



ZUR DEBATTE

Warum Profession bilden?**Why Shape a Profession?***Friedrich Heubel*Fachbereich Medizin, Philipps-Universität, Marburg, Germany
heubelfr@staff.uni-marburg.de

Received 12 March 2024 | Accepted 30 July 2024 |

Published online 21 August 2024

Abstract

Der Artikel liefert eine organisationsethische Begründung für den Vorschlag, die Gliederung der (deutschen) Ärzteschaft in 18 Körperschaften des öffentlichen Rechts (17 Landesärztekammern und die Kassenärztliche Bundesvereinigung) aufzugeben und durch eine einheitliche Körperschaft des öffentlichen Rechts zu ersetzen. Das Konzept der Profession wird als Leitbild verstanden, anhand dessen bestehende Strukturen überprüft werden können. Dazu wird das Professionskonzept unter Rückgriff auf Freidson erläutert, am Text des Hippokratischen Eides veranschaulicht und seine Aktualität am International Code of Medical Ethics gezeigt. Von einer organisatorischen Stärkung der Ärzteschaft als Profession werden eine wirksamere Abwehr der Kommerzialisierung, eine Aufarbeitung der als prekär empfundenen Arbeitsverhältnisse und eine Aufwertung gegenüber der Politik erwartet.

This paper uses organisational ethics in order to give reasons for replacing 18 public corporations (which constitute the German medical profession) with only one. The concept of profession is taken as a model to examine current structures. The concept is explained resorting to Freidson, illustrated by the text of the Hippocratic Oath and its up-to-datedness demonstrated by the International Code of Medical Ethics. To organisationally strengthen medical professionalism is expected to more effectively repel commercialisation, to improve precarious working conditions and to raise medicine's political status.

**!!Preprint. Nur
zum internen
Gebrauch
für Teilnehmere
des AEM-
Workshops!!**

Keywords

Organisationsethik – ärztliches Ethos – Profession – International Code of Medical Ethics – Hippokratischer Eid

Organisational ethics – Medical Ethos – Profession – International Code of Medical Ethics – Hippocratic Oath

1 Einleitung

Die Interaktion zwischen Ärzten und Ärztinnen einerseits und den Kranken andererseits ist auf der Seite der Kranken jeweils höchstpersönlich: Das Vertrauen in die ärztliche Glaubwürdigkeit erlaubt es der hilfesuchenden Person – und nur ihr –, dem Eingriff in ihren Körper, also in sie selbst, zuzustimmen. Aber wie individuell (und wie tief) der Eingriff auch ist, Ärzte und Ärztinnen sind, wie auch die Kranken, in kollektive Regelungen eingebunden, die ebenfalls vertrauenswürdig sein müssen. Zu diesen Regelungen gehört, wie die Ärzteschaft die interne Kooperation zwischen ihren auf einander ergänzende Teilaufgaben spezialisierten Mitgliedern organisiert. Die World Medical Association (WMA), zu deren Mitgliedern auch die deutsche Ärzteschaft zählt, beschließt und veröffentlicht dazu allgemein geteilte, für das ärztliche Handeln für grundlegend gehaltene Normen und Werte. In der Reihe der WMA-Verlautbarungen gibt es unter den Stichworten Profession und Professionalismus einen Trend zur Erweiterung der persönlichen Glaubwürdigkeit, wie sie im Genfer Gelöbnis formuliert ist, hin zu einer korporativen ärztlichen Verantwortung, die das ärztliche Handeln normativ differenziert, in das Gesundheitswesen und die umgebende Gesellschaft einbettet und damit verbindlicher macht. Das stellt den Ärzteschaften Organisationsaufgaben insbesondere für diejenigen Probleme, die ohne sie nicht adäquat gelöst werden können, wie die Herausforderung durch die Ökonomisierung bzw. Kommerzialisierung der Medizin.

2 Der Blickwechsel der WMA

Die WMA wurde 1947 unter dem Eindruck der Schrecken des zweiten Weltkriegs gegründet. Sie beschloß 1948 das *Genfer Gelöbnis* (*Declaration of Geneva*) und 1949 den *International Code of Medical Ethics*.¹ Seitdem veröffentlicht sie revidierte Versionen dieser beiden Texte. Sie unterscheiden sich im Ansatz.

¹ World Medical Association (2022).

Das Genfer Gelöbnis besteht aus einer individuellen Selbstverpflichtung; sein erster Satz lautete 1948: „At the time of being admitted as a member of the medical profession: I solemnly pledge myself to consecrate my life to the service of humanity“. Der International Code ist dagegen ein Pflichtenkatalog; sein erster Satz lautete 1949: „A doctor must always maintain the highest standards of professional conduct“. Bis heute baut die WMA den International Code aus, während sie das Genfer Gelöbnis schrittweise in den Hintergrund treten lässt. Der International Code wurde zuletzt 2022 überarbeitet, das Gelöbnis 2017; der International Code enthielt bis zur Version von 1983 das Genfer Gelöbnis in voller Länge, in der Version von 2006 fehlt es ganz; in der Version von 2022 wird lediglich auf seine Verträglichkeit mit dem Genfer Gelöbnis („in concordance with“) hingewiesen.

