

Moderne Fragen der Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

Definitionen – Fragen – Thesen

J. F. Volrad Deneke

„Professionalisierung“, aber auch „Deprofessionalisierung“ – das sind Ausdrücke, die in der gegenwärtigen sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion häufig vorkommen, ohne daß ersichtlich wäre, was die an dieser Diskussion Beteiligten (die sich zum Teil dann selbst als „Professionelle“ bezeichnen) damit eigentlich meinen.

„Moderne Fragen“ – was ist das?

Als „modern“ bezeichnet man das, was neu ist, neuzeitlich, heutig. Das spätlateinische Wort „modernus“ stammt aus der Wurzel von „modus“ = „Art und Weise“.

Moderne Fragen – die Vokabel legt nahe, jeweils auch zu prüfen, ob es sich nicht vielleicht nur um „modische“ Aspekte handelt. „Modisches“ berührt nach allgemeinem Sprachverständnis das Wesentliche eigentlich nicht; es sieht geradezu davon ab oder darüber hinweg. „Modern“ im Sinne des Neuzeitlichen ist sich dagegen der Distanz zum Vergangenen bewußt und bezieht gerade deshalb Geschichte in das Verständnis der Moderne mit ein.

In diesem Sinne geht es also um Fragen, die aktuell sind, und zwar unabhängig davon, ob sie gerade erst aufgetaucht sind oder schon weit her kommen. Die Diskussion fragt damit bewußt in Bewegungsvorgänge hinein, in die Dynamik von Entwicklungen und Veränderungen. Beobachtung des sich Wandelnden und des Wandelbaren forscht zugleich nach dem Unwandelbaren in der Erscheinungen Flucht. In diesem Sinne ist auch Zeitloses Bestandteil moderner Fragen.

„Professionalisierung“ – was ist das?

Sprachgeschichtlich stammt die Wurzel auch dieses Wortes aus dem Lateinischen. Sie wurde im Französischen als „profession“ heimisch. Die Verlaufsform „Professionalisierung“ ist erst während der ausgehenden sechziger Jahre dieses Jahrhunderts aus der anglo-amerikanischen Soziologie in den Sprachschatz bundesdeutscher Moderne eingesickert. Dementsprechend ist der Begriff vom „Brockhaus“ auch erstmalig 1972 aufgenommen worden. Hier lautet die den allgemeinen Sprachgebrauch wiedergebende Erläuterung:

1. Definition: Professionalisierung ist „der Vorgang, durch den immer weitere Berufe die Eigenschaften (u. a. Rollenerwartungen, Zugangserschwerungen), Privilegien (z. B. Recht zur Auskunftsverweigerung der Journalisten vor Gericht) und die Ausbildungsvoraussetzungen (längere Vollzeitausbildung, möglichst an Hochschulen) anstreben, die bis dahin den von Akademikern ausgeübten (meist freien) Berufen zukamen. Ursachen der Professionalisierung sind u. a. tätigkeitsbedingte Spezialisierung, damit verbunden die Notwendigkeit von Leistungs- und Ausbildungskontrollen, eine ex-

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

pansive Bildungspolitik sowie der Wunsch nach höherem Sozialprestige eines Berufes“.

Interessant an dieser gewiß nicht wissenschaftlich exakten und im Detail sehr zweifelhaften, aber den aktuellen „allgemeinen“ Sprachgebrauch fixierenden Erklärung ist

- ▶ die Pointierung auf akademische Berufe,
- ▶ die Betonung zielstrebigere Dynamik,
- ▶ die Befrachtung mit soziologischem Vokabular.

Nichts davon ist zufällig, nicht einmal die Willkür behaupteter, aber unbewiesener Kausalitäten. Zur Abgrenzung des Themas mag jedoch eine kürzere Definition dienlicher sein:

2. Definition: Als „Professionalisierung“ wird die Entwicklung von Tätigkeiten zu Berufstätigkeiten bezeichnet. Von jedermann persönlich, auch in familiärer oder sozialer Subsidiarität geleistete Tätigkeiten werden in Arbeitsteilung institutionalisiert zu Tätigkeiten besonderer Art für andere oder für die Allgemeinheit von insoweit aufeinander angewiesenen Minderheiten.

