

# „Vom ärztlichen Ethos getragen“

Der Sinn der Gemeinnützigkeit in der Medizin – ein Gespräch mit dem Nephrologen Prof. Dr. med. Dieter Bach, Vorstandsvorsitzender des nephrologischen Gesamtversorgers und gleichzeitig ältesten und größten ambulanten Dialyseanbieters in Deutschland

[ | ]

„Wir müssen der Pflege einen höheren sozialen Stellenwert geben – das ist ein ethisch hoch anzusehender Beruf.“

*U Das KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. ist eine gemeinnützige Einrichtung. Welche Vorteile bringt diese Struktur mit sich?*

Ich sehe vor allem drei: In der Gemeinnützigkeit geht es nicht um Profit. Natürlich müssen auch wir ökonomisch arbeiten und leben von den Entgelten, die uns die Kostenträger für die Dialyse und andere Leistungen vergüten. Aber wir haben keine großen Renditeerwartungen zu erfüllen, wie sie von Aktionären gestellt werden. Als Zweites sind wir industrieunabhängig, nicht herstelleregebunden und in der Wahl von Materialien und Geräten völlig frei. Das Dritte und Wichtigste ist: Unser gemeinnütziger Verein hat knapp 500 Mitglieder, überwiegend Ärzte, speziell Nephrologen, die alle unsere gemeinsamen Satzungsziele zum Wohle der Patienten verfolgen.

*U Und die Nachteile?*

Häufig wird Gemeinnützigkeit damit verwechselt, die Ökonomie verlassen zu können – es heißt, es sei genug Geld vorhanden, es würden ja keine Steuern gezahlt werden müssen. Doch wir erhalten keine Subventionen, keine Zuschüsse und müssen ökonomisch arbeiten und handeln wie jedes Unternehmen. Angefangen 1969 als kleiner

Verein aus der damaligen medizinischen Versorgungslage für Dialysepatienten heraus, sind wir heute mit über 200 KfH-Zentren bundesweit gesamtneurologisch tätig. Und trotz oder gerade wegen der Größe und der damit verbundenen Verantwortung sind wir immer sehr darauf bedacht, dass unsere Grundideale, die in der Satzung verankert sind, gewahrt bleiben.

*U Ein Punkt interessiert uns besonders. Vielleicht können Sie das noch genauer erläutern: Wie hilft die Gemeinnützigkeit den KfH-Ärzten, ethisch zu handeln?*

Die Entscheidungen, welche Therapie- oder Diagnostikverfahren beim Patienten durchgeführt werden, sind völlig industrieunabhängig, renditeerwartungsunabhängig und sie werden ausschließlich durch ärztliches Denken, vom ärztlichen Ethos getragen. Wir haben im vergangenen Jahr ein ethisches Leitbild entwickelt und sind dabei, ein Ethikkomitee zu etablieren. In der Nephrologie

haben wir es vielfach mit einem Grenzbereich zu tun: Soll man dialysieren, wie lange soll man dialysieren? Da sind ethisch basierte Entscheidungen sehr wichtig. Wir müssen nicht dialysieren um des Dialysierens Willens.

*U Bedeutet das umgekehrt, dass kleinere Dialysezentren niedergelassener Nephrologen ethische Grundsätze weniger wahren können?*

Nein, das würde ich nicht sagen. Wir haben in Deutschland einen dreigeteilten Markt: Da sind das KfH und die PHV als gemeinnützige Anbieter, dann sind da – das ist rund die Hälfte, Tendenz deutlich abnehmend – die Praxen niedergelassener Kollegen. Sie, das würde ich unterstellen, gehen mit der gleichen ethischen Grundausrichtung heran. Als Drittes haben wir einen wachsenden Bereich von Anbietern mit großen Firmen im Hintergrund. Ich würde ihnen kein unethisches Handeln unterstellen, aber dort sind ganz klar wirtschaftliche Ziele gesetzt. Bei diesen Firmen, zum Teil aus dem Ausland, sind natürlich immer Renditeerwartungen vorhanden, die erfüllt werden wollen. Da kann es einen Konfliktbereich geben: Wie weit stellt man die Leistungen, die sich nicht in Euro und Cent abbilden lassen, gegenüber den lohnenden zurück? Besonders wichtig ist mir

*Prof. Dr. med. Dieter Bach (60) ist seit Oktober 2013 Vorstandsvorsitzender des KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. Der 1969 gegründete gemeinnützige Verein versorgt bundesweit nierenkranke Patienten und ist zudem der älteste und größte Dialyseanbieter in Deutschland. In rund 200 KfH-Nierenzentren und 25 Medizinischen Versorgungszentren behandeln heute etwa 6.700 Mitarbeiter rund 19.000 Dialysepatienten (etwa 22 Prozent des deutschen Marktes) sowie pro Quartal rund 70.000 Sprechstundenpatienten. Bach studierte Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, widmete sich anschließend der nephrologischen Forschung und war leitender Arzt und später Klinikdirektor am Klinikum Krefeld.*



