

Text über Prof. Huland und die Martini-Klinik
ab Seite 3, gelb markiert.

Im Gottesdienst

Übermächtige Professoren, steile Hierarchien, fatale Abhängigkeiten. Die Strukturen in vielen deutschen Universitätskliniken haben schlimme Nebenwirkungen - für die Mitarbeiter, die Forschung, vor allem für die Patienten.

Krebs. Eine gefährliche Geschwulst, die im Körper wuchert, hinterhältig. Die Patienten denken immer gleich: Hoffentlich ist nicht alles zu spät. Hoffentlich hat der Tumor nicht gestreut. Hoffentlich können die Ärzte helfen.

Klaus Lippert(*) hätte gute Chancen gehabt. Im Januar 2008 betrat der damals 60-Jährige die Universitätsklinik Göttingen. Sein Magen sollte gespiegelt werden. Der untersuchende Arzt entdeckte im unteren Teil der Speiseröhre einen Polypen, der sich in tiefere Wandschichten ausgedehnt hatte. Eine Gewebeprobe bestätigte den Krebsverdacht. Doch zugleich hieß es: frühes Tumorstadium, keine Metastasen, keine befallenen Lymphknoten.

Für jeden Patienten ist eine Krebsdiagnose eine Ausnahmesituation, aber in einem Universitätskrankenhaus gehört sie zum Alltag; gerade deshalb vertrauen viele auf die deutschen Klinikgiganten.

Auch Klaus Lippert wähnte sich in besten Händen. Zumal sich der Chefarzt persönlich seiner annahm: Prof. Dr. Dr.

Giuliano R., das Alphanier der Abteilung für Gastroenterologie und Endokrinologie.

Am 11. Februar 2008 trug R. mit einem Endoskop den Krebs ab. Ein Pathologe untersuchte die entfernte Geschwulst. Das Resultat: Die Geweberänder waren nicht tumorfrei, im Patienten verblieben vermutlich Krebsreste.

In der Regel veranlasst ein derartiger Befund einen Arzt zu einer Nachoperation. Professor R. jedoch schickte Lippert nach Hause - ohne weitere Therapie. Er wisse es besser als der Pathologe, soll er gegenüber Mitarbeitern versichert haben. R. bestreitet all das. "Indikation und Operation waren lege artis",

sagt er, hätten also den Regeln der Kunst entsprochen.

Unbestritten ist: Vier Jahre später verstarb Lippert. Laut Gutachtern an den Folgen eines sogenannten Lokalrezidivs, der Krebs war erneut in der Speiseröhre am Übergang zum Magen gewuchert. Sie kamen zu dem Schluss, der Patient hätte den Zeitpunkt seines Todes sehr wahrscheinlich "relevant überlebt", wäre er nachoperiert worden. So, wie es die ärztlichen Leitlinien empfehlen. Gegen Giuliano R. ermittelt derzeit die Staatsanwaltschaft.

Wie kann ein Arzt seine Kompetenz derart überschätzen? R. war zu dem Zeitpunkt seit 16 Jahren Chefarzt an der Uni-Klinik Göttingen, als Ordinarius für Forschung, Lehre und Patientenversorgung seiner Fachrichtung zuständig. Wie kann ein Mediziner mit dieser Erfahrung so offenkundig verantwortungslos handeln?

R. lässt wissen, es habe sich nicht um ein Lokalrezidiv, sondern um einen anderen Tumor im Magen gehandelt. Der Gutachter sei von "unzutreffenden Prämissen" ausgegangen. Der Patient sei an den Folgen seiner Magenentfernung gestorben.

Manches mag sich mit der Persönlichkeit des Giuliano R. erklären lassen. Doch Fälle wie dieser ereignen sich immer wieder in Deutschland, an vielen Krankenhäusern, sogar an Universitätskliniken. Und das hat seine Gründe.

An sich gelten die Uni-Hospitäler als Leuchttürme des weltweit hochgelobten deutschen Gesundheitswesens. Hier vereinigen sich die Ausbildung zukünftiger Ärzte, die Forschung nach neuen Therapien und Methoden sowie die erstklassige Behandlung der Patienten. Hier werden Schwerstverletzte gerettet und wird Todkranken geholfen.

