

1947/1997: Bundesärztekammer im Wandel (XIX)

# Ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert

Jochen Taupitz

50 Jahre Bundesärztekammer – gerade in unruhigen Zeiten, wie sie derzeit für das Gesundheitswesen kennzeichnend sind, ist dies Anlaß genug, der Frage nachzugehen, wie es um die ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert steht und damit im 21. Jahrhundert voraussichtlich stehen wird. Kann die Bundesärztekammer mit ihren 50 Jahren optimistisch einem geruhsamen Lebensabend entgegenblicken – oder hat sie die Unruhe der Jugend und des Heranwachsens gar noch vor sich? Handelt es sich bei der ärztlichen Selbstverwaltung um ein morsches Gemäuer mit unsicherer

Statik – oder um den Fels in der Brandung, der auch dann noch besteht, wenn die letzten Bastionen des Zunftdenkens und einer archaischen Ständeordnung längst geschliffen sind? Wenn derartige Fragen an den Juristen gerichtet werden, dann steht dahinter wohl *auch* jenes Hoffen und zugleich Bangen, das das Verhältnis zwischen Medizin und Recht ganz allgemein beherrscht: Einerseits wird das Recht als Bedrohung und unangemessener Eingriff in ureigene ärztliche Aufgaben empfunden, andererseits erwartet die Medizin aber auch Schutz und Fürsorge *im* Recht und *vom* Recht<sup>1</sup>.

## Die Ambivalenz der berufsständischen Selbstverwaltung

Ähnlich zwiespältige Gefühle sind es, die der ärztlichen *Selbstverwaltung* entgegengebracht werden: verlängerter Arm des Staates oder Instrument der kollegialen ärztlichen Selbstkontrolle – vorgesetzte Behörde oder Mittel autonomer Entscheidungsteilhabe der unmittelbaren Betroffenen – altruistisch-paternalistische Wahrnehmung der Interessen Außenstehender oder egoistisch-binnengerichtete Vertretung eigener Standesinteressen?<sup>2</sup> Da die Selbstverwaltung in der *Übergangszone* zwischen staatlich-bürokratischer und gesellschaftlich-privater Aufgabenerfüllung steht, hängt ihre Einschätzung als freiheitliches Organisationsprinzip nicht zuletzt davon ab, ob der Betrachter von seinem Vorverständnis her die Selbstverwaltung mehr als Instrument zur Eindämmung von *Verstaatlichungstendenzen* oder mehr als Instrument zur Einschränkung *privat-autonom*er Räume ansieht<sup>3</sup>.

Die Rechtsordnung vertritt zur berufsständischen Selbstverwaltung die klare Position des Ja – Aber:

**Ja:** Das Grundgesetz erkennt die Selbstverwaltung, den mit ihr verknüpften Autonomiegedanken und

den von ihr ausgehenden Betroffenschutz grundsätzlich an; in der vom Grundgesetz konstituierten Ordnung ist die Selbstverwaltung kein strukturfremdes Prinzip, sondern letztlich eine der verschiedenen Ausprägungen der für das demokratische Staatswesen existentiellen Aktivbürgerschaft<sup>4</sup>. Das Bundesverfassungsgericht hat denn auch zu Recht betont, daß sich der Autonomiegedanke sinnvoll in das System der grundgesetzlichen Ordnung einfüge<sup>5</sup>.

**Aber:** Selbstverwaltung bedeutet Machtausübung, berührt also die Frage der Gewaltenteilung und verlangt nach Machtkontrolle und Machtbegrenzung sowohl nach innen wie nach außen. *Deshalb* hat der parlamentarische Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen und die Aufgaben wie auch Befugnisse der Kammern in den Grundzügen selbst zu regeln<sup>6</sup>; *deshalb* muß es die Möglichkeit der gerichtlichen Kontrolle von Kammerentscheidungen geben, auch wenn dies manchmal unbequem ist; und *deshalb* müssen auch im Standesinneren demokratische Strukturen vorhanden und ein ausreichender Minderheitenschutz gewährleistet sein<sup>7</sup>.

**Ja:** Selbstverwaltung durch Kammern ist keine bloße Veranstaltung des Staates und meint nicht Fortset-

zung der Staatsverwaltung nur unter formaler Auswechslung des Trägers, sondern bedeutet Wahrnehmung *eigener* Aufgaben und Interessen des Standes, und zwar, das sei betont, *auch gegenüber* dem Staat<sup>8</sup>.

**Aber:** Selbstverwaltung ist auch keine *private* und *rein interne* Angelegenheit des *Berufsstandes*, nicht Ausfluß der *Privatautonomie* mit ihrer Möglichkeit der *einseitigen* Verfolgung eigener Interessen, sondern ist eine *auch* der Allgemeinheit und dem Gemeinwohl verpflichtete Institution<sup>9</sup>.

**Ja:** Berufsständische Selbstverwaltung bedeutet Stärkung der Demokratie von unten, vertikale Gewaltenteilung, Aktivierung gesellschaftlicher Kräfte und Grundrechtsverwirk-

1 Taupitz, NJW 1986, 2851

2 Näher zur Ambivalenz der Selbstverwaltung Hendler, Selbstverwaltung als Ordnungsprinzip, 1984; Kleine-Cosack, Berufsständische Autonomie und Grundgesetz, 1986, 54 ff.; Taupitz, Die Standesordnungen der freien Berufe, 1991, S. 653 f.

3 Hendler, S. 354

4 Hendler, S. 317 f.; Kleine-Cosack, S. 117 ff.; Taupitz, S. 617

5 BVerfGE 33, 125, 157

6 BVerfGE 33, 125, 158 ff.; Taupitz, S. 804 ff.

7 Kleine-Cosack, S. 181 ff. und öfter; Tettinger, Kammerrecht, 1997, S. 96 ff.

8 Siehe besonders deutlich OVG Nordrhein-Westfalen, OVG 35, 32, 34 f.; Tettinger, S. 144; Taupitz, S. 653

9 Hierzu und zur Problematik des Gemeinwohlbegriffs Taupitz, S. 844 ff.

lichung durch Teilhabe an der Entscheidungsfindung<sup>10</sup>.

**Aber:** Berufsständische Selbstverwaltung ist nur *eine* der denkbaren Ausprägungen von Demokratie, einer ungehinderten Durchsetzung des demokratischen Mehrheitswillens des *Gesamtvolkes* sogar abträglich<sup>11</sup> und von daher keineswegs mit einem demokratischen Staatswesen untrennbar verbunden<sup>12</sup>.

**Ja:** Der berufsständischen Selbstverwaltung liegt das *Subsidiaritätsprinzip* zugrunde<sup>13</sup>, wonach jeder untergeordneten und engeren Gemeinschaft dasjenige zur eigenen Erledigung überlassen wird, was in *ihren* Fähigkeiten steht, während die weiteren und übergeordneten Gemeinschaften wie insbesondere der Staat sie hierbei zu unterstützen und erst dann an ihre Stelle zu treten haben, wenn die untergeordnete Gemeinschaft die Aufgabe nicht bewältigen kann; und noch einmal:

**Ja:** Gerade im europäischen Recht hat die Verankerung des Subsidiaritätsprinzips im Vertrag von Maastricht<sup>14</sup> geradezu eine Subsidiaritätseuphorie hervorgerufen – Subsidiarität ist beinahe zu einem Synonym für die moderne Verfassung der Europäischen Union geworden.

