

## Was haben die deutschen Ärzte falsch gemacht? Was müssen wir besser machen?

Zum Einstieg vielleicht eine aktuelle Vignette vom DGPPN - Kongress in Berlin zur Situation deutscher niedergelassener Psychiater:

Frau Prof. Herpertz aus Rostock – ausgewiesene Expertin für Persönlichkeitsstörungen – berichtete am Morgen über die erfolgreiche Behandlungen von Spannungszuständen bei Borderline-PatientInnen mit Zyprexa. Bei der Veranstaltung „Meet the expert“ am Mittag wurde sie dann von einem deutschen Kollegen gefragt, wie ihre Empfehlung draussen in der Praxis umgesetzt werden solle, da doch bekannt sei, dass Zyprexa von den Krankenkassen nur für die Indikation Schizophrenie akzeptiert werde und die Kosten daher nicht übernommen würden. Das Problem war Frau Prof. Herpertz bekannt. Sie wisse, dass sie an der Universität vergleichsweise „paradiesische“ Verhältnisse habe. Sie schlug vor, der Kollege solle in entsprechenden Fällen Kontakt mit der Universität aufnehmen und man wolle ihn dann mit einem entsprechenden Bittschreiben an die Kasse unterstützen...

Mir fielen in diesem Zusammenhang wieder einige Gründe ein, warum ich damals vor 7 Jahren Deutschland verlassen hatte. Unter anderem dieser: ich arbeitete damals als Assistenzarzt in einer psychiatrischen Klinik und erlebte, wie regelmässig dieselben Patienten zur „medikamentösen Neueinstellung“ zugewiesen wurden, weil die weiterbehandelnden Hausärzte mit Blick auf ihr zugeteiltes „Budget“ die teuren atypischen Neuroleptika regelmässig nach der stationären Behandlung absetzten. Wir sprachen bereits damals nicht von der Eroberung des *Paradieses*, sondern von der Sicherstellung der *Grundversorgung* psychisch kranker Menschen in einem zunehmend budgetierten, standardisierten und zentral gelenkten Versorgungssystem. Und sahen und sehen auch heute, dass es in Deutschland nicht funktioniert.

### Was also haben die deutschen Ärzte falsch gemacht?

**Man wird die Frage vermutlich am besten beantworten können, wenn man sich zunächst die *aktuelle Situation deutscher Ärzte vergegenwärtigt*.** Erstmals in der Geschichte solidarisieren sich Ärzte untereinander und neu sogar mit anderen Akteuren im Gesundheitssystem, legen ihre Arbeit nieder und gehen auf die Strasse, um zu sagen, dass es so nicht mehr geht. Gleichzeitig besteht erstmals seit einiger Zeit eine bedrohliche Abwanderungswelle bestausgebildeter deutscher Ärzte in die Schweiz, nach Grossbritannien und in skandinavische Länder. Wenn ich früher deutschen Kollegen von der Schweiz erzählte, stiess dies auf Interesse, kaum aber konnte sich jemand damals bereits vorstellen, wegen des besseren Honorars oder der Arbeitsbedingungen seine Heimat zu verlassen! Heute ist das anders, die Stimmung ist vergiftet (in jede Richtung!), ein Kassenarzt kann seit Jahren nicht mehr arbeiten, wie er es gelernt hat. Und inzwischen müssen die meisten niedergelassenen Ärzte ihre Praxis durch privatärztliche Tätigkeiten in einem ausgewiesenen Selbstzahlerbereich quer subventionieren.

Nach vielen Jahren Reform, in denen tiefgreifende Eingriffe in die Autonomie der ärztlichen Berufsausübung erfolgten und nebenbei doch auch sehr viel Geld von den Leistungserbringern weg und an andere Stellen transferiert wurde,

- steht die deutsche Ärzteschaft, stehen aber auch die anderen Akteure des Gesundheitswesens (Apotheker, Krankenhausgesellschaften) politisch offenbar vor einem Scherbenhaufen
- haben Ärzte wesentliche Kernkompetenzen an das System abgegeben bzw. werden vom System überwacht und beeinflusst (Art und Menge der verordneten

Medikamente, Verrechenbarkeit ärztlicher Leistungen allgemein, Indikationsstellung für Untersuchungen und Behandlungen etc..)