Der International Code erteilt also dem Genfer Gelöbnis keine Absage,² aber er erweitert und präzisiert den Blick auf die Bedingungen, unter denen Ärztinnen und Ärzte heute arbeiten. Er trägt der Tatsache Rechnung, dass der einzelne Arzt und die einzelne Ärztin als nur individuelle, nicht zugleich korporative Akteure überfordert sind. Denn die moralische Integrität des Einzelnen kann durch das Versprechen „auf die eigene Ehre“ in der Art des Genfer Gelöbnisses³ nicht geschützt werden, sobald autoritäre Herrschaftssysteme menschenrechtswidriges Verhalten fordern. Und die Vertrauenswürdigkeit des Gesundheitssystems wird verspielt, wenn ärztliches Handeln durch Anreizsysteme gesteuert werden soll, die den Vorrang des Patientenwohls relativieren. Deshalb präzisiert der International Code of Medical Ethics zum Beispiel eine Pflicht, die im Genfer Gelöbnis nur vage umschrieben ist: „Ärzte dürfen nicht zulassen, dass ihre individuelle professionelle Urteilskraft durch Gewinnaussichten für sie selbst oder ihre Institution beeinflusst wird“,⁴ und: „Der Arzt darf nicht zulassen, dass kommerzielle, finanzielle oder andere Interessenkonflikte seine professionelle Urteilskraft beeinträchtigen“.⁵ Der International Code leitet aus der Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte gefährdenden Bedingungen nicht als isolierte Einzelne begegnen können, die Aufforderung ab, sich miteinander zu einem handlungsfähigen korporativen Akteur zu formen.

Der hervorstechendste Unterschied im Vergleich zwischen dem Genfer Gelöbnis und dem International Code of Medical Ethics ist deshalb die

2 Parsa-Parsi/Wiesing (2023) sehen den Code sogar als Weiterentwicklung des Genfer Gelöbnisses. Ohne die Perspektive auf die Profession wäre die Berufung auf das Genfer Gelöbnis u. E. eine reaktionäre Überhöhung.

3 „Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.“

4 World Medical Association (2022), Ziffer 5.

5 Ebd., Ziffer 25.

Perspektive auf die Profession – auch auf die Mitprofessionen im Gesundheitssystem. Die ärztliche Profession wird nicht nur mehr als eine Art weltlicher Orden gesehen, in den man nach einem Schwur aufgenommen wird. Sie wird vielmehr als ein normativ gegliedertes soziales System verstanden, in das man nicht nur eingeordnet, sondern für das man auch mitverantwortlich ist und das insofern auch mehr Verbindlichkeit verspricht. Profession ist demnach ein Beruf, in dem eine bestimmte Haltung der Berufsangehörigen mit öffentlicher Anerkennung verbunden ist. Eliot Freidson hat dieses Verständnis als rationales Konzept formuliert, das Konzept des Professionalismus. Weil die professionstypische Haltung ein Ideal darstellt, das unter kontingenten Bedingungen realisiert werden muss, vergleicht er sein Konzept mit dem „idealtypischen“ Ansatz von Max Weber⁶ (in der deutschen Ärzteschaft, wo der Terminus Profession in diesem Sinne ungebräuchlich ist, wird im ähnlichen Sinne das Wort „Berufsstand“ benutzt).

3 Profession als Konzept

Freidson systematisiert die in der Bevölkerung wahrgenommene Sonderrolle von Berufen, in denen die Aktiven unter persönlicher Verzichtsbereitschaft Gerechtigkeit, Gesundheit, Wahrheit und Seelenheil verwirklichen wollen,⁷ aus soziologischer Perspektive. Er charakterisiert sie durch fünf Merkmale:⁸

1. „Ein offiziell anerkannter Fundus von Können und wissenschaftlich fundiertem Wissen, dessen praktische Anwendung beträchtliche Umsicht erfordert“;
2. vom Beruf kontrollierte Arbeitsteilung;
3. vom Beruf kontrollierter Arbeitsmarkt, was Berechtigungsnachweise für Eintritt und Aufstiegsmöglichkeiten erfordert;
4. vom Beruf kontrolliertes Ausbildungsprogramm, das diese Berechtigungsnachweise liefert und Unterricht, der mit „höherer Bildung“ verbunden ist;
5. eine Ideologie,⁹ die einem immateriellen Wert dient und auf größerem Einsatz für gute Arbeit als für ökonomisches Entgelt besteht.

