

⑦ Es fällt mir schwer, einen Arzt, der für die Weiterbildung eines anderen Arztes in Form der Lehranalyse ein Honorar verlangt (30 bis 60 DM pro Sitzung), noch als Kollegen zu bezeichnen. Diese Zunft der Psychoanalytiker stellt sich mit dieser Gepflogenheit selbst ins Abseits und außerhalb der ärztlichen Gemeinschaft. Aber mit ihrer sophistischen Eloquenz, die einem Gorgias alle Ehre machen würde, behaupten sie nun keck, ohne finanzielle Opfer würde die Analyse nur halb so wirksam sein.

Zum Schluß nur soviel: Die Psychoanalyse hat in wenigen ausgewählten Fällen nach vorheriger Kontrolle durch Ärzte durchaus ihren Platz in der Medizin. Die unkontrollierte Niederlassung aller Psychoanalytiker und damit uferlose Ausweitung der Psychoanalyse wäre ein medizinisches Unglück für unser Volk. Es ist schon genug Schaden angerichtet worden.

Dr. Harald Walter sen.  
Leiter der geburtshilflich-  
gynäkologischen Abteilung  
des Kreiskrankenhauses Plön  
Am Krankenhaus 5  
2308 Preetz

### Berichtigung

Bei der Stellungnahme „Selbstbewußtsein und Sprache“ zum Aufsatz „Die Überschätzung der Psychoanalyse“, die in Heft 3/1979 auf Seite 178 erschienen ist, unterlief der Redaktion ein bedauerlicher Fehler: Die Autorin heißt nicht Margarete, sondern Frau Prof. Dr. med. Melitta Mitscherlich. DÄ

### BLÜTENLESE

#### Suche

„Der Triumph der Zerstörung weckt die Frage nach dem Unzerstörbaren.“ (Ernst Jünger)  
Durrak

## Die Vereinheitlicher bohren weiter

Zu dem Kommentar von Dr. med. Manfred Auberlen  
in Heft 1/1979, Seite 12

Der Kommentar in Heft 1 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES vom 4. Januar 1979 nimmt praktisch eine ablehnende Haltung zum einheitlichen sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein. Wie auch schon der Beitrag im „Niedersächsischen Ärzteblatt“, Heft 24/1978, Seite 45, wird dabei auf etliche Jahre zurückliegende Gutachten, Untersuchungen und Stellungnahmen verwiesen. Lassen wir es einmal dahingestellt, ob das bisherige gegenseitige Abwägen des Pro und Kontra so eindeutig für die Ablehnung spricht, wie es die zitierten Artikel wahrhaben wollen. Es müssen jetzt aber neue und aktuelle Gesichtspunkte, die sich gerade in den letzten Jahren ergeben und in den Vordergrund gerückt haben, mit in die Betrachtungen einbezogen werden. Gemeint ist in erster Linie das *Schwerbehindertengesetz*, mit dem ein Großteil der Bevölkerung als Betroffene wie auch praktisch alle Ärzte als arbeitsmäßig mit Einbezogene und zu einem wesentlichen Prozentsatz ebenfalls als Betroffene befaßt sind. Dieses Gesetz erweist sich in seiner Anwendung und Auswirkung auch oder gerade für den ärztlichen Sektor als so „behördenübergreifend“, daß sich hier die Notwendigkeit der Einführung eines einheitlichen sozialmedizinischen Dienstes geradezu aufdrängt. Besonders in diesem Bereich zeigen sich die Möglichkeiten und Gefahren der Mehrfachuntersuchungen besonders deutlich: Invaliden-Rentenverfahren, berufsgenossenschaftliche und sonstige Unfallverfahren, arbeitsamtsärztliche Untersuchungen sowie Versorgungs- und Schwerbehindertentbearbeitungen einschließlich Sozial-, Arbeits- und Verwaltungsgerichtsverfahren müssen mühsam aufeinander abgestimmt beziehungsweise gegenseitig ausgetauscht werden (dazu muß man aber erst einmal Kenntnis bekommen von dem Vorhandensein

der anderen Einzelverfahren, oder man muß sie meistens errahnen), wobei amts- und betriebsärztliche Untersuchungen dabei häufig zusätzlich mit hineingreifen. Gerade für die Problematik der Rehabilitation ergeben sich bei diesen Verhältnissen soviel „Reibungsverluste“ zu Lasten der Schnelligkeit, Intensität und damit Effektivität des Eingreifens und Helfens, so daß das Ergebnis häufig wenig befriedigend ist oder bei anderen Verfahrensweisen deutlich besser sein könnte.

Selbstverständlich werden bei den vielseitigen Verzahnungen mit ihren zahlreichen und mühsamen Aktenbewegungen, Anforderungen und Beurteilungen aus den verschiedensten Gesichtswinkeln, Gründen und Anlässen Begriffe wie die auch im zitierten Kommentar erwähnte Erwerbsunfähigkeit in ihrer vielfachen Bedeutung bei den unterschiedlichsten ärztlichen und nichtärztlichen Sozialdiensten für den Antragsteller ein Buch mit sieben Siegeln. Und nicht nur er findet sich in den Bedeutungen dieser Begriffe überhaupt nicht mehr zurecht. Er fühlt sich somit auch nicht gerecht behandelt und wird damit zum *staatsverdrossenen Bürger*. Natürlich sind hier Klarstellungen und Angleichungen im wesentlichen durch den Gesetzgeber notwendig.

Der Umgang mit der Vielfalt der Sozialgesetze, Bestimmungen, Gutachten, Richtlinien und Maßstäbe für die ärztliche Beurteilung muß aber für die Ärzte in einem einheitlichen sozialmedizinischen Dienst nicht ein Nachteil sein. Die Einseitigkeit der Arbeit und des beruflichen Horizontes zugunsten eines Gesetzes bzw. nur einer kleinen Auswahl von Bestimmungen wird aufgegeben zugunsten der Vielseitigkeit und damit des sicheren Beherrschens der ärztlichen Aufgaben im gesam-

## Die Vereinheitlicher bohren weiter

ten sozialmedizinischen Bereich. Diese Umstände dürften auch diesen ärztlichen Berufszweig wesentlich attraktiver machen, als er gegenwärtig noch ist. Auch die Nachwuchsfrage und -sorge dürfte dann in einem ganz anderen Lichte erscheinen. Besonders auch für Fachärzte dürfte die Attraktivität zunehmen. Welcher der sozialmedizinischen Dienste der jetzt üblichen Größenordnungen und Strukturen kann z. B. schon ganztägig einen Röntgenologen allein in seinem Fachgebiet beschäftigen? Ähnlich schwierig ist es bei den Neurologen oder bei den Fachgebieten wie Augenheilkunde, Urologie, Kieferchirurgie und -orthopädie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde usw. Hier liegen aber auch die wesentlichen Ursachen von Enttäuschungen, Verärgierungen und Frustrationen in der Berufsausübung der in den sozialmedizinischen Diensten herkömmlicher Art beschäftigten Ärzte.

Ich glaube, das sind für die personelle Situation der sozialmedizinischen Dienste so entscheidende Punkte, daß sie allein schon neuerliche Überlegungen für die Einführung eines einheitlichen sozialmedizinischen Dienstes rechtfertigen.

### Keine Probleme für den Betroffenen

Es ist auch nicht so, daß der betroffene Bürger bei einem einheitlichen sozialmedizinischen Dienst größere Schwierigkeiten als bisher gemeinhin üblich beim Einlegen und Bearbeiten seiner Widersprüche und Klagen haben wird. In allen sozialmedizinischen Bereichen ist es doch so geregelt, daß die erste Stufe eines Einspruches, also der Widerspruch, in der Behörde, die den beanstandeten Bescheid erteilt hat, bearbeitet wird (evtl. von der übergeordneten Mittelbehörde). Nach Ablehnung auch des Widerspruches ist dann der nächste Schritt die Klage beim zuständigen Gericht, etwa einem Sozialgericht. Das ist dann bei einem einheitlichen sozialmedizinischen Dienst überhaupt nicht anders. Deshalb müssen die hierauf

zielenden Argumente für die Ablehnung als nicht stichhaltig bezeichnet werden; sie treffen überhaupt nicht die Sache.