- ist die Stimmung im System offenbar auf einem neuen Nullpunkt angekommen
- erscheint einer zunehmenden Zahl von Ärzten die Arbeitssituation als so unzumutbar, dass diese einen Wegzug ins Ausland erwägen oder bereits vollzogen haben

**Deutsche Ärzte bzw. deren Vertreter haben ganz offensichtlich ihre Unterschrift zu den falschen Spielregeln gegeben und ihre Einflussmöglichkeiten als *Mitspieler* grotesk überschätzt.** Denn heute kann der **deutsche Kassenarzt**

- seine Praxis offenbar nicht mehr ohne Querfinanzierung durch Privatpatienten wirtschaftlich führen, mit anderen Worten gerade die medizinische *Grundversorgung* nicht mehr kostendeckend erbringen
- Therapie- oder Behandlungsindikationen nicht mehr auf der Basis seines erlernten und eigentlich ja auch nachlesbaren medizinischen Fachwissens stellen, sondern nur noch, wenn die Krankenkasse bzw. der Vertrauensarzt (MDK) es erlauben. Listen legen fest, welche Medikamente erstattungsfähig sind und welche nicht, gleichzeitig darf aber auch ein zugewiesenes Gesamtbudget nicht überschritten werden, weil sonst Rückzahlungen aus eigener Tasche drohen etc.
- seine Praxis meines Wissens nur noch in Vollzeit mit einem zugeteilten Kontingent an „Scheinen“ (gemeint sind Patienten) führen, dazu nur noch an Orten, für die von Seiten des Staates bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung eine Unterversorgung festgestellt wurde und nur noch unter Einhaltung eines monströsen und medizinfremden Regel- und Vergütungswerkes, für das im Grunde eine Zusatzausbildung bzw. zumindest speziell ausgebildete Arzthelferinnen benötigt werden. Verstöße werden mit Mahnungen, Regressandrohungen und Ausschluss geahndet
- gegenüber den „Partnern“ komplizierte medizinische Sachverhalte oder Besonderheiten gar nicht mehr ausdrücken und zur Beachtung bringen, z. B. besondere medizinische Situationen, die abweichende therapeutische Massnahmen, mehr Zeit etc.. benötigen. Er ist auf die Begrifflichkeiten der ICD-10 und auf die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), einen Dschungel von Regeln und Vereinbarungen, verpflichtet und reduziert. Was dort nicht drin steht, gilt für die Kassen als nicht existent, die individuelle Situation eines kranken Menschen oder auch einer bestimmten Arztpraxis mit einem bestimmten Klientel lässt sich nicht mehr vermitteln und einer vernünftigen Lösung zuführen!

**Man kann also zusammenfassend feststellen: die deutschen Ärzte haben offenbar so ziemlich alles falsch gemacht, denn sie haben in einem langjährigen Prozess, in dem bereits viel gekämpft und viel standardisiert, vereinheitlicht und vernetzt wurde, die Hoheit über die entscheidenden inhaltlichen Kompetenzen verloren, die die Bedingung sind für eine verantwortliche und dem Stand der medizinischen Lehre entsprechende Ausübung des ärztlichen Berufes.** Darüber hinaus scheint nun auch die wirtschaftliche Situation von Kassenarzt-Praxen bedrohlich zu werden. Und die Politik sieht sich, nachdem sie den medizinischen Diskurs nun mit viel manipulativer Energie von der Ärzten abgekoppelt hat, nun ganz offenbar zunehmend *inhaltlichen* Problemen gegenüber, die sich mit Politik und Struktur allein nicht lösen lassen und für die jetzt die Kompetenzen fehlen.

