

Friedrich Heubel

## **Ethik und ärztliche Professionalität**

Mein Vortrag hat drei Teile:

1. Autorität von und in Institutionen
2. Die Umgangssprache vergegenwärtigen, mit der wir unsere moralischen Urteile ausdrücken
3. Die Nutzenanwendung für Medizin und Kommerzialisierung

### **1. Autorität von und in Institutionen**

In vergangenen Zeiten gab es das Regierungsmodell der absoluten Monarchie. Jeder regierende Fürst war der Souverän seines Landes. Ob er gut oder schlecht beraten wurde, ob von Ständen oder von Ministern, oder ob er auch die Stimmung des Volkes berücksichtigte, er genoß absolute Autorität. Zwar war sein Wille nicht bloße Willkür. Sein Regieren diente der Erhaltung, Entwicklung, Stärkung und Erweiterung seines Landes. Aber nur was er unterschrieb, galt. Diese Autorität rechtfertigte sich durch das Gottesgnadentum. Er und sein Haus waren Herrscher von Gottes Gnaden. Er war sozusagen ein vom Himmel eingesetzter Souverän.

Diese Zeiten sind heute vorbei. Aber das Wort Souveränität ist geblieben. Und auch die Sache Souveränität ist geblieben. Wir haben heute den Begriff der Volkssouveränität, und das ist kein leerer Begriff. Das Grundgesetz macht explizit, was Volkssouveränität meint:

*Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt. (Art. 20 Abs. 2 Grundgesetz) .*

Die Staatsgewalt „wird vom Volk in Wahlen und Abstimmungen ausgeübt“. Das heißt, die Vertrauenswürdigkeit von Personen und der Wert von rivalisierenden Meinungen werden öffentlich diskutiert und überprüft. Und die Ausübung der Staatsgewalt durch die besonderen Organe – Parlament, Regierung, Gerichte – soll sichern, dass keine Individualinteressen das Allgemeininteresse dominieren können. Anders als früher ist Herrschaft heute – jedenfalls in den westlichen Demokratien dem Grundsatz nach – öffentlich legitimiert, formalisiert und repräsentativ. Der Souverän ist nicht mehr eine natürliche Person, sondern ein Akteur besonderer Art. Nämlich das Volk, verstanden als ein regelgebundenes Entscheidungskollektiv. Dieses „regelgebundene Entscheidungskollektiv“ ist vergleichbar mit einer juristischen Person, z. B. einer Partei oder einem Berufsverband. Der Souverän Volk unterscheidet sich aber von einer normalen juristischen Person dadurch, dass es über ihm keinen Gesetzgeber mehr gibt. Der Akteur Volk gibt sich die Regeln seines Entscheidens selbst und bindet sich zugleich an diese Regeln. Das entspricht dem ursprünglichen Sinn von Autonomie, „Selbstgesetzgebung“. Insofern ist der Akteur Volk vergleichbar nicht nur mit einer juristischen, sondern auch mit einer moralischen Person, einem moralischen Subjekt, einem verantwortlichen Individuum. Der moderne Souverän in Gestalt des verfassten Volkes mag zwar keinen Himmel mehr über sich haben, aber die moralische Sphäre gibt es für ihn ebenfalls.

Und wie der frühere Souverän als natürliche Person genießt auch der moderne Souverän Volk absolute Autorität. Was das Volk als Souverän regelgemäß beschlossen hat, gilt. Zu den Regeln gehört zwar, dass Beschlüsse in Frage gestellt und angefochten werden können. Aber am Ende beschließt doch wieder der Souverän selbst. Und der moderne Souverän sieht sich vor den gleichen Aufgaben wie der von früher: Die Nation zu erhalten, zu entwickeln und nach Außen ihre Position gegenüber anderen Nationen zu vertreten.

