

das
Porträt

Bis zu seiner Spezialisierung auf Höhenmedizin hatte Dr. med. Rainald Fischer lange kein klares Ziel vor Augen. Heute kennt er seinen Weg genau, auch wenn der nicht immer gerade verläuft.

Um Dr. med. Rainald Fischer (42) besser kennen zu lernen, besucht man ihn am besten nicht dort, wo er am häufigsten arbeitet: in der Abteilung für Pneumologie der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München. Auch hier macht der Facharzt für Innere Medizin zwar einen in sich ruhenden, zufriedenen Eindruck. Aufgeschlossen tritt er seinen Patienten gegenüber, mit einem Lächeln begrüßt er seine Kollegen, mit denen er sich ein kleines, recht dunkles Klinikzimmer teilt. Doch woher die Begeisterung für seine Arbeit rührt, kann man weitaus besser etwa 120 Kilometer südlich von der Klinik erleben – in den Bergen. Denn, sagt Fischer während der Gondelfahrt auf die beinahe 3 000 Meter hohe, schneebedeckte Zugspitze: „Ohne Berge würde es einfach nicht gehen.“

Hier oben taucht Fischer in eine andere Welt ein. Im Schneefernerhaus, einer vom Hotel zur Umwelt-Forschungsstation umgebauten Plattform auf 2 650 Meter Höhe, hat Fischer die Möglichkeit, Teilbereiche seiner täglichen Arbeit für wissenschaftliche Grundlagenforschung in der Höhenmedizin zu nutzen. In einem etwa 20 Quadratmeter großen, weiß gekachelten Raum stehen mehrere Geräte, mit denen Fischer die Belastbarkeit der Patienten testen kann, gleich nebenan befindet sich ein Schlaflabor.

Dr. med. Rainald Fischer

Ohne Berge geht es nicht

Derzeit ermittelt Fischer unter anderem gemeinsam mit Kollegen Prädiktoren für die Flugtauglichkeit von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, Lungenfibrose und pulmonaler Hypertonie. Mehr als einen Tag im Monat arbeitet er zwar nicht im Schneefernerhaus. Diese wenigen Stunden in der Höhe reichen ihm aber aus, um energiegeladen zurück in den Alltag zu kehren.

Das Leben in den Bergen ist dem sportlichen, immer leicht gebräunten Pneumologen von Kindesbeinen an vertraut. Früh unternahm er mit seinen Eltern Ausflüge in die Höhe, als Jugendlicher folgten Bergtouren mit einem guten Freund. Mit seiner Frau, die er mit Anfang zwanzig kennen lernte, unternahm Fischer zahlreiche Trekkingtouren – und musste dabei mehrmals am eigenen Leib spüren, wie die Höhenkrankheit von ihm Besitz ergriff. Als ihm bei einer seiner ersten Expeditionen ins chinesische Hochgebirge der Kopf dröhnte, die Umgebung sich zu drehen schien und keine Tablette wirkte, beschloss Fischer, dieses Übel näher zu erforschen.



Foto: Martina Merten

Durch eigene körperliche Beschwerden bei Expeditionen „motiviert“, begann Fischer mit der Höhenforschung.

Zu seiner nächsten Expedition auf den Mustagh Ata in China nahm er ein Lungenfunktionsgerät mit. Schrittweise tastete er sich bei seinen anschließenden Touren auf den Mount Kenia, das nepalesische Anapurna-Gebirge und den Mount McKinley in den USA – durch Messungen an sich selbst und an Kollegen – an die physikalischen und physiologischen Besonderheiten des Körpers beim Bergsteigen heran. Im Laufe der Jahre legte er die Ergebnisse seiner Studien in zahlreichen Originalarbeiten nieder.

Doch so geradlinig, wie es scheint, verlief Fischers berufliche Entwicklung hin zum Höhenmediziner nicht: „Ich hatte lange kein klares Ziel vor Augen.“ Obwohl seine Eltern schon in jungen Jahren ein Horoskop für ihn stellen ließen, in dem herauskam, dass „der Junge Arzt wird“, reizte ihn zunächst eine Reihe anderer Bereiche: Er machte eine Schreinerlehre, studierte ein Semester lang Geologie und liebäugelte mit einem Psychologiestudium.

Am Ende entschied er sich für die Medizin – ein Entschluss, den maßgeblich seine Frau beeinflusste, die auch Ärztin ist. Fischer spezialisierte sich zunächst auf Psychosomatik. Es faszinierte ihn, wie sich organische Veränderungen im Zusammenhang mit einem chronischen Konflikt entwickeln – vielleicht auch deshalb, weil er sich als Stotterer jahrelang selbst therapeutisch mit dem Ursprung des Stotterns auseinander gesetzt hatte.

Letztlich störte ihn aber das Unpräzise der Forschungsergebnisse, das „Nicht-auf-den-Punkt-kommen-Können“. So begann er während seiner Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin – motiviert durch seine Höhenforschungen –, sich intensiver mit pneumologischen Erkrankungen auseinander zu setzen.

2001 übernahm Fischer die Leitung der Mukoviszidose-Ambulanz der Klinik, zusätzlich legte er eine Prüfung zum Schlafmediziner ab. Psychosomatische Faktoren spielen bei Patienten mit Schlafstörungen eine große Rolle, die Arbeit mit Mukoviszidose-Patienten bedarf einer ausgiebigen Anamnese. Der Kreis begann sich zu schließen.

Seinen langjährigen beruflichen Findungsprozess verknüpfte er immer wieder mit den Bergen. Zusätzlich zu seinen privaten Expeditionen gründete er vor zehn Jahren die „Deutsche Gesellschaft für Berg- und Expeditionsmedizin“ – eine Organisation, deren 600 Mitglieder Ärzten aller Fachrichtungen Kenntnisse und Fertigkeiten der Bergmedizin vermitteln. Ebenso wie die mehrtägige Ausbildung von Kollegen zum Trekking- und Expeditionsarzt füllt ihn seine Arbeit als Bergwachter aus. Mehrmals jährlich, überwiegend in den Wintermonaten, arbeitet Fischer gemeinsam mit seiner Frau für die Bergwacht der Bereitschaft München. Dann kommen auch die beiden Kinder (vier und sieben Jahre) mit. Was für andere zusätzlichen Stress bedeuten würde, empfindet Fischer als weitere Gelegenheit, Natur und Bergen nahe zu sein, noch dazu mit seiner Familie.

Kein Mann fürs Flachland

Wie sein beruflicher Weg weiter verlaufen wird, ist unsicher. Der Arbeitsvertrag mit der Klinik läuft, sollte er nicht verlängert werden, in zwei Jahren aus. „Wenn es gar nicht anders geht, müsste ich mir anderswo eine Stelle suchen“, sagt Fischer, während er auf die Besucherplattform der Zugspitze tritt. Es ist zugig dort oben, eine Jacke trägt Fischer nicht. Er geht einige Schritte über die Plattform, bleibt am Geländer stehen und zeigt mit dem rechten ausgestreckten Arm geradeaus: Das dort unten, erklärt er mit Begeisterung in seiner Stimme, sei der Eibsee, direkt davor liege der Waxenstein. Fischer steht da wie ein kleiner Junge, seine Wangen glühen. Dass dieser Mann jemals auf dem flachen Land arbeiten wird, ist eigentlich nicht vorstellbar. **Martina Merten**



Informationen im Internet:
www.bexmed.de, www.schneefernerhaus.de

Öffentliche Krankenhäuser

Privates Kapital mobilisieren

Klassische Finanzierungsformen verlieren an Bedeutung.