[ | ]

„Es ist völlig legitim, mit guter und patientenorientierter Medizin Geld zu verdienen. Nur wenn die Gewinnerwartung und das Ausmaß des Geldverdienens über Gebühr sind, habe ich damit ein Problem.“

das im Bereich der nephrologischen Sprechstunde. Sie trägt sich monetär nicht. Die präventive Behandlung von Patienten mit einer leichten Nierenfunktionsstörung ist sehr aufwändig, es gibt vergleichsweise wenig abrechenbare Leistungen. Gehe ich es ethisch an, verwende ich viel Zeit auf diese Patienten, weil es ja mein Ziel als Arzt ist, den Menschen erst gar nicht an die Dialyse kommen zu lassen oder zumindest aber den Verlauf seiner chronischen Erkrankung hinauszuzögern – ein hohes Investment mit relativ niedrigem Ertrag. Wer sich das leistet, muss woanders kompensieren. Anderes Beispiel: Die Versorgung der rund 250 Kinder in Deutschland, die eine Dialysebehandlung zum Überleben benötigen. Für sie ist eine ganz andere Versorgungsstruktur und eine noch intensivere Pflege als für den erwachsenen Dialysepatienten erforderlich – und das kostet auch mehr Geld. Eine im Vergleich zu 80.000 erwachsenen Dialysepatienten – Gott sei Dank – kleine Gruppe, um die wir uns zu 95 Prozent im KfH als Solidarverband kümmern. Auch haben wir in unserer Satzung – schon in der Präambel – eine flächendeckende Versorgung festgehalten. Wir haben deshalb seit jeher viele Zentren gerade an ländlichen Standorten, denen eine ökonomische Deckung schwerfällt. Hier kommt auch unser Solidaritätsgedanke zum Tragen. Fiele er weg, wäre es an mancher Stelle nicht möglich, eine wohnortnahe Versorgung für die Patienten beizubehalten.

*U Finden Sie, dass Geschäfte mit der Gesundheit anrücklich sein können?*

Nein. In der Bundesärzteordnung steht gleich zu Beginn: Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Und dem Grundsatz ist Folge zu leisten. Nichtsdestotrotz ist es völlig legitim, mit guter und patientenorientierter Medizin Geld zu verdienen. Nur wenn die Gewinnerwartung und das Ausmaß des Geldverdienens über Gebühr sind, es disproportional

wird, habe ich damit ein Problem. Wird ein gewisses Ausmaß der Gewinnerwartung überschritten, besteht immer die Gefahr, dass Entscheidungen beeinflusst werden. Das kann gerade im medizinischen Bereich ethische Fragen aufwerfen. Gegenüber berechtigten Gewinnerwartungen darf der ärztliche Entscheidungsgedanke nie in die zweite Reihe rücken.

*U Was halten Sie vom Wettbewerb im Gesundheitswesen?*

Grundsätzlich: Wettbewerb stärkt den Markt, Anbietervielfalt sorgt für Qualität und das kommt letztendlich dem Patienten zugute. Der Strukturwandel in der nephrologischen Versorgung schreitet sukzessive voran: Die Zahl der kommerziellen Anbieter nimmt seit einigen Jahren stetig zu. Bei aller Vielfalt müssen eine umfassende Patientenversorgung und bestmögliche Behandlungsqualität immer oberstes Ziel sein. In den USA beherrschen hingegen zwei Dialyseanbieter zwei Drittel des Marktes. Das sehe ich kritisch.

*U Wer gute Arbeit leistet, muss entsprechend entlohnt werden. In der Pflege gibt es diesbezüglich nach wie vor Defizite.*

Die Entlohnung ist mit Sicherheit ein wichtiges Thema, aber das Fehlen von qualifizierten Mitarbeitern, vor allem in der Pflege, bereitet mir derzeit die größten Sorgen. Das

wahre Ausmaß des Pflegenotstands, der angesichts einer älter und vielfach kränker werdenden Gesellschaft auf uns zukommt, können wir heute noch gar nicht absehen. In der Dialyse sind wir davon besonders betroffen, zumal die ambulante Dialysepflege eine besonders anspruchsvolle ist.

