. Dr. Max P. Engelmeier, Essen. Tagungsleitung: Dr. Robert Schulte-Beckhausen, Prälat Dr. Stanis Sydzik und Dr. Hans-Heinrich Kurth.

Dr. Hannes Sauter-Servaes  
Singen (Hohtw.)

## ECHO

**Zu: „Regierungserklärung in Klartext?“, in Heft 40/1973, Seite 2553 ff.**

„... Das DEUTSCHE ÄRZTEBLATT, offizielles Organ von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, warf Prof. Wolters ‚mangelnde Rechtskenntnisse und mangelnde Kenntnis der tatsächlichen Gegebenheiten‘ vor. Die Ausführungen des Staatssekretärs laufen nach Ansicht des Ärzteblattes darauf hinaus, daß ‚die Medizin, soweit sie mit Technik verbunden ist‘, nicht länger in die Hand des freien Arztes gehöre.“ (dpa Sozialpolitische Nachrichten vom 1. Oktober 1973)

# Die ärztliche Ausbildung im Hinblick auf die gesundheits- und sozialpolitische Entwicklung

Zu dem Artikel in Heft 27/1973, Seite 1780

Greifen wir aus den Ausführungen die Hauptpunkte der Kritik

- ① das Medizinstudium sei zu theoretisch, zu sehr klinisch ausgerichtet und zu praxisfern,
- ② ferner zu wenig sozialmedizinisch orientiert,
- ③ es enthalte keine hinreichende Berücksichtigung der Erkenntnisse der Psychosomatik

heraus, so wird evident, daß diese Punkte eng benachbart sind. Und wenn es zutrifft, daß Mangel in einigen Fachbereichen lediglich ein strukturelles Problem ist, weil es zum Beispiel der Psychiatrie an Attraktivität fehle, um Nachwuchs an sich zu ziehen, bleibt vor allem die Frage bestehen, wie dies zu ändern sei.

Es ist keine Antwort, die befriedigen könnte, wenn dazu empfohlen wird schon beim Studiengang die psychosomatischen Faktoren des Krankheitsgeschehens zu berücksichtigen und mehr Grundinformation über unser ganzes soziales Sicherungssystem. Diese Notwendigkeiten werden nicht bestritten, doch müßte dann schon konkreter gesagt werden, wie sie im einzelnen bewirkt werden sollen. Vielleicht hilft hier eine Besinnung weiter:

Die Psychiatrie zum Beispiel entwickelte sich bekanntlich aus der inneren Medizin. Sie wuchs zu einem eigenständigen Fachgebiet heran, jedoch mehr und mehr isoliert mit ihren Kranken und an die

Peripherie des Lebens verbannt, in ein Gettodasein verdrängt. Das Anrühige des Verrückten, Geistesgestörten ließ Landesheilanstalten entstehen, deren Ruf infolge mangelnder Wohnlichkeit zusätzlich belastet. Kliniken, deren Milieu teils aus Raummangel und der somit gegebenen undifferenzierten Gruppierungen zusätzlich schockiert. All dies vom Makel eines Krankseins überschattet, von dem sich die Gesellschaft mehr und mehr distanzierte. Wer sich als Arzt mit solchen Kranken befaßt, erlebt gar nicht so selten, daß er mit ihnen identifiziert wird. Solches ist sicher alles andere denn attraktiv. Dies wäre dringend zu ändern:

- ① Es sollte an den Universitäten und bei den Ärzten insgesamt wieder erkannt werden, daß menschliches Kranksein Psyche und Soma erfaßt, daß beide zusammengehören, nicht voneinander zu trennen sind. Die Konsequenz wäre, daß es keine Fachdisziplin gibt, die ohne psychiatrische Kenntnisse befriedigend bestehen kann.
- ② Psychiatrie sollte deshalb Grundlagenhauptfach des ärztlich-medizinischen Studienganges sein bzw. werden.
- ③ Das Gettodasein psychiatrischer Kliniken wäre zu beenden, indem Psychiatrie als eigene Abteilung den Allgemeinkrankenhäusern eingegliedert, eingemeindet würde.

Wenn ich eingangs auf die enge Nachbarschaft der Hauptpunkte der Kritik an der derzeitigen Aus-

bildung zum Arzt hinwies, so ließe sich an Hand des soeben Skizzierten einiges entschärfen, das heute noch als wohl durchaus berechtigter Vorwurf dasteht:

► Ist es nicht praxisfern, heute Medizin zu lehren, zu betreiben, wobei in der Ausbildung zum Arzt psychiatrische Kenntnisse nur am Rande vermittelt werden?

► Wie soll Psychosomatik hinreichend vermittelt werden, wenn nicht über ausreichende psychiatrische Grundkenntnisse?

► Wäre ferner Sozialmedizin denkbar, die ohne psychiatrische Einsichten auskommen könnte?