Worin besteht diese Aufgabe? Die Aufgabe besteht im Wesentlichen darin, die Aktivitäten der individuellen Akteure, der Bürgerinnen und Bürger, so zu ordnen, dass sich insgesamt eine

Kooperation zugunsten des Gemeinwesens ergibt. Für eine solche Kooperation müssen vier Bedingungen erfüllt sein. Die Bürgerinnen und Bürger müssen damit rechnen können, dass ihnen momentan und auf Dauer (1) bei Krankheit und Behinderung die gesellschaftlichen Ressourcen zur Verfügung stehen, (2) dass ihnen niemand das Leben und ihren legitimen Besitz nimmt, (3) dass sie zu den Kulturtechniken ihrer Gesellschaft Zugang haben und (4) dass keine Ideologie die freie Meinungsbildung behindert. Mit anderen Worten, niemand soll seinen Freiheitsraum willkürlich – beziehungsweise mit privater Gewalt - auf Kosten des Freiheitsraums eines Anderen erweitern können. Diese Erwartungssicherheit ist Vorbedingung für fruchtbare Kooperation und der Souverän realisiert sie, indem er Institutionen dafür einrichtet: Krankenhäuser, Gerichte, Schulen und ein definiertes Verhältnis zu den Konfessionen. Der moralisch wesentliche Punkt ist: Nur der Souverän kann diese Aufgabe übernehmen. Denn diese Aufgabe erfordert die Ausübung derjenigen Macht, die das Grundgesetz „Staatsgewalt“ nennt, also die von bloßer Gewalt unterschiedene, durch Verfahren legitimierte Machtausübung. Und der Souverän kann auf die Wahrnehmung dieser Aufgabe auch nicht verzichten. Denn dann würde er nicht mehr alle Bürgerinnen und Bürger repräsentieren und damit seinen Anspruch auf Autorität verwirken. Institutionen, die der Souverän regelgemäß einsetzt, sind also legitim.

Gerechtfertigt sind auch die Zwecke, zu deren Verwirklichung der Souverän die Institutionen als Mittel eingesetzt hat. Die Zwecke der Institutionen Krankenhaus, Gericht und Schule kann man grob benennen mit Gesundheit, Rechtssicherheit und Bildung. Die Erfüllung dieser Zwecke liegt im Interesse jedes Bürgers. Denn sie ist Voraussetzung dafür, dass die Bürgerinnen und Bürger ihre je persönlichen Zwecke in allgemeinverträglicher Form verfolgen können. Institutionen dienen also zugleich dem Gemeinwohl.

Aber sie haben ein besonderes moralisches Problem. Gesundheit, Rechtssicherheit und Bildung sind zwar gerechtfertigte Zwecke, sie müssen aber jeweils für individuelle Personen umgesetzt werden. Welche Behandlung ist bei diesem Patienten die richtige, welche Partei hat in diesem Streit Recht, was muss dieser Schüler wie lernen? Die Aufgabe ist jeweils eine Vermittlung, ein Eingehen auf oder Anpassen an Bedarfe, Bedürfnisse und Situationen individueller Menschen. Ärzte, Richter und Lehrer nehmen diese Aufgabe in persönlicher Verantwortung wahr. Der Souverän, der die Zwecke Gesundheit, Rechtssicherheit und Bildung verwirklichen will, ist davon abhängig, dass sich genug Menschen finden, die bereit sind, diese jeweils persönliche Verantwortung zu übernehmen. Er kann sich um ihre Ausbildung kümmern und ihnen etwa durch staatliche Prüfungen im Publikum Vertrauen verschaffen, und er kann ihnen in Gestalt von Krankenhäusern, Gerichten und Schulen jeweils die Infrastruktur liefern, die sie für ihre Tätigkeit brauchen. Aber er kann ihnen die Verantwortung für ihre vielen Einzelfallentscheidungen nicht abnehmen. Er kann andererseits aber auch nicht zulassen, dass grundsätzlich die Ärzte die Krankenhäuser, die Richter die Gerichte und die Lehrer die Schulen betreiben. Denn dann würde er Gefahr laufen, dass die Gruppeninteressen der Betreiber sich vor das Allgemeininteresse schieben.

Die Soziologen nennen diesen Typus von Beruf Profession und die Angehörigen eines solchen Berufs Professionelle. Der moralisch relevante Unterschied zu den anderen Berufen besteht im Verhältnis von Eigeninteresse zu Fremdinteresse. Der Großteil aller Interaktionen zwischen Menschen findet auf der Basis wechseltig anerkannten Eigeninteresses statt. Zum Beispiel suchen in einer Kauf-Verkauf-Interaktion beide Partner ihren Vorteil, wissen das und gestehen es auch wechselseitig einander zu. Typischerweise können sie allerdings den Wert, den der Verhandlungsgegenstand für sie hat, selbst beurteilen. In den typischen Interaktionen der Professionellen mit ihren Klienten ist das anders. Da geht es für den Klienten um Höchstpersönliches und der Professionelle muss die Expertise liefern, die dem Klienten gerade fehlt. Der Professionelle ist also eine Art Treuhänder. Ohne sich von seinem Eigeninteresse irritieren zu lassen, muss er dem Interesse seines Klienten Vorrang geben. Konsequenterweise haben Professionen, um das deutlich zu machen, spezielle Berufsethiken oder

berufliche Selbstverpflichtungen – bei den Ärzten z.B. die Präambel der Berufsordnung und früher den so genannten Hippokratischen Eid.

## **2. Die Sprache vergegenwärtigen, mit der wir unsere moralischen Urteile ausdrücken**

Auch die kollektiven Akteure wie der Souverän, die Institutionen Krankenhaus, Krankenkassen, Gerichte, Ärzteschaft handeln letzten Endes durch Menschen, das heißt durch individuelle Akteure. Aber sie handeln in verschiedenen Kontexten. Man kann zum Beispiel fragen, wem der jeweilige individuelle Akteur dient. Die Antwort ist dann: Menschen handeln im Dienst des Souveräns oder im Dienst einer Institution oder im Dienst des Einzelnen. Entsprechend unterscheiden sich auch die Verantwortungsbereiche. Personen sind zwar immer verantwortlich für das was sie tun, aber gegenüber wem sie für was verantwortlich sind, ist verschieden. Und vor allem sind die moralischen Forderungen oder Erwartungen, unter denen Menschen stehen – und die sie ja keineswegs immer erfüllen - auch von verschiedener Dringlichkeit oder Verbindlichkeit.

Es gibt sozusagen eine Skala mit Graden von Verbindlichkeit. Am einen Ende der Skala ist die Verbindlichkeit so groß, dass man zur Erfüllung einer moralischen Forderung sogar gezwungen werden kann, nämlich bei den Rechtspflichten. Zum Beispiel finden wir den Zwang, mit dem wir Eigentum schützen und Raubmörder aus dem Verkehr ziehen, richtig. Recht muss Recht bleiben. Das kann man, finden wir, verlangen. Am anderen Ende der Skala gibt es Handlungen, bei denen man von Verbindlichkeit eigentlich nicht mehr sprechen kann. Zum Beispiel den Jetpiloten, der das brennende Flugzeug noch über das Wohngebiet hinaus fliegt und dabei sein Leben verliert. Oder Sokrates, der nicht aus dem Gefängnis flieht, obwohl die Freunde alles vorbereitet haben und obwohl er den Vollzug der Todesstrafe vor sich hat, sobald das Schiff aus Delos zurück ist. Für diese Handlungen gibt es eigentlich keine Verbindlichkeit. Trotzdem finden wir sie in einer besonderen Weise moralisch, tugendhaft, vorbildlich oder gar heldenhaft. Es scheint, dass die Einordnung eines solchen Handelns als in besonderer Weise moralisch damit zusammenhängt, dass diese Akteure erkennbar ihr persönliches Eigeninteresse ausschließen.

Zwischen diesen beiden Extremen der Skala gibt es immerhin ein Kriterium für die Abstufung von Verbindlichkeit. Nämlich den Unterschied von Verbot und Gebot. Verbot heißt, man soll etwas lassen. Gebot heißt, man soll etwas tun. Entsprechend der alten Regel: Tut das Gute und lass das Böse. Verbote sind in der Regel von engerer Verbindlichkeit als Gebote. Das hat etwas damit zu tun, dass es vergleichsweise einfach ist, sie zu befolgen. Man kann „das Böse“ einfach lassen, ohne weitere moralische Überlegungen anzustellen. (Vorausgesetzt natürlich, dass das Böse wirklich das Böse beziehungsweise das rechtlich Eindeutige ist). Das ist bei den Geboten in der Regel anders. Da muss man überlegen, *was* genau man eigentlich tun sollte. Man muss sich um die Wahl von Zwecken und Mitteln kümmern. Man muss den Zweck seines Handelns wählen, und dabei ist man frei. Aber wenn man verantwortlich handeln will, muss der Zweck des Handelns jedenfalls gerechtfertigt sein und die Mittel müssen dazu passen. Das zu überlegen und zu entscheiden ist keine triviale Aufgabe. Man muss beurteilen, in welchem Handlungskontext man steht und welche Mittel man überhaupt hat, durchaus auch in einem ökonomischen Sinne: Seine Kräfte schonen und danach die Zwecke wählen oder die Zwecke wählen und die Kräfte anpassen – entsprechend dem Minimalprinzip und dem Maximalprinzip der Ökonomen.

Und auch in der Mitte der Skala gilt die Unterscheidung von Tun und Lassen: Es ist moralisch verboten, einen Menschen zu mißachten oder entwürdigen, zum Beispiel ihn von oben herab zu behandeln. Den Anspruch, nicht entwürdigend behandelt zu werden, gestehen wir jedem Menschen zu. Wir können sogar sagen, man sei jedem Menschen Achtung „schuldig“. Diese Verbindlichkeit nähert sich einer rechtlichen - absoluten - Verbindlichkeit an. Aber weil sie sich ebenso auf die innere Gesinnung wie auf das äußere Handeln bezieht, ist sie rechtlich nicht abschließend zu fassen. Bei den moralischen Geboten ist die Verbindlichkeit weniger eng. Verantwortungsbewußtsein verlangen wir

zwar von jedem Menschen – es sei denn er ist seiner selbst nicht mächtig. Denn wenn es überhaupt so etwas wie Moral gibt, dann gilt sie für Jeden. Jeder Mensch hat aber auch die Freiheit, unter der Vielheit der Kombinationen von moralisch gerechtfertigten Zweck und den dazu passenden Mitteln sich für seine eigenen Kombinationen zu entscheiden. Das kann man, wie Immanuel Kant, „weite Verbindlichkeit“ nennen. Also nicht „keine Verbindlichkeit“ auch nicht „verminderte Verbindlichkeit“, aber Verbindlichkeit zum Wählen. Immerhin gibt es auch für diese Wahl ein Kriterium, nämlich der Besitz oder Nichtbesitz von geeigneten Mitteln. Wer zur Realisierung eines gerechtfertigten Zwecks überhaupt kein Mittel hat, von dem kann auch die Mühe der Realisierung nicht gefordert werden. Wer dagegen im exklusiven Besitz der notwendigen Mittel für einen hochwertigen Zweck ist, von dem kann die Realisierung oder jedenfalls der Versuch dazu erwartet werden. Zum Beispiel kann von einem Arzt oder einem Notfallassistenten auch außerhalb des Dienstes die Erste Hilfe bei einem Verunfallten eher erwartet werden als von einem unausgebildeten Laien. Genau in der Mitte der Skala, zwischen den Extremen, steht übrigens das Versprechen, das ist sozusagen eine moralische Institution. Versprechen müssen gehalten werden. *Pacta sunt servanda*. Das halten wir für verlangbar. Andererseits ist man aber ist nicht gezwungen, ein Versprechen abzugeben.

### **3. Nun die Nutzenwendung.**

Die Leitfrage unseres Symposions war: Ist es eine sinnvolle Option gegen die Kommerzialisierung, wenn leitende Ärzte organisierten Widerstand leisten? Das sieht zunächst nur wie eine politisch-pragmatische Frage aus. Also: Wie kann Widerstand aussehen und hat er überhaupt Aussicht auf Erfolg? Die Frage ist aber auch moralisch relevant. Widerstand leisten - dürfen sie das denn überhaupt und wieso gerade sie? Denn für eine gute Krankenversorgung sind ja nicht nur Ärzte verantwortlich. Die Verantwortung verteilt sich auf viele Akteure, kollektive und individuelle. Sie reicht vom Souverän, also der Bundes- und Landespolitik, über die von ihm eingesetzten Institutionen, also zum Beispiel den Krankenhäusern und Krankenkassen bis zu den patientennahen Behandlern, also Ärzten und Pflegenden. Die haben nicht alle die gleiche Verantwortung. Die Frage ist: Wer ist für was verantwortlich, wer muss was unterlassen, wer ist zu was verpflichtet, von wem kann was verlangt werden, wem ist was zumutbar, von wem darf was erwartet werden und gibt es vielleicht irgendwo die überzeugenden Helden oder Heiligen? Das sind Fragen, die auf die uns allen gemeinsame Moral zurückgreifen, und das ist eine Basis, die die Kooperation zwischen den Akteuren erleichtern und ihnen innere Sicherheit für ihr Handeln geben kann. Ich dekliniere also die verschiedenen Akteure anhand ihrer verschiedenen Rollen und der für sie gültigen Verbindlichkeiten durch.

Die Krankenhäuser sind aus Sicht des Souveräns Mittel zum Zweck von – grob gesprochen – mehr Gesundheit. Allerdings unterliegen sie auch einer weiteren ebenfalls moralisch gerechtfertigten Verpflichtung. Es gibt viele von durch den Souverän einzurichtenden Institutionen, zum Beispiel Gerichte, Schulen, Polizei, Zoll, Meldewesen. Sie alle brauchen materielle Ressourcen um zu funktionieren, und weil Ressourcen immer knapp sind, gibt es um sie Konkurrenz. Die Verteilung der Ressourcen zwischen den Institutionen kann nur der Souverän regeln und er muss es auch. Er muss sichern, dass jede Institution mit ihren Ressourcen sparsam umgeht, das heißt, nur soviel verbraucht, wie es zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Denn wenn er zulässt, dass in einer Institution Ressourcen verschwendet werden, behandelt er Bürger ungleich. Die von der Verschwendung Begünstigten werden zu Unrecht vorgezogen, und das läuft dem grundgesetzlich statuierten Gleichbehandlungsgrundsatz zuwider. Das heißt für uns: Krankenhäuser, als vom Souverän regelmäßig eingerichtete Institutionen, müssen sparsam wirtschaften, so wie es dem Wirtschaftlichkeitsprinzip oder ökonomischen Prinzip entspricht. Das den Krankenhausträgern und den in ihrem Namen handelnden Geschäftsführern abverlangte Bemühen um Sparsamkeit ist moralisch gerechtfertigt.

Auch Ärzteschaft und Pflege sind aus Sicht des Souveräns Mittel zum Zweck von – grob gesprochen – mehr Gesundheit. Die Zwecke sind aber, genau genommen, verschieden. Moderne

Krankenversorgung ist ohne die komplexe organisatorische und technische Infrastruktur, die die Krankenhäuser bieten, nicht möglich. Aber *was* im Einzelfall möglich, sinnvoll und notwendig ist, wird von Ärzteschaft und Pflege entschieden. In die dafür nötige Interaktion mit den Patienten treten Krankenhausträger und Geschäftsführer nicht ein. Deren Expertise besteht in Organisation und wirtschaftlicher Betriebsführung. Ärzteschaft und Pflege sind dagegen Professionen. Geschäftsführer sind dem Eigeninteresse am Funktionieren und Überleben ihres Hauses verpflichtet, Ärzte und Pflegenden je dem Fremdinteresse ihrer Patienten. Wie der Souverän selbst hängen die Krankenhäuser davon ab, dass individuelle Akteure die persönliche Verantwortung für diese besondere Art der Interaktion, der professionellen Interaktion, übernehmen. Der Krankenhausträger kann zwar darauf achten, dass er keine „falschen Professionellen“ einstellt, zum Beispiel keinen Hochstapler und keinen gefährlichen Pfleger, aber er kann die individuelle Verantwortung der professionellen Behandler gegenüber ihren Patienten nicht ersetzen oder übernehmen.

