

Mitte 1994 löste die Anzeige eines hinausgeworfenen Mitarbeiters der Firma Medtronic Fahndungen der Staatsanwaltschaft Wuppertal bei nahezu allen kardiochirurgischen und vielen kardiologischen Abteilungen in deutschen Krankenhäusern aus. Die Presse war schnell informiert, und unter Balkenüberschriften wurde die Ärzteschaft pauschal der Korruption bezichtigt. Man sprach von circa 1800 Beschuldigten – Chefärzte, Oberärzte und Assistenzärzte. Verschiedene regionale Staatsanwaltschaften stellten die Ermittlungsverfahren ein, weil sich der Anfangsverdacht nicht bestätigen ließ. Dies führte zu Protesten der Staatsanwaltschaft Wuppertal, die offenbar über die beteiligten Justizministerien eine Wiederaufnahme der Ermittlungen erreichen wollte. Folgt man den Presseberichten, so wurden allein in Bayern rund 300 Ermittlungsverfahren gestartet, die bisher aber nur zu einer Anklage und sechs Strafbefehlen geführt haben sollen.

Da es sich hier nicht um Mitglieder einer kriminellen Vereinigung handelte, ist nur zu verständlich, dass diese Maßnahmen bei den Betroffenen und ihren Familien zu erheblicher Beunruhigung führten. Beispielsweise war ein Assistenzarzt zur Erlernung einer neuen Methodik nach den USA geschickt worden, ein Oberarzt erhielt von einer Firma einen Apparat für die Durchführung seiner Forschungsarbeit. Stereotyp lauteten die Anschuldigungen Untreue (§ 266 StGB), Vorteilsnahme (§ 331 StGB) und Bestechlichkeit (§ 339 StGB). Ein bayerischer Staatsanwalt erklärte, man werde jetzt „bundesweit zu einem relativ großen Schlag gegen die Ärzte ausholen“. Der Staatsanwalt betonte allerdings, dass die Entwicklung bezüglich der strafrechtlichen Bewertung von Vorteilsnahme und Bestechlichkeit relativ neuen Datums (August 1997) sei.

Als Angehörige des öffentlichen Dienstes gelten Ärzte an Universitätskliniken oder öffentlichen Krankenhäusern als „Amtsträger“. Sie sind damit Zielgruppe von Gesetzen, die sich im Allgemeinen gegen den korrupten Beamten richten. In ihrer verschärften Ausführung von 1997 tragen sie die Unterschriften von Kohl und Kanther. Sie besagen, dass bereits die Entgegennah-

me kleiner Vergünstigungen strafbar ist. Umso schwerer wiegt für einen Oberarzt die Bereitstellung eines Forschungsgerätes, für den Assistenten eine Flugreise zu einem Kongress mit Unterbringung in einem guten Hotel (das zum „Luxushotel“ hochstilisiert wird). Der gesunde Menschenverstand wird nach dem „Vorteil“ fragen, den die beiden davon haben: der Stress eines kurzen Kongressbesuches in Übersee oder die neben der Klinikarbeit geleistete Forschungstätigkeit zu Nachtstunden? Die juristische Interpretation lautet: „Ein strafrechtlich bewehrter Vorteil ist auch die Steigerung der persönlichen oder wissenschaftlichen Reputation eines Arztes.“ Heute lässt sich auch nicht der kleinste Kongress ohne Sponsoren organisieren. Die Pharma- und Gerä-

Herzklappen

Drittmittel und Bürokratie

teindustrie hat sich an die Stelle der öffentlichen Hand gesetzt, die nach der Aufgabenverteilung eigentlich die Fort- und Weiterbildung ebenso wie den größeren Teil der Forschung finanzieren müsste. Allerdings sind deren Fortbildungssets genauso belanglos wie die Reisebestimmungen für Beamte.

Nach der juristischen Exegese, dass der Arzt weitgehend aus der Schusslinie sei, wenn seine Aktivitäten vom Dienstherrn genehmigt werden, haben die Krankenhäuser inzwischen die entsprechenden Prüfinstanzen eingerichtet. Jetzt steht vor jeder Dienstreise und jedem Forschungsvorhaben das formelle Genehmigungsverfahren bei einer behördenähnlichen Institution im eigenen Haus. Dort prüfen Verwaltungsangestellte, ob und wie ein Kongressbesuch oder eine wissenschaftliche Studie betrieben werden soll.

Bisher haben von der Industrie finanzierte Drittmittelstellen wesentlich zur Qualität der Patientenversorgung beigetragen, zumal da die Stellenpläne beispielsweise der kommunalen Krankenhäuser, zumindest im Bereich der inneren Medizin, traditionell zu knapp be-

messen sind. Auch diese Stellen werden zunehmend infrage gestellt, weil sie eine indirekte Subvention des Krankenhauses bedeuten. Ein Verlust dieser Stellen würde aber die Patientenversorgung drastisch verschlechtern.

Nicht zuletzt ist aber auch die klinische Forschung selbst betroffen. Hat sich der organisatorische Aufwand einer klinischen oder klinisch-experimentellen Studie schon durch die vermehrten Ansprüche der Scientific Community und der Forschungsbürokratie in den letzten Jahren vervielfacht, kommen jetzt die Prozeduren der Verwaltungsbürokratie noch als retardierendes Moment dazu. Wen wundert es, dass in Deutschland kaum große multizentrische Studien durchgeführt werden und dass die Pharmakonzerne ihre neuen Entwicklungen längst anderswo erproben?

Angesichts der traditionell guten Zusammenarbeit zwischen Pharmaindustrie und Medizinbetrieb kann bei strikter Auslegung und Böswilligkeit nahezu jeder Arzt im öffentlichen Dienst verfolgt werden. Es herrscht deshalb ein Klima der Verunsicherung und – was schwerer wiegt – der Demotivation. Viele junge Mitarbeiter sind mit sehr hohem ethischem Anspruch in ihren Beruf gegangen. Viele stellen das Wohl der ihnen anvertrauten Patienten über die jeweilige Gesetzgebung und stehen verständnislos vor dem Dilemma, mit dem sie die verschärfte Korruptionsbekämpfungsgesetzgebung konfrontiert. Wer sich Nächte für seine Patienten oder die Forschung um die Ohren geschlagen hat, wird kein Verständnis für das Eindringen der Staatsmacht in seine Privatsphäre aufbringen – vor allem wenn es sich nur um ein Gerät für die Forschung oder eine von der Industrie geförderte Kongressreise handelt. Diese Verunsicherung und Demotivierung wird sich rächen, denn wir brauchen mehr denn je junge Ärzte, die sich vorbehaltlos für Forschung und Klinik engagieren; sie sind unser wichtigstes Kapital. Stattdessen sieht es so aus, als gingen wir einem neo-biedermeierlichen Zeitalter Metternichscher Prägung entgegen, in dem zunehmend die Liberalität verloren geht, die immer eine wesentliche Grundlage guter Klinik und Forschung war.

Prof. Dr. med. K. Dietrich Hepp