**Aber:** Subsidiarität ist gerade kein vom Grundgesetz *durchgängig* verfolgtes Organisations- und Funktionsprinzip, das verbindliche rechtsnormative Direktiven liefern könnte und dessen Verwirklichung kontrolliert und gegebenenfalls vor den Gerichten erzwungen werden könnte; Subsidiarität ist vielmehr eine staats- und gesellschaftstheoretische Kategorie, die ein Postulat politischer Klugheit ausdrückt und sich allenfalls er-

*messenleitend* an die Legislative und Exekutive richtet<sup>15</sup>. Der Verfassungskonvent von Herrenchiemsee hat das Subsidiaritätsprinzip denn auch trotz entsprechender Bestrebungen aus den eigenen Reihen gerade nicht in den Verfassungstext aufgenommen<sup>16</sup>, und auch bezüglich des EG-Vertrages sind erhebliche Zweifel angebracht, ob das Subsidiaritätsprinzip hier jemals konkret justitiabel sein wird und ob etwa der europäische Gerichtshof jemals einen Rechtsakt der Gemeinschaft wegen Verletzung des Subsidiaritätsprinzips kassieren oder auch nur kritisieren wird.

## Ärztliche Selbstverwaltung heute

Angesichts dieses zwiespältigen Befundes stellt sich natürlich um so dringlicher die Frage, wie es um die ärztliche Selbstverwaltung an der Schwelle zum 21. Jahrhundert steht. Wer auf die Allgemeingültigkeit und Dauerhaftigkeit der Tagespolitik setzt, findet alles zum Besten bestellt: Da hat doch der deutsche Gesetzgeber gerade erst im Juni dieses Jahres mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz<sup>17</sup> ein flammendes Bekenntnis zur „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ abgegeben<sup>18</sup>. Und da hat der deutsche Gesetzgeber im gleichen Gesetz sogar jene Institution, die wir heute feiern und der wir gleichwohl vorwerfen müssen, daß sie als *privatrechtlicher Verein* mit ihrer Namensführung „Bundesärztekammer“ gegen das Irreführungsverbot des § 3 UWG verstößt<sup>19</sup>, erstmals in den Adelsstand der *gesetzlich beauftragten* und *ermächtigten* Institutionen erhoben<sup>20</sup>. Also be-

steht doch offenbar kein Anlaß zur Sorge, geht vielmehr die ärztliche Selbstverwaltung sogar gestärkt aus den unruhigen Zeiten allgemeinen Gezerres und hektischen Herumbeserns am Gesundheitssystem hervor.

Allerdings sollte es vielleicht doch zu denken geben, daß man sich der Selbstverwaltung gerade in einer Zeit erinnert, in der es um Einsparungen und Kürzungen von Leistungen, um die Verantwortung für zusätzliche Belastungen der Bürger, kurzum: um die Bewältigung riesiger Finanzprobleme geht. Damit liegt der Verdacht nicht ganz fern, daß man sich seitens der Politik sehr gerne dann auf das Subsidiaritätsprinzip beruft, wenn man selbst nur subsidiär mit unangenehmen Dingen in Verbindung gebracht werden möchte, daß man sehr gerne dort der Selbstverwaltung die Vorfahrt einräumt, wo es um die Fahrt auf unsicherem Gelände und mit ungenauer Zielrichtung geht, daß man die Eigenverantwortung der unmittelbar Betroffenen gerade dann betont, wenn man selbst die Verantwortung von sich schieben möchte. Und es liegt dann der weitere Verdacht nicht ganz fern, daß man ebenso schnell, wie man zuvor die Hände in Unschuld gewaschen hat, mit parentief reinen Händen die Früchte der von anderen geleisteten Arbeit erntet und *verteilt* und mit sauberem Finger auf jene Schmutzfinken zeigt, die sich die Hände bei ihrer Leistungserbringung schmutzig gemacht haben. Sehr schnell kann es dann in guten Zeiten dazu kommen, daß man wieder die Höherrangigkeit und Höherwertigkeit des Gesamtstaates in den Vordergrund stellt, eben weil man die Selbstverwaltung als Knecht und Sündenbock nicht mehr braucht. ▷

10 Kleine-Cosack, S. 95 ff.; Taupitz, S. 617, 622, 654

11 Hendl, S. 168

12 Auch enthält das Grundgesetz – anders als bezüglich der kommunalen Selbstverwaltung in Art. 28 II – keine institutionelle Garantie der berufsständischen Selbstverwaltung; aus *diesem* Blickwinkel kann nicht davon gesprochen werden, daß die berufsständische Selbstverwaltung „gleichberechtigt“ neben der kommunalen Selbstverwaltung steht, s. aber (allg.) Klitzsch, Rhein. Ärztebl. 2/1997, 9

13 Hendl, S. 340 ff.; Taupitz, S. 520 ff., 622

14 Präambel des EU-Vertrages und Art. 3b des EG-Vertrages

15 Isensee, Subsidiaritätsprinzip und Verfassungsrecht, 1968, S. 218 ff., 281 ff., 313; Taupitz, S. 523

16 R. Herzog, Der Staat 2 (1963), 399, 412; Isensee, S. 143 ff.

17 Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997, BGBl. I, S. 1520

18 So ausdrücklich die Gesetzesmaterialien, s. BT-Drucks. 13/6087, S. 16 f.; BT-Drucks. 13/7264, S. 49

19 Taupitz, S. 748 f.

20 §§ 137a, 137b, 2. GKV-Neuordnungsgesetz betreffend Qualitätssicherungsmaßnahmen; s. dazu die Beschlußempfehlung und den Bericht des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, BT-Drucks. 13/7264, S. 49 ff., 69; s. ferner § 17 KHG i. d. F. des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes, wonach der Bundesärztekammer die Gelegenheit zur Stellungnahme zu ge-

ben ist, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zugrundeliegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind. – Zuvor war die Bundesärztekammer zwar bereits in verschiedenen Fassungen der Eichordnung genannt (s. etwa § 4 EO vom 12. 8. 1988 und vom 21. 6. 1994); jedoch lag insoweit lediglich eine *statische Verweisung* auf bestimmte (genau benannte) Richtlinien und Beschlüsse des Vorstandes der Bundesärztekammer vor, ohne daß der Bundesärztekammer dadurch eine irgendwie geartete Regelungskompetenz zuerkannt worden wäre. Zudem war der Bundesärztekammer bereits 1994 (§ 100a SGB X i. d. F. v. 13. 6. 1994) bzw. 1996 (§ 206 SGB VII i. d. F. v. 7. 8. 1996) ein *Anhörungsrecht* in bestimmten datenschutzrechtlichen Fragen eingeräumt worden