Einige der 33 Uni-Kliniken von Kiel bis Freiburg machen Umsätze wie Konzerne, eine Milliarde Euro und mehr. Mancherorts gehören sie mit mehr als 10000 Mitarbeitern zu den größten Arbeitgebern eines Bundeslandes. So gut ihr Ruf noch sein mag, in Wahrheit ist ihre Organisation oft heillos veraltet: Die Ausbildung frustriert den medizinischen Nachwuchs. Die Forschung ist weit unter Weltniveau. Und Patienten sind - je nach Krankheitsschwere - heutzutage in kleineren Häusern besser aufgehoben als in der Massenabfertigung dieser Gesundheitsfabriken.

Denn in diesen agieren die Lehrstuhlinhaber wie Großfürsten: Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie - jedes Fach ein eigenes Fürstentum. Hierarchisch streng organisiert, meist mit einem einzigen Mann an der Spitze (siehe Grafik Seite 36): dem Ordinarius. Offiziell heißen die Chefs seit einiger Zeit nach ihrer Besoldungsgruppe W-3-Professoren, aber im Klinikalltag hat sich durch die Umbenennung so gut wie nichts geändert.

In Deutschland gibt es rund 20000 berufstätige Chirurgen, aber nur einige Dutzend Lehrstühle. Mancher, der es bis dorthin geschafft hat, fühlt sich als Teil einer Elite; er wird hofiert, und er erwartet, hofiert zu werden.

Die täglichen Frühbesprechungen in den Uni-Abteilungen sind ein guter Ort, das zu beobachten. Sie gleichen oftmals Gottesdiensten. Wer wo sitzt, wer wann redet - alles bestimmt der Ordinarius.

"Das ist eine Königstafel: Den Vorsitz macht der Chef, links und rechts von ihm sitzen die leitenden Oberärzte, dann geht es in der Hierarchie bergab", schildert ein Arzt die morgendlichen Zusammenkünfte in seinem Haus. Ein Mediziner aus dem Süden beschreibt: "Wir sit-

zen auf vier Stuhlreihen in einem Hörsaal. In der ersten Reihe sitzen die Oberärzte, in der zweiten die Fachärzte, in der dritten die Assistenzärzte, in der vierten die Studenten." In einer Uni-Klinik im Norden der Republik wird die Medizinermannschaft eingeteilt in Stall- und Rennpferde: "Stallpferde übernehmen brav die Patientenversorgung, Rennpferde akquirieren die Forschungsgelder - dementsprechend ist die Hackordnung", sagt ein Assistenzarzt. Überall gelte: Gehorsam wird belobigt, Widerspruch sanktioniert. Die Bundesärztekammer beklagt bereits seit Jahren die herkömmliche Hierarchie: "Weder in fachlicher noch in organisatorischer Hinsicht" könne "ein Entscheidungsträger in der Lage sein, die für die kompetente Führung dieser Bereiche notwendigen Anforderungen zu erfüllen". Auch der Wissenschaftsrat, eines der wichtigsten Beratungsgremien der Bundesregierung, fragt sich, "ob das System vieler kleinerer, selbstständiger Einheiten innerhalb der Universitätsklinik noch zeitgemäß und sinnvoll ist". Wohin die Machtfülle der Professoren führen kann, lehrt der Prozess gegen den Transplanteur Aiman O., der sich derzeit vor dem Göttinger Landgericht verantworten muss. Er soll Daten manipuliert haben, damit seine Patienten schneller Spenderorgane bekamen. Knapp zwei Dutzend Assistenz- und Oberärzte haben dort ausgesagt, und immer wieder fällt auch der Name Giuliano R. Es scheint, als hätten er und Aiman O. eine unheilvolle Allianz gebildet, nicht unwesentlich angetrieben von Geltungssucht. Bei Patientenseminaren, berichtet eine Besucherin, brüsteten sich die beiden Mediziner, besser zu sein als die Kollegen in Hannover. "Falsch", sagt R. Die Staatsanwaltschaft hat die Verfahren gegen O. und R. voneinander abgetrennt; als O. in Untersuchungshaft kam, mussten die Ermittlungen gegen ihn zeitnah abgeschlossen werden. Nach Bekanntwerden der Vorwürfe wurde R. von seinen Aufgaben in der Uni-Klinik entbunden. Im Gerichtssaal bekannten mehrere Ärzte, Giuliano R. persönlich habe sie zur Manipulation von Blutproben aufgefordert. Ein Assistenzarzt gestand, dreimal Folge geleistet zu haben. Warum? "Die Abhängigkeit war enorm. Über jede Weiter- und Fortbildung hat er entschieden. Einfach über alles." Andere sagten aus, Giuliano R. habe sie ermahnt, bei ambulanten Patienten Sym-