Es ist zwar die Profession selbst, die die „berufliche Kontrolle“ ausübt, die dazu notwendigen exekutiven Fähigkeiten werden ihr aber von der staatlichen

6 Vgl. Freidson (2001), 8.

7 Vgl. ebd., 121.

8 Vgl. ebd., 180.

9 Freidson benutzt den Terminus „Ideologie“ ohne den herabsetzenden Beiklang. Gemeint ist etwa ‚ein Berufsmitgliedern gemeinsames normatives Selbstverständnis‘.

Gewalt geliefert:¹⁰ Der Staat hat die Macht, (1) in der Arbeitnehmerschaft besondere Arten von Arbeit amtlich zu definieren und zu klassifizieren; (2) die berufsbezogene Einrichtung einer Arbeitsteilung zu erlauben und zu unterstützen und innerhalb ihrer rechtliche Streitigkeiten zu entscheiden; (3) Schutzzräume im Arbeitsmarkt sowohl gegen Verbraucher wie gegen Scheinkonkurrenten zu verteidigen; (4) die Verbindung von Berufsausbildung mit offiziell klassifizierter höherer Bildung zu legitimieren und die Berechtigungsnachweise, die sie liefert, zu akzeptieren und zu unterstützen; (5) der professionellen Eigenlogik¹¹ Glaubwürdigkeit zu verschaffen.

Freidson hält fest: In summa ist der Staat die Schlüsselkraft, die für die Erschaffung, Erhaltung und Durchsetzung des idealtypischen Professionalismus erforderlich ist.¹² Damit sind nicht nur der moderne Staat, sondern auch seine monarchischen Vorläufer, zum Beispiel Peter der Große von Russland und Friedrich der Große von Preußen¹³ gemeint. In der Antike gibt es zwar nicht die moderne, von einer staatlichen Schlüsselkraft gestützte ärztliche Profession, es gibt aber ein ganz ähnliches professionstypisches Programm im Hippokratischen Eid: Weil die sich selbst regulierende „Kunst“ der Medizin ebenso wie die moderne Profession im Inneren durchsetzungsfähig sein muss, nutzt sie ein anderes exekutives Mittel, nämlich die traditionelle, patriarchale Hierarchie der Familie.

4 Der hippokratische Eid als professionstypisches Programm¹⁴

Nach dem Text des Eides verspricht der Schwörende nicht nur, einen Eid (*horkos*) zu halten, sondern auch einen Vertrag (*xyngraphē*) zu erfüllen. Dieser Vertrag ist ein Lehrvertrag. Die vertragliche Leistung des Lehrers besteht in dem, was wir heute Aus- und Weiterbildung nennen, mit „die Kunst“ (*technē*) ist gemeint, was wir ‚die Medizin‘ nennen würden. Dabei sind ausdrücklich verschiedene Unterrichtsformen genannt, die Lehre besteht also nicht nur aus einem Begleiten des Lehrers oder einem ‚Mitlaufen‘.

10 Vgl. ebd., 180.

11 Vgl. ebd., 128. Im Original: „To give credence to the professional ideology“.

12 Vgl. ebd., 128.

13 Vgl. ebd., 145.

14 Ich übernehme den Originaltext von Edelstein (der die Originalabhandlung 1943 veröffentlicht hat) in Bartels (1969). Ausführliche Erläuterungen zu Übersetzungs- und Interpretationsproblemen bei Heubel (2015). Ich danke Frau Dr. Sieghild v. Blumenthal für wertvolle Hilfe bei der Übersetzung. Mögliche Fehler und Unvollkommenheiten habe ich zu verantworten.

Die vertragliche Leistung des Schülers besteht in der freiwilligen Selbst-Eingliederung in eine soziale Struktur, die durch eine besondere Rolle des Lehrers bestimmt ist: Der Lehrer wird mit elterlicher Autorität ausgestattet. Der Schüler wählt den Lehrer und geht mit ihm ein familienartiges Verhältnis ein (*biou koinōsasthai*). Dennoch ist die Ausbildung grundsätzlich entgeltpflichtig. Das gilt nicht, wenn der Schüler einen Vater oder einen Bruder als Lehrer hat. In diesem Fall muss er weder den Eid schwören noch den Vertrag abschließen. Mit anderen Worten: Der Schüler, der seinen Vater oder Bruder als Lehrer wählt, hat einen Lehrer, der möglicherweise selbst den Eid nicht geschworen und den Vertrag nicht abgeschlossen hat, formal also zur Annahme des Schülers nicht verpflichtet ist. Der Schüler dagegen, der in keinem biologischen Verwandtschaftsverhältnis zu seinem Lehrer steht, übernimmt auch formal die Verpflichtung, zur Lehre bereit zu sein. Die nicht formale auf Verwandtschaft beruhende Pflicht zur Lehre wird also offenbar als ebenso verbindlich angesehen, wie die formale, auf Vertrag gegründete Pflicht. Beide Arten von Verbindlichkeit sichern im Übrigen den Fortbestand dieses familienartigen, Generationen übergreifenden, entscheidend durch die Lehre bestimmten sozialen Verbundes. Die Wichtigkeit dieses Verbundes wird im Text des Eides auch dadurch hervorgehoben, dass er den Einzelverpflichtungen gegenüber den Kranken vorhehrt.