Werfen wir noch einen Blick auf den Allgemeinarzt: Auch dessen Möglichkeiten würden sich erweitern, wenn er psychiatrischen Notwendigkeiten gegenüber besser ausgerüstet wäre und damit der nicht so seltenen Hilflosigkeit enthoben. Denn ein Großteil psychisch Kranker frequentiert die Allgemeinpraxis, weil es heute noch schwerfällt, psychisches Kranksein zu erkennen. Verrufen in der öffentlichen Meinung, krankt der Bürger deshalb lieber an einem somatischen Leiden als an der Psyche, für die der „Fachidiot“ zuständig wäre.

Es läge ein gewaltiger Fortschritt in der Heranbildung zum Arzt – Medizin bleibt hierbei ein kuratives, wenn auch nicht unbedeutendes Hilfsmittel – sich der Bedeutung psychiatrischen Wissens bewußt zu werden, dies zum Nutzen der Kranken. Tun wird das Unsere „in diesem Sinne dazu, um ganz konkret“ der kommenden Generation von Ärzten in ihrer Berufsausbildung und Berufsfindung das an die Hand zu geben, was sie wissen sollten. Enge, Raumangel, Leistungsdruck bewirken zunehmend Konflikte und damit nervliche Strapazierung, weshalb breiteres, fundiertes psychiatrisches Wissen und Verhalten zunehmend gefragt sein wird. Dieser Entwicklung gilt es in der Ausbildung zum Arzt Rechnung

zu tragen und damit den heute gegebenen Mangel zu beseitigen. Angesichts vergangener Versäumnisse ist es dazu höchste Zeit.

Dr. Georg Rühnick  
1 Berlin 39, Ulrichstraße 21 a

## Schlußwort

Zu den Ausführungen des Herrn Kollegen Rühnick nur die Feststellung, daß ein Kurzreferat zur Frage, was aus gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Gegebenheiten heraus an unserem Studium verbesserungsfähig und -bedürftig sei, in einer solch knappen Darstellung die Probleme wie die Antworten nur in Umrissen andeuten kann. Die Wege auch nur andeutungsweise in ihren Einzelheiten zu beschreiben ist leider nicht möglich. Darüber ist schon sehr viel gesagt und auch geschrieben worden. Nicht auf kleine Unterschiede in Plänen und Vorschlägen kommt es an, sondern darauf, daß man endlich beginnt, das zu tun, was notwendig ist. Wir wissen, was verbesserungsbedürftig ist. Wir wissen im Grundsatz auch, welche Wege man dazu gehen könnte und sollte. Gehen wir sie also, aber bald!

Prof. Dr. Josef Stockhausen  
5 Köln 41, Haedenkampstraße 1

---

## Brief an die Redaktion

---

### MONITUM

Einen Bericht des Fernseh-Magazins „Panorama“ über Krankenhausfragen nimmt ein Brief an den Moderator der Sendung „aufs Korn“; hier die wichtigsten Passagen aus der auch uns zur Veröffentlichung angebotenen Zuschrift:

### Schwarzweißmalerei

Es ist nicht das erste Mal, daß das Krankenhaus Herdecke als leuchtendes Beispiel zur Reorganisation

des deutschen Krankenhauswesens vorgestellt wird. Leider wird dabei auch bei Ihnen [also bei „Panorama“, die Redaktion] nicht für den Zuschauer verständlich dargestellt, wer der Krankenhausträger eigentlich ist, wem das Krankenhaus gehört, nämlich im wesentlichen den beteiligten Fachärzten. Erst dann ist es verständlich und klar, daß diese ihre Einnahmen wieder in das ihnen gehörende Unternehmen investieren bzw. damit die wohl doch erheblichen Schulden abtragen, die sie mit der Errichtung dieses Krankenhauses machen mußten. Das ist aber doch nichts Neues; es gibt Hunderte von kleinen Privatkliniken, bei denen der oder die Ärzte, denen die Klinik gehört, ihre Honorare wieder in das Unternehmen stecken.

Sie heben hervor, daß das Krankenhaus sich selbst trägt, weil die Privathonorare mit verwendet werden, das heißt aber doch, daß diese also zum Ausgleich der Bilanz absolut notwendig sind und ohne diese bei Belegung nur mit Kassenpatienten mit den üblichen Pauschalsätzen eine Kostendeckung nicht gewährleistet ist. Da 80 Prozent der Bevölkerung der Bundesrepublik pflichtversichert sind, könnte es nur einigen wenigen Krankenhäusern gelingen, über die Einbeziehung von Privathonoraren ihr Defizit genügend aufzufüllen, wobei ich die Logik überhaupt nicht verstehe: Wie kommen die Privatpatienten dazu, das Defizit der Krankenhäuser bezahlen zu sollen? Gestatten Sie mir einen Vergleich, der sicher wie alle Vergleiche etwas hinkt. Herr Neckermann, Herr Otto und Herr Schickedanz sind Geschäftsleute, die ihr Vermögen im wesentlichen der Idee und dem Trick verdanken, die Dienste der Post in Anspruch zu nehmen. Für jede Leistung, die sie der Post abverlangen, bekommt diese ihre entsprechenden Gebühren, genauso wie das Krankenhaus für jede Leistung, die am Privatpatienten erbracht wird, die entsprechende kostendeckende Vergütung durch den Privatpatienten erhält. Genau so wie der leitende Arzt