Es gibt demnach im Krankenhaus zwei verschiedene Zweck-Mittel-Konstellationen. Sowohl die Träger- wie die Behandlerseite dienen dem gerechtfertigten und hochrangigen Zweck „mehr Gesundheit“. Und sie sind aufeinander angewiesen. Denn der Zweck kann von der Behandlerseite nur im Rahmen dessen verfolgt werden, was die Trägerseite an Infrastruktur anbietet. Er kann aber auch nur dann sinnvoll verfolgt werden, wenn die Trägerseite die Anforderungen berücksichtigt, die nur die Behandlerseite beurteilen kann. Der Unterschied zwischen den beiden Seiten besteht darin, dass Ärzte und Pflegenden sich in der und durch die professionelle Interaktion mit den Patienten mit dem Zweck jeweils persönlich identifizieren müssen. Abstrakt ausgedrückt: Dass sie für den Zweck sich jeweils selbst als Personen zum Mittel machen müssen. Das ist den übrigen Akteuren im Krankenhaus, die keine Behandler sind, nicht möglich und wird von ihnen nicht verlangt. Von ihnen darf Loyalität zum Träger verlangt werden, professionelle Interaktion mit den Patienten ist ihnen aber verwehrt. Aus Sicht des Souveräns dienen die Behandler dem Zweck „mehr Gesundheit“ direkt oder unmittelbar, die Trägerseite indirekt oder mittelbar. Aus Sicht des Souveräns ist das Krankenhaus Mittel für die professionelle Interaktion mit den Patienten, die wiederum das Mittel für die Erfüllung des Zwecks „mehr Gesundheit“ ist. Die professionelle Interaktion ist nicht dazu da, den Träger zu erhalten, sondern die Erhaltung des Trägers ist dazu da, die professionelle Interaktion zu ermöglichen. Und diese Sicht des Souveräns ist moralisch legitim.

Diese Klarstellung der moralischen Konstellationen löst allerdings noch nicht das Handlungsproblem, das uns alle umtreibt. Professionelle und Träger hängen wechselseitig voneinander ab. Ihre Interessen laufen zum Teil gegeneinander, und doch sind beide Seiten moralisch legitimiert. Damit hat der Souverän ein Grundsatzproblem. Das extrem hochrangige Ziel „mehr Gesundheit“ wird durch ein Gerechtigkeitsprinzip begrenzt. Aus Sicht des Souveräns läuft das Problem auf die Frage hinaus: Wieviel Lasten sind allen Bürgerinnen und Bürgern einschließlich der Kranken zumutbar, wenn die Kranken die Sicherheit haben sollen, zeitgemäß behandelt zu werden? Weder die Träger- noch die Behandlerseite kann diese Frage letztgültig beantworten und schon garnicht die Antwort durchsetzen. Das kann nur der Souverän selbst. Der Souverän kann sich aber ebensowenig wie ein Krankenhausträger um den Einzelfall kümmern. Es bleibt ihm nur die Möglichkeit, geordnete Verfahren zu installieren. Und was uns umtreibt, ist genau das Verfahren, das er de facto installiert hat.

Was er installiert hat, ist das Vergütungssystem der DRGs. Dieses System abstrahiert von der Interaktion zwischen Professionellen und Patienten. Es lässt nur abgrenzbare und monetär bewertbare Arbeitsleistungen in Form von Diagnosen übrig. Diese Leistungen werden mit Preisen versehen und an die Krankenkassen verkauft. Dadurch werden die Träger von Krankenhäusern gezwungen, das Stellen von Diagnosen möglichst so zu beeinflussen, dass mit den zu erwartenden Erlösen die tatsächlichen Kosten gedeckt werden. Damit greifen sie aber in die Kernkompetenz der Ärzte ein, Diagnosen und Indikationen zu stellen. Sie unterminieren deren professionelles Selbstverständnis und konterkarieren den tatsächlichen Behandlungsbedarf, sowohl in Richtung auf Über- wie auf

Unterversorgung. Zusätzlich stehen die Träger unter dem Druck, nicht nur die Kosten auszugleichen, sondern auch Gewinn anzustreben, zumal die gesetzlich vorgesehenen Investitionsmittel der Länder ausbleiben und die Krankenhäuser Investitionen aus den Betriebsgewinnen finanzieren müssen. Beide Ziele des Souveräns, nämlich „mehr Gesundheit“ und „Sparsamkeit“, werden also kompromittiert. Der Versuch, die Zielerreichung zu verbessern, ist moralisch gerechtfertigt.