Sinngemäß weist dieser Verbund die fünf Merkmale auf, die Freidson für die moderne Profession herausgestellt hat: (1) Es gibt einen anerkannten Fundus von Können und Wissen, dessen Anwendung beträchtliche Umsicht erfordert, er gilt allerdings nur innerhalb des Verbundes. (2) Als Mitglied des Verbundes setzt sich der Schwörende ausdrücklich von Kollegen ab, die „schneiden“. (3) Zwar gibt es nach dem Programm keine Aufstiegsmöglichkeiten im heutigen Sinne, aber der Verbund regelt die Aufnahme: Wer im Verbund bereits väterliche oder brüderliche Verwandtschaft hat, gehört, wenn er das will, dazu, wer das nicht hat, gehört erst dann dazu, wenn er schwört und den Vertrag schließt. (4) Es gibt zwar nicht die moderne Unterscheidung zwischen normaler und höherer, d. h. universitärer Bildung, aber es ist gerade der Unterricht, mit der der Verbund seine eigene Struktur bestimmt, der Unterricht ist in unterschiedliche Formen differenziert und wird als geldwerte Leistung angesehen. (5) Es gibt eine Ideologie, die einem immateriellen Wert dient und sich als moralisch (nicht nur pragmatisch) versteht.

5 Profession als Organisationsprinzip

Was die Professionsstruktur bzw. die Professionalität der Idee nach leistet, ist, das Vertrauen des Publikums in die Ärzteschaft zu festigen. Dieses

Vertrauen wird durch die Wahrnehmung gestärkt, dass Ärzte und Ärztinnen der Erwartung der Kranken entsprechen, ihre Privatinteressen im Zweifelsfall hinter die Patienteninteressen zurückzunehmen. Dass sie dies – als Menschen mit den natürlichen Interessen von Jedermann – verwirklichen können, wird leichter, wenn sie sich gemeinsam einem moralischen Anspruch unterwerfen und dies öffentlich deklarieren. Die dazu erforderliche Disziplin ist um so leichter einzuhalten, je erwartbarer gemeinsam beschlossene Maßnahmen der Eigenkontrolle sind und die Glaubwürdigkeit gegenüber der Öffentlichkeit wächst mit der Durchsichtigkeit der kontrollierenden Strukturen: Ein moralischer Anspruch wird glaubwürdiger vertreten, wenn er durch pragmatische Organisationsmaßnahmen, zum Beispiel den Ausschluss gegenseitiger Konkurrenz, unterstützt wird. Die Sorgfalt, mit der der oder die Verfasser des Hippokratischen Eides die organisatorischen Details ihres Verbundes beschreiben, spricht dafür, dass schon ihm oder ihnen diese Institutionalisierungsleistung bewusst war.

Der Grund für den Blickwechsel der WMA hin auf die Profession besteht nun darin, dass die Praxis der Medizin, wie sie legitimerweise sowohl von den Ärztinnen und Ärzten und vom Publikum erwartet werden darf, nicht mehr in der Gestaltungsmacht der je einzelnen ärztlich Tätigen liegt. Bereits das Ausbildungsprogramm für die Studienanfängerinnen und -anfänger muss strukturiert sein; die Gewichte der Fächer und die Reihenfolge ihrer Bearbeitung müssen aufeinander abgestimmt sein, was innerhalb jedes Fachs einen Konsens über die zentralen Inhalte und über die Lehrmethoden voraussetzt, das Gleiche gilt für die Weiterbildungsgänge, und schließlich müssen die Arbeitsformen des Hausarztes, niedergelassenen Facharztes und der Klinik trotz ihrer charakteristischen Unterschiede einen funktionalen Zusammenhang bilden. Alle Akteure im System haben aber notwendigerweise auch Eigeninteressen. Zum Beispiel widerspricht das Interesse der Kolleginnen und Kollegen an Weiterbildung dem Interesse der Weiterbildungsberechtigten, ihren Aufwand zu minimieren, und das System als Ganzes ist an einer funktionierenden, koordinierten Weiterbildung interessiert. Insbesondere sind solche organisatorisch wirksamen Handlungsanreize problematisch, die von externen Interessenten gesetzt werden, wie etwa jene von Finanzinvestoren auf medizinische Versorgungszentren oder Kliniken. Die Ärzteschaft als korporativer Akteur steht deshalb unter der Erwartung, darauf zu achten, dass keine dieser Interessen das übergeordnete Patienteninteresse beeinträchtigt. Und die WMA geht davon aus, dass die Profession eine dafür geeignete Organisationsform ist. Denn die Profession steht dafür, das Patienteninteresse nicht nur zu vertreten, sondern es auch so zu vertreten, dass die Vertrauenswürdigkeit des Gesundheitswesens auf Dauer erhalten bleibt.

