

Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland¹⁾

Unter Selbstverwaltung ist die freie und verantwortliche Regelung der eigenen Angelegenheiten des täglichen Umgangs miteinander, des Funktionierens der Gemeinschaft und auch der Festlegung künftiger Aufgaben durch die Betroffenen selbst zu verstehen. Ursprüngliche Wurzeln einer Selbstverwaltung im weitesten Sinne finden sich im alten Griechenland, denn was sonst als Selbstverwaltung ist die dort entwickelte Demokratie, die Beteiligung des ganzen Volkes an der Herrschaft, wie sie in der Verfassung von Athen schon vor rund 2500 Jahren verankert war.

Zu neuer Blüte kam die Selbstverwaltung im Mittelalter in den Städten, in Kaufmannsverbindungen wie der Hanse, in Zünften, in Deichverbänden, Wasser- und Waldgenossenschaften und ähnlichem mehr. Der Gedanke der Selbstverwaltung entwickelte sich auch im angloamerikanischen Raum in der Form des self government, das eine im Wesentlichen ehrenamtliche Tätigkeit bedeutet.

Die Selbstverwaltung in Deutschland in unserem heutigen Sinne ist eng verknüpft mit dem Namen des Reichsfreiherrn vom Stein, der als preußischer Minister nach dem napoleonischen Krieg von 1806/07 die Rettung in der selbstständigen Mitarbeit, der Mitbestimmung und Mitverantwortung des Bürgers im Staate sah. Als Ergebnis wurde die Selbstverwaltung in den Städten, Landgemeinden, Kreisen und Provinzen verwirklicht. Im Zuge der Differenzierung des Lebens entwickelte sich allmählich ein blühendes Kammer- und Innungswesen und auch die ab 1881 aufgebaute Sozialversicherung wurde auf dem Boden der

Prinzipien der Selbstverwaltung errichtet. Die Selbstverwaltung hat inzwischen vier kräftige Stämme entwickelt:

1. Die kommunale Selbstverwaltung mit den entsprechenden Organisationsformen in Städten und Gemeinden.
2. Die wirtschaftliche Selbstverwaltung mit Industrie- und Handelskammern, Wirtschafts- und Landwirtschaftskammern.
3. Die kulturelle Selbstverwaltung mit körperschaftlich organisierten Institutionen, wie zum Beispiel die Universitäten.
4. Die Selbstverwaltung bestimmter Berufsgruppen mit körperschaftlich organisierten Kammern, zum Beispiel für Architekten, Rechtsanwälte und Notare, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, sowie Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Daraus folgt, dass der Staat in vielen Bereichen ein großes Interesse daran hat, die Angelegenheiten der einzelnen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Einhaltung der Berufsregelungen und der ethischen Normen, aber auch der Weiter- und Fortbildung durch die Berufsgruppen selbst auf der Grundlage des ihnen eigenen besonderen Sachverständes regeln zu lassen. Zu diesem Zweck hat der Staat diese Körperschaften mit Satzungsgewalt ausgestattet und eine Pflichtmitgliedschaft aller Berufsangehörigen vorgesehen.

In der Ärzteschaft entstand nicht zuletzt wegen der Entwicklung der Medizin das Bestreben, auch ge-

meinsam ärztliche Argumentation in den Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess der Gesundheits- und Sozialpolitik einbringen zu können. Als Ergebnis dieser Beratungen wurde der 1. Deutsche Ärztetag 1873 noch als Deutscher Ärzteverein einberufen. Der Grundstein für die ärztliche Selbstverwaltung war damit gelegt. Nach dem 2. Weltkrieg trafen sich bereits im Oktober 1947 die Vertreter aller Westdeutschen Landesärztekammern und gründeten eine Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern – die heutige Bundesärztekammer, deren Hauptversammlung der jährlich stattfindende Deutsche Ärztetag mit Delegierten aus allen Landesärztekammern ist. Zur ärztlichen Selbstverwaltung gehören selbstverständlich auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Vertragspartner der Krankenkassen und deren Selbstverwaltung auf der Grundlage des SGB V, sodass heute die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften Bausteine in einem freiheitlich demokratischen Rechtsstaat sind und keineswegs lediglich überholte Standesorganisationen zur Wahrung überlebter Privilegien oder zunftartige Kartelle, wie bössartige Kritiker manchmal behaupten. Sie sind vielmehr das durch Dezentralisation und Föderalismus sowie Bürgernähe bestimmte demokratische Prinzip der Selbstverwaltung schlechthin und nehmen Aufgaben wahr, die der Staat selbst nicht wahrnehmen kann oder will.