ptome zu erfinden, damit diese stationär aufgenommen werden konnten. Wer sich widersetzte, habe zu hören bekommen: "Nur ausführen, nicht fragen, nicht diskutieren." Lobten Oberärzte ihre Assistenten, habe R. getadelt: "Menschen darf man nie loben, sonst kommen sie mit Forderungen." Um offen reden zu können, bitten fast alle Gesprächspartner in dieser Geschichte um Anonymität. "Er hat jeden infrage gestellt, wusste immer alles besser", sagt ein Oberarzt, "er war wie eine Spinne im Netz." Seine Druckmittel seien für die Assistenz- wie Oberärzte stets die gleichen gewesen: schlechte Zeugnisse und kurzfristige Verträge. R. selbst genoss Beamtenstatus, sodass ihm die Uni-Leitung faktisch keine Weisungen erteilen konnte. Eine ehemalige Mitarbeiterin berichtete vor Gericht, von R. bedroht worden zu sein. Vor der Tür sagt sie: "Er hat viele Leute psychisch regelrecht geschlachtet. Einige konnten nur mit Antidepressiva arbeiten." Zugleich war R. von seiner Großartigkeit überzeugt. Hatte jemand gekündigt, verschenkte R. zum Abschied Fotos - von sich. Als "völlig krank" wird R.s Kampf gegen andere Abteilungen beschrieben: "Obwohl wir als Internisten dafür nicht ausgebildet sind, mussten wir in unseren nicht sterilen Untersuchungszimmern Portkathetersysteme legen, damit wir nicht auf die Chirurgen angewiesen sind." Einmal sei das geschehen, sagt R., im Interesse des Patienten. Die Kritik an seinem Führungsstil sei unbegründet. Konkurrenzdenken könnte auch R.s Verhalten im Fall des Krebspatienten Lippert erklären. Ein chirurgischer Gutachter kommt zu dem Schluss, die Geschwulst hätte gleich auf klassische Art weiträumig herausgeschnitten werden müssen. Dann hätte das Wiederauftreten des Krebses "sehr wahrscheinlich vermieden und die Überlebensprognose entscheidend verbessert werden können". Die Macht in den Händen eines Einzelnen, darunter eine Gefolgschaft, die durch Abhängigkeiten gefügig gemacht wird - die steilen Hierarchien in den Kliniken werden seit Jahrzehnten beklagt. Bereits 1972 stellte der Deutsche Ärztetag die "Westerländer Leitsätze" auf, in denen er sich für kollegiale Zusammenarbeit und Informationen über alle Hierarchieebenen hinweg aussprach. Echte Konsequenzen indes wurden nicht gezo-