„Gebiet der Medizin“ – was ist das?

Die „ars medicina“ ist die ärztliche Kunst, die Heilkunde, die Wissenschaft vom gesunden und kranken Menschen, von Ursachen, Erscheinungen, Auswirkungen menschlicher Krankheiten, ihrer Erkennung, Heilung und Verhütung. In dieser, das allgemeine Sprachverständnis wiedergebenden Beschreibung ist bereits enthalten, daß Medizin sowohl Wissenschaft ist als auch Erfahrung und Kunst. In der Wortverbindung mit „Professionalisierung“ treten ökonomische Aspekte hinzu.

In der Bundesrepublik Deutschland umfaßt die Gesamtzahl der in anerkannten medizinischen Berufen Tätigen rund 750 000 Menschen, von denen Anfang des Jahres 1978 rund 130 000 als Ärztinnen und Ärzte in

freier Praxis, im Krankenhaus, in Forschung, Verwaltung und sonstiger abhängiger Stellung ärztlich, medizinisch, tätig waren. Die Zahl der nichtakademischen Gesundheitsberufe ist in den letzten Jahrzehnten noch stärker gestiegen als die Zahl der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker.

Moderne Fragen der Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin – das Thema zielt damit auf die Berufsindividuation aller medizinischen Berufe. Es zielt auf die Untersuchung des Verhältnisses dieser Berufsindividuationen zueinander sowie auf die hochdifferenzierten funktionalen Beziehungen aller dieser Berufe zu den Patienten und zum gesellschaftlichen, ökonomischen, kulturellen und staatlichen Ganzen.

I. Folgen der Arbeitsteilung für die berufliche Verantwortung

In keiner Definition des Begriffes „Professionalisierung“ fehlen Hinweise darauf, daß Spezialisierung und Arbeitsteilung wesentliche Bewegungselemente dieses Prozesses sind. Es liegt daher nahe, die Gedankenführung hier anzusetzen. Erkenntnisse aus diesem ersten Problembereich können dann als Instrumentarium in den anschließenden Detaildiskussionen nützlich werden.

These: Jede Berufsindividuation entwickelt spezifische berufliche Verantwortung.

In allen Gesundheitsberufen, in den akademischen wie in den nicht akademischen, in den unmittelbar auf den Arzt bezogenen ärztlichen Assistenzberufen wie in den unabhängig vom Arzt handelnden Gesundheitsberufen, wächst immer mehr berufsspezifisches Wissen und Können, das als solches auch vom Arzt nicht oder nicht mehr beherrscht wird. Damit wächst in allen diesen Berufen der Gehalt berufseigener und berufstypischer Verantwortung.

These: Im Laufe des sozialen Wandels sind bis in die Gegenwart hinein Berufstätigkeit und soziale Rolle aller anderen Gesundheitsberufe der Tendenz zu immer stärkerem Bezug auf die wissenschaftlich fachkompetente Tätigkeit und Verantwortung des Arztes gefolgt.

In jüngster Vergangenheit gibt es Ansätze zu einer neuen Entwicklung, regen sich Kräfte, diese Tendenz zum Arztbezug der in Krankerversorgung und Gesundheitswesen tätigen anderen Berufe zu unterlaufen oder zu brechen. Die Wechselwirkung dieser mit den in der ersten These formulierten Entwicklungstendenzen vervielfältigt die Möglichkeit sozialer Autoritäts- und Kompetenzkonflikte und verstärkt den Zwang zur Kooperation. Daraus folgt die

Frage: Ist die Führungsrolle des Arztes im Bezugssystem der medizinischen Berufe überholt, eingeschränkt oder nur verändert?

