

Symposion **Heilen um die Wette?** am 04.03.2017 in Marburg

Friedrich Heubel

Profession und Professionalität

Jean-Pierre Wils denkt über einen neuen ärztlichen Eid nach (Dtsch Ärztebl 114(8) A-358/B-309/C-303). Er kritisiert zwei junge prominente Texte, nämlich die Stellungnahme des deutschen Ethikrats „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ und das Buch von Giovanni Maio „Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft“. Wils erkennt die Gründlichkeit und den Ernst der dort gestellten Diagnosen an. Aber er stellt fest – meines Erachtens zutreffend: Der Ethikrat bleibe zu allgemein. Er lasse den realen Kontext ärztlichen Handelns unberücksichtigt. Und Maio beantworte nicht die Frage, wie die von ihm geforderte „innere und äußere Freiheit“ bewerkstelligt werden könnte“. Beide bleiben nach Wils die Antwort schuldig. Die Antwort nämlich darauf, was die Ärzteschaft konkret tun könnte und sollte, um den diagnostizierten Verfall aufzuhalten. Wils sieht die Antwort – oder vielleicht besser die Basis für eine Antwort – in einem neuen Eid. Die „eidesstattlich verfasste Organisation“ stelle „ein mächtiges Bollwerk gegen berufsfremde Übergriffe dar“.

Natürlich greift auch Wils auf den hippokratischen Eid zurück. Das ist eine Einladung, sich auf ihn zurückzubedenken. Denn natürlich stand auch der hippokratische Eid in einem sozialen Kontext. Was ich tun will, ist: Ich werde den antiken mit dem modernen Kontext vergleichen, hervorheben, was über die Zeiten hinweg an moralischen Auftrag konstant geblieben ist und dann daraus schließen, was wir hier und jetzt tun könnten und sollten. Das ist ein Stück der Wertediskussion, die Herr Müller-Wieland angemahnt hat.

Der Hauptunterschied zur Antike ist: Es gab damals kein Gesundheitswesen. Der antike Arzt arbeitete allein und auf sich gestellt. Es gab keine Fachgebiete, also auch keine Überweisungen. Der Kreislauf war noch nicht entdeckt, Infektionskrankheiten konnten nicht unterschieden werden, es gab keine Antibiotika, keine Narkose, keine Asepsis, keine Neuro-, Brust- und Bauchchirurgie, nur Ansätze von Hygiene. Es gab keine regulierte Ausbildung und keine Prüfungen, keine Krankenkassen, kein Medizinrecht und keinen Gesundheitsminister. Allerdings gab es auch keine öffentliche Beglaubigung durch eine Approbation. Deshalb hatte der Eid eine unvergleichliche Bedeutung. Der persönliche Schwur vor den alles sehenden, von allen geglaubten und gefürchteten Göttern ist als Indiz für Vertrauenswürdigkeit unüberbietbar. Wir wissen zwar nicht, wieviele Ärzte tatsächlich nach dem Eid gelebt haben. Aber er bot außerdem auch eine berufliche Struktur an. Wer den Eid schwor, trat freiwillig in einen sippenartigen Verbund ein, der durch den Lehrer als eine auch soziale Vaterfigur dominiert war.

Trotz aller Unterschiede ist aber Eines geblieben: Jeder ärztlich Tätige ist gefordert, *Diagnosen* oder *Indikationen* zu stellen. Diese ärztliche Kernaufgabe, ist durch nichts zu ersetzen. Diagnosen zu stellen ist nichts Triviales. Diagnostizieren heißt im Grundsatz, den einzelnen Krankheitsfall in eine übergeordnete Systematik, die aktuelle Nosologie einzuordnen. Davor sind mit dem Patienten anamnestiche Daten, Symptome, Befunde und Eindrücke zu sammeln und auf ihre relative Wichtigkeit zu überprüfen. Wenn kein plausibles Bild entsteht, muss man über neue Informationen („was fehlt uns noch?“) entscheiden und/oder die Verzweigungen der Nosologie verfolgen („man muss nur dran denken“). Man muss gewärtig sein, dass das Bild offen bleibt. Oft hat man die Diagnose im Handumdrehen, manchmal bringt ein unerwartetes Detail die Lösung, manchmal liefert eine Fülle von unscheinbaren Daten nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, manchmal aber sieht man die Wahrheit erst in tabula. Dazu kommt: Je ernster die Prognose, desto fordernder wird die Kommunikation - und das Diagnostizieren zu einer Sache des Verhandeln. Denn der Einsatz dient etwas Höchstpersönlichem, nämlich der *körperlich-seelischen Funktionsfähigkeit*, und die ist die erste

Vorbedingung für das menschliche Handeln überhaupt.

