Seinem Freunde Klaus
von Herzen gewidmet
Wolfgang

GEDANKEN ZUM ABSCHIED VON DER DKD

Wolfgang Giere

4.10.1976

GLIEDERUNG

1. Eingrenzung (Art, Themen, Umfang)

2. Thesen zur Datenverarbeitung dargestellt am Konzept für das Uni-Klinikum Frankfurt

2.1 Praemisse: SOLL (Frankfurt) - IST (DKD) = Erfahrungszuwachs, mitteilenswert

2.2 Funktionsspezifische Dezentralisierung statt zentralem Rechenzentrum

2.2.1 Multi-Mini statt Jumbo

2.2.2 Leistungssteigerung nach Bedarf statt Engpaß oder Leistungsreserve

2.2.3 Entflechtung statt Komplexlösung

2.3 Verzicht auf Systemprogrammierung statt Eingriff ins Betriebssystem

2.3.1 Sparen bei software statt bei hardware

2.3.2 Übernehmen statt Entwickeln

2.3.3 Neu-Entwicklung in Forschung statt Nebenroutine

2.3.4 Standardsprache statt ASSEMBLER

2.3.5 Unabhängigkeit von hardware und Betriebssystem durch software-Schichten statt Programmfilz

2.3.6 Vermeidung von Programmfehlern

2.3.7 Pflegeerleichterung statt Abhängigkeit vom Autor

2.4 Fachleute statt Programmierspezialisten

2.4.1 Trennung Informatik, Engineering, Biomathematik

2.4.2 "Programmierung" durch Sachbearbeiter (Anwendungswissen wichtiger als Programmierkenntnis)

2.4.3 Anleitung zu "privater" Datenverarbeitung als Forschungsunterstützung

2.4.4 Gemeinsame Planung und Verantwortung statt Isolierung des Rechenzentrums

2.4.5 Schulung statt Glauben

2.5 Einbindung der Datenverarbeitung als zentrale Dienstleistung für alle statt als geheimes Führungs- und Machtinstrument der Geschäftsleitung

2.5.1 Transparenz der Dienstleistung und Funktionen statt Kompetenzwirrwarr

.1 Betrieb für Krankenversorgung

.2 Betrieb für Forschung und Lehre

.3 Medizinische Dokumentation

.4 Entwicklung und Forschung

2.5.2 Besetzung mit Erfahrenen in Dauerposition

2.5.3 Formalisierte Planung und Verantwortung (Prinzipien der DVmed)

2.6 Dank an DKD für Erfahrungen als Summe eingesehener Fehler

3. Gefahren und Thesen für die DKD allgemein aus meiner Sicht

3.1 Meine Legitimation für kritische Bemerkungen: Engagement und Sicht von Außen

3.2 DKD: Experiment oder Modell ärztlicher Versorgung?

3.3 Assimilation oder Profilierung im Gesundheitswesen?

3.4 Nivellierung durch Gruppe oder Förderung von Einzelleistungen durch Team?

3.5 Forschung in oder an der DKD?

1. Eingrenzung (Art, Themen, Umfang)

Nur widerstrebend habe ich mich auf Drängen von Herrn Wollenweber bereit erklärt, doch einiges zum Abschied zu sagen. Widerstrebend, denn:
in mehr als sieben Jahren sammelte sich sehr viel Diskussionsstoff - was soll man wählen? - und gilt nicht ganz speziell: Si tacuisses...?

Die lächelnd feine Art, Ge"knick"tes "knick"send zu präsentieren, fehlt mir; Tränen der Rührung vergieße ich bei Rühmann. Aber ich fürchte, wenn ich jetzt versuche, Sentiment zu säen, daß ich Emotion ernte. Außerdem:
Eine Rückblende widerspricht meinem Temperament und meine Gedanken sind entsprechend dem Eid, den ich geschworen, bei den Aufgaben vor mir. Deswegen also wähle ich Zukunftsüberlegungen zum Gegenstand:
- Erstens Zukunftsüberlegungen zur EDV und
- zweitens einige allgemeine zur DKD.

Ich bringe Titel und Thesen ohne Temperament, sine ira et studio, aber auch ohne detaillierte Ableitung. Dazu reichen weder die Zeit der Vorbereitung noch die Zeit hier. Natürlich bin ich gerne zur Begründung einzelner Thesen in der Diskussion bereit. Zeit dafür bleibt, denn ich werde nach 20 Minuten enden.