Auf dem Ärztetag 1998, also 26 Jahre später, hieß es, eine Strukturreform hin zum kooperativen Management müsse endlich erfolgen. Doch der Chefarztverband betonte unnachgiebig, wie wichtig der strenge, hierarchische Aufbau für die einheitliche Führung einer Klinik sei - auch um eine wirtschaftliche Betriebsführung zu gewährleisten. Ein schwaches Argument angesichts von 161 Millionen Euro Verlust, die Deutschlands Uni-Kliniken 2013 gemacht haben. Doch obwohl neben den Kassen vor allem die Länder als Träger für die Defizite einstehen müssen, sehen sie keinen Handlungsbedarf. Die baden-württembergische Wissenschaftsministerin Theresia Bauer verweist auf "obligatorische Führungskräftebildungen", die an ihren Universitätskliniken durchgeführt würden. Das sogenannte Ordinarisprinzip besitze durch einen Wandel der Führungskultur "nicht mehr die Bedeutung, die ihm früher noch zukam". Zur Führungskultur gehören heutzutage "Zielvereinbarungen" mit den leitenden Ärzten. Ziele, die sich zumeist in Euro und Cent messen lassen. Die Folge: Deutschland ist europaweit führend im Einbau neuer Hüften, im Legen von Stents und Bypassen bei Herzerkrankungen. PC-Programme zeigen an, welche Behandlungen lukrativ sind. Welche die beste für den Patienten ist? Zweitrangig. Zielvereinbarungen schüren in der derzeitigen Form auch den Konkurrenzkampf zwischen den Abteilungen einer Klinik. Das führt zuweilen zu grotesken Situationen, wie der Ärztliche Direktor einer norddeutschen Uni-Klinik berichtet: "Ich bin zu 50 Prozent meiner Zeit damit beschäftigt, ein ausgleichendes Element zwischen den Ordinarien herzustellen." Viele seien Primadonnen. "Da gibt es immer wieder Stellungskriege." Dagegen anzugehen sei schwer: Bis heute seien die meisten Ordinarien Beamte - was sie nicht tun wollen, könne man ihnen kaum befehlen. Inzwischen ist die Verbeamtung in einigen Bundesländern gefallen. Viele Uni-Kliniken schließen bei Neubesetzungen nur noch Zeitverträge mit ihren Chefärzten ab. Angesichts der wirtschaftlichen Lage vieler Häuser müssen einige ihre Honorare für die Behandlung von Privatpatienten mittlerweile an die Uni-Kasse abgeben. Ihr Einkommen - neben einem festen Grundgehalt - hängt nun ganz wesentlich davon ab, wie erfolgreich ihre Abteilungen wirtschaften. Das wiederum befeuert den Wettbewerb zwi-

schen den Disziplinen.

Viele ratlose Klinikvorstände setzen nur noch auf den Faktor Zeit - den Generationswechsel. Die Realität zeigt aber: Die Nachrücker mutieren nicht selten rasch zu Abziehbildern ihrer ehemaligen Chefs.

In der Industrie werden Führungskräfte durch Coachs unterstützt. Selbst in Uni-Kliniken, die als vergleichsweise fortschrittlich gelten, gibt es stattdessen kleine Plastikkartons, auf denen etwa "Leadership Toolbox" steht. Darin finden sich Kärtchen mit bahnbrechenden Erkenntnissen: "Wer Führungsverantwortung wahrnimmt, weiß um die eigene Vorbildfunktion und handelt entsprechend."

Ärzte, die längere Zeit in den USA gearbeitet haben, brauchen keine Karteikärtchen mit Sinnsprüchen. Sie haben in der Regel erlebt, wie moderne Führung geht. Denn an amerikanischen Krankenhäusern herrscht das Kollektiv, es gibt eine strukturierte Weiterbildung mit Forschungsfreiräumen, eine Fehler- und Diskussionskultur - aber auch eine Administration, die auf die Bedürfnisse der Ärzte und Forscher zugeschnitten ist. Nicht umgekehrt.

Den Nachwuchsmediziner Wolfgang Manus(*) zieht es deshalb in die Staaten zurück wie viele seiner Kommilitonen. "Denn wer ein guter Arzt werden will, kann in Deutschland eigentlich nicht bleiben", sagt er.

Die hiesige Medizinerbildung sei ein "System wie beim Militär", klagt der 26-Jährige, "mit dem Unterschied, dass die Vorgesetzten bei uns für die Untergebenen keine Verantwortung verspüren".

Manus möchte Facharzt für Allgemeinchirurgie werden. Er muss nach sechs Jahren Weiterbildung einen umfangreichen Katalog an Eingriffen nachweisen. Zum Beispiel 25 Operationen an Kopf und Hals, 10 Eingriffe an der Brustwand, 200 im Bauchraum und 100 am Bewegungsapparat, dazu 400 Ultraschalluntersuchungen.

Wer dieses Pensum schaffen will, ist vom Dienstplan abhängig - und den bestimmt in der Regel der Chef. So werden schon aus Assistenzärzten Konkurrenten. "Man lernt schnell, den Chefärzten in den Hintern zu kriechen", sagt Manus.