Das Ziel der Bemühung müsste sein: Mehr Bedarfsgerechtigkeit. Aber von wem kann man diese Bemühung erwarten? Zunächst erwartet man sie natürlich vom Souverän selbst. Aber der Souverän ist damit überfordert. Denn er kann ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem nicht ohne die Mitwirkung der Ärzte und Pflegenden einrichten, weil die es sind, die letzten Endes den Bedarf - und zwar nach professionellen Maßstäben - bestimmen. Auch die Krankenhausträger können diese Aufgabe mangels eigener Kompetenz nicht erfüllen. Außerdem steht dieser Aufgabe - jedenfalls unter dem gegenwärtigen DRG-System - ihr Eigeninteresse entgegen. Krankenhausträger, die ihre Ärzte „von der Leine lassen“ würden, würden ökonomisch ins Hintertreffen geraten, private Träger müssten ihr Geschäftsmodell aufgeben. Auch die Krankenhäuser fallen also als Akteur aus. Anders die Ärzte. Sie sind auf ein Fremdinteresse, das Interesse ihrer Patienten, verpflichtet. Von ihnen darf erwartet werden, dass ihr gemeinsames professionelles Selbstverständnis sie davon abhält, Kompromisse mit dem Patientenwohl einzugehen. Möglicherweise ist das sogar die Erwartung des Gesetzgebers gewesen, als er das DRG-System einführte.

Aber auch die Ärzteschaft steht vor einem kaum überwindbaren Hindernis. Würden alle Krankenhausärzte sich ihrem professionellen Selbstverständnis gemäß verhalten, dann würden sie genau den Auftrag des Souveräns erfüllen. Aber der gleiche Souverän unterwirft sie einem Handlungsprinzip, das ihrer Professionalität zuwiderläuft. Zugleich gilt das ebenfalls vom Souverän gesetzte Arbeitsrecht. Die Krankenhausträger setzen das problematische Handlungsprinzip durch das Direktionsrecht des Arbeitgebers konsequent um - oder müssen es umsetzen. Sie geben den ökonomischen Druck, unter dem sie stehen, an die Krankenhausabteilungen weiter. Gefördert wird die Abteilung, die hohe Deckungsbeiträge erbringt, gebremst die, die das nicht tut oder nicht kann. Gegen diesen betriebswirtschaftlich rationalen Druck kann sich die einzelne Abteilung nicht wehren. Die Vereinzelung ist offenbar der entscheidende Mechanismus, der das Bestehen auf der professionellen ärztlichen Kompetenz verhindert.

Der Souverän sabotiert also das von ihm selbst gesetzte Ziel „mehr Gesundheit“ durch das von ihm selbst gesetzte Organisationsmodell. Weil das Ziel zu den moralisch höchstrangigen gehört, ist es moralisch mindestens legitim, sich um die Auflösung dieses Widerspruchs zu bemühen. Aber auch die Erwartung an die Ärzteschaft, dass sie Kompromisse zu Ungunsten der Patienten abweist, hat moralische Gründe. Ärztliche Professionalität ist auch ohne den Auftrag des Souveräns dem Dienst am Patienten verpflichtet. Und Verbindlichkeiten sind umso enger, je exklusiver der betreffende Akteur die dazu notwendigen Mittel besitzt. Und der exklusive Mittelbesitzer ist die Ärzteschaft. Nur sie besitzt die Kompetenz, den Behandlungsbedarf zu bestimmen und die Kompetenz, ihn in kooperatives Handeln umzusetzen. Die an sie gerichtete Erwartung ist unvermeidlich.

Wenn nun die Vereinzelung der Abteilungen das wesentliche Hindernis gegen das Bestehen auf der professionellen ärztlichen Kompetenz ist, dann darf vom Souverän und von der Öffentlichkeit die Aufhebung dieser Vereinzelung nicht nur erwartet, sondern auch verlangt werden. Die Verbindlichkeit ist hoch. Aber die Erwartung richtet sich an die ärztliche Profession als Ganzes, nicht unbedingt an den einzelnen Arzt. Diese Verbindlichkeit ist weit. Sie gilt für alle ärztlich Tätigen, aber jeder und jede Einzelne muss entscheiden, ob und was und wieviel sie in der Verantwortung für die gemeinsame Profession aufwenden wollen. Es sind also doch wieder, gut ärztlich, die individuellen Akteure, auf die es ankommt. Sie können sich aber auch durch das Bewußtsein ihrer gemeinsamen Professionalität ermutigt fühlen.