

# Veränderung des professionellen Ethos

## Fakten und Argumente 10

»Professionalität ist die Grundlage des Kontrakts der Medizin mit der Gesellschaft. [...] Gegenwärtig wird die medizinische Profession mit einer Explosion von Technologie, sich verändernden Marktkräften, Problemen der Gesundheitsversorgung [...] konfrontiert. Im Ergebnis finden es Ärzte zunehmend schwierig, ihre Verpflichtungen gegenüber Patienten und Gesellschaft zu erfüllen. Unter diesen Umständen wird es umso wichtiger, die fundamentalen und universellen Prinzipien und Werte medizinischer Professionalität zu bekräftigen, die von allen Ärzten zu verfolgende Ideale bleiben.«

*(Medizinische Professionalität im neuen Jahrtausend.  
Eine ärztliche Charta, 2003. Zit. n. Heubel 2015: 145)*

### ► Veränderungen

Zu Beginn eine kurze historische Rückschau: In den 1980er Jahren wurde auch in Deutschland eine gesellschaftliche Diskussion angeheizt, die Medizin unter das Diktat der Ökonomie zu stellen. Für diese Debatte gab es verschiedene Gründe. Obwohl die Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum gesamtwirtschaftlich produzierten Reichtum (Bruttoinlandsprodukt – BIP) gleich geblieben waren, schmälerten ökonomische Krisen mit steigender Arbeitslosigkeit und Reallohnverlusten die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung so sehr, dass die prozentualen

Krankenkassenbeiträge auf Arbeitseinkommen spürbar gesteigert werden mussten. Politisch interessierte Kreise behaupteten deshalb eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die zwar nie stattgefunden hatte, aber der Öffentlichkeit und gerade den ArbeitnehmerInnen angesichts der steigenden Kassenbeiträge glaubhaft erschien. Im Zuge der »geistig-moralischen Wende« der Ära Thatcher (ab 1979), Reagan (ab 1981) und Kohl (ab 1982) ging es dabei auch um die Frage, ob in Deutschland ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen mit gleichem Leistungsanspruch für Alle erhalten bleiben sollte oder gleichsam als Sozialromantik aus den Zeiten des rheinischen Kapitalismus aufgegeben werden müsse.

Sollten die Gesellschaft und ihre ÄrztInnen, Pflegekräfte und TherapeutInnen im Angesicht sich weltweit verschärfender kapitalistischer Konkurrenz das Ziel der Gleichheit in der medizinischen Versorgung aufgeben, medizinische Leistungen rationieren, nur mehr eine medizinische Grundversorgung garantieren und bereitwillig einen neuen Markt für Gesundheitsleistungen für zahlungskräftige KundInnen mitentwickeln? Sollten medizinische Behandlungen dringend billiger gestaltet werden und sollte das Gesundheitswesen kapitalistisch profitorientierten Produktionsverhältnissen unterworfen werden, weil diese vermeintlich effizienter sind als die öffentlichen Institutionen der Daseinsvorsorge? Es soll(t)en über diesen Weg angeblich Ausgaben für Gesundheit bzw. Krankenbehandlung angesichts rasanter technologischer Entwicklungen gesenkt oder mindestens »gedeckelt«, zur Verfügung stehende Ressourcen effizienter genutzt (Kosteneffizienz) sowie die Qualität und Nachvollziehbarkeit ärztlicher Behandlungspraxis gesteigert werden.

### ► Die professionelle Autonomie in Auseinandersetzung mit anderen Logiken

Diese Steuerung wirkt sich bei vielen Professionellen in Gesundheitsberufen als Gleichzeitigkeit von ökonomischem Druck und moralischem Stress aus (vgl. Bode/Vogd 2016). Moralischer Stress speist sich dabei aus dem, was Eliot Freidson (2001) in einer Analyse ärztlicher Tätigkeit die »third logic« (die dritte Logik) genannt hat: dem Professionalismus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Tätigkeit. Er basiert ganz wesentlich auf eher flüchtigen Elementen, nämlich Ansprüchen, Werten und Ideen (»claims, values, and ideas«, ebd.: 105). Diese formten ei-