Patienten können, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, Experten ihres eigenen Befindens sein. Aber selbst wenn sie alle Medizin studieren würden, können sie nicht zu diagnostischen Experten werden. Denn dafür braucht es nicht nur Wissen, sondern auch „durch Erfahrung geschärfte Urteilkraft“:

Immanuel Kant: „Ein Arzt daher, ein Richter, oder ein Staatskundiger kann viel schöne pathologische, juristische oder politische Regeln im Kopfe haben, in dem Grade, dass er selbst darin gründlicher Lehrer werden kann, und wird dennoch in der Anwendung derselben leicht verstoßen, entweder, weil es ihm an natürlicher Urteilkraft (obgleich nicht am Verstande) mangelt, und er zwar das Allgemeine in abstracto einsehen, aber ob ein Fall in concreto darunter gehöre, nicht unterscheiden kann, oder auch darum, weil er nicht genug durch Beispiele und wirkliche Geschäfte zu diesem Urteil abgerichtet worden. Dieses ist auch der einige und große Nutzen der Beispiele: daß sie die Urteilkraft schärfen“

Diese Urteilkraft kann nur innerhalb der ärztlichen Tätigkeit erworben werden, Exklusivität in diesem Sinne ist also unvermeidlich. Das bedeutet, dass nur die erfahrenen Fachkollegen untereinander Diagnosen und diagnostische Fähigkeiten beurteilen können. Und weil die körperlich-seelische Funktionsfähigkeit Vorbedingung für das menschliche Handeln ist, ist sie, bei der Verwiesenheit der Menschen aufeinander, auch Vorbedingung für soziale Kooperation.

Und was ist heute neu? Wissenschaft und Technik machen Details der menschlichen Natur handhabbar. Die Funktionen des menschlichen Körpers werden nicht nur „verstanden“, sondern es wird auch aktiv in sie eingegriffen, oder sie werden kompensiert. Aufs Ganze gesehen, werden die Verfahren immer zuverlässiger und wirksamer. Folgerichtig wächst mit dem medizinischen Fortschritt die Zahl der Experten, die die Verfahren beherrschen, und folgerichtig wachsen zwischen ihnen die Verständnis- und Kooperationsprobleme. Das ist ein völlig anderer Verbund als der des hippokratischen Eides. Kein Arzt beherrscht mehr die ganze Medizin. Die Medizin ist zu einem *arbeitsteiligen System* geworden.

Das verändert das Verhältnis zwischen den Ärzten. Sie teilen nicht mehr eine gemeinsame Lebensweise oder Lebensauffassung und auch nicht unbedingt eine Religion. Aber sie teilen weiter die selbstgewählte Bindung an den *gemeinsamen Zweck*, nämlich das gesundheitliche Wohl der Kranken. Neu ist: Für diesen gemeinsamen Zweck benutzen sie einander als Mittel. Das Verhältnis zwischen ihnen ist nicht mehr familiär, sondern *funktional*. Einer braucht die Kompetenz des Anderen. Das gilt zwar nicht für jeden Fall, aber der einzelne Arzt weiß, dass ihm der Verbund bei Bedarf zu Gebote steht und was er leisten kann. Und jeder Arzt hat sich mit dem Eintritt in den Beruf implizit bereit erklärt, die Kompetenzen der Kollegen zu nutzen und die seinen nutzen zu lassen.