Die Frage hat unmittelbare Bedeutung für die Ausprägung der Verhaltensmuster aller Berufe im Bereich der Medizin gegenüber den Patienten. Wenn auf den Arzt bezogene hierarchische Subordination partnerschaftlicher Kooperation weicht, dann stärkt dies die unmittelbaren Sozialbeziehungen der nichtärztlichen medizinischen Berufe zu den Patienten. Das hat auch den Arzt entlastende Momente. Zum Beispiel: Wird in dem Arzt zugeordneten Berufen die spezifische Berufshaftung in Zukunft an Bedeutung gewinnen gegenüber der Aufsichtspflicht des Arztes?

Frage: Welche Konsequenzen ergeben sich für den Patienten daraus, daß er mit einer wachsenden Vielzahl von Trägern selbständiger spezifischer Verantwortung konfrontiert wird?

Der Patient verliert die Orientierung. Er sieht sich im Unterschied zur Situation der Jahrhundertwende heute einer Fülle selbständig handelnder

Professionalisierung

Bezugspersonen gegenüber, deren Funktion und damit auch deren Bedeutung er für sich selbst im Leistungsfluß des „Medizinbetriebes“ nicht mehr realistisch einzuschätzen vermag. Das führt zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Betrachtet man allein die Professionalisierung auf dem Gebiet der Krankenpflege, dann bringt die Sortierung der Pflegebedürftigen nach Alter und Krankheit die Tendenz zur Konfektionierung dieser humansten aller Dienstleistungen mit sich.

Je fortgeschrittener der Spezialisierungsprozeß durch Auffächerung der Berufsbilder, desto höher wird der Koordinationsbedarf für das Funktionieren des Medizinbetriebes wie zur Orientierung des Patienten. Aber auch wo eigene Berufe oder eigene Institutionen die Koordination übernehmen, bleibt jedem am Gesamtprozeß beteiligten Beruf die Pflicht zur Orientierung auf das Ganze. Jede Spezialisierung ist teilhaftig, als Teil einem größeren Ganzen haftbar.

These: Die Ursprünge aller beruflichen spezialisierenden Individuationen gründen in allgemein menschlichen Notwendigkeiten und Beziehungen.

Es gibt auch auf dem Gebiet der Medizin keine Frage der Professionalisierung, die sich nicht als Ableitung aus einem allgemein menschlichen Zusammenhang darstellt. Dieser Hinweis hat besondere Bedeutung für berufsethische und berufsrechtliche Betrachtungen, weil alle Probleme und Phänomene auch der feinsten arbeitsteiligen Verästelung in ihrem Kern allgemein menschlicher Natur bleiben und sich immer auf den ganzen Menschen beziehen.

Was das an Konfliktreichtum durch Komplexität aller Vorgänge bedeutet, läßt sich beispielhaft sehr anschaulich im Vergleich der Organisation industrieller Produktionsbetriebe mit der Organisation eines Krankenhausbetriebes erkennen. (Vgl. Abb. 1)

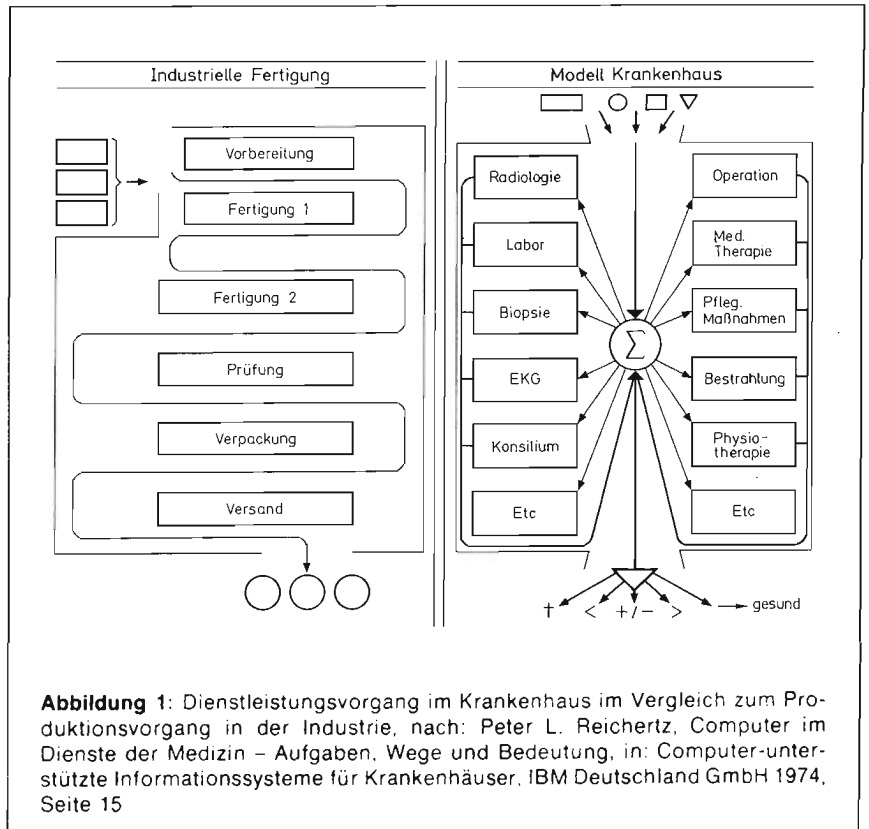


Abbildung 1: Dienstleistungsvorgang im Krankenhaus im Vergleich zum Produktionsvorgang in der Industrie, nach: Peter L. Reichertz, Computer im Dienste der Medizin – Aufgaben, Wege und Bedeutung, in: Computer-unterstützte Informationssysteme für Krankenhäuser, IBM Deutschland GmbH 1974, Seite 15

Wenn Professionalisierung als die Entwicklung von Tätigkeiten zu Berufstätigkeiten bezeichnet wird, so bleiben Berufstätigkeiten im Sinne dieses unverlierbaren allgemein menschlichen Bezuges eben immer individuell geleistete Tätigkeiten einzelner Menschen. Und diese individuellen Leistungen müssen auch individuell verantwortet werden.

Der Begriff verantwortlichen Handelns und Verhaltens deckt ausschließlich persönliche, individuelle Verantwortung und Verantwortlichkeit. Arbeitsteilung in beruflicher Teamarbeit teilt mit der Arbeit auch die entsprechende Verantwortung dem einzelnen zu. Das verkürzt für den einzelnen zwar die Zuständigkeit seiner Verantwortung, erleichtert das Gewicht der beruflichen Verantwortung gegenüber dem Leistungsempfänger jedoch keineswegs.

Für denjenigen allerdings, der medizinische berufliche Leistungen in Anspruch nimmt, ist beim Zusammenwirken vieler Berufstätiger individuelle Verantwortung nun um so schwerer zu identifizieren, als sich analog zu ineinandergreifenden Berufstätigkeiten auch die individuellen Verantwortlichkeiten ineinander

verschränken, ohne miteinander zu verschmelzen. Teamarbeit läßt zugleich Teamgeist entstehen, der im Konflikt mit Dritten unversehens aus Kollegen Kameraden, Mitwisser und Komplizen macht. Das Krähen Syndrom ist unerwünschte Begleitscheinung erwünschter Sozialisierungsprozesse.

II. Die Dynamik der Entwicklung

Schon bei der Begriffsbestimmung des Wortes „Professionalisierung“ ist darauf hingewiesen worden, daß es sich hier um Bewegungsvorgänge handelt, um Entwicklungen, um Veränderungen in größeren ökonomischen und kulturellen Zusammenhängen.