Eine weitere Gefahr ist es, der die ärztliche Selbstverwaltung im besonderen und die freiberufliche Selbstverwaltung im allgemeinen ausgesetzt ist. Diese Gefahr verbindet sich mit den Schlagworten Gleichheit im Sinne von Gleichmacherei – Freiheit im Sinne von Zügellosigkeit – Kampf aller gegen alle statt Brüderlichkeit und Solidarität. Der ungehemmte Konkurrenzkampf der Berufsangehörigen untereinander wie auch gegenüber den Angehörigen benachbarter Berufe, die Beseitigung aller vermeintlichen Privilegien, Sonderrechte und Sonderregeln, das Abschütteln jeglichen Unterworfenenseins unter berufsregelnde Schranken sind Ziele, die bei nicht wenigen hoch im Kurs stehen. Deregulierung lautet die Zauberformel, die man nicht selten mit De-Solidarisierung und Destruktion gleichsetzen kann. Regelungsverantwortung eines Berufsstandes, die auch ein gewisses Maß an Regelungs-*ermessen* beinhaltet, hat in diesem Weltbild keinen Platz. Beschlüssen, die in einer berufsständischen Kammer gefaßt werden, wird schon deshalb tiefes Mißtrauen entgegengebracht, weil in der Kammer nicht *alle* gesellschaftlichen Gruppen, Schichten und Anschauungen vertreten sind, sondern „nur“ unmittelbar Betroffene. Und berufsständische Selbstverwaltung ist schon deshalb ein Übel, weil sie mit historischen Hypothesen belastet ist und ihre Vorfahren gar bis in das später verkrustete Zunftsysteem des Mittelalters hineinreichen. Wenn selbst im Wirtschaftsausschuß des Deutschen Bundestages zu hören ist, die Kammern seien ein Relikt des Merkantilismus und hätten ständestaatlichen Charakter<sup>21</sup>, dann stehen die Zeichen ganz offensichtlich auf Sturm.

## Ärztliche Selbstverwaltung als Selbstverantwortung

Sieht also die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung mehr als düster aus? Die Antwort kann nur die klassische Antwort eines Juristen sein: Es kommt darauf an. Es kommt nämlich ganz wesentlich darauf an, was der Berufsstand *selbst* aus seiner Selbstverwaltung macht. Selbstver-

waltung ist nämlich kein Selbstläufer, keine Selbstverständlichkeit, sondern Ergebnis *von* und Medium *für* Selbstverantwortung. Lassen Sie mich dies näher erläutern.

Selbstverwaltung beruht – soziologisch gesehen – auf einem Vertrag zwischen der Gesellschaft und einem Berufsstand, wonach die Gesellschaft dem Berufsstand Autonomie in der Berufsausübung und Schutz vor unqualifiziertem Wettbewerb gegen das glaubwürdige Versprechen effektiver Selbstregulierung und Selbstkontrolle gewährt<sup>22</sup>. Individuell und kollektiv durch seine Verbände sichert der Berufsstand den Patienten und der Gesellschaft Fachkompetenz und Integrität zu. Ausbildung und sorgfältige Auswahl der Mitglieder gehören ebenso dazu wie formelle und informelle Beziehungen zwischen den Kollegen, die Bindung an bestimmte, vom Berufsstand selbst entwickelte berufsethische Standards und die Ahndung von Verstößen gegen diese Normen durch selbst durchgeführte Ehrengerichtsverfahren<sup>23</sup>. Dabei existiert berufsständische Autonomie bezeichnenderweise gerade bei jenen Berufen, die die *freien* Berufe genannt werden und deren auf komplexem Fachwissen beruhende und formal nicht strukturierbare Dienstleistung sich weithin einer Laienvorgabe im Detail, einer Laienkontrolle oder auch nur einer indirekten Qualitätskontrolle vom Ergebnis her entzieht. Die Übertragung der Verantwortung auf den Berufsstand beruht denn auch nicht zuletzt auf der Erkenntnis, daß diese Art der Steuerung die effektivste Steuerungsmöglichkeit darstellt. Zugleich ist aber offenkundig, daß eine Steuerung und Kontrolle der fachlichen Leistung gerade bei den freien Berufen um so wichtiger ist. Denn ihre Berufstätigkeit bezieht sich in besonderem Maße auf soziokulturelle Werte, die – wie zum Beispiel Gesundheit, Freiheit, Gerechtigkeit, Moral oder humane Umwelt – von zentraler Bedeutung für das Wertesystem des einzelnen und der Gesellschaft sind<sup>24</sup>. Gerade für den ärztlichen Bereich ist ein durchgängig hohes Leistungsniveau denn auch seit jeher im wahrsten Sinne des Wortes „lebenswichtig“ – auch wenn, wie am Rande angemerkt sei, ein Blick in die

berufsständischen Publikationen zur Zeit eher den Eindruck vermittelt, „Qualitätssicherung“ sei erst eine nobelpreisverdächtige Entdeckung der letzten Jahre. Die für unser Thema wichtige Quintessenz läßt sich dahin zusammenfassen, daß die der Ärzteschaft von der Gesellschaft zugestandene und zugleich 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, inwieweit 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 allemal 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 um so größer: Enttäushtes 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.

Aus diesen Gründen muß die Ärzteschaft mehr als sensibel reagieren, wenn Mißstände im eigenen Bereich sichtbar werden oder auch nur der Verdacht entsteht, die ärztliche Selbstkontrolle habe nicht funktioniert. Deshalb müssen Vorwürfe von außen gerade auch dann mit ge-

21 Nachweis bei Tettinger (S. 240) zu einer Sitzung vom 31. 1. 1996

22 Zum Verhältnis von Recht auf berufliche Autonomie und Verpflichtung zu berufsständischer Selbstkontrolle s. sehr deutlich auch die Deklaration des Weltärztebundes „Berufliche Autonomie und Selbstverwaltung“, verabschiedet im Oktober 1987 in Madrid

23 Taupitz, S. 72 m. w. Nwen.

24 Taupitz, S. 65

bührender Aufmerksamkeit aufgenommen und damit ernst genommen werden, wenn man selbst der Auffassung ist, an den Vorwürfen sei nichts dran. Und deshalb sollte ein Berufsstand peinlichst darauf bedacht sein, daß die berühmte „Krähentheorie“ als Ausdruck falsch verstandener Kollegialität jedenfalls mit *ihm nicht* assoziiert wird. Wenn einem Berufsstand dies nicht gelingt, dann hat es zumindest Defizite in der Außendarstellung gegeben, in einigen Fällen aber wohl auch Versäumnisse bei der notwendigen und ohne Ansehen der Person erforderlichen standesinternen Aufdeckung, Sanktionierung und vor allem zukunftsgerichteten Verhinderung individuellen Fehlverhaltens. Wenn nach außen der *Eindruck* entsteht, ein Berufsstand sehe seine vornehmste Aufgabe darin, millimetergenau die Größe der Praxisschilder seiner Kollegen zu kontrollieren, anstatt die Leistungserbringung gegenüber dem Klienten ins Visier zu nehmen, wenn man der Gesellschaft das *Gefühl* vermittelt, Forderungen zur finanziellen Ausstattung des Gesundheitssystems hätten kein *anderes* Ziel als das des Erhalts der eigenen Einkommenssprüden, dann unterminiert dies die Grundlagen der berufsständischen Selbstverwaltung. Und wenn man – *rein hypothetisch und lediglich als Warnung vor abstrakten Gefahren gedacht* – den auszubildenden Arzt vor allem als Konkurrenten und weniger als zukünftiges Mitglied der eigenen Gemeinschaft betrachtet, wenn neue Formen der Zusammenarbeit – auch mit anderen und sogenannten niederen Berufen des Heilwesens – allein aus dem Blickwinkel von Konkurrenzdenken und weniger vor dem Hintergrund umfassender, synergetischer Leistungserbringung betrachtet werden<sup>25</sup>, wenn Pflichten gegenüber den Patienten von vornherein als Zumutung gezeißelt werden, dann sind auch dies Umstände, die die Selbstverwaltung sehr schnell in Mißkredit bringen. Dabei betone ich ausdrücklich, daß es nicht allein darauf ankommt, ob derartige Mängel tatsächlich in großem Ausmaß vorhanden sind, ob entsprechende Vorwürfe in *jedem* Punkt stimmen, ob sich die *Mehrheit* der Berufsangehörigen wirklich entsprechend verhält:

Aufgabe der Selbstkontrolle ist es vielmehr, das Fehlverhalten auch *einzelner* schwarzer Schafe zu verhindern; Aufgabe der Selbstverwaltung ist es, *vorausschauend* den sich ändernden Erwartungen der Gesellschaft entsprechende Konzepte zu entwickeln<sup>26</sup> und – zwar nicht jeder Laune des Zeitgeistes folgend, aber doch die Zeichen der Zeit erkennend – einen eigenen konstruktiven Beitrag zur Fortentwicklung des Gesundheitswesens zu leisten; und Aufgabe der Selbstverwaltung ist es *vor allem*, der Gesellschaft das *Vertrauen* zu geben und zu erhalten, daß die Selbstkontrolle, zu der man sich verpflichtet hat, tatsächlich *im Interesse der Gesellschaft* und nicht lediglich *im Eigeninteresse* des Standes funktioniert. Vertrauensbildende Maßnahmen sind dabei auch offizielle Verlautbarungen und Regelwerke, die die *Zielrichtung* und *Grundhaltung* eines Berufsstandes zum Ausdruck bringen. Gerade *sie* dürfen sich nicht auf jene Dinge beschränken, die standesintern tatsächlich als *regelungsbedürftig* und *defizitär* angesehen werden<sup>27</sup>. Vielmehr müssen sie als Teil der Außendarstellung auch solche Gesichtspunkte aufgreifen, die die *Allgemeinheit* als wesentlich ansieht und als Teil des berufsständischen Versprechens gewissermaßen „schwarz auf weiß“ sehen möchte. Nicht zuletzt *deshalb* waren die Signale des diesjährigen Ärztetages in Eisenach so wichtig, war die dort beschlossene Neufassung der Musterberufsordnung mit ihrer stärkeren Ausrichtung auf die Patientenbelange sogar längst überfällig<sup>28</sup>.

### Umweltbedingungen der ärztlichen Selbstverwaltung

Wenn ich bisher so ausführlich von der Verantwortung des Berufsstandes für den Fortbestand seiner eigenen Selbstverwaltung gesprochen habe, dann deshalb, weil die in den eigenen Händen liegende Vorsorge nun einmal die beste Vorsorge ist. Das bedeutet aber nicht, daß es *allein* in der Macht des Berufsstandes läge, die Selbstverwaltung zu sichern, und daß umgekehrt *alle* Mißstände oder Unzulänglichkeiten im Standesinneren

in *seiner* Verantwortung fielen. Ganz im Gegenteil ist die ärztliche Selbstverwaltung weithin von Bedingungen ihrer Umwelt abhängig, ist sie gerade in letzter Zeit sogar nicht selten Spielball der Tagespolitik.

Wenn beispielsweise die Gesellschaft eine Vorauswahl der angehenden Ärzte trifft und dabei die Augen davor verschließt, daß eine 1,0 im Abiturzeugnis keineswegs mit ausgeprägter Nächstenliebe und Hilfsbereitschaft einhergehen muß, dann darf sie sich nicht wundern, wenn nicht *jeder* der späteren Ärzte dem Idealbild eines altruistisch motivierten, frei von Gewinnstreben agierenden Arztes entspricht. Aus diesem Blickwinkel müßte die Ärzteschaft, meine ich, sehr viel stärker versuchen, Einfluß auf die Auswahl der angehenden Ärzte zu gewinnen<sup>29</sup>. Universitäre Eingangstests, wie sie zum Teil ja bereits durchgeführt werden, können jedenfalls *dann* hierzu beitragen, wenn sie nicht nur zum Abfragen angelesenen Wissens, sondern zur Ermittlung echter Motivation und Eignung für das entsprechende Studium *und den späteren Beruf* genutzt werden. Umgekehrt stellt es aber auch – und das sei aus aktuellem Anlaß ausdrücklich betont – einen *Mißbrauch des ärztlichen Berufsethos durch die Gesellschaft* dar, ärztliche Leistungen zum Nulltarif zu verlangen – ganz abgesehen davon, daß in der Höhe des Entgelts für eine Leistung *auch* die Wertschätzung zum Ausdruck kommt, die man dieser Leistung entgegenbringt.

Aber noch einmal zurück zum Einfluß des Berufsstandes auf die Auswahl und Ausbildung der eigenen Mitglieder. *Positives* läßt sich für die

25 Zur immer wichtiger werdenden Kooperation bei den freien Berufen s. hier nur Wasilewski, Deutsches Architektenblatt 1996, S. 1435 f.

26 Siehe auch Hoppe, Rhein. Ärztebl. 8/1997, 3: „Es bringt mehr, am Arztbild der Zukunft zu arbeiten, als sich über die aktuell nicht immer faire Behandlung der Ärzteschaft in den Medien aufzuregen“

27 Taupitz, S. 497 f.

28 Abdruck der Neufassung der Musterberufsordnung im DÄBl. 1997, A-2354 ff.

29 Dies gilt ungeachtet der Tatsache, daß es einen gegenläufigen internationalen Trend zur Trennung von Kammer-Berufsaufsicht und *staatlicher* Marktzugangs-kontrolle gibt, s. dazu H. Herrmann, Recht der Kammern und Verbände Freier Berufe, 1996, S. 472 f.

Ärztenschaft nämlich insofern hervorheben, als gerade *sie* (die Ärzteschaft) im Vergleich zu anderen freien Berufen und insbesondere zur Anwaltschaft den großen Vorteil hat, die Ausbildung des eigenen Nachwuchses weitgehend (und ungeachtet einiger an der konkreten Durchführung zu Recht erhobener Kritik) in *eigener* Verantwortung durchführen zu können. Während das *juristische* Referendariat in den Händen des Staates liegt und auf die Ausbildung von Staatsdienern ausgerichtet ist, so daß die Anwaltschaft *auch* – wenn auch zum Glück nicht *nur* – jene „Was bleibt mir schon übrig“-Kollegen in ihren Reihen wiederfindet, die das Klassenziel „Staatsdienst“ eben nicht erreicht haben, kann die Ärzteschaft schon in der von ihr selbst verantworteten Ausbildung prägend auf die zukünftigen Kollegen wirken. Sie kann damit das vorbereiten oder gar erreichen, was die Soziologen das „Internalisieren“ gemeinsamer Einstellungen und Verhaltensweisen nennen<sup>30</sup> – mit anderen Worten: die Herbeiführung eines einheitlichen *ärztlichen* Rollenverständnisses. Und insofern ist es sehr zu begrüßen, daß die *Aus- und Fortbildung in ärztlicher Ethik* wieder stärker betont wird<sup>31</sup> – und zwar nicht im Sinne verstaubter Gefühlsduselei, sondern im Sinne einer Schärfung des Bewußtseins für die Verantwortung *des* ärztlichen Berufs und *im* ärztlichen Beruf, die sich gerade in Zeiten leerer Kassen und verschärfter Konkurrenz zu bewähren hat.

Wenn ich von den *Umweltbedingungen* gesprochen habe, von denen die Effektivität und letztlich der Fortbestand der ärztlichen Selbstverwaltung mit abhängt, dann gehört dazu auch die Frage, welchen *Aufgabenkreis* die Rechtsordnung der Selbstverwaltung zuerkennt und welche *Freiräume* der Selbstverwaltung hierbei zugestanden werden. Je stärker die Rechtsordnung den Berufsstand darauf beschränkt, nur rein interne *ärztliche* Angelegenheiten regeln zu dürfen, je weniger ausgeprägt folglich die *Außenwirkungen* berufsständischen Handelns und Regels sein dürfen, um so *weniger* Verantwortung überträgt die Rechtsordnung dem Berufsstand für die Belange der *Patienten* und des *Gesundheitssystems* insgesamt, und um so *weniger* *berechtigt* ist dann der Vorwurf, daß die Belange der Patienten und des Gesundheitssystems nicht ausreichend wahrgenommen worden seien. Und je stärker man den Berufsstand darauf beschränkt, technokratisch die Befehle anderer auszuführen und als verlängerter Arm des Staates zu fungieren, um so weniger kann man ihn anschließend dafür rügen, daß er sich nicht aktiv, gestalterisch und vorausschauend an der Fortentwicklung des Gesundheitswesens beteiligt hat.

Allerdings stehen solche Gerechtigkeitsüberlegungen heute offenbar nicht mehr sehr hoch im Kurs; auch scheinen die Funktionszusammenhänge zwischen *Fähigkeit* und *Verantwortung* sowie zwischen *Aufgabe* und *Pflicht* allmählich in Vergessenheit zu geraten. Um so wichtiger ist es aber, darauf hinzuweisen, daß eine *funktionierende Selbstverwaltung* un-

*abdingbar eigenes Gestaltungsermessen voraussetzt*. Entgegen anderslautenden Stimmen sei dabei ausdrücklich betont, daß auch der Aufgabenkomplex „berufliche Interessenvertretung“ weit gefaßt sein muß. Die berufsständischen Kammern müssen über Ansprechpartner, Ausdrucksmittel, Umfang und Intensität der Interessenvertretung grundsätzlich eigenverantwortlich entscheiden können; vorbehaltlich spezialgesetzlicher Vorgaben stehen ihnen dabei *alle* als geeignet und erforderlich erscheinenden Handlungsformen zur Verfügung<sup>32</sup>. Aus diesem Blickwinkel sollte den Kammern – entgegen der Auffassung der verwaltungsgerichtlichen

Bisher sind in dieser Serie erschienen:

Thomas Gerst: Föderal oder zentral? – Der kurze Traum von einer bundeseinheitlichen ärztlichen Selbstverwaltung (Heft 38/1996)

Gerhard Vogt: Arzt im Krankenhaus (Heft 45/1996)

Hedda Heuser-Schreiber: Ärztinnen in Deutschland – Fakten, Beobachtungen, Perspektiven (Heft 1–2/1997)

J. F. Volrad Deneke: Körperschaften und Verbände – streitbare Verwandte (Heft 4/1997)

Klaus-Ditmar Bachmann, Brigitte Heerklotz: Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (Heft 10/1997)

Marilene Schleicher: Die ärztliche Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland (Heft 14/1997)

Jürgen W. Bösch: Die Reichsärztekammer im Lichte von Gesetzgebung und Rechtsprechung der Bundesrepublik Deutschland (Heft 21/1997)

Horst Dieter Schirmer: Ärzte und Sozialversicherung (I) – Der Weg zum Kassenarztrecht (Heft 26/1997)

Horst Dieter Schirmer: Ärzte und Sozialversicherung (II) – Der Weg zum Kassenarztrecht (Heft 27/1997)

Franz Carl Loch, P. Erwin Odenbach: Fortbildung in Freiheit – Gestern und heute: Eine Hauptaufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung (Heft 33/1997)

Franz Carl Loch, Wolfgang Loris: Der saarländische Sonderweg (Heft 38/1997)

Jörg-Dietrich Hoppe: Die Weiterbildungsordnung – Von der Schilderordnung zum integralen Bestandteil der Bildung im Arztberuf (Heft 39/1997)

Bruno Müller-Oerlinghausen, Karl-Heinz Munter: Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Qualitätssicherung in der Arzneitherapie (Heft 40/1997)

Rolf Bialas, Michael Jung: Alterssicherung in eigener Verantwortung – Ärztliche Versorgungswerke (Heft 41/1997)

Walter Burkart: Die Auslandsbeziehungen der Bundesärztekammer (Heft 42/1997)

Christoph Fuchs, Thomas Gerst: Medizinethik in der Berufsordnung – Entwicklungen der Muster-Berufsordnung (Heft 43/1997)

Karsten Vilmar: Die ärztliche Selbstverwaltung und ihr Beitrag zur Gestaltung des Gesundheitswesens (Heft 44/1997)

Walter Brandstädter: „Welten trennen uns vom real existierenden Sozialismus“ (Heft 45/1997)

30 Ben-David, KZfSS, Sonderheft 5 (1961), 114 ff.; R. Bucher/Stelling, *Becoming Professional*, 1977; Coombs, *Mastering Medicine*, 1978; Taupitz, S. 77 f. m. w. Nwen.

31 Siehe insbesondere die Entschließung zum Tagesordnungspunkt II des Ärztetages in Eisenach 1997, DÄBl. 1997, A-1655 f.

32 Tettinger, S. 239

Rechtsprechung<sup>33</sup> – etwa auch zugestanden werden, sich berufsübergreifend mit Organisationen anderer freier Berufe für die gemeinsamen Belange der freien Berufe schlechthin einzusetzen und sich zu diesem Zweck etwa im Bundesverband der Freien Berufe zusammenzuschließen. Anerkannt ist immerhin nach zahlreichen Rechtsstreitigkeiten, daß die Kammern zu Zwecken der Öffentlichkeitsarbeit und der Mitgliederinformation Zeitschriften und Mitteilungsblätter herausgeben dürfen, selbst wenn diese, was manche unerhört finden, mit unterhaltenden oder werbenden Teilen angereichert sind; untersagt sind richtigerweise lediglich Stellungnahmen zu allgemeinen politischen Themen, soweit ein Berufsbezug *vollkommen* fehlt<sup>34</sup>. Interessenvertretung kann, wie das OVG Nordrhein-Westfalen zu Recht hervorgehoben hat, sogar so weit gehen, daß eine Kammer ihre Mitglieder dazu auffordert, für den Fall eines bestimmten Gesetzesbeschlusses kollektiv die Kassenzulassung niederzulegen<sup>35</sup>. Allerdings muß eine so weitgehende Interessenvertretung *gegen* den Staat den sachlich gebotenen Schutz anderer Rechtsgüter im Auge behalten; eine nicht an der Verhältnismäßigkeit ausgerichtete *rigorose* Durchsetzung eigener finanzieller Belange des Standes ohne Rücksicht auf die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht akzeptabel<sup>36</sup>. Hier zeigt sie sich wieder, die doppelte *Mitverantwortung* der ärztlichen Selbstverwaltung, nämlich *mit* für die eigenen *Mitglieder* und *mit* für die *berufsfremden* – um im Wortspiel zu bleiben – *Mitmenschen* und die Umwelt als *Mit-Welt*.