6 Profession und Staat

Diese Organisationaufgabe ist eine komplexe Herausforderung. Denn die Ärzteschaft hat gegenüber dem Staat eine Bringschuld und ist zugleich auf den Staat als Garant ihrer Funktionsfähigkeit angewiesen. Sie muss dem Staat anzeigen, welche Mittel geeignet sind, welche Patientenbedürfnisse wie zu befriedigen sind. Unter dieser Bringschuld steht sie nicht, weil sie dazu vom Staat verpflichtet wird, sondern weil sie die nur von ihr selbst erfüllbare Aufgabe wahrnimmt, das Patientenwohl zu vertreten – soweit es ärztlichem Handeln zugänglich ist – individuell gegenüber dem einzelnen Patienten, institutionell gegenüber dem Staat. Das Interesse an Gesundheit ist aber auch ein öffentliches Interesse. Die Politik hat es mit weiteren essentiellen öffentlichen Interessen, wie Justiz, Bildung, Verkehr und Verteidigung, ins Gleichgewicht zu setzen. Dabei sind die Zuständigkeiten klar verteilt. Der Staat hat sowohl der Ärzteschaft den rechtlichen Rahmen zu garantieren, den sie für ihre Funktion braucht, als auch ihren Aufwand so zu begrenzen, dass andere essentielle öffentliche Bedürfnisse nicht unangemessen verkürzt werden. Diese beiden Aufgaben folgen aus seiner Rolle als repräsentativ-demokratische öffentliche Institution. Das bedeutet: Die Ärzteschaft kann dem Staat nicht vorwerfen, dass die Gesundheitsversorgung Einschränkungen unterworfen wird; es kann ihr zugemutet werden, ihre Organisation den zugeteilten finanziellen Mitteln anzupassen; sie kann ihm aber u. U. vorwerfen, dass er medizinische Expertise ignoriert und etwa zu weitgehende Versprechungen macht. Der Staat kann der Ärzteschaft nicht vorwerfen, dass sie die Interessen der Kranken vertritt, er kann aber der Ärzteschaft u. U. vorwerfen, dass die von ihr angebotene Expertise unzureichend ist. Denn er kann das Zustandekommen dieser Expertise überprüfen.

Ärzeschaft und Staat bleiben demnach voneinander abhängig. Es kann umstritten bleiben, ob die jeweils gefundene politische Lösung tatsächlich die optimale ist. Sie muss ohnedies wegen der gesellschaftlichen und technischen Veränderungen von Zeit zu Zeit überprüft werden. Auf die Rechtsetzungskompetenz des Staats kann aber nicht verzichtet werden.¹⁵ Um so wichtiger ist es, die Zuständigkeiten getrennt zu halten. Denn organisatorische Eingriffe des Staats, die der Expertise der Ärzteschaft als Ganzer widersprechen, beschädigen die Glaubwürdigkeit beider Seiten. Die Ärzteschaft muss ein eigener glaubwürdiger Akteur sein. Die Ärzteschaft beschädigt ihre Glaubwürdigkeit

¹⁵ Zum Beispiel als Approbationsordnung, als Sicherstellungsauftrag an Krankenkassen und Vertragsärzte, als Bundesärzteordnung und als Berufsordnungen der Landesärztekammern.

allerdings selbst, wenn sie vom Staat Regelungen für Probleme fordert, die nur sie selbst adäquat lösen kann. Das aber erfordert Selbstorganisation nach dem Leitbild von Profession bzw. Professionalität.

7 Das Leitbild als Kritik

Dem Leitbild würde eine Organisationsstruktur entsprechen, die ausdrückt, dass sich alle Ärztinnen und Ärzte dem Grundsatz von der Priorität des Patienteninteresses vor dem persönlichen Eigeninteresse anschließen. Das durch organisatorische Maßnahmen zu unterstützen, also sich beruflich zu organisieren, bedeutet für den Einzelnen einen zusätzlichen Aufwand für Informationsbeschaffung, Diskussion und Entscheidung. Zu dieser Arbeit gibt es keine Rechtspflicht. Wenn also Ärzte und Ärztinnen freiwillig diesen Aufwand auf sich nehmen, so kann das zunächst als bloße Bündelung ärztlicher Eigeninteressen verstanden werden. Wenn es aber ausdrücklich vor den Augen der Öffentlichkeit geschieht, ist es als Indiz dafür zu verstehen, dass Ärztinnen und Ärzte tatsächlich aus einem Motiv der Uneigennützigkeit heraus handeln wollen, nämlich einem Motiv, das auch die Öffentlichkeit dem ärztlichen Beruf unterstellt. Und diese Wahrnehmung würde sowohl die Vertrauenswürdigkeit der Einzelnen wie auch der Ärzteschaft als Ganzer stärken – allerdings nur, wenn ihre Organisationsstruktur direkt und ohne Verzerrungen an der Willensbildung der Einzelnen anknüpft.