Damit entsteht eine neue Art von *Verantwortung*. Denn man ist nicht nur verantwortlich für die Wahl seiner Zwecke, sondern auch für die Mittel, die man zu deren Verwirklichung benutzt. Der moderne Arzt ist demnach mitverantwortlich für das Funktionieren des Verbundes, das heißt für die Regeln der Kooperation und die Festlegung und Kontrolle der beruflichen Standards. Man muss sich im Interesse des Patienten aufeinander verlassen können. So wie der exzellente Chirurg kein exzellenter Chirurg ist, wenn er die Sterilität seiner Instrumente vernachlässigt, so ist der moderne Arzt kein guter Arzt, wenn er die *Sorge für den Verbund* vernachlässigt. Mitverantwortung heißt freilich nicht, dass der Einzelne für alles verantwortlich ist. Gebraucht wird sowohl die kritische, die wählende, die planende, die gestaltende, die erweiternde, die begrenzende und die durchsetzende Kompetenz. Wer was einbringt, ist der persönlichen Entscheidung überlassen. Nur die Haltung „ich mache meinen Job wie ich will und so gut ich kann, aber was die berufliche Umwelt tut, ist mir gleichgültig“ lässt sich nicht mehr rechtfertigen.

Die Arbeitsteiligkeit verändert auch das *Verhältnis des Arztes zum Patienten*. Denn der einzelne Arzt tut nicht nur, was seinem Spezialfach entspricht. Er rät dem Patienten auch, ob und wie er die hinter

ihm stehende, für den Patienten unübersehbare Staffel von ärztlicher, pflegerischer und logistischer Expertise nutzen soll. Damit steht er in der Wahrnehmung der Patienten stellvertretend für den ärztlichen Verbund als ganzen. Aber der Verbund ist keine Person. Für den Patienten stellt sich also die Frage: Kann ich mich dem Verbund, den ich nicht übersehe, in der gleichen Weise anvertrauen wie „meinem“ Arzt, den ich als Person vor mir sehe? Mit anderen Worten: Hier geht es nicht mehr nur um persönliches Vertrauen, sondern um das so genannte *Systemvertrauen*. Damit ist man beim Konzept der Profession oder des Professionsberufs. Was heißt das?

Die Medizin teilt zwei wichtige Eigenschaften mit der Justiz und den Schulen. Erstens: Berufsspezifische Leistungen können nur von den Fachkollegen beurteilt werden. Und zweitens: Berufsspezifische Leistungen formen das höchstpersönliche Leben des Individuums, damit aber auch die soziale Welt. Im Fall der Justiz: Bürger und Bürgerinnen wollen wissen, über was sie rechtlich gesichert verfügen können und wo die Rechte anderer anfangen. Und sie müssen es auch wissen, weil gesicherte Kooperation anders nicht möglich ist. Weil aber nicht im Gesetz steht, was im Einzelnen mir gehört, braucht es einen Richter, der feststellt, was im Einzelfall Mein und Dein ist. Im Fall der Schulen: Jeder Mensch will die Kulturtechniken beherrschen, die man in der Welt braucht, und wenn Kooperation gelingen soll, müssen sie zu einem Mindestmaß gemeinsam sein. Weil ich aber allein gar nicht weiß, wo ich mit dem Lernen anfangen soll oder was und wie mein Kind lernen sollte, braucht es Lehrer. Und im Fall der Medizin: Schließlich will jeder Mensch, wenn es nötig ist, die medizinischen Möglichkeiten nutzen, die in seiner Gesellschaft zur Verfügung stehen, und in einem kooperierenden Gemeinwesen müssen sie auch allen zur Verfügung stehen. Es braucht also Ärzte.

Gerichte, Schulen und das Gesundheitssystem sorgen dafür, dass dieses dreifache Muss sowohl allen zugute kommt als auch gegenüber allen durchgesetzt wird. Die Aufgaben dieser Einrichtungen werden durch Menschen erfüllt, die einen *Expertenstatus* haben. Sie arbeiten im Auftrag und im Interesse von Privatpersonen und zugleich im Auftrag und im Interesse des Gemeinwesens. Sie sollen private Wünsche erfüllen, aber indem sie Kooperationsfähigkeit ermöglichen, dienen sie zugleich dem Gemeinwohl. Sie machen kollektiv-abstrakte „Werte“ wie Recht, Bildung und Gesundheit für den Einzelnen konkret.