These: Die Dynamik von Prozessen der Professionalisierung vollzieht sich innerhalb der Industriegesellschaft

▷ als Werden neuer und Vergehen überkommener Berufe,

▷ in wechselnden Beschleunigungsphasen und ▷

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

▷ mit unterschiedlichen Beschleunigungsfaktoren in den verschiedenen Wirtschaftszweigen und Berufsgruppen.

Auf dem Gebiet der Medizin vollzieht sich dieser Bewegungsprozeß innerhalb des noch immer anhaltenden Aufstiegs der Dienstleistungsberufe mit einem im Vergleich zu vielen anderen Berufsfeldern überproportionalen Beschleunigungsfaktor. Es genügt die Rück Erinnerung an die Entwicklung allein in diesem Jahrhundert, über eine Zeitspanne also, die von noch heute Lebenden miterlebt worden ist, um zu erkennen, daß die überkommene Vorstellung eines Lebensberufes, für den man sich einmal bildet und den man ein Leben lang ausübt, nur für eine Min-

derheit von Berufen gilt – Berufen, deren Art und Weise der Berufsausübung sich zudem im Laufe eines Berufslebens mehr oder weniger schnell und ständig verändert.

Einige wenige Beispiele:

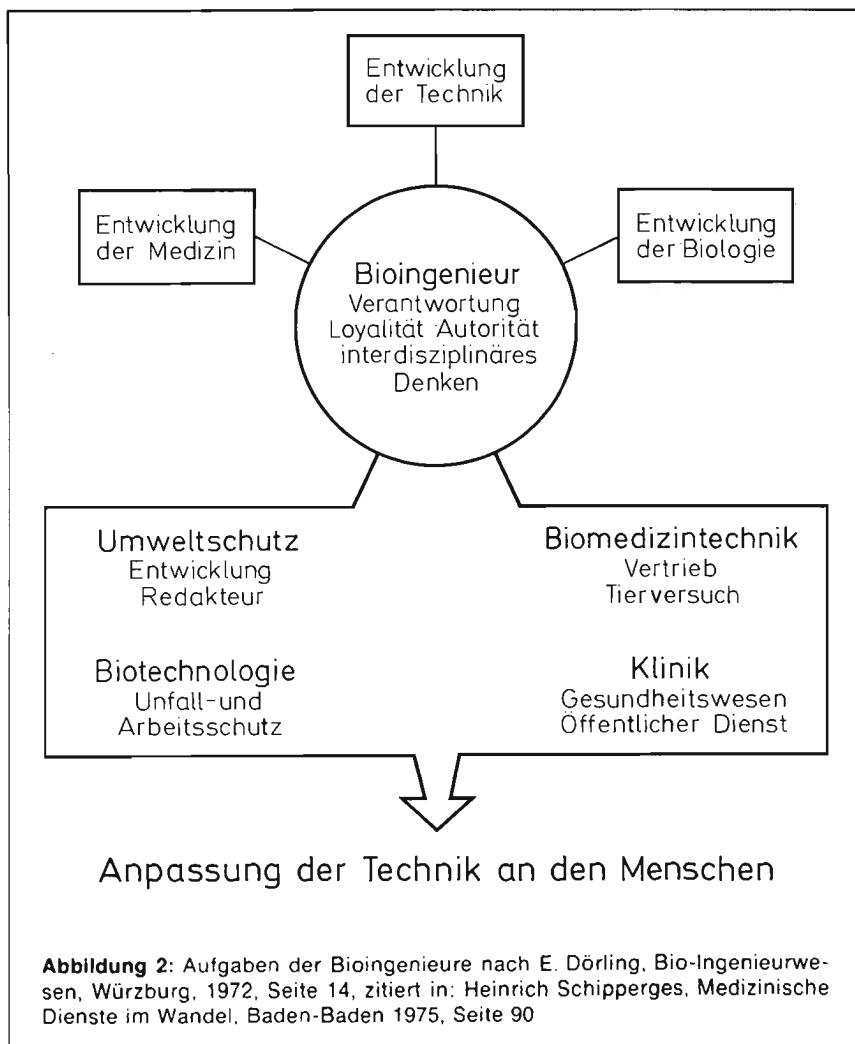
Das Berufsbild des Zahnarztes, das sich erst im Laufe des 19. Jahrhunderts in zwei Ausprägungen institutionalisiert hatte, dem akademischen des Zahnarztes und dem sich immer höher qualifizierenden Handwerklich-Technischen des Dentisten wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem einheitlichen Berufsbild zusammengeführt. Das Berufsbild der Zahnarthelferin ist neu entstanden, und die Zahntechnik ist in eigener Berufsindividuation vervoll-

kommnet worden. Der Beruf wird unverändert fast ausschließlich in wirtschaftlicher Selbständigkeit ausgeübt.

Zur gleichen Zeit hat sich im ärztlichen Beruf ein Spezialisierungsprozeß vollzogen, dessen Auffächerung und Spannweite so groß ist, daß sie die Einheit des Berufsstandes nicht zuletzt durch Interessendifferenzierung in Frage stellt. Die Weiterbildungsordnung der Ärzteschaft erhält zur Zeit 26 Gebietsbezeichnungen, 14 Teilgebietsbezeichnungen und weitere 15 Zusatzbezeichnungen. Aus den relativ wenigen, dem Arzt in seiner Tätigkeit und bei der Pflege von Kranken assistierenden Berufen hat sich ein ganzes Heer von spezialisierten, hochqualifizierten und zunehmend auch akademisch gebildeten Berufen entwickelt, das in ganzen Bereichen von ärztlichen Weisungen unabhängig operiert.

Ein weiteres Detail aus dem Entwicklungsfluß: Während die Berufstätigkeit des niedergelassenen praktischen Arztes um die Jahrhundertwende ihre Schwerpunkte bei der Behandlung von Infektionskrankheiten, in der kleinen Chirurgie und in der Geburtshilfe hatte, liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit des niedergelassenen praktischen Arztes und Arztes für Allgemeinmedizin heute bei der Inneren Medizin und bei der Dauerbetreuung von chronisch kranken Menschen jenseits des 50. Lebensjahres und mit multipler Diagnostik; sein Tätigkeitsfeld überschneidet sich zu schätzungsweise 80 bis 90 Prozent mit dem der meisten niedergelassenen Internisten.

In der gleichen Zeit ist der im 19. Jahrhundert zu einem akademischen einheitlichen Beruf institutionalisierte Tierarztberuf in der freiberuflichen Existenz bis in die jüngste Zeit hinein immer mehr in Frage gestellt worden. Die technologischen Veränderungen in Landwirtschaft und Verkehrswirtschaft (Motorisierung) haben diesem Beruf viele Tätigkeitsfelder genommen oder verengt. Neue Entwicklungen scheinen



Professionalisierung

sich im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der modernen Freizeitgesellschaft, der Tierhaltung auf der Sozialbrache und der Sehnsucht wenigstens nach einem animalischen Partner bei der wachsenden Zahl alleinstehender und vereinsamer Menschen in den Steinwüsten der Industriegesellschaft anzubahnen. Die Kleintierpropaganda der Tierfutterproduzenten operiert insoweit erfolgreich in einen wachsenden Markt.

Neue Berufe schieben sich auch inter-fakultativ und interdisziplinär in das überkommene Gefüge, entstehen aus dem wachsenden Koordinierungsbedarf gleichsam zwischen den Verästelungen der Spezialisierung. Der Bioingenieur ist ein Beispiel für solche aus dem Koordinationszwang entstehende Berufsindividuation. (Vgl. Abb. 2)

Aktuell ist die Diskussion um ein neues Berufsgesetz zur Institutionalisierung des Berufes nichtärztlicher akademisch gebildeter Psychotherapeuten. Am Beispiel der sich hier heute vollziehenden Berufsindividuation wird deutlich, wie die gleichen Dienstleistungen neben- und miteinander unprofessionalisiert und mehrfach professionalisiert, also konkurrierend ausgeübt werden können. „Kleine Psychotherapie“ wird von Familienangehörigen und Freunden ebenso betrieben wie von professionellen, kirchlich besoldeten Seelsorgern und von akademisch gebildeten Psychologen der verschiedensten Schulen, wie von Ärzten mit und ohne einschlägige spezialisierende Weiterbildung.