nen professionsspezifischen Gestaltungsrahmen aus. Das verbindende Element professioneller Autonomie stellt dabei die Orientierung an »guter Arbeit«, dem Wohl des individuellen Patienten und dem Gemeinwohl dar, indem die professionelle Körperschaft Eigeninteressen *individuell* wie auch *kollektiv* zum Wohle einer selbst auferlegten und sie verpflichtenden Idee des öffentlichen Gutes und der Würde des Individuums zurückweisen kann und muss. So können und müssen etwa persönliche Vorteilnahme (z.B. in Form von Karriereinteressen) des einzelnen Arztes durch den kollektiven Verbund der Ärzteschaft wie auch überzogene, medizinisch nicht begründete Behandlungswünsche individueller PatientInnen oder seitens der Geschäftsführung durch den einzelnen Arzt mit Blick auf die *gleiche* Wertorientierung am Gemeinwohl unterbunden werden (vgl. ebd.: 217).

Diese Professionsethik sieht Freidson sodann in zweierlei Hinsicht gefährdet: einerseits von »innen« (»practice ethics«, praktische Ethik) durch Verfehlungen einzelner ÄrztInnen, deren Fehlverhalten nicht ausreichend durch das Kollegium überwacht, sanktioniert und durch Gegenmaßnahmen transformiert wird, andererseits von »außen« (»institutional ethics«) in Form politischer, finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen, die die tägliche Arbeit maßgeblich beeinflussen. Wollten ÄrztInnen und andere Professionelle nicht zu gut bezahlten technischen ExpertInnen (»well-paid technical experts«) herabsinken, müssten sie ihre Entscheidungsfreiheiten und Berufsziele weiterhin proaktiv verteidigen (vgl. ebd.: 216). Freidson identifiziert daraufhin fünf hauptsächliche Einflussnahmen, die die »institutional ethics« auszuhöhlen drohen:

1. Selektion von PatientInnen und damit Auflösung des Gleichheitsgrundsatzes der Behandlung
2. Arbeitsbedingungen, die »gute Arbeit« verunmöglichen
3. Standardisierung von Behandlungsentscheidungen, die zur Verengung und potenziellen Degradierung derjenigen PatientInnen führt, die nicht in das Klassifikationssystem passen
4. persönliche Bereicherung als Triebfeder für »gute Arbeit«
5. Beschränkung des Zugangs zu medizinischem Wissen aus Profitgründen (vgl. ebd.: 217ff.)

## ► Im marktförmigen System der DRGs: medizinische Professionalität zwischen Revolte und Anpassung

Die Unterordnung von Behandlungsprozessen unter wirtschaftliche Interessen beeinträchtigt die Professionsethik aller Gesundheitsberufe im Krankenhaus gleichermaßen. Da die Ärzteschaft, besonders ihre Führungskräfte, aber einen bestimmten Einfluss auf die Steuerung der Prozesse in den Krankenhäusern ausübt, ist es politisch entscheidend, sie für die neuen Handlungsmaximen wie Management-Techniken (Kostenkontrolle, Plan- und Zielorientierung, Qualitätsmanagement, vergleichende Benchmarks) zu gewinnen, damit sie dem ökonomischen Primat aktiv folgen. Die nichtärztlichen Berufsgruppen im Krankenhaus sollen sich passiv in diese Struktur ein- bzw. unterordnen. Dies generiert aber umgekehrt eine besondere Verantwortung der ÄrztInnen, die ja gleichzeitig in medizinischer Hinsicht keine Weisungen entgegennehmen müssen, also qua Profession zumindest formal das Potential hätten, sich bestimmten Zumutungen zu verweigern. In der Praxis erweist sich dies – gar als individuelles Handeln – allerdings durch verschiedene Zwänge und Sanktionen als ziemlich schwierig.