Eine aktuelle Online-Befragung des Marburger Bundes unter mehr als tausend angestellten jungen Ärzten und Ärztinnen zeigt, wie unzufrieden diese mit ihrer Weiterbildung sind: 82 Pro-

zent haben befristete Verträge - bei nahezu der Hälfte enden sie vor der Facharztprüfung. 85 Prozent gaben an, keinen strukturierten Weiterbildungsplan erhalten zu haben. Von 58 Prozent wird erwartet, dass sie vorgeschriebene Inhalte außerhalb der regulären Arbeitszeit absolvieren. Nur 9 Prozent erhalten mehrmals im Jahr ein Feedback durch ihren Weiterbilder, welcher im Alltag jedoch häufig ein Oberarzt ist.

Die Folge: Nur 52 Prozent möchten nach ihrer Facharztausbildung weiter im Krankenhaus arbeiten.

3035 Ärzte haben im vergangenen Jahr das Land verlassen, die meisten aus Frust. Mit jedem auswandernden Jungarzt gehen Deutschland rund 130000 Euro für die bisher geleistete Ausbildung verloren.

Zudem zieht es Nachwuchskräfte, aber auch Oberärzte immer stärker in kleinere Häuser oder gar Praxen, weil der Umgang dort angenehmer ist. "Ich hatte es satt, jahrelang nicht eigenbestimmt arbeiten zu können", sagt ein ehemaliger Oberarzt einer bayerischen Uni-Klinik. Der Nephrologe hat sich nun niedergelassen. "Mein Chef schmetterte jede Idee ab."

Doch gerade frische Ideen sind es, die eine Uni-Klinik braucht. Die "Expertenkommission Forschung und Innovation" hat zuletzt, im Auftrag der Bundesregierung, die Leistungsfähigkeit der deutschen Hochschulmedizin untersucht. Das Ergebnis, das im Februar vorgestellt wurde, war bitter: Das Niveau internationaler Spitzenstandorte werde nicht erreicht. "Fehlende Anreize" und "ausgeprägte Hierarchien an deutschen Hochschulkliniken" machten die Experten als Hauptschwächen aus. Nachwuchswissenschaftler seien "in hohem Maße von ihren vorgesetzten Professoren abhängig". Diese Abhängigkeit lasse keine "ausreichenden Freiräume für wissenschaftliche Selbstständigkeit aufkommen". Unter diesen Bedingungen drohten "der weitere Verlust talentierter Nachwuchskräfte" und "eine Schwächung der Forschungsqualität". Auch der Rückgang der Habilitationen (siehe Grafik) signalisiert den schleichenden Abwärtstrend der medizinischen Wissenschaft.

Jens Deerberg-Wittram hat all das schon tausendmal gehört. Der Mediziner war früher Klinikgeschäftsführer und arbeitet heute in Harvard. Er hält das Konzept der deutschen Universitätskliniken "in Anbetracht des Wettbewerbs um Patienten und Talente" für nicht mehr

zeitgemäß. Die Kliniken müssten ihre Angebote nach Krankheitsbildern und nicht nach akademischen Fachbereichen ausrichten. Dagegen würden sich aber die mächtigen Fachgesellschaften sträuben. "Solange wir für Prozeduren von Fachabteilungen bezahlen, anstatt die Behandlung von Krankheitsbildern zu honorieren, kann sich das System nicht ändern", sagt er, und bei den notwendigen Reformen müsse man auch "die Macht und den Ehrgeiz der Chefärzte" nutzen.

In den eigenen Reihen finden sich durchaus Vorbilder. Wolfgang Fleig hat die Probleme erkannt und Veränderungen angestoßen. Der Gastroenterologe war zuletzt Ordinarius in Halle-Wittenberg. Seit 2006 ist er Medizinischer Vorstand der Leipziger Uni-Klinik. Nach der Wende musste dort für 410 Millionen Euro aus einem maroden Klinikum mit 20 Standorten ein modernes Klinikum geschaffen werden.

"Das war ein Kraftakt", sagt Fleig. Doch ebenso schwierig sei es gewesen, den alten Geist aus den Köpfen der Mediziner zu bekommen. Er wollte "eine flache Hierarchie und eine Behandlung aus einem Guss". Es begann ein quälender Prozess durch die Gremien. "Es galt, den Lehrstuhlinhabern klarzumachen, dass sie in einer solchen Struktur nicht mehr Herr aller Reußen sind", sagt Fleig.