Weil die Willensbildung der vielen sich nur als repräsentatives (Wahl-)Verfahren organisieren lässt, müssen die Einzelnen direkt repräsentiert werden. Denn die professionstypische Vertrauenswürdigkeit wird von Patienten, Öffentlichkeit und auch der Profession selbst primär von den Einzelnen und nicht von deren Interessenvertretungen erwartet. Deshalb ist ein indirektes Wahlverfahren wie etwa die Wahl von Delegierten in die Kammerversammlungen der Landesärztekammern, die dann Delegierte für die Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern wählen, die dann einen Vorstand wählen, in dem die Präsidenten der Landesärztekammern eine garantierte absolute Mehrheit besitzen, bereits eine solche Verzerrung. Denn die Professionsinteressen werden mit den Kammerinteressen vermischt. Es kommt deshalb darauf an, dass die Organisationsstruktur den Respekt vor der Willensbildung der einzelnen Professionsmitglieder zum Ziel hat.

Die ‚verfasste Ärzteschaft‘ beweist, dass dieser Aufwand auch tatsächlich getrieben wird. Bezirksärzteschaften, Landesärztekammern, Bundesärztekammer und ihre verschiedenen Einrichtungen binden Ärztinnen und Ärzte aufgrund gesetzlicher Vorschriften lückenlos ein. Dennoch behauptet eine

innerärztliche Kritik, innerhalb der derzeitigen Strukturen – insbesondere angesichts der zunehmenden Kommerzialisierung – könne der ärztliche Auftrag nicht mehr dem beruflichen Selbstverständnis entsprechend erfüllt werden.¹⁶ Die Diskrepanz wird als moralischer Stress empfunden.¹⁷ Die Behauptung – ob zutreffend oder unzutreffend – zeigt erstens, dass es an der Basis der Patientenversorgung tatsächlich ein kritisches Bewusstsein dafür gibt, dass Organisationsstruktur und professionelles Selbstverständnis auseinanderfallen können, mit anderen Worten, dass die Organisationsstruktur die Willensbildung der Einzelnen verfehlen kann. Zweitens fordert sie dazu auf, die derzeitigen Strukturen zu überprüfen.

8 Verfasste Ärzteschaft

Unter diesem Leitbild ist die verfasste Ärzteschaft derzeit defizitär, weil in ihr nicht Ärztinnen und Ärzte, sondern Landesärztekammern repräsentiert sind – die einzelnen Ärztinnen und Ärzte also allenfalls indirekt. Die staatliche Garantie – in Form der Körperschaft des öffentlichen Rechts – gilt nicht der Ärzteschaft als Ganzer. Sie teilt sich vielmehr auf in die Garantie von 17 Landesärztekammern und quer dazu die Garantie eines Teils der Ärzteschaft, nämlich der Vertragsärzteschaft. Der Versuch, zu einer gewissen Einheitlichkeit zu gelangen, kann daher über eine freiwillige Zusammenarbeit von Ärztekammern nicht hinausgehen. Die Selbstbeschreibung dieser Arbeitsgemeinschaft lautet:

Die Bundesärztekammer ist die Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung. Ihr voller Name lautet Bundesärztekammer. Die Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern ist keine Kammer oder sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ein nicht eingetragener Verein ohne eigene Rechtsfähigkeit. Sitz der Bundesärztekammer ist Berlin. Die BÄK entstand im Jahr 1947 als Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern. Sie vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland.

16 Zur innerärztlichen Kritik: Deichert et al. (2016), Naegler/Wehkamp (2018), Bundesärztekammer (2019), Prütz (2012), Weigel (2018), Kern et al. (2019), Wiemeyer (2019), Strohschneider (2022).

17 Vgl. Bundesärztekammer (2022), Kühlmeyer (2023), Rabin et al. (2023), Schmacke (2023).

„Spitzenorganisation“ ist also nicht als entscheidungsbefugtes Organ der Selbstbestimmung, sondern als Mittel zur gegenseitigen Beratung zu verstehen. Rechtsfähig sind allein die Landesärztekammern. Dem entspricht die offizielle Zweckbeschreibung in der Satzung der „Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern)“ (§ 2 Abs. 1): „Zweck der Arbeitsgemeinschaft ist der ständige Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und die gegenseitige Abstimmung ihrer Ziele und Tätigkeiten.“ Die Vertretung der „berufspolitischen Interessen“, zusammengelesen mit dem Passus (§ 2 Abs 2 der Satzung) „in allen Angelegenheiten, die über den Zuständigkeitsbereich eines Landes hinausgehen, die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren“, klingen eher wie die normale Lobby einer Berufsgruppe als die einer Profession.

