

Der Arzt zwischen sozialer Bindung und Freiberuflichkeit

Horst Bourmer

Als vor einiger Zeit im Rahmen der nicht immer sachlich geführten Diskussion des Gesundheitswesens ein Gewerkschaftler von der sozialen Bindung des ärztlichen Berufes sprach, war es nicht verwunderlich, daß einige führende Vertreter der deutschen Ärzteschaft in dieser Feststellung ein weiteres Indiz für unverkennbare Tendenzen zu einer Sozialisierung des ärztlichen Berufes erblickten und entsprechend reagierten, – in diesem Zusammenhang vielleicht verständlich, weil zu vermuten war, daß der Gewerkschaftler darunter eine weitergehende „Bindung“ verstanden haben könnte, als jene, die in der Ärzteschaft längst eine Selbstverständlichkeit ist.

Befaßt man sich näher mit der Geschichte unseres Berufes, so ist man eher erstaunt festzustellen, daß dieser Beruf – an und für sich eine selbstverständliche Feststellung – über die Jahrtausende seiner Geschichte nie ohne soziale Bindung existiert hat. Es ergibt sich daraus sicherlich die Frage, was man nun eigentlich unter sozialer Bindung des Arztes oder des ärztlichen Berufes schlechthin verstehen soll.

Zunächst, vom einzelnen Arzt her gesehen, ist es nichts anderes, als die Verpflichtung des Arztes gegenüber dem Patienten, der sich ihm in seiner Not und in seinem Leid anvertraut. Es kann aber auch keinem Zweifel unterliegen, daß der Arzt und die Gruppe der Ärzte nicht isoliert in der Gesellschaft existieren, sondern daß zwangsläufig auch eine soziale Bindung zur Gesellschaft, in der der Arzt tätig ist, besteht. Schließlich existieren

darüber hinaus innerhalb der ärztlichen Berufsgruppe soziale Bindungen, die schon vor Jahrtausenden kodifiziert waren.

Kommen wir zur aktuellen Situation und denken an unsere Berufsordnung und insbesondere an die jetzt gerade erst vom Deutschen Ärztetag verabschiedete neue Berufsordnung, so stellen wir fest, daß darin formuliert ist: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ und weiterhin: „Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt“.

Die Gebote der ärztlichen Sitte, aber auch das eigene Gewissen können durchaus Gegensätzlichkeiten zu einer bestimmten Gesellschaftsordnung sein. Ich erinnere in diesem Zusammenhang nur an Regierungsformen diktatorischer Art sowohl in unserem Lande als auch in anderen Ländern, bei denen Menschenversuche und Euthanasiehandlungen durchaus in Widersprüchlichkeit zu dem ärztlichen Tun, wie wir es verstehen, existierten und existieren. Ich erinnere an den Mißbrauch der Psychiatrie in diktatorischen Ländern, die politische Gegner mit Hilfe der Psychiatrie eliminierten und eliminieren.

Es ist also sicherlich nicht unberechtigt, ganz allgemein zu definieren, daß „die soziale Bindung“ praktisch eine Regelung der Beziehungen der Individuen und der Gruppen untereinander in einer Gesellschaftsordnung ist. Diese Beziehungen der Individuen und

der Gruppen untereinander werden geregelt durch Übereinkünfte, durch Gesetze oder stillschweigende Konsense, die abhängig sind vom Zeitgeist aber auch von der Grundorganisation oder der Grundhaltung einer Gesellschaft.

„Positives Recht“ oder „Naturrecht“?

Basiert nun die soziale Bindung des Arztes auf dem positiven Recht der jeweiligen Gesellschaft, in der er wirkt, also auf dem Recht, das die Mehrheit dieser Gesellschaft setzt? Oder gibt es darüber hinaus eine Verantwortung des Arztes gegenüber seinem einzelnen Mitmenschen, also eine soziale Bindung, die unberührt bleibt von dem positiven Recht der Gesellschaft, in der der einzelne und der Arzt lebt?