1) Vortrag „Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung in Deutschland“, gehalten auf dem 5. Deutsch-Polnischen Symposium „Vergangenheit verstehen – Zukunft gestalten“ am 7. Oktober 2011 auf Schloss Fürstenstein in Waldenburg bei Breslau

Für die Ärztekammern besteht in allen Bundesländern eine Rahmengesetzgebung in den Heilberufe- oder Kammergesetzen, in denen auch die Aufgaben der Kammern definiert sind, insbesondere:

- die Weiterbildung von Ärzten in den einzelnen Fachgebieten zu regeln,
- die Fortbildung zu fördern und zu überwachen,
- die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung zu regeln,
- für ein gedeihliches Verhältnis der Kammerangehörigen untereinander zu sorgen und bei Streit zwischen ihnen oder mit Dritten zu schlichten,
- Fürsorgeeinrichtungen für die Kammerangehörigen zu schaffen,
- die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen,
- Sachverständige zu benennen und Fachgutachten zu erstellen,
- den öffentlichen Gesundheitsdienst zu unterstützen,
- gegenüber Behörden Stellungnahmen abzugeben, auch zu Gesetz- und Verordnungsentwürfen.

Die Kammern sind ferner vor Erlass von Rechtsvorschriften, die ihren Aufgabenbereich betreffen, zu hören.

Zur Erfüllung dieser vielfältigen Aufgaben ist natürlich die Mitgliedschaft aller Berufsangehörigen erforderlich, denn nur so kann der spezielle Sachverstand aller in die Meinungsbildung einfließen, nur so kann die Einhaltung der Berufspflichten überwacht und können Verletzungen der Berufspflichten berufsgerichtlich geahndet werden. Das alles ist keineswegs Elfenbeinturmpolitik, es hat vielmehr unmittelbare Auswirkungen auf das Niveau der Versorgung des einzelnen Patienten.

Das außerordentlich gestiegene Interesse der Öffentlichkeit an gesundheits- und sozialpolitischen Themen und das Streben nach Sicherheit und Gesundheit erfordern im verstärkten Maße von den Kammern Anstrengungen in der Öffentlichkeitsarbeit. Auch und gerade hier ist ihr Sachverstand gefordert, nicht zuletzt um in Fragen der Gesundheit die Eigenverantwortung und Eigeninitiative jedes

einzelnen Menschen zu stärken und der allgemein verbreiteten Wissenschafts- und Technikgläubigkeit entgegen zu wirken, um damit Enttäuschungen zu vermeiden, wenn das Leistungsniveau der Medizin nicht mehr dem überhöhten Anspruchsniveau entsprechen kann. Denn trotz aller Fortschritte der Medizin werden auch Grenzen erkennbar, die nicht ausschließlich durch die Begrenzung der finanziellen Mittel bestimmt sind, sondern die auch durch ethisch-moralische Normen gesetzt werden und die nicht zuletzt durch die immer noch den Naturgesetzen unterliegenden Lebensabläufe und die daraus resultierende Endlichkeit des Lebens bedingt sind.

Wegen der im Einzelfall außerordentlich schwierigen medizinisch-wissenschaftlichen und biologischen Sachverhalte sind intensive Gespräche der in der Selbstverwaltung Verantwortlichen mit Politikern und politischen Parteien, Krankenkassen und Versicherungen, Gewerkschaften und Verbänden erforderlich, wenn sachgerechte Lösungen gefunden werden sollen. Selbstverständlich gehört dazu auch eine intensive Information der Öffentlichkeit, für die das Verständnis der Medien eine entscheidende Voraussetzung ist. Rein technokratisch bürokratisch juristische Vorschriften und Veränderungen werden der Lebenswirklichkeit nicht gerecht. Niemand darf deshalb dem Irrglauben erliegen, die Medizin könne dadurch justiziabel gemacht werden, dass versucht wird, naturgegebenen Verhaltensweisen und Abläufen den Weg durch Gesetzes- und Paragraphendickichte zu verbauen. Stets sind vielmehr die bei der Behandlung von Krankheit und Leiden zu berücksichtigenden besonderen Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe und das schon in gesunden Tagen große Spektrum individueller Wünsche und Bedürfnisse bei den meisten Menschen und deren Selbstbestimmungsrecht zu berücksichtigen. Das trifft erst recht zu, wenn der Mensch sich von Krankheit und Tod bedroht fühlt, denn der Mensch ist mehr als ein System von Haut, Muskeln, Knochen

und Schläuchen, mehr als nur die Summe seiner physiologischen und pathophysiologischen Daten. Wer das vergisst, löst nicht nur außerordentlich empfindsame Reaktionen aus, sondern kann dem einzelnen Patienten nachdrücklich schaden und den Einsatz aufwendigster Technik zu Nichte machen. Leben und Sterben, Gesundheit, Krankheit und Leiden lassen sich eben nicht in das Grobraster von Kosten- Nutzen-Analysen pressen.