Die Sozialwissenschaftler nennen diese Art von Beruf *Profession*. Das entspricht dem, was in der ärztlichen Fachsprache *Berufsstand* heißt. Aber der Fachausdruck Profession bringt die charakteristischen Eigenschaften dieses Berufstyps und damit auch die Gemeinsamkeit mit den vergleichbaren Berufen besser zum Ausdruck. Die in diesem Sinne Professionellen können sich wegen ihres Expertenstatus nur selbst kontrollieren, wegen ihres so genannten „Gemeinwohlbezugs“ hat aber die Gesellschaft an der Kontrolle ein essentielles Interesse. Der Staat geht deshalb einen Mittelweg. Er verleiht den Professionen, zum Beispiel den Anwalts- und den Ärztekammern, das Recht, ihre beruflichen Standards selbst zu regeln. Er greift nur ein, wenn sie damit überfordert sind. Auf diese Weise ergibt sich ein *gestuftes System von Vertrauenssicherung*. Die Laien dürfen erwarten, dass ihr professioneller Kontaktpartner vertrauenswürdig ist, weil der professionelle Verbund auf die Einhaltung der selbstgegebenen Standards achtet. Der Verbund – die Profession – darf erwarten, dass der Staat ihr die Unabhängigkeit garantiert, die sie zum verantwortlichen Setzen professionsspezifischer Standards braucht. Und die Gesellschaft darf vom Staat erwarten, dass er eingreift, wenn Zweifel an der Angemessenheit oder der Durchsetzung der professionsspezifischen Standards aufkommen.

Dieses System der Vertrauenssicherung steht und fällt aber mit der Entschlossenheit der Professionellen. Denn zum professionellen Standard gehört die absolute *Priorität des Fremdinteresses vor dem Eigeninteresse*. Das professionelle Urteil soll freigehalten werden von Einflüssen und Anreizen, die die Priorität des Klienten- oder Patientenwohls in Frage stellen. Sobald die Professionellen zulassen, dass diese Priorität relativiert wird, untergraben sie die eigene Glaubwürdigkeit. Dann verlieren sie die Rechtfertigung für ihre professionelle Autonomie und

zwingen den Staat zum Eingriff. Denn nur durch eigenes Engagement können sie die Stellung der Profession bewahren. Niemand kann ihnen das abnehmen, denn nur sie sind die Experten. Aber es erfordert vom Professionellen ein bejahendes Bewusstsein von der Spezifik seiner Rolle. Freidson nennt dieses Bewusstsein „the soul of professionalism“. Wenn der Geist des Professionalismus – wie wir im Deutschen eher sagen würden – sich verflüchtigt, beginnt von innen heraus die Deprofessionalisierung.

„Geist des Professionalismus“ oder „professionelle Gesinnung“ geraten leicht in den Geruch elitärer Überheblichkeit. Tatsächlich nimmt das professionstypische Handeln, verglichen mit dem beruflichen Handeln allgemein, eine auch moralisch unterscheidbare Stellung ein. Allerdings macht es den Professionellen nicht moralisch überlegen. Arzt und Ärztin sind nicht „bessere Menschen“. Die Fähigkeit, Fremdinteressen den Vorrang vor Eigeninteressen zu geben, also Selbstlosigkeit, ist auch außerhalb der Professionsberufe eine Tugend. Nur ist hier jeder Akteur frei, zu entscheiden, in welchen Fällen er welche Priorität setzt, anders gesagt, wie er seine Tugend lebt. Der Professionelle jedoch ist, nachdem er sich für seinen Beruf entschieden hat, gebunden. Innerhalb seiner beruflichen Aktivitäten – aber auch nur dort – dürfen die Laien die Selbstlosigkeit von ihm *erwarten*. Moralisch gesehen, hat er mit dem Eintritt in den Beruf ein Versprechen abgegeben. Das geht dem hippokratischen Eid parallel. Wir haben im Eid sozusagen die Urform des Professionalismus.

Der Professionssoziologe Freidson kontrastiert die professionalistische Logik mit der Logik des freien Marktes und der Logik der „bureaucracy“, gemeint ist die Verwaltung von Großorganisationen einschließlich des Staates. Beide vernachlässigen tendenziell die tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten. Im unregulierten Markt fallen diejenigen heraus, die nicht zahlen können, und die „Bürokratie“ ist zu inflexibel und oberflächlich, um die Bedürfnisse vollständig zu erfassen. Tatsächlich nimmt innerhalb der Ärzteschaft die Kritik an der zunehmenden Marktförmigkeit der Gesundheitsversorgung und einer erdrückenden bürokratischen Kontrolle zu. Aber auch die professionelle Logik hat eine typische Schwäche, nämlich die *Verführbarkeit durch ökonomische Anreize*.

Dies ist in der Tat eine Last, die für die ärztliche Profession charakteristisch ist. Der für die klassischen Professionsberufe (Geistlicher, Richter, Lehrer, Arzt) charakteristische Dienst vollzieht sich im Medium der *Sprache*. Bei den Ärzten ist er jedoch zusätzlich mit *materiellem Aufwand* verknüpft. Zum Zweck des Diagnostizierens werden in Abhängigkeit vom vorliegenden Krankheitsbild bestimmte Produkte benutzt, z.B. Augenspiegel, biochemisches Testmaterial, bildgebende Geräte, bei der anschließenden Therapie in Abhängigkeit von der Diagnose weitere Produkte, z.B. Medikamente, Strahlen, chirurgisches Klein- und Großgerät. Zwar ist die Leistung des Diagnostizierens keine handelbare Ware, wohl aber sind die für Diagnose und Therapie genutzten Gegenstände handelbar und marktfähig. Über diese Mittel hat der Arzt die exklusive Verfügungsmacht. Er wählt sie aus und wendet sie an, je nachdem, was für den je einzelnen Patienten erforderlich ist.

Dieser Aufwand ist nicht nur in kommunikativer Hinsicht, sondern auch materiell *einzelfallspezifisch*. Er beansprucht die Urteilskraft in besonderer Weise. Denn Diagnosen generieren unmittelbar Kosten. In der ökonomischen Logik des Krankenhausmanagements ist es deshalb rational, über den Einfluss auf die Ärzte Einfluss auf das Stellen von Diagnosen zu nehmen. Deshalb werden Chefärzte u.a. durch Boni oder leistungsabhängige Einkommensanteile veranlasst, kostengünstige Diagnosen zu vermehren und kostenunünstige zu vermeiden. Die nächstliegende Methode ist die Mengenausweitung unter Nutzung von Skaleneffekten (wenn die Fixkosten gleichbleiben, ist die Steigerung der Fallzahl rational). Zwar gibt es auch hier Abschlüsse von den Erlösen bei exzessiver Fallzahlsteigerung, also den Versuch, den Effekt des Anreizes zu begrenzen – und auch hier wird scheinbar selbstverständlich an die normierbaren, abgrenzbaren Leistungen angeknüpft. Aber der professionslogische Sündenfall, der Appell an das Eigeninteresse, wird hier sogar absichtsvoll eingesetzt, und zwar von Nichtärzten.

Ein erster Rückblick.

Wir haben den hippokratischen Eid mit der Wirklichkeit heutiger Ärzte konfrontiert. Die Selbstverpflichtungen, die der Schwörende nach diesem Eid eingeht, entsprechen bis auf das Abtreibungs- und das Schneideverbot heutigen ärztlichen Normen. Den umfassenden religiös-moralischen Selbstanspruch des Schwörenden können wir freilich nicht mehr nachvollziehen. Was diesen Typ von Selbstverpflichtungen angeht, liefert uns der hippokratische Eid also keine neue Begründung oder Rechtfertigung. Dagegen macht uns die im hippokratischen Eid enthaltene Urform des Professionalismus im Vergleich mit der Moderne eine neue Verantwortung klar. Der nach dem Eid gebildete Verbund enthält das gemeinsame Bewusstsein einer speziellen beruflichen Verpflichtung gegenüber den Laien. Im Verbund des Eides ist dieses gemeinsame Bewusstsein durch eine familiäre und zugleich freiwillige Struktur verfestigt. Dieser Verbund gründet sich auf die Weitergabe der Lehre und ein gemeinsames Lebens- und Berufsverständnis. Der moderne Verbund enthält ebenfalls dieses gemeinsame Bewusstsein. Er kann aber seine gemeinsame Aufgabe nur arbeitsteilig erfüllen. *Die verschiedenen ärztlich Tätigen werden füreinander zum Mittel unter dem gemeinsamen Zweck.* Der Verbund muss deshalb über die Familienstruktur hinausgehen und die Arbeitsanteile aufeinander abstimmen. Zur Professionalität gehört jetzt also die Funktionalität des Verbundes, zur Professionalität des Einzelnen auch eine Mitverantwortung für den Verbund.