Dass die Bundesärztekammer (BÄK) keine Kammer im eigentlichen Sinne ist, bedeutet, dass sie keine die Ärzteschaft bindenden Beschlüsse fassen, sondern nur Empfehlungen beschließen kann. Ihre Zuständigkeit beschränkt sich auf die inneren Angelegenheiten der Arbeitsgemeinschaft selbst, wie Geschäftsordnung und Finanzen. Solche Entscheidungen werden auf den alljährlichen Ärztetagen, der so genannten Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft (§ 3 Ziffer a) getroffen. Die jährlichen Ärztetage werden zwar als „Parlament der Ärzteschaft“ bezeichnet, entsprechen aber, weil dieses Gremium nur einmal jährlich tagt und keine Fraktionen im Sinne von Meinungs- oder Interessengruppen hat, keinem Parlament im eigentlichen Sinne. Stattdessen besteht der Ärztetag aus Delegationen der Landesärztekammern, im Wesentlichen entsprechend deren Mitgliederzahl (§ 4 Abs. 3).

Was umgangssprachlich als Bundesärztekammer bezeichnet wird, umfasst tatsächlich nicht alle deutschen Ärztinnen und Ärzte im gleichen Sinne wie eine Landesärztekammer. Landesärztekammern haben in ihrer Kammerversammlung ein Selbstbestimmungsorgan, das alle Ärztinnen und Ärzte ihres Bundeslandes bindet. Der Ärztetag als Hauptversammlung der Arbeitsgemeinschaft bindet aber nur ihren Vorstand (§ 5 der Satzung). Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft besteht im Übrigen aus dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten und zwei weiteren Ärztinnen oder Ärzten, weiter aber aus den Präsidenten der 17 Landesärztekammern, die dem Vorstand kraft ihres Amtes angehören (§ 5 Abs. 3 der Satzung). Diese besitzen im Vorstand eine garantierte absolute Mehrheit, obwohl sie nicht vom Ärztetag, sondern je von ihren Landesärztekammern gewählt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) steht zu der Arbeitsgemeinschaft BÄK gewissermaßen quer. Ihre Selbstbeschreibung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist die Dachorganisation der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie organisiert die flächendeckende wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung und vertritt die Interessen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisiert. Sie untersteht der staatlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Ähnlich der Arbeitsgemeinschaft BÄK sind die Mitglieder dieses Verbands, die Kassenärztlichen Vereinigungen, ebenfalls Körperschaften öffentlichen Rechts auf Länderebene. Anders aber als die Arbeitsgemeinschaft BÄK ist der Dachverband auch selbst eine Körperschaft öffentlichen Rechts und die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder sind qua Gesetz in den Verband integriert. (§ 368k Abs. 1–3 Gesetz über Kassenarztrecht). Das Gesetz schreibt der KBV Aufgaben und Zuständigkeiten im Einzelnen vor. Die Beschlüsse ihres Vorstands binden die einzelnen Kassenärztinnen und -ärzte direkt. Sie gestalten also den Alltag der kassenärztlichen Versorgung in erheblichem Maße. Der Verband umfasst aber ausschließlich die Kassenärzteschaft, also etwa die Hälfte der deutschen Ärzteschaft, vertritt ausdrücklich auch nur deren Interessen und ist für die klinische Patientenversorgung nicht zuständig.

9 Fazit

Gegenwärtig stellt weder die BÄK noch die KBV eine direkte Repräsentanz der deutschen Ärztinnen und Ärzte dar. Die KBV schon deshalb nicht, weil sie nur die Hälfte der Ärzteschaft und nur den ambulanten Sektor umfasst. Die BÄK dagegen ist als Versuch zu verstehen, trotz der vorgegebenen Zersplitterung in 17 Landesärztekammern eine einheitliche handlungsfähige Ärzteschaft zu bewahren. Der Versuch bleibt aber unzulänglich, weil die Landesebene für die Beherrschung bundesweiter Herausforderungen schlicht die falsche Ebene ist. Keine Landesärztekammer allein kann die Kommerzialisierung in Praxis und Klinik unterbinden, den Graben zwischen Praxis und Klinik überwinden, die Initiative der Bundesregierung zur Reform der Krankenhausversorgung mitgestalten, eine geordnete Weiterbildung durchsetzen, die notwendige Qualitätskontrolle garantieren. Deshalb enden solche Themen in den Kammerversammlungen in bloßen Appellen oder gelangen gar nicht erst auf die Tagesordnung. De facto entsteht also keine Repräsentanz, die die bundesweiten Herausforderungen angehen könnte. Sie lassen sich mit Aussicht auf Erfolg nur von einer Ärzteschaft direkt und bundesweit repräsentierenden, nach innen handlungsfähigen und nach

außen sprachfähigen, nach parlamentarischem Vorbild agierenden Gremium bearbeiten, das wir zurzeit nicht haben. Ein solches Gremium würde vermutlich auch die unter moralischen Stress leidenden Kritiker zu neuer Identifikation mit dem Beruf ermutigen.