Dem positiven Recht, das die Beziehungen der Gruppen und der einzelnen innerhalb einer Gesellschaft regelt, steht das sogenannte Naturrecht gegenüber, das unabhängig von der jeweiligen Zeit und der Grundeinstellung einer Gesellschaft Prinzipien beinhaltet, die in jedem Falle gewahrt werden sollen. Die soziale Bindung des ärztlichen Tuns stellt eine Verpflichtung des Arztes dar, bestimmte Prinzipien bei seinem Tun zu beachten, Prinzipien, die bei der Behandlung seiner Patienten gelten müssen – unabhängig davon, welche Meinung die Gesellschaft hierzu hat, in der er oder sein Patient zur Zeit leben. Die soziale Bindung des Arztes ist also im Naturrecht begründet. Man könnte daher formulieren, daß diese Prinzipien ärztlichen Tuns zum Schutze der Patienten beachtet werden müssen, unabhängig davon, in welcher Gesellschaftsordnung und in welcher Zeit der Arzt und sein Patient gerade leben.

Am besten läßt sich dies an dem konkreten Beispiel der ärztlichen Schweigepflicht deutlich machen. Wenn ein Patient zum Arzt kommt, um sich behandeln zu lassen, so hat er das Recht zu verlangen, aber auch zu erwarten, daß seine Diagnose und seine Therapie und

vor allen Dingen die Auskünfte und Daten, die er zur Findung der Diagnose dem Arzt freimütig hilfesuchend überantwortet, nicht unbefugt Dritten gegenüber preisgegeben werden dürfen. Schon das Wort „unbefugt“ ist eine nicht unbedenkliche Einschränkung, denn es stellt sich natürlich sofort die Frage: Wer ist befugt? Aber auf dieser Grundgewißheit der Verschwiegenheit basiert das Vertrauen, das der Patient dem Arzt entgegenbringt, — ein Vertrauen, das notwendig ist, damit der Arzt sämtliche Details einer Erkrankung und ihrer Vorgeschichte erfährt, also die Details, die der Patient sonst vor Dritten geheimhalten würde.

In einer Gesellschaftsordnung, die nicht den einzelnen, sondern die Gemeinschaft, also nicht das Individuum, sondern das Kollektiv in den Mittelpunkt stellt, wird dieses Recht des einzelnen auf das Schweigen des Arztes in Frage gestellt. Wenn der Arzt von seiner sozialen Bindung gegenüber dem einzelnen Patienten abgeht und das positive Recht, das die Mehrheit der Gesellschaft gesetzt hat, höher stellt als seine Verpflichtung gegenüber dem einzelnen, so wird dies auf Dauer für sein ärztliches Tun von entscheidendem Einfluß sein. Auch das Verhalten des Patienten wird nämlich nicht unerheblich von dieser Einstellung des Arztes zu seiner Verpflichtung, Dritten gegenüber Schweigen zu bewahren, beeinflußt. Wenn der Patient den Arzt nur als Vollzugsbeamten des Staates oder der Gemeinschaft sieht oder sehen muß, wird er sein Verhältnis zum Arzt völlig anders gestalten als in dem Falle, in dem er den Arzt als persönlich-individuellen Partner einer Dual-Beziehung zwischen Arzt und Patient ansehen darf.

In Gesellschaftsordnungen, in denen das Kollektiv an der ersten Stelle steht, wird der Arzt nicht selten, ob er will oder nicht, in der Rolle des Erfüllungsgehilfen des Kollektivs zu sehen sein, und der Ausspruch oder die Tendenz Lenins: „Der Gesundheitsdienst ist

integrierter Bestandteil der sozialistischen Gesellschaftsordnung“ spricht konsequenterweise das aus, was mit dem Arzt als Erfüllungsgehilfen und der Unterordnung des Individuums unter das Kollektiv gemeint ist. Hier spricht Lenin auch konsequent nicht von ärztlicher Versorgung, sondern von dem Gesundheitsdienst schlechthin, der als integrierter Bestandteil der sozialistischen Gesellschaftsordnung verständlicherweise kein Recht für ein Eigenleben haben kann, sondern nur insofern bedeutsam ist, als er zur Erreichung des gesellschaftspolitischen Zieles dienlich ist; aber auch nur insoweit besitzt das Individuum persönliche Freiheit, als es für das Kollektiv von Bedeutung sein kann.

Die Art der ärztlichen Tätigkeit und die Beziehung zwischen Arzt und Patient hängt also entscheidend ab von der Beachtung der sozialen Bindung des Arztes, unabhängig von den Normen, die von irgendeiner Gesellschaftsordnung zu irgendeiner Zeit festgesetzt werden.

Das Abwägen der Rechtsgüter

Neben diesem individuellen Aspekt des Begriffes „soziale Bindung“ steht aber gleichberechtigt der kollektive Aspekt. Ein konkretes Beispiel hierzu: Der Kassenarzt ist nach deutschem Sozialversicherungsrecht dazu angehalten, im Interesse der Versichertengemeinschaft das „Wirtschaftlichkeitsprinzip“ bei der Behandlung des Kassenpatienten zu beachten. Gleichzeitig ist es „Gebot der ärztlichen Sitte“ (siehe Berufsordnung), dem Patienten die notwendige Behandlung angedeihen zu lassen. Das Abwägen beider Rechtsgüter ist erforderlich.

Es gibt also Prinzipien der sozialen Bindung des Arztes, die im Naturrecht verankert und zeitunabhängig sind, und andere, die aus dem positiven Recht einer bestimmten Epoche resultieren.

Bei einem Blick zurück läßt sich unschwer feststellen, daß „die so-

ziale Bindung“ des ärztlichen Berufes einen Ursprung hat, der mit dem Begriff „sozial“, wie er heute in der gesellschaftspolitischen Diskussion gebraucht wird, überhaupt nichts zu tun hat. Historisch waren ursprünglich Priester und Ärzte in einer beruflichen Personalunion. Erst im Zuge einer Spezialisierung und Arbeitsteilung und einer aufgeklärteren, naturwissenschaftlichen Denkweise ergab sich eine Trennung des Priesterberufes vom Arztberuf. Der Übergang von der magischen oder archaischen Medizin zur empirischen und darüber hinaus zur naturwissenschaftlichen Medizin sind Stufen in der Entwicklung des ärztlichen Berufes.

Ursprünglich waren also die Verpflichtungen des Priesters und des Arztes gegenüber dem einzelnen Mitglied der Gemeinschaft und der gesamten Gemeinschaft identisch. Die soziale Bindung des Arztes ist ein Restbestand, ein Residuum, aus dieser priesterlichen Verpflichtung dem einzelnen Mitglied und der Gemeinschaft gegenüber. Die Gesetze Hamurabis über die ärztliche Berufsausübung, die ethischen Normen der Ärzteschulen der alten Griechen in Kos und auch der viel zitierte Eid des Hippokrates lassen dies unschwer erkennen. Schon im alten Ägypten gab es zum Beispiel eindeutige Berufsordnungen, die festlegten, daß Spezialisten sich auf ihr Spezialgebiet zu beschränken haben und als Konsiliarii zugezogen werden sollten.

Konstanten im Wandel der Geschichte

Eine besonders typische Situation läßt sich rekonstruieren im Verhältnis der griechischen Sklavenärzte gegenüber ihren römischen Herren. Hierbei kann man sicherlich davon ausgehen, daß nicht alle diese griechischen Ärzte ihren Herren gegenüber positive Gefühle hegten. Trotzdem waren die Römer selbst in höchsten Stellungen bereit, sich von diesen sogenannten Arzt-Sklaven behandeln zu lassen, wohlwissend, daß diese ihre Verpflichtung ihrem Beruf gegenüber

höher einschätzen würden als ihre Abneigung gegenüber ihren römischen Besatzungsmächten oder Sklavenhaltern. Diese Gewißheit der römischen Patienten, daß der Haß gegen den römischen Eroberer zurücktreten würde hinter die ethische Verpflichtung der griechischen Ärzte ihren Patienten gegenüber, macht überhaupt erst diese Art der Beziehungen zwischen Arzt und Patient, wie sie im alten Rom vorzufinden war, möglich.

Wenn wir in der Geschichte weiter lesen, so finden wir dann wiederum eine teilweise Vereinigung zwischen Ärzten und Priestern in den heilkundigen Mönchen des Mittelalters. Ich erinnere hier nur an so hervorragende Persönlichkeiten wie Walahfrid Strabo oder Hrabanus Maurus. Die in den Klöstern betriebene Mönchsmedizin hatte eine große Blütezeit. Sie befaßte sich teilweise auch mit einer hervorragenden Chirurgie nach dem damaligen Stand. Sie wurde abrupt beendet —, auch dies als Ergebnis der sozialen Bindung der Mönchsärzte an ihre Gemeinschaft, die katholische Kirche. Das Konzil von 1130 entschied nach dem Wahlspruch: *Ecclesia abhorret a sanguine*. Aufgrund dieser Entscheidung wurde schlichtweg die Tätigkeit der chirurgischen Mönchsärzte verboten.

Man braucht sich deswegen nicht zu wundern, daß die Chirurgie seit diesen Jahren wieder zurücksank und erst später wieder eine Renaissance erlebte. Von diesen Mönchsärzten im Mittelalter bis zu Paracelsus, mit dem eine gewisse Säkularisation des gesamten ärztlichen Berufes beginnt, geht es nun über den Beginn der Aufklärung und den großen Aufstieg der Naturwissenschaften und der Technik im 19. und 20. Jahrhundert zum heutigen Stande über, und es kann kein Zweifel sein, daß die technische Medizin und die naturwissenschaftliche Erforschung des Menschen zu einer erheblichen Beeinflussung der Auffassung des ärztlichen Berufes führen mußten. Es ist wohl das große Verdienst von

Freud im ausgehenden 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts und der damit zusammenhängenden Wiederentdeckung „priesterlicher Aspekte im ärztlichen Beruf“, daß die psychosomatischen Beziehungen im Krankheitsgeschehen verstärkt wieder Eingang in die Diskussion fanden und heute gottlob ein nicht wegzudenkender Bestandteil des ärztlichen Denkens und Handelns sind.

Ärztliches Tun ist ohne Sozialbindung nicht denkbar

Wir können also zusammenfassend nach dem kurzen Überblick, der nur cursorisch sein konnte und sicherlich noch an vielen Stellen der Ergänzung bedürfte, feststellen: Die Formulierung, daß der Arztberuf ein sozial gebundener Beruf ist, kann keineswegs eine Novität in der Diskussion um das Gesundheitswesen sein. Ärztliches Tun ohne Sozialbindung ist gar nicht denkbar und auch noch nie denkbar gewesen. Im Gegenteil, wir konnten feststellen, daß ärztliches Tun einer dreifachen sozialen Bindung unterliegt:

1. der sozialen Bindung dem Individuum gegenüber als die wichtigste und unabdingbar Priorität genießende Sozialbindung,
2. der sozialen Bindung der Gesellschaft gegenüber, in der Arzt und Patient leben, wobei der Arzt sehr häufig zwischen den Prioritäten abwägen und dafür aber auch die Verantwortung zu tragen bereit sein muß und
3. der sozialen Bindung, die der Arzt innerhalb seiner Berufsgruppe durch die Berufsordnung anerkennt.

Die Freien Berufe zwischen den Blockbildungen

Wie lassen sich nun diese vielfältigen Bindungen mit der Freiberuflichkeit in Einklang bringen? Die freien Berufe in ihrer Gesamtheit stehen als Gruppierung außerhalb der beiden mächtigen Positionen Arbeitnehmer/Arbeitgeber, die zur

Zeit als große Blockbildungen unsere Gesellschaftsordnung bestimmen. Die freien Berufe müssen im Rahmen dieser Blockbildungen ihre Eigenständigkeit behaupten und verteidigen.

Die Angehörigen der freien Berufe sind keine Arbeitnehmer, sie sind aber auch keine Arbeitgeber im gewerblichen Sinne, da sie nur Leistungen anbieten, die unter ihrer persönlichen Verantwortung erbracht worden sind. Das unterscheidet die freien Berufe von den gewerblichen Zweigen des Dienstleistungssektors. Ein freiberuflich Tätiger kann also sein Leistungsangebot nicht durch die Heranziehung oder Einstellung von Hilfskräften beliebig ausdehnen, wie das dem Gewerbetreibenden durch die Vermehrung seiner angestellten Arbeitskräfte unschwer möglich ist. Von den Arbeitnehmern unterscheiden sich die Angehörigen der freien Berufe, weil sie ihre Leistungen in wirtschaftlicher Selbstständigkeit und in eigener Verantwortung erbringen. Für ihre Leistungen werden sie in einer Form honoriert, die sich von der Bezahlung durch den Marktpreis bei den Unternehmern, aber auch vom Arbeitsentgelt in Form von Löhnen und Gehältern bei den Arbeitnehmern unterscheidet.

Kriterien der Freiberuflichkeit

Wir haben also drei Kriterien für die Freiberuflichkeit: die *ideelle Leistung*, die in *persönlicher Verantwortung* und in *wirtschaftlich selbständiger* Position erbracht wird.

Ein äußerst wichtiges Kriterium für die Leistung der Freiberufler ist die Unabhängigkeit der Qualität der Leistung von der Höhe des Honorars. Ich will zwei Beispiele anführen, um zu verdeutlichen, was ich hier meine:

Ein Sänger, der an der Metropolitan Oper gegen eine hohe Gage auftritt, wird dort nicht schöner sin-

● Fortsetzung auf Seite 3122