Eben so wenig wie Konzentration und Zentralisation die Selbstverwaltung fördert, wie man nicht zuletzt an der vom sozialdemokratischen Gesetzgeber in den 80er-Jahren erzwungenen „Professionalisierung“ der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen sehen kann, trägt eine immer stärkere staatliche Beeinflussung und eine Übertragung von selbstverwaltungs-fremden Aufgaben zur Stärkung der Effizienz der Selbstverwaltung bei. Sie wird dann vielmehr eine staatliche Auftragsverwaltung und durch ein Korsett wie im Schraubstock erdrückt. Wer glaubt, auf diese Weise die Selbstverwaltung stärken zu können, setzt sich dem Verdacht aus, eine sinnentleerte Selbstverwaltungshülse als Tarnkappe für grundsätzlich andere Bestrebungen benutzen zu wollen. In diesem Zusammenhang sei an die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichtes in seinem Beschluss zu Facharztfragen von Mai 1972 erinnert, wo festgestellt wird: „Die grundgesetzliche Ordnung setzt der Verleihung und Ausübung von Satzungsgewalt jedoch bestimmte Grenzen.“ Und weiter: „Andererseits würden die Prinzipien der Selbstverwaltung und der Autonomie, die ebenfalls im demokratischen Prinzip wurzeln und die dem freiheitlichen Charakter unserer sozialen Ordnung entsprechen, nicht ernst genug genommen, wenn der Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften so starke Fesseln angelegt würden, dass ihr Grundgedanke die in den gesellschaftlichen Gruppen lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuzie-

hen und ihren Sachverstand für die Findung „richtigen“ Rechts zu nutzen, nicht genügend Spielraum fände.“

Der Gesetzgeber muss jedoch berücksichtigen, so das Bundesverfassungsgericht, „dass die Rechtsetzung durch Berufsverbände spezifische Gefahren für die Betroffenen und für die Allgemeinheit mit sich bringen kann. Zum Nachteil der Berufsanfänger und Außenseiter kann sie ein Übergewicht von Verbandsorganen oder ein verengtes Standesdenken begünstigen, das notwendigen Veränderungen und Auflockerungen festgefügtter Berufsbilder hinderlich ist.“

Das Bundesverfassungsgericht sieht ferner die „Gefahr, das sachfremde berufspolitische Erwägungen sich gegen die Interessen der Allgemeinheit durchsetzen und zu Lösungen führen, die gesundheitspolitisch nicht verantwortet werden können.“ Und es kommt deshalb zu dem Schluss, „dass im Bereich des Facharztwesens jedenfalls die „status-bildenden Normen“, das heißt etwa diejenigen Regeln, welche die Voraussetzung der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharzttrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie endlich auch die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen, in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen. Die dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.“

Die Stärke der gesetzlichen Selbstverwaltung, also auch der ärztlichen Selbstverwaltung, resultiert daher aus

- einem genügend großen gesetzlichen Rahmen,
- dem Sachverstand der Mitglieder,
- dem Engagement der Mitglieder bei den Wahlen für die Organe der Selbstverwaltung und bei der Mitwirkung der täglichen Arbeit in den Gremien der Selbstverwaltung,

- der fundierten Argumentation und der Überzeugungskraft der gewählten Vertreter.

In jüngster Zeit hat der Bundesgesetzgeber sowohl im Transplantationsgesetz (TPG), als auch im Transfusionsgesetz (TFG) der ärztlichen Selbstverwaltung den Auftrag gegeben, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festzustellen, so zum Beispiel zu Regeln zur Feststellung des Todes, zur Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation, zur Organvermittlung etc. sowie für die durchzuführenden Laboruntersuchungen und die ordnungsgemäße Entnahme von Spenderorganen, sowie deren Allokation nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht. Der Gesetzgeber hat dazu abschließend formuliert: „Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.“

Die Ärzteschaft hat erfreut wahrgenommen, dass die Bundesregierung in ihrem für die 17. Legislaturperiode ab Oktober 2009 geltenden Koalitionsvertrag festgeschrieben hat, dass „die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen... ein tragendes Ordnungsprinzip ist, das die eigenverantwortliche und partnerschaftliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch Leistungserbringer und Krankenkassen ermöglicht. Dieses Prinzip gilt es zu bewahren und modernen Verhältnissen anzupassen. Legitimation, Akzeptanz und Effektivität sind dabei zentrale Kriterien, die es zu stärken gilt.“