Außerdem würde die Etablierung eines einheitlichen sozialmedizinischen Dienstes noch eine weitere Einrichtung ermöglichen. In Kliniken, die aufgrund ihrer Spezialisierungen und -einrichtungen häufig mit Gutachtaufträgen (ambulant und stationär) von Sozialversicherungsträgern und Gerichten zum Teil sogar überhäuft werden, könnten – nennen wir sie vorerst einmal so – Gutachtenassistentenstellen eingerichtet werden. Hierbei würde es sich um zusätzliche Planstellen handeln, die nicht den Krankenhausträgern und damit dem Pflegesatz zur Last fallen, sondern von der vorgesehenen Organisation der sozialmedizinischen Dienste getragen werden würden. Der Stelleninhaber soll nicht allein mit Gutachtaufträgen beschäftigt werden, sondern diese werden nach wie vor auf alle Ärzte der Klinik und Abteilung verteilt.

Für die Erstellung der Gutachten steht dann aber im Gegensatz zum bisherigen Verfahren offizielle Dienstzeit und Zeit überhaupt zur Verfügung, so daß dabei dann auch die zum Teil grotesk langen Laufzeiten der Gutachtenbearbeitung, die praktisch immer zu Lasten und zum Nachteil des Untersuchten gehen, endlich vermieden werden. Auf die Entlastung der Personalkosten und der sich daraus ergebenden Konsequenzen beim Pflegesatz wurde schon hingewiesen.

Darüber hinaus würde eine solche Einrichtung dann auch einmal endlich eine etwas gründlichere Ausbildung und Anleitung der Ärzte im Begutachtungswesen ermöglichen, was wieder die ärztliche Nachwuchsfrage für den sozialmedizinischen Bereich nur vorteilhaft beeinflussen würde.

Diese Überlegungen drängen sich um so mehr auf, als man in der ärztlichen Standespresse zum Thema „einheitlicher sozialmedizinischer Dienst“ weitgehend nur ablehnende

Äußerungen vorgesetzt bekommt. Die hieraus resultierenden Erkenntnisse stellen die persönliche Ansicht des Verfassers dar. Dabei ist es völlig klar und menschlich durchaus, wenigstens teilweise, verständlich, wenn Änderungen und Neuordnungen der vorgesehenen Art, die ja auch oder aus der Sicht der Ablehnenden in erster Linie die Aufgabe von Selbständigkeiten einzelner beziehungsweise ihrer Einrichtungen zur Folge haben, auf soviel Widerstand stoßen. Der Sache und den Betroffenen sowohl vom zu betreuenden Personenkreis her als auch seitens der beschäftigten Ärzte wird damit aber wenig gedient. Aber wer gibt schon gerne Erbhöfe oder gar Fürstentümer freiwillig auf?

Ministerialdirektor  
Dr. med. Hermann Boit  
Walter-Hans-Schultze-Straße 14  
3300 Braunschweig

### Schlußwort

Wenn Dr. Hermann Boit in seiner Zuschrift das „Schwerbehinderten-Gesetz“ anführt, um die Notwendigkeit eines gemeinsamen sozialmedizinischen Dienstes (SMD) zu begründen, so ist dies einfach nicht stichhaltig, da Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach diesem Gesetz grundsätzlich nichts ändert. Die *Mehrfachverwendbarkeit* eines für einen Sozialleistungsträger (SLT) erstellten Gutachtens hängt nämlich davon ab, ob es nach Vorgeschichte und Befund ausreichend aussagefähig ist, daß ein anderer SLT dieses als Grundlage eines Bescheides verwenden kann und darüber hinaus die Verwaltungen ein solches auf Mehrfachverwendbarkeit abgestelltes Gutachten auch anerkennen.

Jede Verwaltung wird aber bemüht sein, ein für sie belastendes Gutachten eines anderen SLT zu entkräften. Insidern ist diese „Kostenverschiebungstaktik“ bekannt. Durch Herstellung dieser Mehrfachverwendbarkeit wäre es möglich, einen wesentlichen Teil an Mehrfachbegutachtungen einzusparen – ohne