**Folgende "Fehler" springen rückblickend besonders ins Auge:**

- Viele Ärzte haben viel zu spät die *Taktik*, das *Ziel* der Gesundheitsreform erkannt und die *Tragweite*, die die Umsetzung der Reformziele für die *gesamte Ärzteschaft* und die *Ausübung des ärztlichen Berufes* habt massiv unterschätzt

- Viele Ärzte haben sich auf die völlig unzutreffende Annahme eingelassen, ein guter, professioneller und qualifizierter Arzt sei daran zu erkennen, dass er zu Werk gehe wie ein Wissenschaftler und seine Patienten in standardisierter und jederzeit reproduzierbarer Weise behandle. Diese Vorstellung vom Arztberuf verkennt die grundlegende Verschiedenheit zwischen praktischer Medizin und medizinischer Wissenschaft, deren unterschiedliche Zielsetzung und Perspektive, sie verkennt zudem das Wesen der Arzt-Patienten-Beziehung. Es ist eine Verwechslung zwischen Wissen(schaft) und Können, die ja im übrigen überall zu beobachten ist, wo Qualitätsmanagement am Werk ist, und die Ärzte haben sich FATALERWEISE auf diese Betrachtungsweise eingelassen.
- Die Ärzteschaft hat sich zuerst einreden lassen, sie verhalte sich in ihrer Arbeitsweise "unwirtschaftlich" und hat dann zugestimmt, eine "Budgetverantwortung" zu übernehmen. Beide Schlagworte sind "Gummiparagraphen", inhaltlich reine Hülsen, beliebig dehnbar, aber mit Stellrädern versehen, die nun von den neuen "Partnern" im Gesundheitswesen – Experten in Sachen Wirtschaftlichkeit und Budgetierung – beliebig angezogen werden können und dadurch eine neuartige Kontrolle medizinischer Inhalte ermöglichen. Ich persönlich halte deshalb die Übernahme einer Budgetverantwortung, wie sie ja auch bei uns übernommen wurde, für einen der schwerwiegendsten Fehler, medizinisch nicht begründbar und Einfallstor für medizinfremde Interessen.
- Viele Ärzte haben, obwohl die praktische Arbeit vor Ort mit jedem „Reformschritt“ immer schwieriger wurde und zu immer mehr „Tricks“ und kleineren oder grösseren „Lügen“ (z. B. im Abrechnungswesen, z. B. in ärztlichen Zwischenberichten an die Versicherer) verführte, sich jahrelang nicht untereinander und gegen das aufgezwungene System solidarisiert, sondern sich in gegenseitigen Partikular-Konflikten erschöpft und versucht, den Schaden für die Patienten durch eigene "Flexibilität" abzumildern. Man hat auch zugelassen, dass sich immer wieder einzelne Kollegen im Dienste der gemeinsamen Sache exponierten und zugesehen, wie diese dann abgestraft wurden. Es fanden sich Kollegen, die sich vom System ködern liessen, weil sie vermutlich nicht verstanden haben, dass sie sich damit langfristig selber "ein Ei legen..." Unter dem Einfluss der ständigen Suggestion und Gehirnwäsche mit den immer gleichen Begriffen (Qualität, Effizienz, evidence based etc..) glaubten viele Kollegen aber wohl auch tatsächlich plötzlich, die Medizin v o r Einführung des Qualitätsmanagements und der empirischen Studien sei gar keine richtige und professionelle Medizin gewesen und nicht ständig gemessenes und dokumentiertes Können könne nicht wirkliches Können sein.
- Chefarzte – ein ganz schwerwiegender Fehler aus meiner Sicht ! – haben den Protest aus der Basis mit Androhung von Kündigungen erstickt und sich mit der betriebswirtschaftlichen Führungsetage solidarisiert. Vermutlich haben sie im Gegenzug Privilegien behalten dürfen oder dies zumindest geglaubt.
- Die Ärzteschaft gesamthaft hat im Diskurs um die Gesundheitsreform ihre persönliche Verpflichtung gegenüber dem einzelnen Patienten sowie ihr eigenes wissenschaftliches und tradiertes Fundament aus dem Blick verloren oder zumindest ihren Protest zu wenig auf diese entscheidenden Faktoren hin ausgerichtet. Im Ärzteblatt war jahrelang immer nur über Geld und den zu verteilenden „Kuchen“ zu lesen, der immer kleiner werde. Und dies hat dann später zunehmend das öffentliche Bild von Ärzten geprägt.
- Viele Ärzte haben viel zu wenig ihre wichtigsten Verbündeten bei der täglichen Arbeit mit Patienten unterstützt: die Pflegekräfte. Ärzte auf unterbesetzten Stationen hätten m. E. die Verantwortung verweigern müssen und nicht einfach zusehen dürfen, wie Pflegestellen abgebaut wurden und die personelle Unterversorgung durch Hektik und