Der derzeitige Zustand ist aber nicht unabänderlich. So wie der Blickwechsel der WMA eine Reaktion auf den gesellschaftlichen und technologischen Wandel der gesundheitlichen Versorgung ist, so kann auch die Struktur der verfassten Ärzteschaft den neuen Herausforderungen angepasst werden – so wie der Hippokratische Eid im Hinblick auf seine Anwendungsbedingungen veraltet ist, das Konzept der Profession aber fortbesteht. Die Organisationsform der Körperschaft öffentlichen Rechts ist dafür auch nicht ungeeignet. Sie kann in Zusammenarbeit mit der Politik abgewandelt, eingeschränkt oder ausgeweitet werden. Dazu wäre der Ersatz der derzeitigen 18 Körperschaften öffentlichen Rechts durch eine einzige, alle Ärztinnen und Ärzte umfassende Körperschaft öffentlichen Rechts mit den entsprechenden Durchgriffsrechten ein erster, moralisch und berufspolitisch gut begründeter Schritt.

Danksagung

Ich danke den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Ökonomisierung/Kommerzialisierung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM) für die vorbereitenden Diskussionen und hilfreichen Ratschläge.

Bibliographie

- Bundesärztekammer (2023). *Beschlussprotokoll des 127. Deutschen Ärztetags zu TOP II Freiheit und Verantwortung in der ärztlichen Profession: „Primat der Medizin“*. Online unter: <https://127daet.baek.de/Applications> (Zugriff: 31.07.2024).
- Bundesärztekammer (2019). *Positionspapier „Patientenversorgung unter Druck“. Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer auf Vorschlag der AG „Wettbewerb im Gesundheitswesen“*. Online unter: <http://daebl.de/XQ53> (Zugriff: 31.07.2024).
- Deichert, U., Höppner, W. und Steller, J., Hrsg. (2016). *Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m*. Berlin-Heidelberg.
- Edelstein, L. (1943). The hippocratic oath. In: Bartels, K., Hrsg. (1969). Edelstein, L., *Der hippokratische Eid*. Zürich und Stuttgart, 3–102.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Chicago.
- Gordon, B. L. (1949). *Medicine throughout antiquity*. Philadelphia, 529–539.

- Heubel, F. (2015). The „Soul of Professionalism“ im sogenannten hippokratischen Eid. In: Heubel, F., Hrsg., *Professionslogik im Krankenhaus*, Frankfurt am Main.
- Heubel, F. (2015). The „Soul of Professionalism“ in the Hippocratic Oath and today. *Medicine, Health Care and Philosophy* 18 (2), 185–194.
- Kern, M., Buia, A., Tonus, C., Kern, M., Weigel, T. F., Dittmar, R., und Hanisch, E. (2019). Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland. *Chirurg* 70, 576–584.
- Kettner, M., und Heubel, F. (2012). Lob der Profession. *Ethik in der Medizin* 24 (2), 137–146.
- Kühlmeier, K. (2023). Was löst moralischen Stress aus? *Imago Hominis* 30 (1), 007–017.
- Naegler, H., und Wehkamp, K. H. (2018). *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung*. Berlin.
- Osterloh, F. (2019). Bundesärztekammer: Kommerzialisierung bekämpfen. *Deutsches Ärzteblatt* 116 (26), A-1268.
- Parsa-Parsi, R. W., und Wiesing, U. (2023). Weltweite Identität hergestellt. *Deutsches Ärzteblatt* 120 (23), A-1020.
- Prütz, F. (2012). Was ist Qualität im Gesundheitswesen? *Ethik in der Medizin* 24 (2), 105–115.
- Rabin, S., Kika, N., Lamb, D., Murphy, D. Sharon, A. M., Stevelink Williamson, V., Wessely, S., and Greenberg, N. (2023). Moral Injuries in Healthcare Workers: What Causes Them and What to Do About Them? *Journal of Healthcare Leadership* 15, 153–160.
- Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung (2023). *Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung. Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen*. Online unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhaus-kommission-stellungnahme-potenzialanalyse.pdf (Zugriff: 18.02.2024).
- Schmacke, N. (2023). *Vertrauen in die Medizin. Warum sie es verdient und wodurch es gefährdet wird*. Gießen.
- Strohschneider, T. (2022). *Krankenhaus im Ausverkauf*. Frankfurt am Main
- Weigel, T. F. (2018). *Qualität in der Medizin quantifizieren?* Wiesbaden.
- Wiemeyer, J. (2020). Struktureller Reformbedarf des deutschen Gesundheitswesens am Beispiel des Krankenhauswesens. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 66 (2), 167–180.
- World Medical Association (2018). *Declaration of Geneva*. Online available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/> (Zugriff 18.02.2024).
- World Medical Association (2022). *International Code of Medical Ethics*. Online available: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics> (Zugriff: 18.02.2024).
- Bundesärztekammer (2022). Dialogforum vom 23.5.2022: Junge Ärztinnen und Ärzte wollen sich nicht der Macht des Geldes unterordnen. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134455/> (Zugriff: 31.07.2024).