These: Wenn, wo und soweit der Mensch sich nicht in der Lage sieht, Bedürfnisse durch persönliche oder in familiärer bzw. sozialer Subsidiarität erbrachte Leistungen zu befriedigen, entwickelt er Nachfrage nach beruflichen Leistungen, für die in der modernen Gesellschaft und Wirtschaft insoweit ein Markt entsteht.

Diese These korrespondiert mit der Feststellung, daß die spezialisieren-

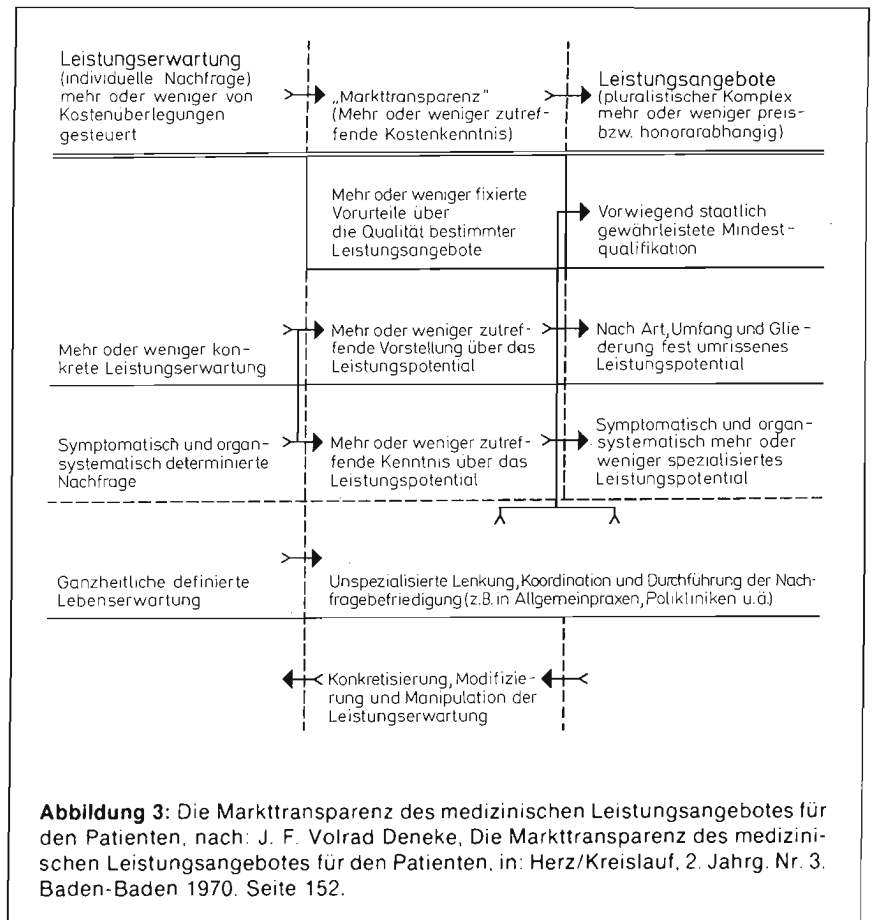


Abbildung 3: Die Markttransparenz des medizinischen Leistungsangebotes für den Patienten, nach: J. F. Volrad Deneke, Die Markttransparenz des medizinischen Leistungsangebotes für den Patienten, in: Herz/Kreislauf, 2. Jahrg. Nr. 3. Baden-Baden 1970. Seite 152.

