

Nützlichkeitspostulat und der Instrumentalismus der Verhaltenstherapie).

Klarheit bestand darüber, daß die aufgeführten Basiskompetenzen differentielle Bedingungen der Aneignung voraussetzen. Im Vergleich zu traditionellen Studiengangkonzeptionen bietet das projektorientierte Studium hier zweifellos günstigere Chancen. Als Beispiel wurde die Einbeziehung von Studenten in die Arbeit der Familienfürsorge genannt, wie dies am Psychologischen Institut der Freien Universität Berlin versucht wird.

Verzeichnis der Abkürzungen

AOK:	Allgemeine Ortskrankenkassen
BDP:	Bund Deutscher Psychologen
BSHG:	Bundessozialhilfegesetz
BVG:	Bundesverfassungsgericht
DGSP:	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DGVT:	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
GwG:	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie
ÖTV:	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
RVO:	Reichsversicherungsordnung

Schwerpunkt III: Struktur der gesundheitlichen Versorgung und ihre Alternativen

Arbeitsgruppe III A: Probleme der kurativen Medizin

Johannes Siegrist: Zur Kritik patientenbezogenen Handelns im Krankenhaus

Meine einleitenden Bemerkungen zum Arbeitsthema dieser Gruppe möchte ich in Form von acht Thesen vortragen, die ich jeweils anhand empirischer Befunde erläutere. Diese empirischen Befunde müssen selektiv bleiben, zum einen infolge der hier gegebenen Zeitbegrenzung, zum andern infolge real existierender Forschungslücken. Ich erlaube mir, vorrangig auf Ergebnisse aus der Bundesrepublik Deutschland einzugehen, und hier wiederum auf Arbeitsergebnisse, die unsere Arbeitsgruppe am Medizinsoziologischen Institut in Marburg in den letzten 5 Jahren erarbeitet hat. Unsere Arbeit stand von Anfang an nicht nur unter theoretischen, sondern auch unter gesundheitspolitischen Motiven. Das macht ihre Einseitigkeit, aber auch ihre Aktualität aus.

These 1:

Krankenhauspatienten werden in der Regel in einem Maße eingengt und schematisch behandelt, das funktional für die Institution ist, das aber einer Mißachtung personaler Bedürfnisse gleichkommt.

Die institutionellen Einengungen oder "Vereinnahmungen" des Patienten lassen sich auf zwei Klassen von Ereignissen zurückführen: Zum einen auf organisatorische Maßnahmen, welche den Verhaltensspielraum der Patienten einschränken, zum andern auf bestimmte, im normalen Alltagsleben unübliche soziale Verhaltensweisen von seiten des Personals.

Zu den organisatorischen Maßnahmen rechnen wir den abrupten Rollenwechsel, den kollektiven Tagesablauf, die ständige Präsenz sowie die Kontaktbegrenzung. Unter den sozialen Normen und Kontaktmustern, welche, wie aus dem Verhalten des Personals zu schließen ist, der Patientenrolle zukommen, sind besonders die Informationsbegrenzung, die Unpersönlichkeit der Beziehungsform, sowie das hohe, gering geregelte Sanktionspotential zu nennen.

Abrupter Rollenwechsel: Die Aufnahme ins Krankenhaus markiert recht deutlich den Bruch mit der Alltagswelt des Patienten. Der Kranke erfährt durch Zuweisung eines für ihn vorbestimmten Ortes sowie durch umfangreiche Reglementierungen des Verhaltens die Übermacht einer Institution über seinen individuellen und sozialen Bewegungsspielraum. Die Aufgabe des Krankenhauses, auf alle möglichen Arten von Aufnahmesituationen vorbereitet zu sein, erschwert von vorn herein eine differenziert-individuelle Integration.

Kollektiver Tagesablauf: Personelle, räumliche und arbeitsorganisatorische Zwänge schließen eine Orientierung des Tagesablaufes an den Bedürfnissen des Patienten von vornherein weitgehend aus. Man denke etwa an die frühen Weckzeiten, die mit der Organisation des Waschdienstes verbunden sind. Ein weiteres Beispiel sind Routinemessungen zu Tageszeiten, in denen der Patient ungestörte Ruhephasen erwartet.

Ständige Präsenz: Dieser Aspekt der Patientenrolle bezieht sich zunächst auf die permanente Verfügbarkeit der Kranken. Dies impliziert eine ständige Bereitschaft, sich den Arbeits- und Zeitplanungen unterzuordnen, sowie häufige Transporte und extensive Wartezeiten zu erdulden. Ein solches Maß an Verfügbarkeit bedeutet darüber hinaus, daß Möglichkeiten der Privatisierung, des Rückzugs in die Intimsphäre nur sehr begrenzt vorhanden sind.

Kontaktbegrenzung: Sie wird einerseits durch den Liegezwang nahegelegt. Als eine Reihe von Gründen erweist sich die blockierte Mobilität des Patienten als nützlich für den Betrieb, selbst dort, wo sie antitherapeutische Effekte besitzt: Reduzierung der Störbarkeit des Arbeitsablaufes, ständige Erreichbarkeit, Verhinderung unerwünschter Kontakte. Andererseits wird die Begrenzung der Kon-

taktmöglichkeiten innerhalb, besonders aber auch außerhalb des Betriebes durch die Reglementierung von Besuchszeiten, die Begrenzung von Kommunikationsmedien praktiziert.

Informationsbegrenzung: Die mangelnde Orientierungsmöglichkeit von Patienten über ihre Behandlung, über Krankheitsursache, über Verlauf und Prognose, über betriebliche Regelungen, eigene Rechte und Beschwerdeinstanzen usf. sind nur zum geringen Teil unvermeidlich; hier handelt es sich in der Regel um geplante Informationsrestriktionen von seiten der Organisation. Über ihre Motive und ihre Folgen werden wir weiter unten ausführlicher sprechen.

Unpersönlichkeit der Beziehungsformen: Krankenhausarbeit ist prinzipiell durch das Dilemma zwischen Arbeitsroutine und individueller Zuwendung gekennzeichnet. Diese spitzt sich im Akutkrankenhaus unter den Bedingungen des Zeitdrucks, der personellen Unterbesetzung, der Arbeitsüberlastung, der hohen Fluktuation und der Schichtdienstregelung weiterhin zu.

Hohes, unreguliertes Sanktionspotential: Die große Abhängigkeit des Patienten von Leistungen anderer erhöht gleichzeitig deren Einflußmöglichkeiten. Zur Sicherung der Verhaltenskonformität von Patienten können, teilweise in medizinische Maßnahmen gekeidet, vielfältige Sanktionen angedroht werden. Die meisten Sanktionsandrohungen spielen sich auf der informellen Ebene ab, sind also wenig geregelt. Begünstigt wird dies durch die Situation sozialer Isolierung der Patienten und deren durch Informationsrestriktion bedingte Orientierungsunsicherheit.

These 2:

Daß Patienten diese faktische Bedürfnismißachtung artikulieren, ist sehr unwahrscheinlich, da ihre starke Abhängigkeit nicht nur reale Sanktionsangst und Anpassungsdruck erzeugt, sondern da Patienten bereits mit einer erstaunlich hohen antizipatorischen Anpassungsbereitschaft ins Krankenhaus kommen.

Aus mindestens den folgenden Gründen sind zwischen Patienten und dem Krankenhauspersonal asymmetrische Beziehungen zu erwarten:

1. Patienten kommen in der Regel als Laien in eine professionelle Organisation, ihr Wissensdefizit und ihre weitgehende Inkompetenz schmälern ihre Initiativchancen.
2. In Situationen des Hilfesuchens, der physischen Behinderung, des Schmerz- und Angsterlebens ist die "Verhandlungsmacht" prinzipiell eingeschränkt, die Bereitschaft, unliebsame Zwänge zu akzeptieren wesentlich erhöht. Dies gilt besonders in einem Bereich, der in der gesellschaftlichen Werstruktur einen so zentralen Platz innehat, wie die Wiederherstellung von Gesundheit.
3. Unterschiedliche Rollen in der Organisation definieren ein

Abhängigkeitsgefälle zwischen den Mitgliedern der Institution einerseits, die im Zweifelsfall mit Sanktionsmacht ausgestattet sind, und denen, die diese Institution in Anspruch nehmen. Dieses Abhängigkeitsgefälle wird noch verstärkt durch die bereits genannte mangelnde Kontrolle über Ressourcen, insbesondere die begrenzte Orientierungssicherheit, ebenso durch das Dilemma unterschiedlicher Involvierung in gemeinsamen Situationen.

Nach unseren Untersuchungen an 235 Akutkrankenhauspatienten, die wir 1973 in Süddeutschland in Kreiskrankenhäusern befragt haben, gelangen wir zu folgendem Ergebnis: Patienten sind durchschnittlich extrem bereitwillig, auch ungünstige räumliche, soziale, medizinische Bedingungen des Krankenhausaufenthaltes stillschweigend zu akzeptieren. So empfinden nur 30% die frühen Weckzeiten als störend, nur 28% bemängeln, daß man in Anwesenheit Dritter über persönliche Dinge sprechen soll und nur 34% einer Teilgruppe geben lange Wartezeiten als Kritikpunkt an. Erst jeder 10. Patient hat sich während des Krankenhausaufenthaltes schon einmal beschwert. Weitere 20% räumen ein, daß es durchaus Anlässe zu Beschwerden gäbe, daß die aber bisher noch nicht aktiv geworden seien. Viele Patienten sind offenbar aus Angst vor mehr oder weniger spezifischen Sanktionen des Personals bereit, Störungen herunterzuspielen, sich zurückzuhalten und nicht durch Beschwerden aufzufallen.

Wie kann diese auffällige Diskrepanz zwischen den erfahrenen Zumutungen, Störungen, Beschneidungen oder Vereinnahmungen durch die Institution einerseits und der relativen Kritiklosigkeit der urteilenden Patienten andererseits erklärt werden?

Der ins Krankenhaus eingewiesene Patient bringt typischerweise Vorerfahrungen und Erwartungen, ein typisches Bild der Patientensituation mit, das sein Verhalten, insbesondere zu Beginn, wesentlich bestimmt. Eine hochwirksame Mischung aus antizipatorischer Anpassungsleistung, institutionellem Anpassungsdruck, sowie realer Sanktionsangst, scheint somit verantwortlich zu sein für die erstaunliche "Gutmütigkeit" der Patienten angesichts der geschilderten Zustände. Diskrepanzen zwischen objektiver Lage und deren subjektiven Aneignungen, zwischen institutionalisierten Zumutungen und korrespondierender Betroffenheit sind somit als Beleg einer weitgehend verinnerlichten Anpassungshaltung zu werten, eine Anpassungshaltung, welche korrigierende oder konkurrierende Initiativen und Bedürfnisartikulationen der Patienten gegenüber der Definitionsmacht der Organisation und ihrer Mitglieder nur in bescheidenem Umfang zur Entfaltung kommen läßt.

These 3:

Diese faktische Bedürfnismißachtung zeigt sich am deutlichsten

und vielleicht am folgenreichsten im Bereich orientierender und anleitender Information durch Kommunikation: Krankenhauspatienten haben hohe, spezifische Informationsbedürfnisse. Sie weisen zugleich hohe faktische Informationsdefizite über Diagnose, Therapie und Prognose ihrer Erkrankung auf.

Kein Aspekt des Krankenhausaufenthaltes wird so häufig beklagt und so kritisch beurteilt, wie derjenige der mangelnden medizinischen Orientierung und Aufklärung der Patienten. Eine durchweg bestehende Diskrepanz zwischen Informationsbedürfnissen und faktischer Informiertheit von Patienten kann als gesicherter empirischer Tatbestand der Forschung in verschiedenen medizinischen Versorgungssystemen der Gegenwart, in Ost und West, betrachtet werden. In der BRD haben kontrollierte Befragungen an mehreren hundert Patienten gezeigt, daß zwischen 75 und 92% der Befragten ein starkes spezifisches Informationsbedürfnis angeben. Dies gilt nicht nur für Leichtkranke, sondern in erstaunlich hohem Maß auch für schwer- und prognostisch ungünstig Erkrankte. Hier liegt der Prozentsatz, je nach Studie, zwischen 66 und 89%. Man mag diese letzteren Angaben bezweifeln. Weniger anzuzweifeln sind jedoch die Bedrängungsmuster, die von Schwerkranken mitgeliefert werden: "Ich möchte" es wissen, damit ich mich danach richten kann." "Wenn ich alles weiß, ist es besser, weil es ruhiger macht." "Wenn ich im Unklaren bin, habe ich Angst, ich weiß nicht wieso, aber das ist so." "Ich möchte's schon wissen, damit ich das mit meinem Pachthof regeln kann, wenn es mit mir nicht mehr wird."

In einem merkwürdigen Kontrast zu dem so artikulierten Informationsbedürfnis steht die faktische Informiertheit. Nur knapp jeder zweite der von uns befragten 235 Patienten hat über seine Diagnose ein einigermaßen klares Wissen, und über die therapeutischen Maßnahmen weiß nur gut jeder dritte Bescheid. Das Wissen über Diagnose, aber auch über Therapie und Aufenthaltsdauer ist um so besser, je leichter der Patient erkrankt ist, je günstiger die Prognose seiner Erkrankung ist. Das heißt also: Eine zahlenmäßig bedeutsame Gruppe schwer- und/oder prognostisch ungünstig erkrankter Patienten besitzt trotz starker Betroffenheit und Unsicherheit geringe Chancen, medizinisch informiert zu werden.

These 4:

Informationsdefizite beziehen sich nicht nur auf die aktuelle Situation und auf den Hintergrund der Krankheit, sondern auch auf die poststationäre Phase. Ihre Folgen können sein: gestörte subjektive Befindlichkeit, postoperative Komplikationen, mangelnde Befolgung ärztlicher Verordnungen, psychosoziale Belastungen infolge ungenügender Rehabilitation, verbunden mit erhöhter Rezidivgefahr.

Während des Aufenthalts in Akutkrankenhäusern werden bei Stationsarztvisiten Themen wie "Der weitere Verlauf der Krankheit nach dem Krankenhausaufenthalt sowie berufliche und familiäre Aspekte der Rehabilitation" nur äußerst selten angeschnitten. Mehr als die Hälfte der von uns untersuchten Patienten sagten, diese Themen seien mit dem Arzt bisher noch nicht besprochen worden, obwohl sie ein solches Gespräch möchten. Untersucht man inhaltsanalytisch die Kommunikation, die während der Visiten vom Arzt zum Patienten erfolgt, so können nur 13,5% aller ärztlichen Initiativen dem Bereich "poststationäre Probleme" zugeordnet werden.

In einer Längsschnittstudie vom Beginn bis zum Ende der Hospitalisierung an 67 Patienten hat H.-H. Raspe aus unsere Arbeitsgruppe ermittelt, daß am Ende ihres Aufenthaltes 48% der Befragten angaben: über den möglichen weiteren Verlauf der Krankheit wurde nicht gesprochen. Insgesamt hatten knapp die Hälfte der untersuchten Patienten am Schluß ihres Krankenhausaufenthaltes noch ein hohes Informationsbedürfnis. Die Gruppe mit dem hohen Informationsbedürfnis zeigte auch eine signifikant schlechtere subjektive Befindlichkeit gegenüber derjenigen Gruppe, die sich gut informiert fühlte. Mit diesen Befunden können wir zwar nicht belegen, daß Krankenhausärzte ihre Patienten vor Entlassung tatsächlich zu wenig über die Probleme der Nachsorge informieren, wohl aber, daß Patienten sich mangelhaft informiert fühlen und daß dieser Zustand mit einer Befindlichkeitsbeeinträchtigung kovariert.

Es gibt nun insbesondere im Bereich der Erforschung sogenannter Medikamentencompliance Ergebnisse, welche die ungünstigen Effekte von Aufklärungs- Beratungs- und Anweisungsdefiziten auf die Befolungsraten belegen. In die gleiche Richtung weisen Studien, welche den Zusammenhang zwischen Informationsdefiziten und Rehabilitationsschwierigkeiten inclusive erhöhter Rezidivgefahr bei bestimmten Krankheitsbildern untersucht haben.

Erst wenn Ergebnisse dieser Art vorliegen, schließt sich der Kreis einer unbequemen Argumentation: die schrofte Trennung von ambulante und stationärem Sektor medizinischer Versorgung und der damit verbundene Mangel integrativer, koordinierender Leistungen führt zu Informations- und Verhaltensdefiziten bei Patientengruppen, deren Effekt im medizinischen Sinn kontraproduktiv ist.

These 5:

Eingeengte und schematische Behandlung von Krankenhauspatienten ist eine Folge struktureller Mängel und professioneller Ausbildungsdefizite.

Unter strukturellen Mängeln sind sowohl Personalknappheit infolge reduzierter Stellenpläne und infolge verstärkter Rationalisierungsmaßnahmen zu verstehen, als auch eine unzureichende

technische und räumliche Ausstattung der Arbeitsbereiche. Wir konnten in arbeitssoziologischen Untersuchungen zeigen, daß Qualität und Quantität der Zuwendung zum Patienten stark von diesen strukturellen Gegebenheiten der Arbeitsorganisation abhängt. Aus Zeitgründen kann ich diesen Punkt hiernicht ausführlicher darstellen.

Professionelle Ausbildungsdefizite: Darunter ist zu verstehen eine einseitig naturwissenschaftlich-kurative Ausbildung, eine Ausblendung kognitiver, emotionaler und praktischer Kenntnisse, die sich auf die Lebenssituation und Interaktionsrealität von Patienten beziehen.

Die Bereitschaft, Patienten gemäß ihren Bedürfnissen zu informieren und ihnen auch psychotherapeutisch beizustehen, war in den von uns untersuchten Krankenhäusern bei denjenigen Ärzten wesentlich stärker ausgebildet, die psychosomatische Orientierungen oder sogar Ausbildungsprogramme sich angeeignet hatten, als bei den herkömmlich ausgebildeten Krankenhausärzten.

These 6:

Professionelle Ausbildungsdefizite im kommunikativen Bereich manifestieren sich zwischen Arzt und Patient in der Anwendung sogenannter Reduktionsstrategien, deren Funktion die Abwehr eigener Unsicherheit und Hilflosigkeit ist, sowie in einer völligen Ignorierung der therapeutischen Funktion von Sprache.

Reduktionsstrategien im Bereich interaktiver Leistungen werden von Ärzten, darüber hinaus von Pflegern und Schwestern, dort eingesetzt, wo die eingeschliffenen, routinisierten Verhaltensweisen z.B. angesichts problematischer Situationen nicht mehr angemessen sind. Solche potentiellen Belastungssituationen, die zu Hilflosigkeit und Unsicherheit führen, werden mittels dieser Strategien ausgeblendet bzw. reduziert.

Am Beispiel der Initiative "Bitte um Information" von seiten schwerkranker und prognostisch infauster Patienten haben wir 4 Typen reaktiver Reduktionsstrategien bei Ärzten unterschieden, die wir asymmetrische Verbalhandlungen nennen:

1. Nichtbeachten, Überhören der Initiative durch den Arzt.
2. Themenwechsel oder Adressatenwechsel (z.B. Zweitarzt oder Schwester wird vom Arzt angesprochen, anstatt daß dieser dem Patienten eine Antwort gibt)
3. Beziehungskommentar (anstelle des Eingehens auf den Inhalt der Bitte um Information wird der Beziehungsaspekt der Initiative thematisiert)
4. Mitteilung funktionaler Unsicherheit durch den Arzt.

Wir fanden, daß Ärzte, die eine traditionelle, d.h. ausschließlich naturwissenschaftliche Ausbildung durchlaufen hatten und in Kreiskrankenhäusern arbeiteten, in 92% der Fälle in solchen Situationen

mit asymmetrischen Verbalhandlungen regierten, während psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierte oder ausgebildete Internisten einer Modellstation nur noch in 55% aller Initiativen mit solchen Reduktionsstrategien umgingen.

These 7:

Diese professionellen Ausbildungsdefizite erschweren nicht nur den Abbau autoritativer Muster in der Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus. Sie verstärken darüber hinaus den ohnehin wachsenden Problemdruck, dem die Medizin heute durch die Zunahme umgebungsbedingter und verhaltensgebundener Erkrankungsrisiken ausgesetzt ist.

Eine vermehrte Berücksichtigung der lebensgeschichtlichen Situation des Patienten ergibt sich insbesondere durch die Schlüsselrolle, welche spezifische psychosoziale Risikozustände bei der Entwicklung chronisch degenerativer Erkrankungen spielen. Wenn auch hier viele Zusammenhänge wissenschaftlich noch nicht mit der wünschenswerten Eindeutigkeit abgesichert sind, so kann man doch sagen, daß die an Häufigkeit stark zunehmenden Todesursachen sämtlich durch Umweltfaktoren und Verhaltensformen bedingt sind, die mit dem gesellschaftlichen Entwicklungsstand zusammenhängen. Will die Medizin in diesem Bereich präventiv, diagnostisch, therapeutisch und rehabilitativ tätig sein, so muß sie auch in der Situation des hospitalisierten Patienten die Krankengeschichte zu einem wichtigen Anliegen machen. Dadurch würde auch der stationären Arzt-Patient-Beziehung ein Stück Sprachlosigkeit genommen, das sich heute nur noch mit Mühe hinter dem aufpolierten Fachjargon verstecken läßt.

These 8:

Reformstrategien müssen gleichzeitig auf drei Ebenen einsetzen:

- 1. Auf der strukturellen und arbeitsorganisatorischen Ebene des stationären Bereichs der Gesundheitsversorgung.*
- 2. Auf der Ebene professioneller Ausbildung insbesondere von Ärzten und Krankenpflegepersonen.*
- 3. Auf der Ebene angemessener Interessenartikulationen der Patienten als Bürger.*

Ich will hier aufgrund der begrenzten Zeit nur noch auf den dritten Punkt kurz eingehen: Die vorgelegten Befunde und thesenartigen Zusammenfassungen haben deutlich gemacht, daß es notwendig ist, Patienten verstärkt über ihre Rechte zu informieren und ihnen die Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie diese Rechte realisieren können. Patienten müssen lernen, selber aktiver und angstfreier mit der Hospitalisierungssituation umzugehen. Ein erster Schritt in diese Richtung kann die Verwendung von Informations-, Aufklärungs- und Anleitungsschriften sein, wie sie z.B. gegenwärtig vom Marburger

Bund und anderen Ärzteverbänden verbreitet werden.

Weitergelungende Versuche, die Stellung des Patienten im Krankenhaus zu verbessern, führen zur Einrichtung eines Ombudsmannes im Krankenhaus, eines amtlichen Patientenvertreters oder zur Bildung funktionsfähiger innerorganisatorischer Beschwerdeinstanzen. Schließlich ist auch an die Errichtung externer Patientenverbände sowie an eine Stärkung der Entscheidungs- und Kontrollkompetenz von Krankenkassen zu denken.

Alle diese Neuerungen bleiben jedoch begrenzt wirksam, solange die gesellschaftliche Formung der Patientenrolle unberücksichtigt bleibt. Auch in diesem Vorfeld antizipatorischer Verinnerlichungs- und Anpassungsleistungen müssen verstärkte Lernbemühungen einsetzen. Schließlich — und damit bin ich beim Ende — ist einem System der Organisation medizinischer Dienste Nachdruck zu verleihen, das sich an der Patientenkarriere orientiert und das die schroffe Trennung zwischen ambulantem-, stationärem- und Nachsorgektor durch integrative Leistungen überwindet.

Constanze Jacobowski: Protokoll

Die wesentlichsten Kritikpunkte an unserem System kurativer Medizin lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Mit einem sehr hohen Aufwand wird wenig an Erfolg erzielt: Zunehmende Frühinvalidisierung, hohe Säuglings- und Müttersterblichkeit, ein seit Mitte der 60iger Jahre anhaltender Trend des Rückganges der Lebenserwartung für einzelne Altersgruppen sind nur einige Indikatoren hierfür.

An der Krankheit wird verdient: Die überhohen Einkommen niedergelassener Ärzte und die — auch im Vergleich zu anderen Industriebranchen — ungewöhnlich hohen Profite der Pharma- und medizinischen Geräteindustrie zeigen dies in aller Deutlichkeit.

Es findet keine ausreichende koordinierende Planung im Gesundheitswesen statt: In der stationären Versorgung betreiben die verschiedenen Träger eine Krankenhausversorgung, die sowohl zu bestimmten Überangeboten (z.B. Intensivstationen) als auch Unterversorgung in verschiedenen Regionen führt. Im ambulanten Bereich gilt noch immer die Niederlassungsfreiheit, die die krassen Gegensätze zwischen unter- und "über"-versorgten Gebieten stabilisiert.

Es gibt keine ausreichende Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulanten Bereich: Die Versorgung des Patienten leidet hierunter erheblich, Doppeluntersuchungen sind die Folge.

Die technischen Leistungen werden zu Ungunsten der längerfristigen Betreuung und der Versorgung auf psychosozialer Ebene ausgebaut.