Stimmte man in den letzten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts in internationalen (überwiegend anglo-amerikanischen) Studien noch unter dem Schlagwort der »Deprofessionalisierung« (z.B. Haug 1988) einen Abgesang auf die medizinische Professionalität an, so zeichnen Untersuchungen mittlerweile ein komplexeres Bild der Lage. Es lassen sich in der Literatur unterschiedliche Mechanismen identifizieren, die den professionellen Umgang mit den Anforderungen von Ökonomisierung und Kommerzialisierung im Krankenhaus kennzeichnen.<sup>14</sup>

## ► Mechanismus I: Anpassung

Über die fortwährende Auseinandersetzung mit Managementkennziffern sowie mit der Steuerungslogik des DRG-Systems wird eine »leise« Unterwanderung der dort verwendeten Sprache und Begriffe, Symbole und Ideen in die professionelle Kultur und Praxis der Ärzteschaft beobachtet. Harrison/Dowswell (2002) etwa

---

14 Wir folgen hier im weitesten Sinne der Darstellung von Numerato et. al. 2012.

konnten zeigen, dass die Speicherung und Weiterverwendung klinischer Fallnotizen («casenote recording») von ÄrztInnen durch das Management dazu führte, dass ÄrztInnen in einen Rechtfertigungszwang gerieten, der sich nicht nur darin äußerte, dass die Akzeptanz eines professionseigenen Verhaltenskodexes von außen begrenzt wurde, vielmehr reagierten viele der interviewten ÄrztInnen mit voraussetzendem Gehorsam: *Weil* die Möglichkeit zur Kontrolle stets bestand, verhielten sich viele ÄrztInnen dementsprechend so, als stünden sie fortwährend unter Beobachtung. Der Entzug von Vertrauen in ihre professionelle Praxis seitens der Organisation führte zu einem *Zutrauen* in standardisierte, nachprüfbar Regeln und Prozesse auf Seiten der ÄrztInnen (vgl. ebd.: 222). In ähnlicher Weise konstatiert auch Germov (2005) in einer größeren qualitativen Untersuchung, dass die Standardisierungsprozesse durch eine evidenzbasierte Medizin innerhalb der medizinischen Profession zum Teil selbstgemacht («partly self-imposed») seien, da dies als »Überlebensstrategie« (ebd.: 753) gewertet werden könnte.

### ► Mechanismus II: Vermischung (Hybridisierung)

Blomgren/Waks (2015: 83) arbeiten wie auch Noordegraaf (2007) mit dem Begriff des »hybrid professional« und meinen damit eine professionelle Misch-Figur, die auch Expertenwissen in anderen nicht-medizinischen Bereichen wie Management oder öffentlicher Gesetzgebung hat, um durch »reflexive Kontrolle« mit externem Druck besser umgehen zu können. Ähnlich beschreiben auch Witman et al. (2010) medizinische AbteilungsleiterInnen als zwiespältige Gestalten mit der Fähigkeit, je nach Situation unterschiedliche Anteile ihres professionellen Selbst zur Geltung zu bringen, mal wie ein Manager zu handeln und im nächsten Moment vor den eigenen KollegInnen wiederum als medizinisch kompetenter, dem Patientenwohl verpflichteter Arzt aufzutreten (siehe auch Vogt 2006). ÄrztInnen treten hier also verstärkt als machtvoll, weil vermittelnde Akteure auf, die eine professionelle Brücke zwischen der medizinischen und der ökonomischen Rationalität zu schlagen wissen. Eine derartige Position läuft Gefahr, ständig aus einer oder mehreren Richtungen gleichzeitig unter identitären und praktischen Zugzwang gesetzt zu werden.

### ► Mechanismus III: Professionelle Opposition

Eine andere Strategie beschreibt eine fundamentale Ablehnung der eingeführten Managementpraktiken durch einzelne oder gar kollektive Verbände. Hierbei gehen medizinische Professionelle, insbesondere Fachkräfte aus Pflege und den therapeutischen Funktionsbereichen in Fundamentalopposition zu allen Techniken und Anforderungen, die von Seiten des Managements an sie gestellt werden. So konnte McDonald (2009) zeigen, wie englische ÄrztInnen in der Grundversorgung ihre gemeinsame Idee einer öffentlichen, dem Gemeinwohl verschriebenen Medizin Formen kommerzieller oder marktbasierter Leistungserbringung gegenüber erfolgreich verteidigen konnten. Wenn auch die Art und Weise, wie unter den ÄrztInnen Widerstand organisiert und gelebt wurde, enge Grenzen setzte.

Anders die Auseinandersetzung an der Charité in Berlin 2015, die das unmenschliche Zwangsverhältnis der betriebswirtschaftlichen Rationalität im DRG-System skandalisierte. Hier führten erstmals in Deutschland Pflegekräfte einen Tarifikampf für eine auskömmliche personelle Besetzung ihrer Krankenstationen als Grundbedingung für gute Medizin und Pflege und für die Verwirklichung hoher professioneller und ethischer Standards im Krankenhaus. Viele Studien belegen die von Freidson (1988) als »Stratifikationstheorie« bezeichnete Annahme, wonach die Angriffe aus Richtung des Managements auf die medizinische Professionalität nicht selten zu einer Stärkung der kollektiven Identität geführt haben. Diese internen wie externe Kämpfe um das *Was* und *Wie* medizinischer Professionalität dürften noch lange nicht abgeschlossen sein, die gute Nachricht scheint aber zu sein: Die Kämpfe werden nach wie vor ergebnisoffen geführt, ein Sieger ist bislang nicht auszumachen. Mit Friedrich Heubel ließe sich abschließend sagen, dass es mehr denn je darum gehen muss, die Patientenzentrierung als *das Widerstandspotenzial* medizinischer Professionalität schlechthin allen ökonomischen Einflussversuchen zum Trotz individuell glaubhaft *und* kollektiv-organisatorisch in der *betrieblichen* Struktur des Krankenhauses zu verankern und dadurch zu verteidigen (vgl. Heubel 2015: 135-141).

## ■ Literatur

- Berg, M.; Horstman, K.; Plass, S.; van Heusden, M. 2000: Guidelines, professionals and the production of objectivity. Standardisation and the professionalism of insurance medicine. In: *Sociology of Health & Illness* 22 (6), S. 765–791
- Bode, I.; Vogd, W. (im Erscheinen): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Springer VS: Wiesbaden
- Blomgren, M.; Waks, C. 2015: Coping with contradictions. Hybrid professionals managing institutional complexity. In: *Journal of Professions and Organization* 2 (1), S. 78–102
- Doolin, B. 1999: Casemix Management in a New Zealand Hospital: Rationalisation and Resistance. In: *Financial Accountability & Management* 15 (3-4), S. 397–417
- Freidson, E. 1988: *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago
- Freidson, E. 2001: *Professionalism. The third logic*. Cambridge
- Germov, J. 2005: Managerialism in the Australian public health sector. Towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies. In: *Sociology of Health & Illness* 27 (6), S. 738–758
- Harrison, S.; Dowswell, G. 2002: Autonomy and bureaucratic accountability in primary care. What English general practitioners say. In: *Sociology of Health & Illness* 24 (2), S. 208–226
- Heubel, F. 2015: Fazit: Professionalität organisieren. In: ders. (Herausgeber): *Professionslogik im Krankenhaus. Heilberufe und die falsche Ökonomisierung*. Frankfurt/Main: Humanities Online: S. 131–145
- Haug, M. 1988: A re-examination of the hypothesis of deprofessionalisation. *The Millbank Quarterly*, 66 (2), S. 48–56
- Le Grand, J.; Bartlett, W. 1993: The Theory of Quasi-Markets. In: dies. (Hrsg.), *Quasi-Markets and Social Policy*. London, S. 13-34
- McDonald, R. 2009: Market reforms in English primary medical care. Medicine, habitus and the public sphere. In: *Sociology of Health & Illness* 31 (5), S. 659–672
- Mintzberg, H. 1983: *Power in and around Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Noordegraaf, M. 2007: From »Pure« to »Hybrid« Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society* 39, S. 761–785
- Numerato, D.; Salvatore, D.; Fattore, G. 2012: The impact of management on medical professionalism. A review. In: *Sociology of Health & Illness* 34 (4), S. 626–644

Rohde, J. J. 1962: Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart

Strauss, A.; Schatzman, L. ; Ehrlich, D.; Bucher, R.; Sabshin, M. 1963: The hospital and its negotiated order. In: Freidson, E. (Hrsg.), The hospital in modern society. London S. 147-169

Vogd, W. 2006: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Bern

Witman, Y.; Smid, G. A.C.; Meurs, P. L.; Willems, Dick L. 2010: Doctor in the lead: balancing between two worlds. In: Organization 18 (4), S. 477-495