Wer dies blauäugig oder weltfremd findet, muss sich die Alternativen klarmachen. Die Idee einer ärztlichen Profession (die ihre Standards selbst setzt, aber ihr Eigeninteresse relativiert) aufzugeben, würde bedeuten, dass der Staat keinen Grund mehr hätte, die berufliche Autonomie der Ärzteschaft rechtlich abzusichern. Ärzte würden zu einer Art von Ingenieuren, die ihre Leistungen nach gewerblichen Gesichtspunkten verkaufen. Die Kranken wären Kunden, die trotz der Unübersichtlichkeit der Medizin selbst entscheiden müssten, welche Leistung zu kaufen angezeigt ist. Es würde sich ein Beruf von ärztlichen Lotsen entwickeln, der ebenfalls gewerblich tätig wäre. Krankenkassen könnten nicht mehr zwischen seriösen und unseriösen Leistungsangeboten unterscheiden. Einkommensschwache würden tendenziell nicht oder nur für einfache Leistungen versichert. Tendenziell würden nur Einkommensstarke Zugang zu anspruchsvollen Leistungen erhalten. Auf Dauer würde der Staat wegen der sozialen Spannungen und vermutlich auch wegen steigender Kosten intervenieren müssen. Das würde zwar bedeuten, dass Zugangschancen und finanzielle Lasten tendenziell gleichverteilt würden. Die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung würde aber leiden. Denn der Staat kann die Ermittlung der realen Bedarfe durch eine im Diagnostizieren unabhängige Ärzteschaft nicht ersetzen. Beide Extreme – Kommerzialisierung und staatliche Komplettersorgung – bedeuten Deprofessionalisierung der Ärzteschaft.

Elemente beider Strukturmodelle sind im heutigen Gesundheitswesen präsent und werden von der Ärzteschaft zunehmend als bedrohlich wahrgenommen. Aber es bleibt wahr, dass die Ärzteschaft als Profession nur überleben kann, wenn der „Geist der Professionalität“ nicht nur als nostalgische Erinnerung und nicht nur als folgenlose Utopie lebendig bleibt. Mit anderen Worten: Was kann die Ärzteschaft zu seiner Erhaltung tun?

Klar ist: Nur die Ärzteschaft selbst kann etwas bewirken. Weder von der Politik, noch von der Wirtschaft, noch von den Kranken kann man eine Initiative erwarten. Diesen Akteuren fehlt die notwendige Sachkunde, und die Ebenen des vertrauenssichernden Systems hängen von einem ersten Schritt aufseiten der Ärzte ab, nämlich von der dem Publikum sichtbaren Entschlossenheit, *Patienteninteressen* den unbedingten Vorrang vor Eigeninteressen einzuräumen. Das heißt keineswegs, dass Ärzte in Sack und Asche gehen müssten. Es heißt nur, dass sie allen Anreizen eine Absage erteilen, die die Unabhängigkeit ihres für die Diagnose notwendigen Urteils schwächen, relativieren oder unterminieren können. Mit anderen Worten: Dass sie sich selbst *Regeln* geben, die solche Anreize ausschließen und vor allem, dass sie *die Einhaltung dieser Regeln wirksam*

überwachen. Denn die Einhaltung selbstgegebener Regeln ist das einzige Kriterium, das das Laienpublikum angesichts der Unübersehbarkeit der Medizin konkret beurteilen kann.

Ein zweiter Rückblick.