2. Zunächst einige Thesen zur Datenverarbeitung dargestellt am Konzept für das Uni-Klinikum Frankfurt

2.1 Praemisse: SOLL(Frankfurt) - IST (DKD) = Erfahrungszuwachs, mitteilenswert

Dabei gehe ich von folgenden Praemissen aus:

- Die Wahl des Themas versteht sich von selbst
- Die EDV an der DKD ist uns allen bekannt
- Die Differenz aus SOLL im Frankfurter Universitätsklinikum und IST in der DKD ist mitteilenswert.

Zwar handelt es sich um sogenannten "state of the art", aber trotzdem dürfte manches wohl allen neu sein. Zwar ist Frankfurt nicht Wiesbaden, aber die Informatik-Probleme sind vergleichbar.

2.2 Funktionsspezifische Dezentralisierung statt zentralem Rechenzentrum

Auf diesem Bild sehen Sie links Benutzersysteme, funktionsspezifische Subsysteme in den entsprechenden Abteilungen. Die Liste ist unvollständig aber beispielhaft.

In der Mitte sehen Sie drei verschiedene Computer meiner Abteilung Dokumentation und Datenverarbeitung.

Das BKS-System für die Basis-Kommunikation und Datenhaltung: Ein Philips-Minicomputer mit großer Plattenkapazität und einem speziellen Betriebssystem ist vorgesehen.

Das praktisch identische EFS-System dient normalerweise für Programmentwicklung und Forschung. Wenn das BKS gewartet werden muß oder ausfällt, kann es die Routine sicherstellen. Beide Rechner sind typische Minirechner.

Das dritte oberste System ist kein Computer sondern ein intelligentes Terminal. Es erlaubt die sinnvolle Benutzung des Hochschulrechenzentrums durch Doktoranden oder für Forschungszwecke. Das Kommunikationssystem kann sowohl über dieses Terminal als auch direkt mit den Hochschul-Großrechnern kommunizieren. Die Hochschulrechner dienen ausschließlich Forschungszwecken und außergewöhnlichen Mengenarbeiten, nicht dem Routinebetrieb.

Die Routinebuchhaltung wird nota bene von einem eigenen System unterstützt, einem Schreibtisch mit eingebautem Minirechner und zwei Plattenlaufwerken.

2.2.1 Multi-Mini statt Jumbo

Dezentrale Systeme, eines für jede Funktion statt eines zentralen Systems für alle Funktionen, Multi-Mini statt Jumbo.

2.2.2 Leistungssteigerung nach Bedarf statt Engpaß oder Leistungsreserve

Ein Einzel-System muß entweder groß dimensioniert sein oder es stellt bei wachsenden Aufgaben rasch einen Engpaß dar. Anders hier: Die Datenverarbeitungskapazität kann zwanglos mit den Aufgaben wachsen.

2.2.3 Entflechtung statt Komplexlösung

Dieser Lösung muß eine Entflechtung der Funktionen vorausgehen. Die allesumfassende Komplexlösung "KIS" wird durch überschaubare Einzelsysteme mit exakt definierten Kommunikationsschnittstellen ersetzt. Zum Beispiel DUSP und DUTAP laufen auf einem eigenen Kleinrechner. Das ist ein Ergebnis unseres Forschungsprojektes. Bei den niedergelassenen Kollegen in Mainz hat es heute der Geldgeber begutachtet und für gut befunden.

2.3 Verzicht auf Systemprogrammierung statt Eingriff ins Betriebssystem

2.3.1 Sparen bei software statt bei hardware

Softwareentwicklung ist teurer als hardware. War früher das Verhältnis 1:1, ist es heute bereits 2:1. Hardware wird billiger, software teurer. Mit ASSEMBLER-Tricks Kernspeicher zu sparen, ist Nonsens. Ein komplettes Rechnersystem kostet heute weniger als 1 Mannjahr.

2.3.2 Übernehmen statt Entwickeln

Für den Routinebetrieb kaufen wir Systeme, entwickeln sie nicht selbst: Patientenaufnahme, Abrechnung, Finanzbuchhaltung, Lagerhaltung, Apotheke, Labor - nichts werden wir selbst entwickeln, wir übernehmen, wir übernehmen software.

Isolierung durch spezielle maßgeschneiderte Lösung wird immer teurer, Kooperation dagegen zahlt sich aus.

2.3.3 Neu-Entwicklung in Forschung statt Nebenroutine

Systementwicklung ist Aufgabe der Forschung. Wir haben in DIPAS und DIADEM DUSP 75 und DUTAP 76 allgemeingültig neu entwickelt. Jetzt übernehmen es andere: Gießen z.B., dafür übernehmen wir das Laborsystem. Die Forschung kann besser die neuesten Erkenntnisse berücksichtigen als Termin-gestreßte Programmierer unter Routinezwang. Sie kann Experimente wagen, alte Gleise verlassen. Sie kann nach besten Lösungen suchen und muß sich nicht um der Produktion Willen mit der

nächstbesten begnügen. Zwar billig momentan, aber teuer auf die Dauer.

2.3.4 Standardsprache statt ASSEMBLER

Programmübertragbarkeit ist hierfür Voraussetzung. Deswegen werden wir ausschließlich international standardisierte Programmiersprachen anwenden.

2.3.5 Unabhängigkeit von hardware und Betriebssystem durch software-Schichten statt Programmfilz

Soweit möglich, muß zusätzlich Maschinen- und Betriebssystemunabhängigkeit gesichert sein. Das heißt, weg von der Bindung an ein Produkt, einem Hersteller.

2.3.6 Vermeidung von Programmfehlern

Man erreicht dies alles durch sogenannte software-Schichten oder virtuelle Maschinen anstelle der gebräuchlichen uniformen Programmfilze - doch dies ist ganz gewiß weit weg von jedem Anwender, so weit weg, wie der Kampf der Fachleute um kontinuierliche und deskontinuierliche Laborautomaten oder die Aussagefähigkeit des CAE.

2.3.7 Pflegeerleichterung statt Abhängigkeit vom Autor

Aber eines leuchtet Ihnen gewiß ein, nämlich last not least das Wichtigste: Sicherung der Anpassungsbereitschaft, Durchsichtigkeit der Abläufe, Sichern der Pflegbarkeit. Weg von der Abhängigkeit vom Autor, muß endlich die Devise sein. Strukturierung, Trennung von Entwicklungs- und Test-Programmierung, schritthaltende Dokumentation mit Formblättern sind Stichworte zu diesem Problemkomplex.

Es gibt kein Gebiet, das größere Aufmerksamkeit verlangt, bei dem andererseits mehr gesündigt wird. Es ist untragbar, daß Siemens die Wartung des Datenübertragungssystems der DKD ablehnt, weil undokumentiert daran gebastelt wurde. Wenn nichts passiert, ist das Glück, nicht Verdienst. Sicherheit wäre besser. Stars müssen gezähmt werden. Das ist schwierig. Mir hätte der Versuch hier fast das Genick gebrochen. Das Problem ist - immer noch - nicht gelöst. Aber es muß von starker, kundiger Hand gelöst werden. Es muß, soll die EDV nicht sabotageanfälliger Krisenherd bleiben.

Lachen Sie nicht: ich habe Sabotage erlebt - an Computern meine ich, mutwillige Beschädigung. Auch ich mußte erst lernen, mich durchzusetzen, Gefahren an ungewöhnlichen Stellen zu sehen und Widerstände besser zu berücksichtigen.

2.4 Fachleute statt Programmierspezialisten

Damit bin ich bei einem heiklen Thema: der Fachkunde.

2.4.1 Trennung Informatik, Engineering, Biomathematik

Man trennt heute meist in Biomathematik, Bio-Engineering und Computer Science oder Informatik. Mathematik, Ingenieurwissenschaften und Informatik respektive sollten der Nährboden, medizinische Ausbildung als Grund oder Zusatzqualifikation vorhanden sein. Die Zusatzbezeichnung "Medizinische Informatik" gibt es heute offiziell. Sie setzt langjähriges Zusatzstudium an einschlägigen Institutionen voraus. "Nebenbei" wird man allenfalls zum Programmierer und bleibt vom Spezialisten abhängig. Man kann nicht qualifiziert führen, nicht hinter die Programme schauen. Bei der Leitung der EDV-Abteilung jedoch ist dies nicht weniger nötig als für die Leitung des Labors das Verfahrenswissen.

2.4.2 "Programmierung" durch Sachbearbeiter (Anwendungswissen wichtiger als Programmierkenntnis)

Programmieren lernt heute der Sachbearbeiter, die MTA, der Arzt, wenn die Systeme geeignet sind.
Sie kennen die Probleme besser als der allgemeine Programmierer. Beispielsweise Arzthelferinnen und Arzttöchter programmieren im neuen DUTAP, Herr Schröpl programmiert erfolgreich IATINT. Das ist die Zukunft.

2.4.3 Anleitung zu "privater" Datenverarbeitung als Forschungsunterstützung

Ähnlich soll in Frankfurt jeder Kollege, jeder Doktorand, sein Forschungssystem "programmieren" können. Jeder baut sich mit den vorhandenen Funktionen seinen Anwendungsbereich, wie man mit Standardmöbeln sein Zimmer einrichtet. Die DV liefert Möbel, das Leben kommt vom Anwender.

2.4.4 Gemeinsame Planung und Verantwortung statt Isolierung des Rechenzentrums

Das Möbelprogramm jedoch, die Größe der Auswahl, die Programm-Ausrichtung auf wenig Schreibtisch- aber viele Schrankvariationen oder umgekehrt - das muß gemeinsam mit den Anwendern festgelegt werden.

Der Anwender weiß, was er braucht, wählt, stellt die Möbel auf und nützt sie für seine Zwecke. Der Informatiker weiß, wie er Möbel baut. Je besser er die Module dem Nutzerbedarf anpaßt, desto größer der Erfolg. Die Grundmaße jedoch, die Basis-Struktur, muß gemeinsam gefunden und akzeptiert werden. Habe ich mich einmal für einen Schreibtisch mit 12 Höhenteilen pro Seite entschieden, bin ich festgelegt. Dieses System verträgt sich nicht mit einem, das 13 Teilungen kennt. Entscheidungen solcher Tragweite müssen gemeinsam gefällt werden.

2.4.5 Schulung statt Glauben

Wie können Sie nun mitentscheiden? Sie verstehen ja nichts

davon? Dazu gibt es doch die Spezialisten wehren Sie ab, laß die doch entscheiden!

Gegenfrage:

Würden Sie den Laborchef, den Pathologen, den Anästhesisten bei Grundsatzfragen, die Sie alle angehen, allein entscheiden lassen? Hoffentlich nicht! Nur: dabei trauen Sie sich ein Urteil zu. Das müssen Sie bei der EDV eben auch lernen. Es mag schwer fallen, aber Sie kommen nicht umhin.
Vertrauen ist gut, Kontrolle besser. Sie sollten sich das nicht nehmen lassen. Ihre Schulung muß Priorität bekommen. Natürlich genügt es am Anfang, einige zu delegieren. Aber dies wenigstens ist unabdingbar, soll die EDV-Sitzung nicht Pflichtübung bleiben. Ohne Fleiß kein Preis. Ohne Ihre qualifizierte Mitbestimmung keine gesicherte EDV.
Wer den DV-Baum veredeln will, muß das okulieren lernen. Richtige Kultur und Schädlingsbekämpfung stehen vor der Ernte von Früchten. Wer die DV benutzen will, muß sie erst beurteilen lernen. Deswegen wird in Frankfurt die Kollegen-Schulung an bewährten Systemen vor jeder anderen Aktivität rangieren; ganz gewiß vor der Entwicklung neuartiger Anwendungen.

2.5 Einbindung der Datenverarbeitung als zentrale Dienstleistung für alle statt als geheimes Führungs- und Machtinstrument der Geschäftsleitung

2.5.1 Transparenz der Dienstleistung und Produktion statt Kompetenzwirrwarr

Einbindung der Datenverarbeitung als zentrale Dienstleistung für alle statt als geheimes Führungs- und Machtinstrument der Geschäftsleitung kann unter solchen Voraussetzungen zur Selbstverständlichkeit werden. "Die da"-Kritik ist Zeichen mangelnder Mitbestimmung. Das Dienstleistungsangebot sollte überschaubar sein und verstanden werden. Mit diesem Ziel gliedern wir in Frankfurt so:

.1 Betrieb für die Krankenversorgung, geleitet von einem altgedientem Praktiker. Er ist zugleich Schulungschef und hat sonst keine Aufgabe. Er hat Techniker und Testprogrammierer zur Seite. Er prüft ein System, bevor er es einführt. Wenn er es aber abgenommen hat, und es knirscht trotzdem, muß es an der Schulung liegen, seiner Schulung. Auch das ist seine Sache. Ab Freigabe des Systems bis zur Ablösung ist er und nur er zuständig. Ins Rechenzentrum kommt nota bene keiner, niemand, nur der Techniker. Operatoren gibt es nicht.

.2 Betrieb für Forschung und Lehre dagegen ist ein offener Bereich. In ihm tummeln sich die begeisterten Adepten bis tief in die Nacht. Hier kann jeder mal ran, wenn er will - ans Terminal nämlich, von wo aus er nichts zerstören kann. Dabei ist jeder selbst seines Glückes Schmied.

Forscherdrang sind keine Grenzen gesetzt. Standardsprachen, etwa wie IATINT, ergänzen die Palette. Zu diesem Bereich gibt es unter Umständen auch Nachts Zugriff.

.3 Der Bereich Medizinische Dokumentation und Datenbank wird geleitet von einem Arzt. Hier ist die Kompetenz für alle Archivfragen bis hin zum Datenschutz konzentriert.

.4 Entwicklung und Forschung - geleitet von einem Informatiker. Hier werden Anwendersysteme erdacht, getestet, modifiziert und schließlich angeboten. Hier werden Änderungswünsche entgegengenommen und Anforderungen analysiert. Hier werden Aufwandschätzungen und technische Voraussetzungen erarbeitet.

2.5.2 Besetzung mit Erfahrenen in Dauerposition

Die Führungskräfte dieser Bereiche müssen in der Wolle gefärbte Fachleute sein, nicht Dilettanten. Auch sind es, womöglich, Dauerpositionen, nicht Duchgangsposten. Zum Beispiel der Betriebsleiter ist Oberregierungsrat (A 14), nicht Wissenschaftlicher Assistent, der Entwicklungschef Dozent. Er kann sich mit seinen Entwicklungen profilieren. Aber der Betriebschef braucht's nicht zu nehmen. Er kann auch extern einkaufen. Naja, und dann gibt es noch Leitung und Geschäftsführung.

2.5.3 Formalisierte Planung und Verantwortung (Prinzipien der DVmed)

Regelmäßige Schulungsabende, Seminare und Sitzungen dienen der vorhin geforderten Mitbestimmung von Anwendern und Geschäftsführung. Grundlage hierfür sind klare Verfahrensvorschriften mit Meilensteinen und Checklisten einerseits, institutionalisierte Kooperation andererseits. Die Grundideen hierzu lassen sich in den Dokumentations- und Verfahrensrichtlinien für medizinische DV-Projekte, DVmed, von Giere und Schuster nachlesen. Zu meiner Freude sind sie inzwischen Bestandteil der Förderungsrichtlinien des BMFT bzw. der GSF geworden und bewähren sich auch in meinem Forschungsprojekt bei der Stadt.

2.6 Dank an DKD für Erfahrungen als Summe eingesehener Fehler

Die DVmed sind ein Zeugnis des Bemühens, aus Fehlern zu lernen. Die Summe eingesehener Fehler ist Erfahrung. Mehr als sieben Jahre Erfahrung danke ich der DKD - danke ich Ihnen allen. Was ich vortrug, waren Skizzen zum Versuch, meine Erfahrung in Pläne umzusetzen, Fehler nicht zu wiederholen. Es war auch ein Appell an Sie, die EDV-Probleme ernst zu nehmen. EDV-Abteilungen sollten genau so ernst genommen werden, wie Atomkraftwerke. Die zweifellos hohe nutzbringend zu gewinnende Energie wird mit Stör- und Sabotageanfälligkeit, mit Kontrollproblemen erkauft. Wissen ist Macht. DV kann potenziertes Wissen liefern. Deswegen ist sie für manche so attraktiv, gefährlich und kontrollbedürftig.

3. Gefahren und Thesen für die DKD allgemein aus meiner Sicht

Nun noch, wie versprochen, einiges zur DKD, ganz allgemein. War ich bisher Sachverständiger, jetzt bin ich Teammitglied:

3.1 Meine Legitimation für kritische Bemerkungen: Engagement und Sicht von Außen

Mit Herzblut war ich der DKD verschrieben - einerseits. Als - de facto - Außenstehender konnte ich manches sehen, unbeteiligt - andererseits. Engagement und kritische Durchleuchtung, Insider und Brille des Externen - subjektiv beides. Wäre es nicht Ihr Wunsch, Herr Wollenweber, ich sagte nichts weiter. Aber Versprechen muß man halten. Und so wage ich einige höchst persönliche Anmerkungen. Keine Angst, ich mache es ganz kurz: Ich will versuchen, den Bereich meiner Sorge um die Zukunft der DKD mit Antithesen einzugrenzen.

3.2 DKD: Experiment oder Modell ärztlicher Versorgung?

Erstens die DKD: (in ihrem Verhältnis zur ärztlichen Versorgung) - ist sie ein Experiment, d.h. nach klarem Versuchsplan gesteuert, an Null-Hypothesen im Rahmen der herkömmlichen Systeme mit vorgegebenen Maßen gemessen, im Ergebnis zur Beendigung - zum Scheitern verurteilt, oder zur Nachahmung empfohlen?