*U Brauchen wir hier ein komplett neues Modell?*

Ja, es müssen neue Pflegemodelle entwickelt werden, mehr Bereichspflegen, attraktive Teilzeitmodelle. Wer Kinder hat, kann in der Regel nicht Vollzeit arbeiten. Und es muss auch finanziell und arbeitsmäßig attraktiver werden. Pflege hat kein Wochenende. Sie arbeitet Schicht, sie arbeitet nachts, sie arbeitet in der Regel am Samstag, sie arbeitet am Sonntag. In Krankenhäusern rund um die Uhr, 24/7. In der Dialyse ist zwar der Sonntag in der Regel frei, aber an Feiertagen wie Heiligabend, Weihnachten und auch Neujahr wird bei uns dialysiert. Außerdem muss Pflege einen höheren sozialen Stellenwert erhalten – denn das ist ein ethisch hoch anzusehender Beruf. Mehr Menschen müssen zu dieser höchst ehrbaren Arbeit motiviert werden. Wer sich für andere Menschen einsetzt, mit all den damit verbundenen, auch manchmal unangenehmen Tätigkeiten, dessen Leistungen gehören anerkannt. Und die oder der muss alleine auch eine Familie ernähren können.

*U Also ist der Gesetzgeber gefragt.*

Natürlich. Der Pflegebedarf liegt weit über dem Pflegeangebot. Derzeit fühlen wir uns von der Politik gerade im nephrologischen Fachbereich im Stich gelassen. Hier ist im ambulanten Bereich keine zusätzliche Budgetierung in Sicht. Das neue Pflegepersonalstärkungsgesetz hilft ausschließlich dem stationären Bereich. Dadurch spitzt sich der Wettbewerb um qualifizierte Pflegekräfte weiter zu. Um dem Pflegenotstand entgegen-



Foto: KfH/Peter Hahn

*Im September 2019 lud das KfH aus Anlass seines 50-jährigen Bestehens zum gesundheitspolitischen Forum „Die nephrologische Versorgung zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung“ nach Berlin ein. Der KfH-Vorstandsvorsitzende Prof. Dr. med. Dieter Bach begrüßte dabei auch Sabine Weiss, die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium.*

genzuwirken und zukünftig weiterhin eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten, haben wir bereits eigene Maßnahmen ergriffen. Durch zum Beispiel einen neuen Personalmix wollen wir unsere Pflegekräfte entlasten, so dass sie sich vollumfänglich auf die Kernaufgaben der Pflege konzentrieren können und weitere Tätigkeiten an dafür qualifiziertes Assistenzpersonal abgeben kann. Nicht zuletzt setzen wir unsere proaktiven Maßnahmen des Personalmarketings fort.

*U Sie treten für einen weiteren Perspektivwechsel ein, den Wandel von der arztzentrierten zur patientenzentrierten Medizin, also zu mehr Mitbestimmung der Klientel über die eigene Behandlung.*

Stimmt. Die Vorstellung, der Arzt ist der Halbgott in Weiß, diese Zeit ist schlichtweg vorbei. Es gibt keinen allwissenden Arzt – trauen Sie keinem, der sagt, ich weiß alles! Ein guter Arzt hat einen Wissensschatz, und geht eine Aufgabenstellung darüber hinaus, lenkt er den Patienten, zum Beispiel an einen Facharzt weiter, an eine zweite Meinung, an ein Spezialkrankenhaus. Der Patient soll und möchte gut behandelt werden, dauerhaft, sicher, qualitativ hochwertig. Es ist wichtig,

ihn einzubinden, seine Bedürfnisse wahrzunehmen. Denn der Patient ist der Betroffene und muss hinter der Behandlung stehen. Deshalb müssen wir flexibel sein, um auf die Bedürfnisse der Patienten noch besser eingehen zu können.

*U Können sich das privatwirtschaftlich organisierte Einrichtungen überhaupt leisten?*

Grundsätzlich nicht in dem Umfang wie wir. Das ist eine Frage der Größe und Ausrichtung, so dass dies für eine einzelne niedergelassene Praxis schwerlich möglich sein wird. Im KfH mit über 200 Zentren, einem guten Netzwerk und einer Solidargemeinschaft besteht diese Möglichkeit. Deshalb wird bei uns auch wie bereits erwähnt der Großteil aller jungen Dialysepatienten umfassend behandelt und betreut. Ein ganz anderes nicht-medizinisches Beispiel hierfür: In der Hälfte unserer Zentren bieten wir für unsere Patienten eine persönliche Sozialberatung direkt vor Ort sowie zusätzlich ein bundesweit telefonisches Beratungsangebot an – eine Leistung, die von den Betroffenen sehr gefragt und geschätzt wird, uns aber keiner bezahlt. Für uns gehört das alles zu einer qualitativ guten und umfassenden patientenorientierten Versorgung und Be-

gleitung dazu. Wir sind bereit, in andere, dem Patienten nutzende Bereiche zu investieren. Das ist für mich angewandte Ethik.

Die Fragen stellten Gabriele Kalt und Oliver Kauer-Berk.