Auch aus dem Blickwinkel der Aufgaben, Befugnisse und Kompetenzen berufsständischer Selbstverwaltung ist ein vergleichender Blick auf andere freie Berufe und insbesondere die Anwaltschaft mehr als aufschlußreich. Gerade insoweit zeigt es sich nämlich, in welchem Ausmaß es *lohnt*, für die eigenen Belange zu kämpfen und selbstbewußt an der Gestaltung der eigenen Selbstverwaltung mitzuwirken. Aus ärztlicher Sicht dürfte es sehr überraschend sein, daß gerade der Berufsstand der Rechtsanwälte, der doch in besonderem Maße für sich in Anspruch

nimmt, an der Gestaltung der Rechtsordnung mitzuwirken, in den eigenen Belangen des *Standesrechts* eine kaum glaubliche Lethargie an den Tag gelegt hat. Erst vor drei Jahren hat der Berufsstand der Anwälte die Befugnis erhalten, das berufliche Verhalten der eigenen Mitglieder in Form einer *Satzung*, also in Form von *Rechtsnormen*, regeln zu dürfen<sup>37</sup>. Und selbst diese Befugnis, *Rechtsregeln* zum Umgang mit Mandanten, Gerichten, Behörden und Kollegen aufgrund *eigenen Regelungsermessens* erlassen zu dürfen, hat der Berufsstand nicht einmal selbst erkämpft, sondern – mehr ungewollt – letztlich auf Initiative des Bundesverfassungsgerichts in den Schoß gelegt bekommen<sup>38</sup>. Das Bundesverfassungsgericht hatte nämlich in zwei – als Armutszeugnis für die Anwaltschaft betrachteten<sup>39</sup> – Beschlüssen von 1987 die seinerzeit existierenden anwaltlichen Standesrichtlinien wegen ihres Zustandekommens und ihrer Wirkung als rechtsstaatswidrig gebrandmarkt<sup>40</sup>. Der Gesetzgeber hat daraufhin ein Regelungsvakuum befürchtet und der Anwaltschaft dann endlich *das* zuerkannt, was für die *Ärztenschaft* schon seit dem letzten Jahrhundert unbestritten und in zahlreichen Gesetzen zum Ausdruck gekommen ist: daß nämlich ein Berufsstand die Aufgabe hat, die beruflichen Pflichten der eigenen Mitglieder in verbindlichen *Rechtsnormen* standesrechtlich zu regeln<sup>41</sup>. Während in der *Ärztenschaft* das an den eigenen Stand gerichtete Motto „tua res agitur“<sup>42</sup> auf fruchtbaren Boden gefallen war und hier zu einer weitgehend geschlossenen Front gegen staatliches Hineinreden in urei-

gene ärztliche Angelegenheiten geführt hatte, war die Haltung der Anwaltschaft bis in die jüngste Vergangenheit eher reagierend statt agierend ausgerichtet und stärker vom Blick auf die Tätigkeit der Staatsgewalt denn auf die eigenen Fähigkeiten geprägt<sup>43</sup>. Man hat angesichts des Fehlens jeglicher Diskussion innerhalb der Anwaltschaft sogar den Eindruck, die Anwaltschaft habe das von den Ärzten erstrittene Machtmittel des *Standesrechts* über 100 Jahre nicht einmal zur Kenntnis genommen<sup>44</sup>. Ich glaube, daß sich deutlicher kaum zeigen kann, wie selbst innerhalb der vermeintlich so einheitlichen Gruppe der *verkammerten freien Berufe* Unterschiede bei den Mitgestaltungsmöglichkeiten gerade darauf zurückzuführen sind, inwieweit ein Berufsstand *Gestaltungswillen*, *Durchsetzungskraft* und *politisches Gespür* gezeigt hat. Bereitschaft zur Mitverantwortung lohnt sich also doch noch – und das gilt nicht zuletzt für die berufsständische Selbstverwaltung.

## Europarechtliche Rahmenbedingungen der ärztlichen Selbstverwaltung

Angesichts dieses doch wieder ein wenig optimistischer stimmenden Befundes sei der Blick auf die *europarechtlichen* Rahmenbedingungen der ärztlichen Selbstverwaltung geworfen. Auch insoweit dürfte die Stimmung zwischen Skepsis und Optimismus schwanken, fürchtet man doch einerseits den europäischen Kahlschlag gewachsener nationaler Strukturen, erhofft man sich andererseits

33 BVerwG, NJW 1987, 337; OVG Bremen, NJW 1994, 1606; Vorinstanz: VG Bremen, MedR 1992, 171; anders dagegen BGH, BRAK-Mitt. 1996, 126; ausführliche Darstellung der Problematik bei Tettinger, S. 152 ff.

34 Näher Tettinger, S. 159 ff.

35 OVG Münster, Urteil vom 6. 6. 1980, OVGE 35, 32

36 OVG Münster, OVGE 35, 32, 35 ff.; Tettinger, S. 145

37 §§ 191a ff. BRAO i. d. F. v. 2. 9. 1994, BGBl. I, S. 2278

38 Dazu, daß das BVerfG die Anwaltschaft zu ihrem Glück gezwungen hat, Zuck, NJW 1988, 175

39 Vgl. die Nachweise bei Hensler/Prütting/Eylmann, Bundesrechtsanwaltsordnung, 1997, Vorb. § 43 Rdnr. 3

40 BVerfGE 76, 171 ff. und 196 ff.; näher dazu Taupitz, DVBl. 1988, 209 ff.

41 Ausführlich zur Entwicklung der ärztlichen Standesordnungen (gerade auch in Konfrontation zum Staat) Taupitz, S. 248 ff.

42 Mettenheimer, Die Einführung einer ärztlichen Standesordnung, 1878, S. 13

43 Ausführlich Taupitz, S. 352 ff., die „defensive“ Haltung der Anwaltschaft wurde denn auch gerade nach den Richtlinien-Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts (oben Fn. 40) beklagt, s. etwa Zuck, JZ 1988, 558, 559. Kleine-Cosack (NJW 1994, 2249) spricht gar von „unverständliche[r] neurotische[r] Betriebsblindheit im eigenen Berufsrecht“

44 Taupitz, S. 365 f.

45 Institut für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Hsrg.), Freie Berufe in Europa, 1993, S. 71 ff.; Herrmann, S. 470 f. und die jeweiligen Länderberichte

aber auch „Brüsseler Spitzen“ gegen binnenstaatliche Planierungsversuche. Zwar läßt sich keine ausdrückliche europarechtliche Bekräftigung oder gar institutionelle Sicherung der freiberuflichen Selbstverwaltung nachweisen. Jedoch ist es schon mehr als beruhigend, daß in den weitaus meisten europäischen Ländern vergleichbare Institutionen mit Pflichtmitgliedschaft bestehen, wie sie die deutschen Ärztekammern darstellen<sup>45</sup>. Auch ist ein Trend zur Entkammerung weder allgemein bezüglich der freien Berufe noch speziell bezüglich der Ärzte in Europa festzustellen<sup>46</sup>. Mit besonderer Deutlichkeit ist zudem durch den erst kürzlich geänderten Art. 129 des EG-Vertrages in der Fassung der Regierungskonferenz von Amsterdam bekräftigt worden, daß die Organisation der Gesundheitsdienste und die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in die Verantwortung der *Mitgliedsstaaten* fallen<sup>47</sup>. Und schließlich sind unabhängig hiervon auf EG-Ebene (insbesondere bei der Kommission) auch keine Bestrebungen bekannt geworden, die nationalen *standesrechtlichen* Bestimmungen für Ärzte und andere freie Berufe zu harmonisieren oder zu koordinieren und damit der mitgliedstaatlichen Verantwortung zu entziehen<sup>48</sup>; auch zielen die bereits bestehenden europäischen Regelungen, wie jene zur gegenseitigen Anerkennung von Diplomen, nicht auf eine Änderung der die Berufsausübung einschließlichen der Berufsethik betreffenden mitgliedstaatlichen Bestimmungen<sup>49</sup>. Beruhigend ist ferner, daß der Europäische Gerichtshof ausdrücklich betont hat, daß die Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten, die die *Pflichtmitgliedschaft* in einer berufsständischen Kammer vorschreiben, als solche nicht unvereinbar mit dem Gemeinschaftsrecht sind<sup>50</sup>. Auch hat der EuGH zumindest implizit anerkannt, daß das Europarecht den *standesrechtlichen*, also den *eigenen*, Berufsausübungsregeln freiberuflicher Selbstverwaltungskörperschaften nicht per se entgegensteht<sup>51</sup>. Worauf sich die Kammern allerdings stärker als früher einstellen müssen, das ist die *inhaltliche* Ausrichtung ihres Standesrechts an den Vorgaben des EG-Vertrages, insbesondere an den

Grundsätzen der Niederlassungsfreiheit, der Dienstleistungsfreiheit, der Warenverkehrsfreiheit und des Diskriminierungsverbots<sup>52</sup>. Allerdings dürfte dies ebenso leicht gelingen, wie man es ja auch aus *binnenstaatlicher* Sicht geschafft hat, die „präzisen“ Vorgaben der grundgesetzlichen Berufsfreiheit und des verfassungsrechtlichen Selbstbestimmungsrechts der Kammerangehörigen angemessen in den standesrechtlichen Normen zu berücksichtigen, wenn auch gelegentlich erst aufgrund – wie man zurückhaltend formulieren könnte – „leisen“ Drucks der Gerichte. Daß diese Problematik eines der Dauerthemen berufsständischer Arbeit auch in den nächsten Jahren sein wird, das braucht in diesem Kreis sicher nicht besonders betont zu werden. Allerdings sollte dabei die Zusammenarbeit mit den Berufsvertretungen anderer Mitgliedsstaaten der Europäischen Union doch sehr intensiviert werden und vielleicht – dem *guten* Vorbild der Anwaltschaft folgend<sup>53</sup> – ein europäischer Kodex der ärztlichen Standesregeln geschaffen werden<sup>54</sup>.

Rückenwind dürfte die Idee berufsständischer Selbstverwaltung zudem auf europäischer Ebene vom Subsidiaritätsprinzip erhalten, auch wenn dieses, wie bereits angesprochen, eher als *soft-law* denn als verbindliche Anspruchsgrundlage in Erscheinung tritt. Politisch-ermessensleitend wirkt ferner das Versprechen in Art. A Abs. 2 des EU-Vertrages, wonach Entscheidungen in Europa möglichst bürgernah getroffen werden sollen. Und daß die europäischen Bürger auch nach Ansicht der Verfasser des EG-Vertrages *berufsspezifische*

*Interessenvertretung* bedürfen, das zeigt nicht zuletzt der Wirtschafts- und Sozialausschuß der EG, der nach Art. 193 des EG-Vertrages ausdrücklich Vertreter der *freien Berufe* umfaßt. Eine EG-rechtlich initiierte Abschaffung der ärztlichen Selbstverwaltung ist damit mehr als unwahrscheinlich – wobei ich noch nicht einmal darauf hinweisen muß, daß sich der Ständige Ausschuß der Europäischen Ärzte als anerkannte Vertretung der Ärzte Europas<sup>55</sup> eine so hohe Achtung bei den europäischen Institutionen erworben hat, daß schon das Gewicht seiner Stimme entsprechende Versuche im Keim ersticken dürfte.

## Ärztliche Selbstverwaltung morgen

Erwähnenswert bleiben allerdings einige *internationale Trends*, die die ärztliche Selbstverwaltung auch in Deutschland voraussichtlich beeinflussen und möglicherweise sogar in erheblichem Ausmaß prägen werden.

Zu nennen ist hier vor allem die *Stärkung berufsexterner Einflüsse* auf den Berufsstand<sup>56</sup>. Diese zunehmende Ausweitung berufsfremder Einflüsse zeigt sich zum Beispiel daran, daß immer mehr Fragen des Berufsrechts als dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten erklärt und damit den Kammern entzogen werden. In Deutschland ist diese Entwicklung bekanntlich schon durch die Facharzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1972 geprägt worden<sup>57</sup>. Im internationalen Ver-

schon Binnenmarkt, jur. Diss. Tübingen 1995; aus anwaltlichem Blickwinkel Henssler/Nerlich (Hrsg.), *Anwaltliche Tätigkeit in Europa*, 1994; Geiger, *Der Wandel im Berufsrecht des deutschen Rechtsanwalts unter dem Einfluß des Europäischen Integrationsprozesses*, 1995

53 Standesregeln der Rechtsanwälte der Europäischen Gemeinschaft (CCBE), angenommen am 28. 10. 1988, AnwBl. 1989, 647

54 Eine Zusammenarbeit in dieser Richtung wird von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften ausdrücklich begrüßt, s. Carl, S. 81

55 Dazu Eckel, Nds. Ärztbl. 8/1997, 2, 4 ff.; Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer '97, S. 413 ff.

56 Zur Zunahme heteronomer Einflüsse auf die ärztlichen Standesordnungen s. schon Taupitz, S. 305 ff.

57 BVerfGE 33, 125 ff.

46 Herrmann, S. 470 f.

47 Draft Treaty of Amsterdam, Document CONF/4001/97 vom 19. 6. 1997, Art. 129 Abs. 5: "Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organization and delivery of health services and medical care...". Der Vertrag ist am 2. 10. 1997 unterzeichnet worden und bedarf jetzt der Ratifizierung durch die Mitgliedsstaaten

48 Carl, *Beratende Berufe im Europäischen Binnenmarkt*, 1995, S. 81

49 So ausdrücklich die Erwägungen zur Hochschuldiplomenerkennungsrichtlinie (89/48/EWG) vom 21. 12. 1988, ABl. EG Nr. L 19/16 vom 24. 1. 1989

50 EuGH NJW 1984, 2022, 2023

51 EuGH NJW 1990, 2305 f.; NJW 1994, 781 f.

52 Siehe dazu hier nur Carl, S. 27 ff.; Mulas, *Freizügigkeit freier Berufe im europäi-*

gleich zeigt sich aber noch stärker als bei uns, daß auch die externen Einflüsse unmittelbar auf die interne Kammerarbeit zunehmen<sup>58</sup>. Dies geschieht zum einen dadurch, daß mehr oder weniger fachnahe Mitglieder anderer Berufe oder gar *Laien* an den organisationsrechtlich erheblichen Entscheidungsverfahren der Kammern, etwa der kammerinternen Beschlußfassung über das Standesrecht, beteiligt werden. Es geschieht zum anderen aber auch in Form einer stärkeren Einbeziehung externer Personen in die disziplinierende und sanktionierende Ehrengerichtbarkeit, eine der klassischen Institutionen berufsständischer Selbstkontrolle. Verbraucherschutz, Interessenausgleich und Einbeziehung der Fachkunde benachbarter Berufe sind einige der Gesichtspunkte, die in sehr unterschiedlicher Ausprägung hinter dieser Tendenz stehen. So ganz neu ist diese extraprofessionelle Ko-Organisation aber auch in Deutschland nicht, erkennen wir sie doch letztlich in den interdisziplinär zusammengesetzten Ethikkommissionen wieder – ganz abgesehen von zahlreichen Kommissionen und Gremien, durch die die ärztlichen Organisationen auf *freiwilliger* Basis den Sachverstand externer Personen für ihre Arbeit fruchtbar machen. In der Tat ist es auch bezogen auf die berufsständische Regulierung und Kontrolle nicht abwegig, den bisher doch sehr stark

betonten Gegensatz zwischen *innen* (gleich abgeschotteter Berufsstand) und *außen* (gleich Allgemeinheit, Patienten und benachbarte Berufe) ebenso zu entschärfen wie den Konflikt zwischen *unten* (gleich partikuläre Standesinteressen) und *oben* (gleich vom Staat wahrgenommenes Allgemeininteresse). Daß eine solche Entwicklung die Aufgaben und Funktionen der Selbstverwaltung nachhaltig beeinflussen wird<sup>59</sup>, dürfte offenkundig sein. Schon dies allein sollte Grund genug sein, diese Entwicklung auch aus dem Blickwinkel der damit sich für den eigenen Berufsstand ergebenden *Chancen* aktiv gestalterisch zu begleiten.

### Marktzutritt statt Marktabschottung

Eine weitere Herausforderung der nächsten Jahre wird darin bestehen, den Übergang von der *Marktabschottung* zur *interprofessionellen Qualitätssicherung* zu bewältigen. Eine vergleichende Analyse der Berufsrechte in Europa hat nämlich ergeben, daß der Marktzutritt für die Angehörigen benachbarter Berufe zunehmend erleichtert und durch Mechanismen der Kooperation und gegenseitigen Kontrolle flankiert wird<sup>60</sup>. Insgesamt ist die internationale berufsständische Entwicklung von *Flexibilisierung, Verzahnung und Kooperation* anstelle von *Marktabschottung und Konfrontation* gekennzeichnet. Und spannt man den Bogen weiter, dann kann man die Entwicklung von den Zünften über die Berufsstände hin zu aufgabenbezogenen Funktionseinheiten ausmachen. Die Zünfte waren noch Lebensgemeinschaften, die die Mitglieder in ihrer Totalität erfaßten, für ihre Mitglieder weit über den Beruf hinaus statusbestimmend waren und die gesamte Gesellschaft fein säuberlich in verschiedene Segmente zerteilten<sup>61</sup>. Demgegenüber sind die heutigen Berufsstände *tätigkeitsbezogene* Gruppen, die durch formale Berufszulassung und einheitliche Berufsbezeichnung geschaffen und auch zusammengehalten werden<sup>62</sup>. An ihre Stelle werden in Zukunft voraussichtlich mehr auf ein be-

stimmtes Ziel ausgerichtete *Funktionseinheiten* treten, die sich aus Mitgliedern verschiedener, heute noch je für sich definierter Berufe zusammensetzen<sup>63</sup>.

Wenn es auch heute noch als Unding erscheint – ich wage es denn auch kaum auszusprechen –, daß Heilpraktiker, Masseur und Psychologen zusammen mit *Ärzten* in *einer* Berufsorganisation zusammengeschlossen sind, so sei doch daran erinnert, daß auch heute schon nicht-anwaltliche Rechtsberater Mitglieder einer *Rechtsanwaltskammer* sein können<sup>64</sup>. Eine homogene Mitgliederstruktur wird bei den zukünftigen Funktionseinheiten also nicht mehr ohne weiteres vorauszusetzen sein. Wohl ist aber auch bei ihnen ein Grundbestand an einheitlichen *Wertvorstellungen* und übereinstimmenden *Idealen* unabdingbar. Hieran zu arbeiten, dabei auch prägend auf Nachbarberufe zu wirken und nicht zuletzt die so wesentliche Übereinstimmung zwischen dem eigenen *Leistungsvermögen* des Berufsstandes und den von außen an ihn herangetragenen *Leistungserwartungen* zu erhalten oder wiederzugewinnen<sup>65</sup>, wird wesentliche Aufgabe der ärztlichen und zukünftig vielleicht *medizinischen* Selbstverwaltung sein. Und um diese *medizinische Selbstverwaltung* ist es im 21. Jahrhundert dann gut bestellt, wenn sowohl die *Ärzteschaft* als auch die *Gesellschaft* unter Einschluß der *Rechtsordnung* ihrer *Verantwortung* für das Gesundheitswesen gerecht werden.

Zitierweise dieses Beitrags:  
Dt. Ärztebl. 1997; 94: A-3078–3090  
[Heft 46]

#### Anschrift des Verfassers

Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz  
Richter am OLG Karlsruhe  
Universität Mannheim,  
Fakultät für Rechtswirtschaft  
Schloß – Westflügel W 213  
68131 Mannheim

Bei dem Artikel handelt es sich um die geringfügig veränderte und lediglich mit weiterführenden Fußnoten versehene Fassung eines Vortrags auf der Festveranstaltung aus Anlaß des 50jährigen Bestehens der Bundesärztekammer am 17. Oktober 1997 in Köln

58 Hierzu und zum folgenden H. Herrmann, S. 476 f.

59 Wobei zugleich die Gefahr besteht, daß die Aufgaben und Funktionen der Selbstverwaltung in gewisser Weise auch „verwässert“ werden

60 H. Herrmann, S. 479 ff.

61 O. v. Gierke, Deutsches Genossenschaftsrecht, Bd. 1, 1868, S. 226 f., 654; Dieling, Zunftrecht, 1932, S. 2 ff.; Mayntz, Soziologie der Organisation, 1963, S. 15 ff.; Taupitz, S. 223 f.

62 Taupitz, S. 77

63 Ähnlich schon Vilmar, DÄBl. 1997, A-1389, A-1391: „sektorübergreifende Selbstverwaltungskörperschaft neuer Prägung“

64 § 209 BRAO

65 Die Chance für ein besonders hohes Maß an Autonomie ist bei demjenigen Beruf am größten, dem es am besten gelingt, mit denselben Wertvorstellungen die eigene Disziplin nach innen und nach außen zu begründen und die Kluft zwischen den von außen an ihn herangetragenen Leistungserwartungen und dem eigenen Leistungsvermögen gering zu halten, s. Depner, Arzt und Gesellschaft, in: Wunderli/Weisshaupt (Hrsg.), Medizin im Widerspruch, 1977, S. 90, 97; Taupitz, S. 502