Wenn die Deprofessionalisierung des ärztlichen Berufs aufgehalten werden soll, sind also drei Stücke notwendig. Erstens: Moderne Medizin ist arbeitsteilig. Das Verhältnis zwischen den medizinischen und medizinnahen Berufen, zwischen den medizinischen Fachgebieten und zwischen Klinik und Praxis regelt sich nicht von allein. Es erfordert ständige Aufmerksamkeit und institutionellen Aufwand. Sich dieser Aufgabe zu stellen ist eine moderne professionelle Pflicht. Und als typische professionelle Pflicht schließt sie Selbstkritik ein, nicht nur gegenüber persönlichen, sondern auch gegenüber Gruppeninteressen. Diese Verpflichtung gehört in ein modernes Selbstverständnis der Ärzteschaft und müsste öffentlich deklariert werden. Leider – ich sage es zu meinem Bedauern – lässt uns hier auch der Eidesvorschlag von Jean-Pierre Wils im Stich. Seine Selbstverpflichtungen sind richtigerweise in der Ich-Form formuliert. Aber die bereits 2003 formulierte Charter on Medical Professionalism ist in diesem Punkt viel entschiedener und konkreter. Dort heißt es:

Als Mitgliedern einer Profession wird von Ärzten erwartet, dass sie gemeinsam daran arbeiten, die Patientenversorgung zu optimieren, einander mit Respekt zu begegnen und am Prozess der Selbstregulierung teilzunehmen, einschließlich der Korrektur und Disziplinierung von Mitgliedern, die professionelle Standards verfehlt haben. Die Profession sollte auch den Bildungs- und Normsetzungsprozess für derzeitige und zukünftige Mitglieder festlegen und organisieren. Ärzte haben sowohl individuelle wie kollektive Verpflichtungen, sich an diesen Prozessen zu beteiligen. Diese Verpflichtungen schließen den Einsatz für berufsinterne Bewertung und die Akzeptanz äußerer Überprüfung aller Aspekte ihrer beruflichen Leistung ein.

Zweitens. Auf dem Weg von der Beschreibung zur Aktion oder von der Diagnose zur Therapie kommen die leitenden Ärzte in den Blick. Denn ihnen darf mit Recht die größte Kompetenz unterstellt werden und ihre Verfügungsmacht ist objektiv am größten. Kein Krankenhaus ließe sich betreiben, wenn sie nicht bereit wären, Diagnosen und Indikationen zu stellen. Im Krankenhausalltag allerdings stehen die Chefärzte als Einzelne faktisch einer Phalanx gegenüber. Kein Krankenhaus kann dem politisch gewollten und durch das DRG-System ermöglichten Wettbewerb um Kosteneffizienz entgehen. Die Chefärzte können ihre kostenträchtige Diagnostik und Therapie nur mit ihrer ärztlichen Expertise begründen. Ihnen gegenüber steht eine gesetzlich etablierte, anonyme, persönliches Ermessen präformierende Macht, die mit unter Umständen dramatischen betriebswirtschaftlichen Daten ihren Anspruch bekräftigt. Das Problem lässt sich deshalb nicht auf der individuellen Ebene lösen. Nur ein konsequent gemeinschaftliches Auftreten hätte eine Chance. Aber das Bewußtsein der Gemeinsamkeit der professionellen Verpflichtung könnte den Willen zum gemeinsamen Auftritt stärken. Diese Hoffnung jedenfalls hat uns bei der Planung des Symposiums beflügelt.

Drittens. Wenn die Bereitschaft zur gemeinsamen Initiative vorhanden ist, bedarf es gewissermaßen eines Kristallisationskerns, eines nicht ganz aussichtslosen Projekts, an das sich die virtuellen Handlungsbereitschaften ankrystallisieren und konkret werden können. Ein solcher Kristallisationskern könnte der ideologisch mißbrauchte, auf Ökonomie reduzierte, so genannte Wettbewerb sein. Deshalb haben wir dem Symposium den Titel „Heilen um die Wette?“ gegeben. Ich darf hier eine frische Information anfügen, die vielleicht für die Wahl gerade des Themas Wettbewerb spricht. Die Bundesärztekammer scheint nämlich dieses Thema ebenfalls entdeckt zu haben. Sie will eine Projektgruppe zu dem Thema „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ einrichten und ich bin gebeten worden, mich daran zu beteiligen. Ein Schelm, der nun denkt, unser Titel „Heilen um die Wette?“ habe hier ein Erweckungserlebnis ausgelöst!

Und damit danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.