Am Ende hat er zumindest einige überzeugen können: Seit April bündelt eine Einrichtung nun Orthopädie, Unfallchirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Gelenkchirurgie und Sportverletzungen sowie Hand- und Plastische Chirurgie. Statt zwei Chefärzten gibt es fünf gleichberechtigte Bereichsleiter. Wer mit einer Sportverletzung in die Klinik kommt, kann nun davon ausgehen, den besten Experten zu bekommen. Weitere Bereiche sollen bald folgen. Fleig hofft, dass ihm der Generationenwechsel in die Hände spielt: In den nächsten fünf Jahren emeritieren in Leipzig 21 Professoren.

Auch Hartwig Huland war Ordinarius, in der Urologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er hatte das Ziel, die Ergebnisse der anspruchsvollen Prostatakrebsoperationen zu verbessern. Wird diese Krebsform frühzeitig erkannt, sind die Erfolgsaussichten relativ gut. Aber nach einer Operation drohen Inkontinenz und Impotenz, weil feine Nervenfasern an der Prostata verlaufen.

Huland nutzte, wie er es nennt, einen

"Glücksfall der Geschichte": Die Uni-Klinik traf zusammen mit dem Hamburger Senat die zukunftsweisende Entscheidung, eine Spezialklinik für nur eine Erkrankung zu gründen - außerhalb des offiziellen Bettenplans, der sonst streng die Zahl der Betten vorschreibt. 2005 eröffnet, setzt die Martini-Klinik inzwischen weltweit medizinische Maßstäbe. Mit etwa 2200 Operationen an der Prostata ist sie international führend auf dem Gebiet.

Der Erfolg der Martini-Klinik beruht einzig auf der hohen Qualität ihrer Behandlung. Und die, so Huland, sei nur möglich, weil sich sein Institut aus dem schwerfälligen Uni-Betrieb ausgegliedert habe.

Sechs Professoren arbeiten gleichberechtigt und eng verzahnt mit Chirurgen, Radiologen und Pathologen. In der Martini-Klinik bekommt jeder entlassene Patient Fragebögen mit, damit der Behandlungserfolg regelmäßig erfasst

werden kann. Die Daten wertet ein klinikinternes Team aus. Die Ärzte wissen mithin voneinander, wer die besten Ergebnisse erzielt - und optimieren darüber ständig ihre Behandlung.

Neun Operateure arbeiten wie im amerikanischen "Faculty System" zusammen. Für jeden Patienten ist nur ein Operateur zuständig, der ihm persönlich zugeordnet ist. Da dieser Spezialist 200 bis 300 Eingriffe dieser Art pro Jahr durchführt, sind die Heilungsraten hoch.

Die Arbeit umfassender zu bewerten, damit wurde inzwischen auch in Göttingen begonnen. Seit mehr als vier Jahren ist Martin Siess dort Medizinischer Vorstand, und neuerdings hängt der Erfolg der Führungskräfte in der Uni-Klinik auch davon ab, wie gut sie interdisziplinär zusammenarbeiten - nachweislich.

Im Fall des verstorbenen Patienten Lipfert liegt eine Stellungnahme seines ehemaligen Arztes R. nun den Gutachtern zur Beurteilung vor. Anschließend

wird die Staatsanwaltschaft über eine Anklage wegen gefährlicher Körperverletzung oder Körperverletzung mit Todesfolge entscheiden. R.s Anwalt hat beantragt, das Ermittlungsverfahren gegen seinen Mandanten einzustellen. Anzeichen, dass sich R. selbstkritisch mit seinem Handeln auseinandergesetzt hätte, finden sich bislang nicht. Vor einiger Zeit zeigte sich der beurlaubte Ordinarius kurz an seiner Haustür. Er habe einiges zu sagen, zu gegebener Zeit, sagte er. Dann präsentierte er ein Editorial des *Journal of Clinical Investigation*. Darin geht es um die chinesische Praxis, Hingerichtete auszuweiden und ihre Organe zu transplantieren. Dieses Themas müssten sich Journalisten mal annehmen, wettete R. und schloss die Tür.

* Name von der Redaktion geändert.