Es zeichnet die Arbeit der ehrenamtlich in der ärztlichen Selbstverwaltung und ihren Gremien, zu denen nicht zuletzt der Wissenschaftliche Beirat und die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft gehören, tätigen Wissenschaftler der verschiedensten Gebiete aus, dass stets auf der Grundlage bewährter ethischer Prinzipien eine außerordentlich sorgfältige, verantwortungsbewusste Abwägung erfolgt, um eine jeweils individuell erforderliche

wirksame zweckmäßige und ausreichende Therapie zu sichern oder zu erforschen und vielleicht zu Regelverfahren zu entwickeln. Die Liste der verschiedenen Empfehlungen und Richtlinien ist lang, die Themen sind außerordentlich differenziert. Mit fachkundigem Sachverstand können so oft mögliche Chancen, Risiken und Gefahren viel früher erkannt werden, als dies Parlamenten und der allgemeinen Öffentlichkeit jemals möglich ist. Eine Erkenntnis, die schon Georg-Christoph Lichtenberg (1742 bis 1799) in dem Aphorismus zusammenfasste: „Man muss etwas Neues machen, um etwas Neues zu sehen“.

Der allgemeinen Öffentlichkeit ist viel zu wenig bekannt, dass die Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung nicht allein von den gewählten Präsidenten oder der Geschäftsführung erledigt wird, sondern dass in den diversen Gremien der Bundes- und der Landesärztekammern über 1.000 ehrenamtlich tätige Ärztinnen und Ärzte, Wissenschaftler und Hochschullehrer, außerdem Juristen, Philosophen, Theologen, Ethiker und Vertreter anderer im Einzelfall notwendiger Wissensgebiete ebenso ehrenamtlich tätig sind. Keine staatliche Behörde könnte allein aus Kostengründen eine so große Zahl kompetenter Wissenschaftler zur Bewältigung der vielfältigen Aufgaben in ihren Dienst nehmen. Schon aus diesem Grunde muss man sich um die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung eigentlich keine Gedanken machen. Allerdings müssen auch die Überlegungen von Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz von der Universität Mannheim Fakultät für Rechtswis-

senschaft und Richter am OLG Karlsruhe beachtet werden, der aus Anlass des 50-jährigen Bestehens der Bundesärztekammer 1997 ausführte, „dass die der Ärzteschaft von der Gesellschaft zugestandene und zugleich auch auferlegte Selbstkontrolle die Aufgabe hat, das spezifische Dilemma der Unkontrollierbarkeit kontrollbedürftiger Leistungserbringung zu lösen. Führt man sich diese Mechanismen vor Augen, dann wird deutlich, in welchem Ausmaß der Fortbestand berufsständischer Autonomie davon abhängt, in wie weit der Berufsstand das der Gesellschaft gewährte Versprechen effektiver Selbstregulierung und -kontrolle tatsächlich einlöst. Die Möglichkeit der Selbstverwaltung seitens des Berufsstandes ist eben kein ein für alle Mal erworbenes Recht, kein Besitzstand, sondern die hart zu erarbeitende Gegenleistung für versprochene und wahrgenommene

Selbstverantwortung. Da die Gesellschaft im Rahmen des auf Gegenseitigkeit beruhenden Austauschverhältnisses einen erheblichen Vertrauensvorschuss gewährt, sind die Gefahren enttäuschten Vertrauens umso größer: Enttäuschtes Vertrauen ist nun einmal das Gefährlichste für eine Dauerbeziehung, und ist das Misstrauen erst einmal gesät, erscheinen selbst jene Handlungen, Maßnahmen und Erklärungen in einem schiefen Licht, die bei intakter Beziehung ohne weiteres hingenommen oder gar als gute Tat und Zeichen des guten Willens gelobt würden.“ Soweit Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz.

Aus diesen Ausführungen ist klar erkennbar, dass es vor allem an den Mitgliedern der ärztlichen Selbstverwaltung und deren Akzeptanz dieser Selbstverwaltung liegt, was sich nicht zuletzt im Wahlverhalten und

der Wahlbeteiligung ausdrückt, sowie in der Glaubwürdigkeit der Arbeit der gewählten Repräsentanten, wie die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung aussieht. Nehmen wir alle als Ärztinnen und Ärzte unsere Pflichten gegenüber dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit ernst und bekennen uns nicht zuletzt durch eine hohe Wahlbeteiligung bei den Wahlen zu den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung, müssen wir uns um die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung keine Sorge machen. Es liegt also an jedem einzelnen Arzt und an jeder einzelnen Ärztin, sich in diesem Sinne für den Bestand der ärztlichen Selbstverwaltung und deren weiterhin verantwortungsvolle Tätigkeit in der Zukunft einzusetzen.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Karsten Vilmar
Ehrenpräsident der Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages