



Das wohltemperierte Haifischbecken oder was es heißt, eine Profession zu sein

Friedrich Heubel

Eingegangen: 25. September 2020 / Angenommen: 15. Dezember 2020 / Online publiziert: 9. Februar 2021
© Der/die Autor(en) 2021

Zusammenfassung Seit der Einführung der G-DRGs als Instrument zur Vergütung von Krankenhausleistungen steht das Gesundheitswesen als System unter Kritik. Denn die Ausrichtung der Krankenhäuser auf wirtschaftlichen Erfolg relativiert den Anspruch aller Bürgerinnen und Bürger auf gute medizinische Versorgung. Der Artikel geht der Frage nach, von welchem Akteur im System welche Aktivität *erzwungen*, *erwartet*, oder *verlangt* werden kann, dem entgegenzuwirken. Die genannten alltagsmoralischen Urteile werden unter Rückgriff auf Kants Moralphilosophie validiert und auf die wichtigsten Akteure angewandt. Ergebnis: Der Kern des Ökonomisierungs-/Kommerzialisierungs-Problems besteht in der Entwertung der Professionalität der patientennahen Berufe. Die Neujustierung des Systems kann vom Gesetzgeber nur dann verlangt werden, wenn die verfasste Ärzteschaft sich dazu bekennt, mit den ihr zu Gebote stehenden Mitteln gegen professionswidrige Handlungsanreize vorzugehen.

Schlüsselwörter Gesundheitswesen · Organisation · Profession

PD Dr. F. Heubel (✉)
Philipps-Universität Marburg, Im Stiftfeld 17, 35037 Marburg, Deutschland
E-Mail: heubelfr@staff.uni-marburg.de

Virtuous sharks—or what it means to be a profession

Abstract

Definition of the problem Commercialisation of hospitals undermines medical professionalism and modifies patient care. What should be *enforced* by or *expected* from or *required* of the institutional actors in the health care system to do in order to preserve these values?

Arguments The said three types of commitment in colloquial language are corroborated by referring to Kant's moral philosophy and applied to the main actors.

Conclusion Defense against organisational measures that devalue professionalism can be required of legislation only if the medical profession obliges itself publicly to use its means to resist unprofessional incentives.

Keywords Healthcare · Organisation · Profession

Einleitung

Die Kommerzialisierung der klinischen Medizin wird, insbesondere seit der Einführung der DRGs als Vergütungssystem, aus ärztlicher, ökonomischer und soziologischer Perspektive wahrgenommen, beschrieben und kritisch diskutiert. Ökonomisierung, verstanden als Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag, ist grundsätzlich sinnvoll und kann sich auch auf andere als monetäre Größen beziehen. Ökonomisierung im Sinne von zunehmender Dominanz betriebswirtschaftlicher Prinzipien gibt es sowohl bei erwerbswirtschaftlich als auch bei bedarfswirtschaftlich arbeitenden Betrieben. Ökonomisierung als Ausrichtung auf monetären Gewinn ist aber diejenige wirtschaftliche Aktivität, die dem Krankenhaus zuvor fremd war, ein immer schärfer wahrgenommenes Problem darstellt und besser als Kommerzialisierung bezeichnet werden sollte. Kommerzialisierung im Gesundheitswesen lenkt den Fokus weg von den Bedürfnissen der aktuellen und zukünftigen Patienten hin zu den Bedürfnissen des „Leistungserbringers“ und pervertiert damit den Grundgedanken der Daseinsvorsorge für Gesundheit.

Trotz des gewachsenen Problembewusstseins hat sich an dem inkriminierten Vergütungssystem in den vergangenen zwanzig Jahren nichts geändert. Krankenversorgung ist Aufgabe für viele institutionelle Akteure: für den Bund, die Bundesländer, den gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die ärztlichen Fachverbände, die Pflegeverbände, die Krankenhäuser, die Krankenkassen, die Hersteller von Medikamenten und Medizintechnik. Zudem ist sie ein „Wachstumsmarkt“, der hohe Renditen bei geringen Risiken verspricht und daher das Interesse durchsetzungsfähiger Investoren der Gesundheitswirtschaft geweckt hat. Georg Marckmann (Geleitwort zu Naegler und Wehkamp 2018) beurteilt diese Vielfalt wie folgt: „Viel zu oft schieben sich die Gruppen aber gegenseitig den schwarzen Peter zu: Ärzte beklagen die betriebswirtschaftlichen Vorgaben der Geschäftsführer, Geschäftsführer wiederum kritisieren die gesundheitspolitisch bedingten Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung und die Gesundheitspolitik

verweist auf unangemessene Mittelverwendungen in den Krankenhäusern. Der Fehler liegt nicht im Inhalt der jeweiligen Kritik – diese ist oft durchaus berechtigt – sondern darin, dass die Akteure sie nutzen, um sich selbst der Verantwortung zu entziehen. So bleiben im Ergebnis relevante Handlungsspielräume auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung ungenutzt – mit entsprechend negativen Folgen für die Patienten und das Gesundheitspersonal“ (Naegler und Wehkamp 2018, S. IV).

Das dürfte aber nicht allein an den institutionellen Egoismen liegen, wie sie in der Metapher vom Haifischbecken ausgedrückt sind¹, und auch nicht nur an der Allgegenwärtigkeit der Marktideologie. Gesundheitsversorgung ist angewiesen auf Ärzte und Pflegende, die mit einzelnen gesundheitlich hilfsbedürftigen Menschen interagieren. Diese patientennahen Akteure beraten und entscheiden in persönlicher Verantwortung darüber, welche in öffentlicher Verantwortung zur Verfügung gestellten Mittel im Einzelfall aufgewendet werden. Verwaltungshandeln wird hier also durch einen interaktiven Handlungstypus gebrochen. Alle Akteure innerhalb des organisierten Gesundheitswesens können sich für ihr Handeln auf das Wohl der Patienten berufen. Tatsächlich aber unterscheiden sich die akteurspezifischen Verantwortungsformen – z.B. die des Gesetzgebers vor der Bevölkerung, die des Krankenhausgeschäftsführers vor seinem Träger und die der patientennahen Berufe vor dem einzelnen Kranken. Und auch wenn allen Akteuren die Tatsache ihrer Verantwortung oder Mitverantwortung bewusst ist, ist es nicht ohne Weiteres klar, von welchem Akteur welche über seine Eigenperspektive hinausgehende Aktivität am ehesten *erwartet* oder *verlangt* oder auch *erzwungen* werden darf.

Ergebnis dieser Überlegungen ist: Moralisch gesehen, ist der Schlüsselbegriff für den kritischen Umgang mit der Kommerzialisierung die Profession beziehungsweise der Professionalismus als Haltung. Dieses Konzept verbindet die ärztliche Verantwortung vor dem einzelnen Patienten und zugleich vor der Gesellschaft mit den institutionellen Voraussetzungen. Vom Souverän – oder von „der Politik“ – kann verlangt werden, dass er die professionelle Autonomie respektiert. Aber von der Ärzteschaft als Profession kann verlangt werden, dass sie die Notwendigkeiten, aber auch die Grenzen ihrer Autonomie ihrerseits „von innen“ bestimmt und diese Bestimmung „nach außen“ öffentlich begründet und ggf. verteidigt.

Der moralische Rahmen

Zwei prominente ethische Theorien nehmen ausdrücklich Bezug auf das moralische Alltags-Bewusstsein. Bei Immanuel Kant ist das die „gemeine Menschenvernunft“, die, wie mit einem Kompass, „in allen vorkommenden Fällen sehr gut Bescheid wisse zu unterscheiden, was gut, was böse, pflichtmäßig und pflichtwidrig sei“.² Bei

¹ Das Bonmot „Gesundheitspolitik ist Wasserballett im Haifischbecken“ wird Norbert Blüm, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung von 1982 bis 1998, zugeschrieben.

² „So sind wir nun in der moralischen Erkenntnis der gemeinen Menschenvernunft bis zu ihrem Prinzip gelangt, welches sie sich zwar freilich nicht so in einer allgemeinen Form abgesondert denkt, aber doch jederzeit wirklich vor Augen hat und zum Richtmaße ihrer Beurteilung braucht. Es wäre hier leicht zu zeigen, wie sie mit diesem Kompass in der Hand in allen vorkommenden Fällen sehr gut Bescheid wisse zu unterscheiden, was gut, was böse, pflichtmäßig und pflichtwidrig sei, wenn man, ohne sie im mindesten

Beauchamp und Childress ist es die „common morality“ (Beauchamp und Childress 2019, S. 3, 444ff.), die für die Entscheidung im Einzelfall durch die Reflexion von aus ihr abgeleiteten Prinzipien bis zu einem „reflective equilibrium“ präzisiert wird. Die Autoren präsentieren ein vierstufiges Kontinuum von „obligation“ zu „supererogation“ (Beauchamp und Childress 2019, S. 47ff.); die ersten zwei Stufen („strong obligation“ und „weak obligation“) beziehen sich auf Handlungen und die zwei weiteren Stufen („low-level supererogation“ und „high-level supererogation“) auf frei wählbare „moral ideals“. Aber sie weisen ausdrücklich darauf hin, dass es zwischen den Stufen keine scharfen Grenzen gebe. Sie zielen jedenfalls nicht auf eine Theorie im Sinne eines systematischen Schemas von Handlungs- oder Verantwortungsformen ab. Für unsere Absicht ist deshalb die Kant'sche Systematik eher geeignet.

Alltäglich vertraut sind uns drei Formen gesollten Handelns. Erstens ein Sollen, das so bestimmend ist, dass wir seiner Durchsetzung durch Zwang ausdrücklich zustimmen. Zum Beispiel finden wir den Zwang, mit dem wir Eigentum schützen und Raubmörder aus dem Verkehr ziehen, richtig. „Recht muss Recht bleiben.“ Niemand darf mich hindern, Rechte, die meine sind, wahrzunehmen. Das kann man, finden wir, verlangen. Zweitens gibt es Handlungsweisen, die man zwar verlangen, aber nicht mit Zwangsmitteln durchsetzen kann. Zum Beispiel soll man sich nicht über andere Menschen erheben (Kant 1966, MdS 305, Ak 449), niemanden missachten, sich fair oder „anständig“ verhalten. Drittens gibt es Handlungsweisen, angesichts derer klar ist, dass sie nicht verlangt werden können, obwohl sie zweifellos moralisch verdienstvoll sind. Zum Beispiel bei dem Piloten im defekten, abstürzenden Jet, der sich per Schleudersitz retten könnte, sein Flugzeug aber noch über das Wohngebiet hinwegsteuert, obwohl er so seine Überlebenschancen verringert. Solche Handlungen werden vorbildlich, musterhaft, heldenhaft, in früheren Zeiten auch tugendhaft genannt. Es scheint, dass die Einordnung eines solchen Handelns als in besonderer Weise moralisch damit zusammenhängt, dass diese Akteure erkennbar massiv gegen ihr persönliches Eigeninteresse handeln, um ihrer moralischen Verantwortung, wie sie diese wahrnehmen, gerecht zu werden.

Die Kant'sche Moralphilosophie teilt zwar den normativen Raum³ in zwei große Bereiche, die „Rechtspflichten“ und die „Tugendpflichten“. Die Dreiteilung des gesollten Handelns kehrt aber darin wieder. Recht ist mit der Befugnis zu zwingen verbunden. Jeder darf gezwungen werden, seinen äußeren Freiheitsraum nicht weiter auszudehnen, als es mit dem Freiheitsraum jedes anderen vereinbar ist. Tugendpflichten dagegen lassen sich nicht mit Zwang und Sanktion durchsetzen. Bei ihnen geht es um ein Handeln aus freien Stücken. Wer etwas konsequent will (nicht

etwas Neues zu lehren, sie nur, wie Sokrates tat, auf ihr eigenes Prinzip aufmerksam macht, und dass es also keiner Wissenschaft und Philosophie bedürfe, um zu wissen, was man zu tun habe, um ehrlich und gut, ja sogar um weise und tugendhaft zu sein. Das ließe sich auch schon im Voraus vermuten, dass die Kenntnis dessen, was zu tun, mithin zu wissen jedem Menschen obliegt, auch jedes, selbst des gemeinsten Menschen Sache sein werde.“ (Kant 1957, Grundlegung 22, Ak 404. Zitierweise: Grundlegung=GMS, Metaphysik der Sitten=MdS, Seitenzahlen der Meiner-Ausgaben, gefolgt von der Seitenzahl in Band 4 der Akademieausgabe).

³ Die systematische Einheit von Rechts- und Tugendlehre in der Metaphysik der Sitten erläutert Steigleder (2002, S. 147ff.).

nur wünscht, Kant 1957, GMS 11, Ak 394), handelt im Hinblick auf einen Zweck; verantwortungsbewusste Personen wählen ihre Zwecke aus Verantwortungsbewusstsein; diese Wahl ist keine willkürliche, sondern steht unter einem von den Akteuren akzeptierten Sollen, also dem Bewusstsein, zu etwas verpflichtet zu sein. Deshalb spricht Kant von *Tugendpflicht*. Und von *Tugendpflicht*⁴ spricht er, weil Tugend die moralische Stärke ist, die man braucht, um auch dann moralisch richtig zu handeln, wenn einen keine Übelsandrohung (Strafe) in der Spur hält.

Die obersten Tugendpflichten gegenüber anderen Menschen sind die Pflicht zur Achtung („Achtungspflichten“) und die Pflicht zur Hilfe (bei Kant die „Liebespflichten“). Dabei ist „Hilfe“ oder „Liebespflicht“ umfassend zu verstehen: „... sie ist die Pflicht, anderer ihre Zwecke (sofern diese nur nicht unsittlich sind) zu den meinen zu machen“ (Kant 1966, MdS 305, Ak 450) (vgl. Steigleder 2002, S. 251ff.). Achtungspflichten sind „schuldige“, Liebespflichten sind „verdienstliche“ Pflichten. Rechtspflichten und Achtungspflichten sind negative, also Unterlassungspflichten. Wie die Rechtspflicht der Tugendpflicht vorgeht, geht die Achtungspflicht der Liebespflicht vor.⁵ Das heißt nicht, dass die vorrangige Pflicht die nachrangige ausschließt, sondern nur, dass die vorrangige nicht verletzt werden darf, wenn die nachrangige ausgeübt wird.

Damit haben wir das gewünschte Schema von Verpflichtungs- bzw. Verantwortungsformen. Rechtspflichten dürfen unter Anwendung von Zwang *durchgesetzt*, die Achtungspflichten als „schuldige Pflichten“ *eingefordert* und die Hilfspflichten *erwartet* werden. Wie wir im Strafrecht von der Unschuldsvermutung ausgehen, so lange die Schuld des Angeklagten nicht bewiesen ist, dürfen wir davon ausgehen, dass unsere Mitmenschen Moral- bzw. Verantwortungsbewusste Personen sind, solange wir uns nicht vom Gegenteil überzeugen müssen.

Im Folgenden legen wir das entwickelte Schema an die Hauptakteure im Gesundheitswesen an.

Ein oberster Akteur

Der Akteur, der die Institutionen des Gesundheitswesens bildet, ihnen Zwecke setzt und Mittel gewährt, ist der „Staat“. Der „Staat“ ist ein kollektiver Akteur. Individuelle Akteure (Personen) verfolgen ihre berechtigten Interessen und müssen sich nach dem Prinzip, dass niemand seinen äußeren Freiheitsraum weiter ausdehnen darf, als

⁴ Bei Tugendpflichten gibt es nach Kant nur den „freien Selbstzwang“ (Kant 1966, MdS 222, Ak 383). Allerdings wirkt der Ausdruck „Tugendpflicht“ im heutigen Deutsch irritierend. „Pflicht“ scheint nicht zu „Tugend“ zu passen. Wir sind gewohnt, das Wort Pflicht mit Rechtspflicht und Sanktion gedanklich zu verbinden. „Tugend“ klingt zwar altmodisch, aber doch gerade nach einem zwangsfreien, moralisch relevanten Handeln aus eigener Einsicht und eigenem Entschluss. Das würden wir heute eher unter „moralische Verantwortung“ (im Vergleich zur rechtlichen Verantwortung) fassen. Tatsächlich ist es aber gerade das, was Kant in der Tugendlehre abhandelt.

⁵ „Auch wird die Pflicht der freien Achtung gegen andere, weil sie eigentlich nur negativ ist (sich nicht über andere zu erheben), und so der Rechtspflicht, niemandem das Seine zu schmälern, analog, obgleich als bloße Tugendpflicht verhältnismäßig gegen die Liebespflicht für einen, die letztere also als weiße Pflicht angesehen“ (Hv. im Original, Kant 1966, MdS 305, Ak 449/450).

es mit dem Freiheitsraum jedes anderen vereinbar ist, innerhalb eines rechtlichen Rahmens halten, den sie zwar nicht selbst setzen (denn sie haben den Gesetzgeber über sich), an dessen Setzung sie aber, in Demokratien, durch gleiche politische Rechte und ein repräsentatives Verfahren beteiligt sind. Das Grundgesetz macht das Prinzip der Volkssouveränität explizit:

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).

Obwohl die Verfahren sich an einem Rationalitätsideal orientieren, kann die Diskussion einseitig, verfälscht, unfair, blind, zaghaft usw. sein. Und allen ist klar, dass man niemals damit rechnen kann, dass alle Beteiligten mit dem Beschlossenen zufrieden sind. *Dennoch besitzt der Souverän die Autorität, im Medium des Rechts alle Staatsbürger bindende Entscheidungen zu treffen und für alle Staatsbürger verbindliche Normen zu setzen.* Gewiss können und dürfen Beschlüsse und Gesetze in Frage gestellt und angefochten werden. Aber am Ende beschließt doch wieder der Souverän selbst. Institutionen, die der Souverän regelgemäß einsetzt, sind legitim. *Der Souverän kann auf die Wahrnehmung dieser Aufgabe auch nicht verzichten.* Denn dann würde er nicht mehr alle Bürgerinnen und Bürger repräsentieren und damit den moralischen Anteil am Anspruch auf Achtung seiner Autorität (Rechtstreue, Rechtsgehorsam) verwirken – egal worauf die Achtung staatlicher Autorität sonst noch beruhen mag.

Wenn man unser Schema an den modernen Souverän anlegt, ergibt sich also: Er darf die Befolgung der von ihm gegebenen Gesetze *erzwingen*, vorausgesetzt, sie entsprechen dem Prinzip des Rechts. Darauf bei jedem Gesetz und seiner Umsetzung zu achten, kann von ihm *verlangt* werden, denn die Achtung jedes Menschen ist schuldige Pflicht. Eine verantwortungsvolle Gesetzgebung ist aber auch *erwartbar*. Denn Gesetzgebung dient jeweils Zwecken, die der Souverän zu setzen hat. Das Setzen dieser Zwecke im parlamentarischen Verfahren heißt, viele divergente Partikularinteressen so zu koordinieren, dass das Gemeinwesen funktionieren kann. Diesen Aufwand zu leisten, wird von keiner Rechtspflicht diktiert. Die Abgeordneten leisten ihn aus freien Stücken. Wenn sie das im Bewusstsein ihrer moralischen Verantwortung tun, üben sie – in Kant'schen Worten – die Tugendpflicht der Hilfe, eine verdienstliche Pflicht, aus. Solange wir uns also nicht aufgrund von Indizien davon überzeugen müssen, dass ihre Arbeit tatsächlich anderen Zwecken dient, als solchen, die in demokratischen Rechtsstaaten durch die moralische Verantwortung von Staatsbürgern unter Staatsbürgern gedeckt sind, dürfen wir eine in diesem Sinne verantwortungsvolle Gesetzgebung erwarten.

Grenzen der Verfügungsmacht des Souveräns

Vom Souverän kann erwartet werden, dass er sich dem Zweck „Gesundheit für den einzelnen Menschen“ widmet. Denn Gesundheit ist ein legitimer Zweck jedes Menschen und die Mittel, diesen Zweck zu verwirklichen, sind in modernen Gesellschaften in hohem Maß gesellschaftliche, nicht nur individuelle. Doch trotz seiner

Autorität kann der Souverän diesen Zweck nicht aus eigener Kraft verwirklichen. Denn dieser Zweck muss an oder in der hilfsbedürftigen Person selbst realisiert werden, ist höchstpersönlich und von dieser nicht abtrennbar. Der Souverän muss statt Seiner selbst individuelle Akteure, nämlich Ärzte und Pflegende, handeln lassen, die interaktiv in Kommunikation mit den Hilfsbedürftigen treten und beurteilen können, welche Mittel sich für den gegebenen Zweck im Einzelfall eignen. Diese Interaktion ist keine Sache von Kauf und Verkauf einer Ware. Der ärztliche Akteur spielt aus Sicht des Souveräns eher die Rolle eines Treuhänders, der in die Transaktion kein eigennütziges Interesse einbringt. Die patientennahen Akteure bedürfen dazu einer überdurchschnittlich komplexen Expertise. Sie sind nur durch ihre Fachkollegen kontrollierbar, eine öffentliche Institution kann sie unterstützen, aber nicht ersetzen. Sie arbeiten in unmittelbarer Verantwortung gegenüber den jeweils Hilfsbedürftigen. Daher richten sich an sie Erwartungen persönlicher Glaubwürdigkeit, die sich nicht an den Souverän richten lassen.

Dieser Typus von Beruf heißt in soziologischer Terminologie Profession⁶. Er trifft grundsätzlich auch für die Berufe des Richters und des Lehrers zu, weil die Zwecke Rechtssicherheit und Bildung einen vergleichbaren Status haben. Der Souverän kann den Professionen zur Realisierung dieser Zwecke die notwendige Infrastruktur liefern – Krankenhäuser, Gerichte, Schulen. Er kann aber nicht die Einzelfallentscheidungen übernehmen und nicht die Vertrauenswürdigkeit des einzelnen Professionellen garantieren. Dagegen können die Professionen die Basis für Vertrauenswürdigkeit ihrer Berufsangehörigen legen, indem sie öffentliche Selbstverpflichtungen aussprechen und diese sichtbar überwachen. *Kern dieser Selbstverpflichtungen ist die Zusicherung, dass das Eigeninteresse der Helfer im Konfliktfall hinter dem Interesse der Hilfsbedürftigen an Hilfe zurücktritt.* Für den Arztberuf, der als Urtyp einer Profession gilt, war der so genannte hippokratische Eid und ist heute die Präambel der Berufsordnung (s. unten) eine solche Selbstverpflichtung.

Wenn deshalb Missstände im Gesundheitswesen als „Politikversagen“ (wie bei Marckmann und Maschmann 2017) bezeichnet werden, ist zu differenzieren. Der Souverän kann nicht dafür verantwortlich gemacht werden, dass er ein zweckbestimmtes Handeln unterlässt, wenn ihm dazu das passende Mittel fehlt. Zweck ist die Erhaltung der Gesundheit der (einzelnen) Menschen. Die Zweck-Mittel-Beziehung kann aber aus zwei Richtungen gesehen werden. Ist die Ärzteschaft das notwendige Mittel, das vom Souverän benutzt wird, oder sind die vom Souverän gesetzten Institutionen die notwendigen Mittel, die von der Ärzteschaft benutzt werden?

Die Ärzteschaft als Akteur

Die ärztliche Profession unterscheidet sich von allen anderen Professionen dadurch, dass der Klient „Patient“ nicht nur Akteur, sondern als natürlicher Organismus auch Gegenstand der Interaktion ist. Ärztliches Handeln überschreitet eine Grenze, die von allen anderen Professionen einschließlich der Pflege, respektiert wird. Es greift

⁶ Als Einführung in den Professionsbegriff nach Freidson, insbesondere die medizinische Profession, s. Heubel (2015).

in die Natur der Person ein. Es steuert, repariert oder ersetzt körpereigene oder körpergetragene Funktionen nach empirischen, großenteils wissenschaftlich begründeten Normen und benutzt dazu Geräte, Strahlen und Medikamente. Für die Person, in deren Biologie mit ihrer Zustimmung, nicht nur Duldung, eingegriffen wird, ist ihr so gehandhabtes Innere, wenn sie nicht selbst Medizinerin ist, eine *black box*. Patienten können zwar häufig aufgrund eigener Erfahrung und guter Selbstbeobachtung mit bestimmten Krankheitslasten besser umgehen als es dem einschlägigen ärztlichen Rat entspricht. In der Regel hängen sie aber vom ärztlichen Urteil ab und damit von einem Urteil, das überlebenswichtig sein kann, obwohl sie es nicht immer rational nachvollziehen können. Sicherheit finden sie dann nur im Vertrauen auf die persönliche Integrität der Ärzte, das heißt, in dem Vertrauen darauf, dass „mein Arzt mein Interesse“ im Auge hat und sich davon nicht – etwa durch eigene Interessen – ablenken lässt. Die Interaktion ist deshalb eine sehr persönliche und findet grundsätzlich außerhalb der Öffentlichkeit statt.

Tatsächlich ist aber in der modernen Medizin der Partner des Patienten nicht durchweg ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin. In der Klinik wird der behandelnde Arzt in der Regel von Kollegen beobachtet, unterstützt, durch Konsultationen beraten, oder vom Vorgesetzten korrigiert. Die dem Patienten anzubietende Lösung wird häufig nicht vom behandelnden Arzt selbst, sondern von einem Team entwickelt, das der behandelnde Arzt gegenüber dem Patienten vertritt. Auch der niedergelassene Arzt arbeitet mit der stets präsenten Ressource Klinik im Hintergrund, wie auch die Klinik den Niedergelassenen als Ressource zur Nachbehandlung nutzt. Der Patient muss sich also auf die Vertrauenswürdigkeit einer Mehrheit von Ärzten, außerdem aber auch auf die Seriosität und Zweckmäßigkeit der Organisation zwischen ihnen verlassen.

Damit hat sich die Szene, auf die sich der hippokratische Eid bezog, entscheidend verändert. Der Eid galt zwar prinzipiell für eine Vielzahl von Ärzten, aber zwischen dieser Vielzahl von Kollegen gab es außer der Gemeinsamkeit des Versprechens vor den Göttern und der auch materiellen Verpflichtung gegenüber dem Lehrer keine beruflichen Beziehungen. Heute dagegen ist die Ärzteschaft nicht mehr eine Gruppe von im Grundsatz gleichen, voneinander unabhängigen Universalärzten mit wenig technischem Werkzeug. Vielmehr übernimmt und nutzt sie technologische Fortschritte aus fremden Disziplinen, sichert angesichts ständig fortschreitender Spezialisierung der Fächer die innerprofessionelle Kooperation und organisiert in Kooperation mit staatlichen Stellen die berufliche Ausbildung sowie die anschließende Weiterbildung. Diese innere Organisation ist ohne intime Kenntnis der Versorgungswirklichkeit nicht möglich. Deshalb scheidet der Souverän als Organisator aus und die Ärzteschaft muss sich selbst organisieren. Sie ist aber nach wie vor eine Profession, d. h. ein Beruf, dessen Mitglieder unter der legitimen Erwartung stehen, im Zweifelsfall ihr Eigeninteresse dem Fremdinteresse ihrer Klienten nachzuordnen. Maßgebende ärztliche Texte wie die „Physician Charter“⁷ von 2002 und die deutsche ärztliche Muster-Berufsordnung identifizieren sich damit ausdrücklich.

Mit anderen Worten: Obwohl die innere Organisation der Ärzteschaft über das dyadische Arzt-Patient-Verhältnis hinausgehen muss, bleibt sie als Profession an

⁷ Zur Physician Charter s. a. Kettner und Heubel (2012).

die professionsspezifische Grundregel von der Priorität des Klienteninteresses vor dem Eigeninteresse des Professionellen gebunden. Die Organisation muss mit der Sicherung dieser Priorität im Einklang stehen.

Ein Vertrag besonderen Typs

Die Präambel der Physician Charter beginnt mit den Sätzen:

Professionalism is the basis of medicine's contract with society. It demands placing the interests of patients above those of the physician, setting and maintaining standards of competence and integrity, and providing expert advice to society on matters of health (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine 2002, S. 243).

Hier werden Medizin und Gesellschaft als Partner eines Vertragsverhältnisses betrachtet. Ein Vertrag im rechtlichen Sinne ist dadurch gekennzeichnet, dass die Partner einander Zusagen machen, deren Erfüllung erzwingbar ist. In diesem strengen Sinne handelt es sich hier nicht um einen Vertrag, denn „die Medizin“ und „die Gesellschaft“ sind keine Handlungspartner. Rechtsfähige Handlungspartner wären eine verfasste Ärzteschaft und der Souverän, aber oberhalb des Souveräns gäbe es keine Instanz, die die Einhaltung des Vertrags erzwingen könnte. Der hier gemeinte Vertrag ist deshalb eher vergleichbar mit einem „covenant“⁸, einem Bund, der durch Eid und Unterschrift gebildet wird: Man sichert sich gegenseitig ein bestimmtes Handeln zu, ohne es vor einem Gerichtshof durchsetzen zu können. Die Bindungskraft einer solchen Vereinbarung beruht nicht auf gemeinsamem Recht, sondern auf gemeinsamer Moral.

Diesem Typus von Verbund entspricht auch das Verhältnis zwischen Souverän und Ärzten. Nachdem die Studierenden nach eigener Wahl ein von der Profession organisiertes, vom Staat überwacht Curriculum durchlaufen haben, erhalten sie von einer staatlichen Stelle die Approbation. Danach sind sie Mitglied einer durch Gesetz eingerichteten Kammer, die den Zweck hat, den Ärzten Autonomie zur Regelung derjenigen Angelegenheiten zu gewähren, die ohne die ärztliche Expertise nicht regelbar sind. Dieses Verfahren entspricht einem konkludenten Versprechen aufseiten der Ärzte und der Akzeptanz dieses Versprechens durch den Souverän in Form staatlicher Anerkennung („Bestallung zum Arzt“). Gegenstand des Versprechens ist nicht die Gesundheit selbst, weil der Erfolg des ärztlichen Handelns aus natürlichen

⁸ Diskutiert wird (May 1975), ob schon der hippokratische Eid oder ein Teil davon als covenant zu verstehen sei, wobei offenbleibt, was der entscheidende Unterschied zwischen „covenant“ und „contract“ ist. Ein eindeutiges historisches Beispiel ist die schottische „King's Confession“ von 1581: ein historischer, von Vielen geschlossener und auch so benannter „covenant“: „The King's Confession (or Negative Confession) was a covenant which was signed by the king and people across Scotland in 1581. It was made because people were worried about Roman Catholic influences on the young king James VI. It was written by an Edinburgh minister called John Craig, apparently at the request of the king himself. In it, the people promised before God that they would accept the true religion and oppose Roman Catholicism. The covenant ended with a promise to defend the king, the gospel and the country. This covenant became the first part of the National Covenant of 1638.“ (https://en.wikipedia.org/wiki/National_Covenant. Zugegriffen: 6. Mai 2020.).

Gründen nicht garantiert werden kann. Nur die Bemühung um Gesundheit wird versprochen. Essenzielles Element dieses Bemühens ist aber die professionstypische Priorität des Patientenwohls vor dem ärztlichen Eigeninteresse. Diese Priorität zu sichern liegt nicht nur im Interesse der Patienten, sondern wegen der grundsätzlichen Bedeutung von Gesundheit für das arbeitsteilige Funktionieren der Gesellschaft auch im Interesse des Souveräns. Außerdem würden falsch gesetzte Prioritäten die gerechte Verteilung von Ressourcen gefährden. Dass sie die persönliche Haltung, die für die Wahrung der Priorität des Patientenwohls erforderlich ist, tatsächlich praktizieren, traut der Souverän den Ärzten zu.

Die Ärzteschaft als Profession erhält damit aber eine weitere Aufgabe. Der Souverän muss Infrastruktur nicht nur für die Gesundheitsversorgung, sondern auch für Justiz, Bildung, Wirtschaft, Kultur, Wissenschaft und Verteidigung bereitstellen. Er muss über die Verteilung der dafür notwendigen, konkurrierenden Ressourcen entscheiden. Die Entscheidung kann ihm keine andere Instanz abnehmen. Und er muss sichern, dass jede Institution mit ihren Ressourcen sparsam umgeht, das heißt, nur so viel verbraucht, wie es zur fachlich richtigen Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. Denn wenn er zulässt, dass in einer Institution Ressourcen verschwendet werden, behandelt er Bürger ungleich. Die von Verschwendung Begünstigten würden zu Unrecht vorgezogen, was dem grundgesetzlich statuierten Gleichbehandlungsgrundsatz widerspricht. Auch das Gesundheitswesen muss also damit rechnen, dass es – legitimerweise – nicht alle gewünschten Ressourcen erhält.

Umso wichtiger ist eine zweckentsprechende, ressourcensparende Organisation. Sie kann aber wegen der notwendigen Vertrautheit mit der Versorgungswirklichkeit nur im Zusammenwirken mit der Ärzteschaft gelingen. *Die Profession muss also Organisationskompetenz nicht nur nach innen, sondern auch nach außen beweisen.* Sie muss dem Souverän gegenüber Organisationsalternativen auch für Bedingungen suboptimaler Ressourcenversorgung vertreten, solche zumindest vorschlagen, oder, wie es die Präambel der Physician Charter ausdrücklich formuliert, „die Gesellschaft beraten“. Das stellt eine Aufforderung zu eigenem Handeln dar, und zwar an die Ärzteschaft als Profession. Sie muss dem Souverän die patientennahe Kompetenz zur Verfügung stellen, die für die Realisierung des hochrangigen Zwecks Gesundheit notwendig ist, die er aber weder im Einzelfall noch organisatorisch selbst leisten kann. Die Beratung geht sowohl in die positive wie in die negative Richtung, sowohl für Handeln wie für Unterlassen. Sollte etwa die professionspezifische Priorität des Patientenwohls gefährdet sein, muss die Profession gegenhalten.

Ein gegenseitiges Kooperationsversprechen

Das vertragsähnliche, aber im Vertrag nicht aufgehende Verhältnis zwischen Ärzten und Souverän besteht heute einerseits im freiwilligen Eintritt des angehenden Arztes in eine normierte Berufswelt und der rechtswirksamen Anerkennung dieses Eintritts durch den Souverän (in Gestalt des zuständigen Landesministers) andererseits.

Allerdings ist das vertragsähnliche Verhältnis zwischen Ärzten und Souverän in einem wesentlichen Punkt asymmetrisch. Moralisch gesehen entspricht es einem formalisierten gegenseitigen Kooperationsversprechen. Ärzte versprechen ein

bestimmtes Verhalten und stimmen durch ihren Eintritt in das medizinische Curriculum den vom Souverän gesetzten Bedingungen zu. Der Souverän akzeptiert das Versprechen, bietet strukturelle Voraussetzungen und garantiert Exklusivität der Berufsausübung. Die kooperierenden Partner, zugleich Versprechende und Akzeptierende, sind, moralisch gesehen, Souverän und Ärzteschaft. Tatsächlich wird das Versprechen zwar auf der einen Seite vom Souverän, auf der anderen Seite aber von den einzelnen Ärzten, also *nicht von der Ärzteschaft als Ganzer* abgegeben. Dies, obwohl nur die Ärzteschaft als Ganze wegen der notwendigen Vertrautheit mit der Versorgungswirklichkeit die für die Realisierung des Kooperationsverhältnisses notwendige innerprofessionelle Kohärenz liefern kann. Der Souverän ist ein regelgebender, aber rechtsetzungsfähiger Akteur. Die „Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung“, die Bundesärztekammer, ist dagegen nur eine Arbeitsgemeinschaft von 17 Landesärztekammern. Die Ärztetage sind zwar einer Parlaments-sitzung vergleichbar, beschließen aber z. B. die Berufsordnung nur als Muster, das die das Berufsrecht setzenden Landesärztekammern nicht übernehmen müssen. Als öffentliche Akteure betrachtet sind die beiden Seiten an Verfügungsmacht ungleich. Die Ungleichheit verschärft sich im Krankenhaus.

Der Krankenhausträger als Akteur

Das Krankenhaus ist der Ort, an dem das Interesse der Patienten an möglichst guter und insofern ressourcenfordernder Versorgung und das gegenläufige Interesse der Gesunden – Versicherten und Steuerzahler – an der Begrenzung des Ressourcenverbrauchs miteinander vermittelt werden müssen. *An diesem Ort findet die ursprüngliche Allokation von Ressourcen zum einzelnen Patienten statt.* Es sind legitime Forderungen des Souveräns, dass die Patienten so gut wie möglich, aber auch so sparsam wie nötig – innerhalb des Gesamtaufwands der Erfüllung aller Staatsaufgaben – versorgt werden.

Die ursprüngliche Allokation von Ressourcen zum einzelnen Patienten erfolgt durch die Diagnosen der Ärzte. Die dazu notwendige Kompetenz wird ihnen exklusiv zugesprochen und auch zugemutet. Der Souverän ist im Krankenhaus auch präsent. Denn die Krankenhausträger fungieren als Agenten des Souveräns. Sie unterliegen rechtlich, was die Finanzierung der Investitionskosten und die Verteilung von Krankenhausleistungen in der Fläche betrifft, den Landeskrankenhausgesetzen und Landeskrankenhausplänen, und, was Erfassung und Ersatz der Betriebskosten betrifft, den entsprechenden Bundesgesetzen. Das Direktionsrecht des Arbeitgebers findet deshalb zwar Grenzen an den arbeitsrechtlichen Ansprüchen der Beschäftigten, aber nicht an der für Professionen typischen und vom Souverän auch bestätigten Fähigkeit zur Selbstregulation im Interesse der Patienten. Und die Geschäftsführer der Krankenhäuser, die den Willen des jeweiligen Trägers exekutieren, stehen deshalb verständlicherweise, aber zu Unrecht, in der Kritik der Ärzte. Eine Agentur der Profession – etwa im Vergleich zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Vertragsärzte – gibt es aber im Krankenhaus nicht. *Hier gibt es eine strikte Gliederung nach Fachgebieten und Statusgruppen, aber keine Struktur, die die Ärzte in der ihnen Allen gemeinsamen Eigenschaft als Professionelle (und schon gar nicht die Pflegen-*

den als die andere patientennahe Profession) repräsentiert. Strukturell, nicht durch bösen Willen, ist ihre Professionalität benachteiligt.

Ein „Sündenfall“

Zur strukturellen Benachteiligung der Professionalität innerhalb der Organisation Krankenhaus kommt eine akute. Mit der Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems wird die Professionalität de facto abgewertet. Der Souverän hat das System u. a. eingeführt, um durch „Intensivierung des Preiswettbewerbs“ Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung zu steigern⁹. Er setzt die Krankenhäuser einem Wettbewerb um ökonomische Performance aus. Dadurch implantiert er den Krankenhäusern ein Eigeninteresse. Dieses konkurriert auf der einen Seite mit der vom Souverän zu garantierenden Gleichversorgung in der Fläche, auf der anderen Seite konkurriert es mit dem Interesse des Souveräns an bedarfsgerechter Versorgung im Einzelfall.

Das Fallpauschalensystem¹⁰ reduziert die Interaktion zwischen Patienten und patientennahen Behandlern auf eine Summe von jeweils abgrenzbaren und monetär bewertbaren Arbeitsleistungen. Diese Arbeitsleistungen werden nach Gruppen gleichen Kostenaufwands, anknüpfend an Diagnosen und Prozeduren, klassifiziert. Die gruppenspezifischen Aufwände werden zu Preisen gemacht, damit wird das Klassifikations- zu einem Vergütungssystem. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt die sächlichen und personellen Kosten von Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls für jede der rund 1400 DRGs (diagnosis related groups) und bildet für jede DRG den Durchschnittswert. Diese Euro-Durchschnittswerte werden den Krankenhäusern von den Krankenkassen erstattet. Sie entsprechen also Preisen, zu denen die Krankenkassen die Leistungen kaufen. Krankenhäuser, deren reale Kosten dauernd über den so generierten Erlösen liegen, riskieren die Schließung. Die Krankenhausträger stehen also unter dem Anreiz, *ohne Rücksicht auf den realen Bedarf* kostengünstig zu erbringende DRGs in der Menge auszuweiten und nicht kostengünstig zu erbringende einzustellen. Zusätzlich stehen sie unter dem Druck, nicht nur die Kosten auszugleichen, sondern auch Gewinn anzustreben, weil die gesetzlich vorgesehenen Investitionsmittel der Länder ausbleiben und Investitionen aus den Betriebsgewinnen finanziert werden müssen. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern um ökonomische Performance mag zwar zu einer auch gewünschten Verringerung ihrer Zahl führen. Aber das Überlebensinteresse der einzelnen Häuser steht einer Krankenhausplanung im Interesse gleicher Zugangschancen für Patienten in der Fläche¹¹ entgegen.

Innerhalb der Krankenhäuser setzt sich der ökonomische Druck fort. Die tatsächlichen Kosten pro DRG differieren zwischen den Krankenhäusern. Relativ zur Vorgabe kostengünstig zu erbringende Leistungen werden also zu „Stärken“, rela-

⁹ Vgl. Allgemeiner Teil der amtlichen Begründung des GKV-Modernisierungsgesetzes. Bundestagsdrucksache 15/1525, S. 71ff.

¹⁰ Ausführliche Erläuterung des DRG-Systems durch Imdahl und Heubel in Heubel (2015).

¹¹ Im gleichen Sinne Simon (2013).

tiv kostengünstig zu erbringende zu „Schwächen“ des einzelnen Hauses. Es ist deshalb betriebswirtschaftlich rational, Diagnosen und Indikationen auch am Überlebensinteresse des Krankenhauses auszurichten. Weil Diagnosen und Indikationen im Wesentlichen von den leitenden Ärzten der Krankenhausabteilungen bestimmt werden, ist es mikroökonomisch rational, die Ärzte zu dementsprechendem Handeln zu veranlassen¹². Diese durch das Vergütungssystem vorgegebene Ausrichtung kann z. B. durch die gezielte Zuordnung von Personal und Sachmitteln an die Abteilungen mit Nachdruck versehen werden. Weil das ökonomische Eigeninteresse des Krankenhauses aber nicht zwangsläufig mit dem Interesse der Patienten übereinstimmt, wird das Interesse der Patienten relativiert. Es ist dann nicht allein der Versorgungsbedarf, der den Ressourcenverbrauch steuert. Sowohl Über- wie Unterversorgung sind unvermeidbar.

Für die Ärzte bedeutet das einen dreifachen Konflikt¹³. Erstens ist im Selbstverständnis der ärztlich Handelnden das Wohl des Patienten nach der Berufsordnung „oberstes Gebot“. Durch die Übertragung einer betriebswirtschaftlichen Verantwortung auf die Ärzte kommt ein professionsfremdes Gebot hinzu: Abzuwägen, ob der Aufwand, der beim Patienten nach professionellen Maßstäben ansteht, gegenüber dem Eigeninteresse des Krankenhausträgers gerechtfertigt ist.

Zweitens wird dem Arzt zugemutet, die Rolle des Souveräns zu übernehmen. Ärzte ermitteln nach professionellen Normen den realen medizinischen Bedarf ihrer Patienten mit dem daraus folgenden notwendigen Aufwand. Der Souverän hat nach dem Gleichberechtigungsgrundsatz zu entscheiden, inwieweit sich dieser Aufwand gegenüber allen Bürgerinnen und Bürgern rechtfertigen lässt. Diese Entscheidung ist objektiv notwendig wegen der Ressourcenkonkurrenz im Gesamt aller Staatsaufgaben. Aber nur der Souverän besitzt aus der öffentlichen und der parlamentarischen Diskussion (und den Lobbys der Interessenten) die notwendige Kompetenz. Diese Hilfsmittel stehen dem Arzt *als Einzelnem* nicht zur Verfügung (während die Ärzteschaft *als Ganze* eine Mitverantwortung hat). Den Ärzten im Krankenhaus wird eine Verantwortlichkeit unterschoben, der sie nicht gerecht werden können.

Drittens gibt es einen institutionellen Konflikt. Ärztliches Handeln greift in die für das Überleben absolut notwendige innere Natur der Person ein und zwar in einer Weise, die die Person in der Regel nicht selbst kontrollieren kann. Die Abhängigkeit des Klienten „Patient“ vom ärztlichen Gegenüber ist deshalb extrem. Wenn das ärztliche Hilfsangebot dieser Situation gerecht werden soll, muss es konkurrierende Interessen ausschalten. Denn dem Patienten in der komplexen Behandlungssituation im Krankenhaus ist es nicht möglich, Interessen, die – auch – anderem als nur seiner Gesundheit gelten, zu erkennen, zu durchschauen und die darauf basierenden Behandlungsvorschläge gegebenenfalls begründet abzulehnen. Er muss sich auch in dieser Hinsicht auf seine Behandler verlassen. Deshalb ist die Zusicherung des Behandlers, dass das Patienteninteresse absoluten Vorrang hat, für die Behandlungssituation konstitutiv. Und weil die Interaktion zwischen Personen, nicht Institutionen, stattfindet, ist die Glaubwürdigkeit dieser Zusicherung eine Sa-

¹² Der Effekt wurde schon 1994 vorausgesehen! Siehe Schmidt (1994, S. 54).

¹³ Reichhaltiges Material dazu aus chefärztlicher Sicht bei Deichert et al. (2016). Eine chirurgische Perspektive bieten Weigel et al. (2017). Umfrageergebnisse u. a. bei Naegler und Wehkamp (2018).

che seiner persönlichen Glaubwürdigkeit. Deshalb sind die ärztlich-professionellen Selbstverpflichtungsformeln so wichtig.

Wenn also der Souverän die Krankenhäuser einem Wettbewerb um ökonomische Performance unterwirft und ihnen damit ein je eigenes institutionelles Überlebensinteresse implantiert, erzeugt er nicht nur die genannten Rollenkonflikte. Er stellt auch die Seriosität des vertragsartigen Verhältnisses zwischen Ärzteschaft und Souverän in Frage. Denn Ärzteschaft und Souverän kooperieren auf Basis der Übereinkunft, dass Ärzte die sachlich richtige Behandlung leisten und der Souverän ihnen dabei die notwendigen Mittel liefert, oder, anders formuliert, dass der Souverän die Gesundheitsversorgung garantiert und sich dabei der notwendigen Sachkompetenz der Ärzte bedient. Essenzieller Teil dieser Übereinkunft ist die Zusicherung vom Vorrang des Patienteninteresses in der therapeutischen Interaktion. Mit der Einführung eines betriebswirtschaftlichen Krankenhaus-Eigeninteresses in die Arbeitssituation der Krankenhausärzte rückt der Souverän von diesem Vorrang ab. Er dementiert die Übereinkunft, auf der das vertragsähnliche Verhältnis zwischen ihm und der Ärzteschaft beruht. Diese Übereinkunft ist mangels eines übergeordneten Gesetzgebers nicht rechtlich überprüfbar. Insofern beruht sie „nur“ auf Moral. Wenn sie aber moralisch problematisch ist, wird sie zu einem gesellschaftlichen Risiko. Denn faktisch sabotiert der Souverän seine eigene Absicht, auf eine allen Bürgern gegenüber vertretbare Weise allen Bürgern authentische ärztliche Hilfe zur Verfügung zu stellen. Trotz des komplexen Zusammenhangs zwischen Moral und Krankenhausorganisation bleibt die Brüchigkeit des Vertragsverhältnisses Patienten, Ärzten und Öffentlichkeit nicht verborgen und führt zu einem Vertrauensverlust.

Verlangbar und erwartbar

Der Souverän

Darf vom Souverän erwartet werden, dass er diesen Defekt korrigiert? Das vertragsähnliche Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Souverän ist ein konkludent abgegebenes und akzeptiertes beiderseitiges Versprechen. Seine Erfüllung ist zwar nicht, wie bei echten Verträgen, mit rechtlichen Mitteln durchsetzbar, moralisch sind aber Versprechen von höchster Verbindlichkeit¹⁴. Versprechen müssen gehalten, dürfen nicht gebrochen werden. Ein Versprechen wird hier aber gebrochen, nämlich die zweiseitige Übereinkunft, dass Gegenstand der Versorgung der jeweils eigene reale Bedarf der Patienten und nichts anderes sein soll. Auf ihr beruht aus Sicht des Hilfsbedürftigen die Vertrauenswürdigkeit der Behandler und ihrer Organisation. Aufgrund der hohen Verbindlichkeit der Institution „Versprechen“ dürfte die Korrektur des Defekts also nicht nur erwartet, sie dürfte sogar verlangt werden. Falsche Versprechen sind zu unterlassen.

¹⁴ Versprechen als Rechtspflicht, Kant (1966), MdS 22, Ak 220: „Es ist keine Tugendpflicht, sein Versprechen zu halten, sondern eine Rechtspflicht, zu deren Leistung man gezwungen werden kann. Aber es ist doch eine tugendhafte Handlung (Beweis der Tugend), es auch da zu tun, wo kein Zwang besteht“ (Kant 1966, Mds S. 22).

Dem Souverän muss allerdings klar sein, dass er kein organisatorisches Mittel hat, die intrinsische Motivation (die für professionelles Verhalten notwendig ist) zu stärken, denn alle ihm zu Gebote stehenden organisatorischen Mittel müssen auf äußere Anreize setzen, also extrinsisch sein. Es fehlt ihm aber die Kenntnis der innerklinischen Versorgungswirklichkeit. Die medizinische Versorgung innerhalb des Krankenhauses so zu organisieren, dass sie jeweils der Interaktion mit den Patienten dient, ist Sache der Ärzteschaft. Gerade in dem Wissen, dass er in diesen Punkten von der ärztlichen Kompetenz abhängig ist, ist der Souverän das vertragsähnliche Kooperationsverhältnis eingegangen. Es kann also nicht von ihm verlangt werden, den Defekt zu korrigieren. Zu verlangen ist aber, dass er mögliche Meinungsverschiedenheiten mit seinem Kooperationspartner, die den Gegenstand der Kooperation betreffen, mit diesem auf Augenhöhe diskutiert.

Die ärztliche Seite

Der ärztlichen Seite des vertragsähnlichen Kooperationsverhältnisses fehlt es nicht an der Vertrautheit mit der Versorgungswirklichkeit. Sie besitzt diese Vertrautheit sogar exklusiv. *Wer helfen will und der Einzige ist, der das dazu geeignete Mittel besitzt, es aber nicht nutzt, würde seinen Hilfwillen in Frage stellen (er will etwas anderes als helfen).* Die Verantwortung der ärztlichen Seite steht also außer Frage. Auch von ihr kann verlangt werden, das Versprechen zu halten. Auch sie kann allerdings die intrinsische Motivation (die Voraussetzung für die professionelle Haltung ist, dem Klienteninteresse oberste Priorität zu geben) nicht durch extrinsisch wirkende Anreize wecken. Was aber von der ärztlichen Seite verlangt werden kann, ist eine Abwehr, nämlich die Abwehr von extrinsischen Anreizen, die die Priorität des Patienteninteresses und damit die oberste professionelle Norm relativieren.

Die ärztliche Seite kann diese Zusicherung nicht in der robusten Form geben, wie sie dem Souverän zu Gebote steht. Der Souverän gewährt materielle und personelle Ressourcen und der Ärzteschaft berufliche Autonomie auf rechtlich gesicherter Basis. Die Ärzteschaft hat keine Instanz, die die ärztliche Professionalität mit gleicher Verbindlichkeit zusichern könnte, schon weil Professionalität als Haltung – mit ihrer Voraussetzung intrinsischer Motivation – sich nicht rechtlich sichern lässt. Aber die der Ärzteschaft gewährte Autonomie ermächtigt sie auch, die professionellen Standards selbst zu setzen und zu entscheiden, wo sie – von innen und von außen – verletzt werden. Die Zusicherung kann deshalb auch auf andere Weise geliefert werden, nämlich als öffentliche Selbstverpflichtung. *Die ärztliche Seite könnte erklären, dass das Fallpauschalensystem der DRGs, wenn es als Vergütungssystem für Krankenhausleistungen benutzt wird, der ärztlichen Professionalität – oder dem ärztlichen Ethos – widerspricht und dass sie deshalb mit den Mitteln, die ihr zu Gebote stehen, dagegen vorgehen wird.*

Von wem genau darf diese Form der Abwehr erwartet oder verlangt werden? Sie geht die ganze Profession an und bedarf selbst der Organisation. Anders als zu Zeiten des hippokratischen Eides funktioniert die Medizin heute arbeitsteilig. Jeder einzelne Arzt, der die Mittel der modernen Medizin nutzen will, hängt von seinen Kollegen ab und diese von ihm. Man kann sagen, dass die Ärzte einander im gegenseitigen Einverständnis als Mittel im Interesse ihrer Patienten benutzen. Damit

haben sie auch eine Mitverantwortung für das kollegiale professionelle Verhalten. Aber diese Mitverantwortung konkretisiert sich da, wo Kollegen die Mittel haben, durch die Tat der Abwehr Ausdruck zu geben, das heißt, sich der Kommerzialisierung – insbesondere dem marktwirtschaftlichen Druck, Profite für Investoren zu maximieren – entgegenzustellen. *Der moralische Handlungsdruck sammelt sich also bei denjenigen Ärzten und Ärztinnen, die die dazu notwendige Verfügungsmacht haben oder sie sich durch Zusammenschluss verschaffen können*, vor allem den leitenden. Soweit jedenfalls sind ihre dazu geeigneten Handlungen mindestens erwartbar. Sie sind professionelle Pflicht. Nicht verlangbar, aber umso achtungswürdiger, sind Opfer, die für solche Initiativen gebracht werden.

Fazit

Das „Haifischbecken“ ist ein Bild für natürliche Egoismen, die sich in einem geschlossenen Raum gegeneinander richten. Das ist vergleichbar mit den institutionellen Egoismen innerhalb des Gesundheitssystems. Zwischen den Krankenhäusern erzeugt die Fixierung auf das ökonomische Überleben eine Konkurrenz, die das genuine Ziel des Systems – gute medizinische Versorgung bei und Vorsorge gegen Krankheit, für alle Bürgerinnen und Bürger – relativiert. Dieses Ziel ist aber moralisch ausgezeichnet, wird allgemein hochgehalten und die Einsicht wächst, dass starker, die marktwirtschaftliche Konkurrenz nachahmender Wettbewerbsdruck, und allemal Kommerzialisierungsprozesse im Gesundheitssystem ihm entgegenstehen. Es war deshalb die Frage, ob der Rückgang auf die Alltagsmoral verschiedene Formen von Verantwortung für die Gesundheitsversorgung unterscheiden und Hinweise darauf geben kann, von welchem Akteur welche Aktivität erwartet oder sogar verlangt werden kann.

Gefunden haben wir, dass, moralisch gesehen, der Kern des Ökonomisierungs- und Kommerzialisierungsproblems in der Entwertung von Professionalität besteht. Das DRG-System als Preissystem zu nutzen, setzt die Krankenhäuser einer Konkurrenz um ökonomische Performance aus. Nur der Souverän kann das System als Ganzes justieren und rejustieren. *Aber nur die Ärzteschaft als Profession kann bestimmen, wo das System im Hinblick auf das Ziel Gesundheit suboptimal oder sogar kontraproduktiv wird, und nur die Ärzteschaft als Profession kann den Nachdruck aufbringen, der den Souverän von der Notwendigkeit der Korrektur überzeugt.* Die Professionalität der Ärzteschaft ist nicht nur ihr eigener Wert, er ist, wie auch die Professionalität der Pflege, zugleich ein Wert der Gesellschaft. Dem Angriff auf die Professionalität zu begegnen, ist deshalb von der ärztlichen Profession verlangbar. Sie hat ein Versprechen zu halten. Aber sie ist erst dabei, sich selbst zu konstituieren. Geschieht das nicht, dann wird, wie es Freidson (2001) beschrieben hat, die Professionalität der patientennahen Berufe zwischen staatlicher Bürokratie einerseits und Profitideologie andererseits erdrückt, und der ursprüngliche Impuls, dem einzelnen Menschen in krankheitsbedingter Not so gut wie möglich zu helfen, geht dem System verloren.

Danksagung Ich danke der Arbeitsgruppe Ökonomisierung der AEM für viele Diskussionen, insbesondere Matthias Kettner, Florian Gerheuser, Horst Imdahl, Klaus Voelker und Thomas F. Weigel für Verbesserungen am Manuskript ebenso wie Christiane Burmeister und Robert Ranisch.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt F. Heubel gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 136:243–246 (Deutsch in: Heubel (Hrsg) (2015) Professionslogik im Krankenhaus. *Humanities Online*, Frankfurt a.M., S 145ff)
- Beauchamp TL, Childress JF (2019) *Principles of biomedical ethics*, 8. Aufl. Oxford University Press, New York, Oxford
- Deichert U, Höppner W, Steller J (Hrsg) (2016) *Traumjob oder Albtraum? Chefarzt w/m*. Springer, Berlin, Heidelberg
- Freidson E (2001) *Professionalism. The third logic*. University of Chicago Press, Chicago
- Heubel F (2015) Vom Berufsstand zur Profession. In: Heubel F (Hrsg) *Professionslogik im Krankenhaus*. *Humanities Online*, Frankfurt a.M., S 13–33
- Kant I (1957) *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Felix Meiner, Hamburg
- Kant I (1966) *Metaphysik der Sitten*. Felix Meiner, Hamburg
- Kettner M, Heubel F (2012) Lob der Profession. *Ethik Med* 24:137–146
- Marckmann G, Maschmann J (2017) Ethische Mangelverwaltung. *Dtsch Arztebl* 114:A-2028–A-2032
- May WF (1975) Code, covenant, contract or philanthropy. *Hastings Cent Rep* 5:29–38
- Naegler H, Wehkamp K-H (2018) *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schmidt PE (1994) Das Medicare-DRG-Krankenhausfinanzierungssystem: Warnende Hinweise für das deutsche Entgeltsystem. In: Arnold M, Paffrath D (Hrsg) *Krankenhausreport 1994*. Gustav Fischer, Stuttgart, S 39–55
- Simon M (2013) Grundsätzliche Konstruktionsfehler. *Dtsch Arztebl* 110(39):A-1782–A-1786
- Steigleder K (2002) *Kants Moralphilosophie. Die Selbstbezüglichkeit reiner praktischer Vernunft*. J. B. Metzler, Stuttgart, Weimar
- Weigel TF, Hanisch E, Bula A, Hessler C (2017) Vertrauen und Verlässlichkeit in der Chirurgie. *Chirurg* 88:219–225