Mehrarbeit auszugleichen versucht wurde. Deutsche Ärzte haben aber auch gesamthaft geschwiegen, als die Bedeutung von fachlich qualifizierten Apotheken von der Politik in Frage gestellt wurde, obwohl ja wohl nicht wenige Ärzte auf die Zubereitung von Arzneimitteln und die damit verbundenen Fachkenntnisse angewiesen sind.

- Ärzte haben zugelassen, dass ihre eigene fachliche Fortbildung weitgehend von der Pharma-Industrie organisiert und inhaltlich entsprechend beeinflusst wird. Es wird mir immer unverständlich bleiben, wie es dazu kommen konnte.
- Ärzte hätten nie zulassen dürfen, dass ihre Sprache auf die Begrifflichkeit einer ICD-10 reduziert wird.
- Auch die Misstände bzw. die personelle Ausdünnung im ärztlichen Bereich hätten Ärzte nicht mit verantwortungsloser Überschreitung der zumutbaren Arbeitszeit kompensieren, sondern geschlossen dagegen vorgehen und die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes einfordern müssen (Aber eben: hier haben die Chefärzte eine schwere Verantwortung für die aktuellen Zustände in deutschen Kliniken)

**Ärzte hätten zunächst mit den Reformern im Vorfeld ausreichend lange, offen und transparent reden müssen** darüber,

- was genau gemeint ist, wenn von Qualität im Gesundheitswesen gesprochen wird,
- was Qualität für jeden einzelnen medizinischen Bereich und in jeder der vielen und komplexen medizinischen Situationen bedeutet,
- inwiefern und wo genau die Medizin überhaupt ein nennenswertes Qualitätsproblem hat (!) – immerhin gehören unsere Systeme unbestritten zu den besten der Welt und haben sich zur jetzigen Qualität ganz ohne die moderne Qualitätssicherung entwickelt, und die Patienten müssten es doch am besten wissen
- was genau das Procedere und das Ziel sein wird, damit man zumindest in Gedanken den Ist-Zustand mit dem zu erreichenden Zustand vergleichen kann (in Deutschland ist die gesamte Reform durch ständig neue Reformschritte gekennzeichnet, die vorher jeweils nicht absehbar waren, für die behandelnden Ärzte, die Krankenhäuser, Apotheken etc.. aber zu unkalkulierbaren Risiken geführt hat). In diesem Zusammenhang hätte sich frühzeitig darauf verständigt werden müssen, welche spezifisch medizinischen Inhalte und Strukturen *n i c h t* dem Qualitätsmanagement und dem *Effizienzdenken* zum Opfer fallen dürfen, sondern im Gegenteil ihrerseits zum Mass für QM und Effizienzgrenzen werden müssen. In Deutschland lautet der einzig verbliebene Ohrwurm-Slogan zum Ziel der Gesundheitsreform: „Gesundheit muss bezahlbar bleiben“. Über medizinische Inhalte oder konkrete Bedürfnisse von Patienten wird gar nicht gesprochen
- inwiefern Standardisierung und Vereinfachung mit den jeweiligen medizinischen Inhalten überhaupt vereinbar sind (bei der Durchführung eines Knochenszintigramms ist Standardisierung vermutlich sinnvoll - aber deshalb gibt es sie mit absoluter Sicherheit auch bereits schon immer! - , bei der Durchführung einer Anamnese-Erhebung oder gar einer psychiatrischen Behandlung aber vermutlich in einigen Fällen regelrecht schädlich)
- inwieweit eine Zentralisierung ärztlicher Kompetenzen und Standardisierung ärztlichen Handelns im Sinne einer managed care im Hinblick auf die erbrachte Leistung vor Ort tatsächlich der bisherigen Medizin überlegen ist und ob die Gefahren einer solchen Standardisierung aus Gründen der Kostenersparnis und Kontrolle in Kauf genommen werden dürfen (dazu müsste zum Beispiel das Volk m. E. das Volk befragt werden, weil es eine derart radikale Veränderung mit so weitreichenden Konsequenzen darstellt.)