Oder ist sie ein Modell, eine kooperative besondere Zielsetzung, eine neue Dimension mit Eigengesetzlichkeit, etwas, bei dem die Maßbänder von KV und Krankenhausträgern prinzipiell versagen?--- Experiment oder Modell - externe Maße oder Eigengesetzlichkeit? Sie müssen sich entscheiden.

3.3 Assimilation oder Profilierung im Gesundheitswesen?

Zweitens, anders gefragt: Die DKD: muß sie sich assimilieren - an was? Ist sie ein Ärztehaus? Eine besonders teure Gemeinschaftspraxis? Oder vielleicht eine Klinik mit extrem reduzierten Betten?

Oder nicht assimilieren, sondern profilieren. Sollte die DKD Stellung beziehen? Dezidierte Meinungen publizieren? Medizinische Qualität über Tagespolitik und kleinliche Pfennigsfuchserei stellen? Gibt es eigentlich keine DKD-Meinung zur Kostenexplosion, zur Vorsorge, zur Notwendigkeit der Herztransplantation?

Assimilieren oder profilieren - Sie müssen sich dazu stellen.

3.4 Nivellierung durch Gruppe oder Förderung von Einzelleistungen durch Team

Drittens: DKD: Sicher, keinem einzelnen fehlt der Mut für sich genommen. Aber die Gruppe ... Hat sie die Tendenz, jede überdurchschnittliche Aktivität zu dämpfen? Hat sie Angst, daß sich einer hervortut? Paßt sich die DKD dem Durchschnitt an, den Braven, den Bequemen, Leisen, Unauffälligen? Geräuschlos und in Frieden, unauffällig und angepaßt? Natürlich: So war es nötig zum Luftholen nach der Krise. Gruppendisziplin hat sich ja schließlich bewährt - aber wenn Sie mich fragen: Team ist mehr: Unter Team verstanden wir Förderung der Einzelleistung, Vergrösserung des Spielraums, Ermutigung zum Außergewöhnlichen. Nach der Krise die Erschlaffung, aber nun? Muß man nicht Flagge zeigen? Darf man externe Kritik scheuen? Nivellierung durch die Gruppe oder Förderung von Einzelleistungen durch's Team. Die Tagesprobleme lassen sich nicht durch Ausklammern lösen, sondern verlangen entschiedene Stellungnahme. Andere wagen sie, warum nicht auch die DKD.

3.5 Forschung in oder an der DKD

Und ein letztes: Ermutigung zur Forschung.

Die DKD ist ein ergiebiges Objekt für Forschung.

Ergiebiger als andere, weil Kontinuität gewahrt ist.

Nicht in aber an der DKD kann man Forschung treiben.

An der DKD: Frei von außermedizinischen Gesichtspunkten organisiert, von kritischen, kostenbewußten, unvoreingenommenen, unbeeinflußbaren Ärzten getragen, ein Betrieb, an dem sich die Probleme der Diagnostik wie in einer Kristallkugel studieren lassen - welches Objekt! Was kostet die Wahl der Kopfschmerztherapie? Wieviel Untersuchungsschritte sind nötig zum Ausschluß von Diabetes mellitus oder einer PCP? Welche Tests lassen sich wann nicht vermeiden? Wieviel Nonsens könnte man sich sparen! Wir alle wissen es. Aber, wenn wir uns anpassen an die GOÄ, statt sie an uns zu messen, müssen auch wir für's Überleben statt am Vorbild am EEG beim Kopfschmerzpatienten, an der Laborflöte beim Schnupfen verdienen - wie alle.

Wüßten - das ist meine Überzeugung - die richtigen Leute, was sich hier ernten ließe an Maßstäben, sie würden gerne das bißchen Defizit zahlen. Wieviel mehr geben sie doch für sinnlose Studien aus! Natürlich arbeitet ein Patientenoptimaler Betrieb nicht KV-optimal. Was Wunder! Aber wie will man denn das System weiter entwickeln, ohne Alternativen studiert zu haben? Wie will man die GOÄ adaptieren, wenn nicht durch Beobachtung eines GOÄ-rücksichts-freien Systems? Ich wünsche, liebe Kolleginnen und Kollegen, der DKD, Ihnen allen den Mut zur Rücksichtslosigkeit und Eigengesetzlichkeit aus Qualitätsbewußtsein.