Um im Verdrängungswettbewerb bestehen zu können, müssen die Krankenhäuser ihr Leistungsangebot optimieren, medizinische Schwerpunkte bilden und die internen Abläufe verbessern. Für eine solche Neuausrichtung sind auch millionenschwere Investitionen in Gebäude und medizinische Geräte notwendig. Dazu sind die meisten öffentlichen Krankenhäuser jedoch aus eigener Kraft nicht in der Lage – vor allem, weil sich die Bundesländer trotz gesetzlicher Verpflichtung weitgehend aus der Investitionsfinanzierung zurückgezogen haben. Der sich daraus ergebende kumulierte Investitionsstau der deutschen Krankenhäuser wird inzwischen auf 30 bis 50 Milliarden Euro geschätzt. Hinzu kommt, dass die Banken bei der Kreditvergabe deutlich restriktiver geworden sind. Verantwortlich hierfür sind die verschärften Eigenkapitalrichtlinien für Banken – bekannt als „Basel II“ –, die zwar erst Ende 2006 in Kraft treten, aber bereits heute eine wichtige Rolle spielen. „Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung Public Private Partnerships – nicht zuletzt auch wegen der politischen Förderung – wesentlich zunehmen“, prognostizierte Prof. Dr. Harald Schmitz, Geschäftsführer der Beratungsgesellschaft Gebera, Ende März beim DRG-Forum in Berlin.

Public Private Partnership (PPP) ist die Mobilisierung privaten Kapitals und Fachwissens zur Erfüllung staatlicher Aufgaben. Im Unterschied zur vollständigen Privatisierung zieht sich die öffentliche Hand nicht komplett von einer bislang öffentlich wahrgenommenen Aufgabe zurück. Private Unternehmer werden lediglich zur staatlichen Aufgabenerfüllung, etwa dem Betrieb eines Krankenhauses, hinzugezogen. Die hoheitliche Erfüllungsverantwortung (Daseinsvorsorge) bleibt hingegen unangetastet. In der Praxis haben sich PPP-Vertragsmodelle herausgebildet,

die sich je nach Einflussnahme des privaten Partners unterscheiden.

Am größten ist die private Einflussnahme im Betreibermodell: Der private Unternehmer errichtet und betreibt ein Infrastrukturprojekt, etwa ein Krankenhaus oder ein Medizinisches Versorgungszentrum. Dabei hat er auch die Bauherreneigenschaft und trägt das wirtschaftliche Risiko. Die Finanzierung erfolgt jedoch über Gebühren, die Nutzer für die Inanspruchnahme zu entrichten haben. Im Verhältnis zu den Nutzern erbringt der private Betreiber seine Leistungen im Namen und auf Rechnung der Kommune, die Rechtsbeziehungen entstehen insoweit also nur zwischen der Kommune und den Nutzern. Beim später aufgekommenen Betriebsführungsmodell ist der private Einfluss eher gering: Die öffentliche Hand bleibt Eigentümerin und Betreiberin der Anlage. Das Modell sieht nur vor, dass der private Betriebsführer auf vertraglicher Basis gegen Entgelt Anlagen des öffentlichen Aufgabenträgers in dessen Namen betreibt. Typischerweise umfasst dabei die übertragene Betriebsführung den Betrieb, die Wartung und die Instandhaltung der Anlagen.

Neue Geschäftsfelder

Die öffentliche Hand erhofft sich von der Partnerschaft mit den Privaten insbesondere, neue finanzielle Ressourcen zu eröffnen und so die angespannten Haushalte zu entlasten. Nicht zu unterschätzen sei aber auch die zu erwartende Effizienzsteigerung, die sich aus der Einbindung des betriebswirtschaftlichen Fachwissens der Privaten ergibt, betonte Berater Schmitz.

Die Privaten versprechen sich von der Beteiligung an einer Öffentlich-Privaten Partnerschaft die Eröffnung neuer Geschäftsfelder und damit einhergehend zusätzliche Gewinne. Dabei lockt ein PPP auch als Einstieg in eine später mögliche vollständige Privatisierung eines Krankenhauses. Partnerschaften mit Universitätskliniken sind für die Privaten besonders interessant: „Denn solche Projekte ermöglichen etwa einer privaten Klinik den Zugang zur medizinischen Hochschulforschung“, sagte Schmitz.

Jens Flintrop