- wer überhaupt, wenn nicht die Ärzte, beurteilen kann, was medizinische Qualität bzw. Qualität der medizinischen Versorgung ist. Niemals hätten Ärzte ihre Unterschrift gegen dürfen für Spielregeln, bei denen sie als einzige ausgewiesene Experten die Hoheit über medizinische Kernkompetenzen abgeben. In diesem Zusammenhang ist natürlich auch die Rolle der „Vertrauensärzte“ zu hinterfragen, die ja bestenfalls dieselbe fachärztliche Ausbildung erfahren haben können wie die Kollegen.
  - o Was hat es auf sich mit dieser neuen Fähigkeit, plötzlich objektiver und unbefangener urteilen zu können über medizinische Sachverhalte, die sich gar nicht objektivieren lassen (etwa die Arbeitsunfähigkeit psychisch kranker Patienten)
  - o Warum heisst der Vertrauensarzt Vertrauensarzt? Wessen Vertrauen geniesst er und wie steht es mit seiner Befangenheit als medizinischer Sachverständiger?
  - o Was genau dürfen wir unter „Versicherungsmedizin“ verstehen? Wie kommt es, dass sich ausgerechnet eine solche Disziplin, die von ihren Fragestellungen und vom Namen her augenscheinlich gar nichts zur Medizin im eigentlichen Sinne betragen kann mit atemberaubender Geschwindigkeit etablieren kann und darf. Wo ist der Aufschrei des Qualitätsmanagements, wo sind die Studien, die andere, viel medizinischere Disziplinen, z. B. die psychosomatische Medizin, alleine zur Verteidigung ihrer Daseinsberechtigung ständig nachweisen müssen?
- ob es zulässig sein kann und medizinisch überhaupt verantwortbar ist, wenn, wie seit der Einführung von Vertrauensärzten üblich, eine Dissoziierung von ärztlichen Entscheidungskompetenzen (neu beim Vertrauensarzt) einerseits und Therapieverantwortung (weiterhin beim behandelnden Arzt) erfolgt, ob Patienten, wenn sie darüber informiert werden, das wollen
- ob es zulässig sein kann, die Behandlung kranker Menschen nicht mehr auf dem direkten Weg zuzulassen, sondern von der Zustimmung weiterer, medizinfremder, künstlich eingeführter Akteure abhängig zu machen und sich auf „Spielregeln einer Kassenmedizin“ zu verständigen, bei deren Anwendung eine medizinische Praxis entsteht, die sich zugunsten ökonomischer Zielsetzungen zunehmend von den Erkenntnissen der medizinischen Forschung und Lehre entfernt

### Was können wir besser machen?

- Wir hier in der Schweiz müssen im Blick behalten, dass die anstehende KVG-Reform und auch die anderen bisherigen Reformschritte genau wie die Gesundheitsreform in Deutschland "von aussen" an die Medizin herangetragen werden und wurden und weder in einem internen Qualitätsproblem der Medizin, noch in einem Ungenügen der Patienten an der praktizierten Medizin wurzeln! Die Motive hier sind eindeutig ökonomische, also **medizinfremde Interessen** und das Ziel ist die Öffnung und **Verwertung der Medizin für medizinfremde Interessen!**
- wir müssen uns vehement dagegen **wehren, uns ein Qualitätsproblem unterschieben zu lassen** bzw. umgehend **dezidierte Begründungen verlangen für solche und auch alle anderen Unterstellung**, die speziell unseren Fachbereich betreffen, z. B. für die Behauptung, Psychiater hätten etwas davon, ihre Patienten statt zu heilen in die IV zu schicken, sie würden die Therapien ungebührlich ausdehnen oder ihre Patienten herbeirufen.
- jede Facharztgruppe sollte die anderen Fachärzte unterstützen, wenn diese für ihre je speziellen Rahmenbedingungen kämpfen. Denn jeder Fachbereich hat eigene Inhalte zum Thema und benötigt deshalb naturgemäss eine **spezifische Arbeitsumgebung**. Das würde jedem Laien sofort einleuchten, wenn man nur darauf hinweisen würde...

Und wenn die Rahmenbedingungen irgendwo in Frage gestellt werden, sind sie fortan auch überall in Frage gestellt!

- Wir müssen die Reformen nach der **konkreten Perspektive** fragen und wir benötigen **klare Antworten** auf die Frage, welchen Stellenwert die Psychiatrie und Psychotherapie zukünftig haben soll und wie dies in der neuen Struktur zum Ausdruck kommen soll. **Wir müssen uns vehement gegen die Geschwindigkeit der Reform wenden, wenn sie schneller vollzogen wird als die entscheidenden Fragen beantwortet werden können!**
- wir sollten uns als Ärzteschaft in allen grundsätzlichen Fragen der ärztlichen Berufsausübung fachübergreifend solidarisieren. Insbesondere müssen wir solidarisch sein,
  - o wenn **ärztliche Kernkompetenzen** (Indikationsstellung, Therapieplanung und –durchführung, Verordnungswesen, Begutachtung), die das Handwerkszeug für jede Fachrichtung darstellen, durch medizinfremde Motive bedroht werden
  - o wenn - wie leider mit **Erfindung der "Versicherungsmedizin"** bereits geschehen – Entkopplungen von Entscheidungskompetenzen einerseits und Therapieverantwortung andererseits vorgenommen und in der Struktur des Gesundheitssystems verankert werden
  - o wenn Reformen zu einer **Dissoziation zwischen Lehre und ärztlicher Praxis** führen und sich Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung und Lehre zunehmend in der Patientenversorgung vor Ort nicht mehr umsetzen lassen. Denn auch wenn dies nur bei einer einzelnen Fachgruppe oder sogar nur bei einzelnen Ärzten oder Fachärzten geschieht, bedeutet das einen ganz allgemeinen Angriff auf die Gültigkeit der ärztlichen Approbation und der Facharzt-Qualifikation. Das darf keinesfalls einfach hingenommen, sondern muss besonders ausführlich begründet werden, weil unsere Qualifikationen unseren Ruf und auch das Vertrauen unserer Patienten begründen! Für mich ist deshalb völlig unverständlich, dass unsere Fachgesellschaft sich nur so leise zur anstehenden Psychotherapie-Verordnung äussert, diese offenbar bereits akzeptiert hat und erleichtert ist, dass man es etappenweise und mit grösseren Übergangsfristen vollziehen wird. Und auch das Schweigen der anderen Fachrichtungen ist alles andere als klug, auch wenn sie nicht verstehen sollten, warum es Psychiater braucht.
- **Die freie Arztwahl und die geschützte Arzt-Patienten-Beziehung müssen als Basis jeder verantwortlichen ärztlichen Tätigkeit unbedingt geschützt bleiben, in jeder ausgeübten ärztliche Tätigkeit, egal ob privat oder zu Lasten der Kasse.** Solange nicht das „System“ auch öffentlich die Kollektivverantwortung für den Therapieerfolg übernimmt, sondern wir als behandelnde Ärzte von A bis Z in der Therapieverantwortung verbleiben, ist das eine unabdingbare Voraussetzung für eine verantwortbare Tätigkeit! Wir Ärzte müssen uns deshalb gesamthaft solidarisieren und die Problematik öffentlich machen, und ich bin absolut sicher, dass jeder Patient mit uns wäre!
- Wir dürfen uns **nicht vertraglich auf medizinisch unzulässige Standardisierungen und Vereinfachungen festlegen lassen**, die uns unserer medizinischen Ausdrucksmöglichkeiten und der zur Ausübung dieses Berufes notwendigen komplexen (differenzierten) und individuellen Handlungsfähigkeit berauben.
- Wir dürfen nicht zulassen, dass wir von medizinischen Laien in unserem erlernten und vielfach erprobten ärztlichen Können derart verunsichert werden. Unerträglich ist auch, insbesondere für den Fachbereich der Psychiatrie und Psychotherapie, die ständige Verpflichtung auf evidence-based-medicine. Denn deren Erkenntnisse, wengleich das Forschungsvorhaben an sich natürlich lobenswert ist, können für die

praktische Behandlung eines Patienten vor Ort aktuell und wohl auf nicht absehbare Zeit nichts Substanzielles beitragen. Auch hier würde eigentlich ein Blick in ein aktuelles Lehrbuch mit EBM-Teil auch dem Laien schnell veranschaulichen, wie sich traditionelle Medizin und EBM zueinander verhalten und weshalb eine Evidenzbasierte Medizin im Moment und auf lange Sicht nicht mehr als ein ehrgeiziges Projekt ist und noch einen gewaltigen Forschungsarbeit vor sich hat. Als Träger der medizinischen Heilkunst und Qualitätsstandards ist EBM jedenfalls hoffnungslos überfordert. **Bei der systematischen Verunsicherung von aussen vermisste ich klare Aussagen unserer Landesvertreter und auch der akademischen Medizin. Wir sollten die Verantwortlichen in Forschung, Lehre und Weiterbildung unbedingt in diese Auseinandersetzung hineinzwingen**, denn bisher halten sie sich auf unverständliche und unverantwortliche Weise aus der öffentlichen Diskussion heraus!

- Wir sollten **nicht von "paradiesischen Zuständen" reden**, um die es hier gar nicht geht. Tatsächlich auf dem Spiel steht, die völlig "normale", lehrbuchgerechte Ausübung der ärztlichen Heilkunde und die sichere Grundversorgung unserer Patienten!
- Wir sollten jede Floskel über Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung genauestens hinterfragen und genau anschauen, welche Manipulationen damit jeweils gerechtfertigt werden. **Wir müssen zurückfragen und auf Antworten bestehen!** Zum Beispiel müssen wir als Psychiater und ärztliche Psychotherapeuten uns ganz konkret vorrechnen lassen, inwiefern wir zur "Kostenexplosion" beigetragen oder uns Qualitätsprobleme in der Patientenversorgung vorwerfen lassen müssen! Ich bin sicher, mit konkreten Zahlen und im hellen Licht der Öffentlichkeit wäre die Kritik sofort als „blauer Dunst“ entlarvt...

Die derzeitige Dynamik im Gesundheitswesen hat etwas von „Des Kaisers neue Kleider“ von Hans Christian Andersen. Eigentlich wissen wir es: **der Kaiser ist nackt!** Wir sollten alle Kräfte darauf verwenden, dies auch für die Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Alle Ärzte miteinander!

Freundliche Grüsse

Franz Engels

(06.12.2006)