de Professionalisierung von der Entwicklung in Wissenschaft und Technik und der Umsetzung der entsprechenden Fortschritte in Produktion und Konsum motiviert wird. Die Professionalisierung erscheint zwischen diesen beiden korrespondierenden Thesen als Bewegungsvorgang in einem polaren Spannungsfeld. Daraus folgt die

Frage: Welche Probleme ergeben sich, wenn zwischen berufsspezifischer Entwicklung des Leistungsangebotes und der Entwicklung entsprechender Nachfrage Diskrepanzen entstehen?

Diskrepanzen können dadurch entstehen, daß die berufliche Spezialisierung schneller fortschreitet, als sie von der Nachfrage her akzeptiert wird. Sie können auch dadurch entstehen, daß z. B. durch die moderne Publizistik spezifizierende Nachfrage in einem Umfang geweckt wird, dem kein entsprechendes Angebot gegenübersteht. Wenn Angebot und Nachfrage einander in etwa entsprechen, können Diskrepanzen schließlich durch mangelnde Transparenz

des Leistungsangebotes entstehen. Auf dem Gebiet der Medizin liegt dies um so näher, als hier zunächst einmal die Nachfrage sich selbst unvergleichlich unsicherer ist als auf den meisten Feldern der Nachfrage nach Gütern und Dienstleistungen. Weder ist sich der Patient stets der Motivation der Inanspruchnahme des Arztes voll bewußt, noch vermag der Arzt diese immer sofort voll zu durchschauen. Und schließlich vermögen beide eigentlich nie ganz abzusehen, ob die Leistungserwartungen sich auch erfüllen lassen oder erfüllen werden; denn der Mensch ist auf alle Fälle sterblich, und auch in der Medizin ist Irren menschlich.

In der Markttransparenz gibt es nicht zuletzt aus diesem Grunde besonders augenfällige Unterschiede zwischen gewerblichen und medizinischen Leistungsangeboten. Ist schon die Leistungserwartung des Patienten vielfach weniger konkret als jede gewerbliche Leistungsnachfrage, so verstärkt sich die Unsicherheit dadurch, daß auch die Vorstellung des Patienten vom medizinischen Leistungspotential vielfach höchst ungenau und oft überzogen ist. Das gilt

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

auch bei symptomatisch oder organ-systematisch zutreffend determinierter Nachfrage. (Vgl. Abb. 3)

Gerade auf dem Gebiet der Medizin wird man daher gut daran tun, den Ursachen der Entstehung von Angebots- und Nachfrage-Diskrepanzen sorgfältig nachzugehen. Dabei spielen die Massenkommunikationsmittel nicht zuletzt deswegen eine entscheidende Rolle, weil Angebot und Nachfrage auf dem Gebiete der Medizin ihren Ausgleich in der Bundesrepublik Deutschland nicht in erster Linie über den Markt, sondern durch gesetzliche Regelungen des Staates erfahren. Auch wo staatliche Regelungen scheinbar oder tatsächlich noch Freiräume gelassen haben, gibt es kaum einen Markt im echten Sinne dieses Wortes, weil statt des-

sen Beihilfen der öffentlichen Hand und versicherungswirtschaftliche Kollektivregelungen den Ausgleich von Angebot und Nachfrage manipulieren.

Nachfrage auf dem Gebiet der Medizin, die ja primär und zunächst immer individuelle Nachfrage ist, entwickelt sich unter diesen Umständen zunächst ohne unmittelbar wirksame Kostenkomponente. Der gesetzliche Anspruch auf Behandlung und Pflege nach zeitgemäßem Stand der medizinischen Forschung macht eine von Kostenüberlegungen befreite Nachfrage nahezu unendlich; denn was aufgrund des heutigen Standes der medizinischen Wissenschaft machbar ist, um vorhandene Chancen für Heilung, Linderung und Verlängerung von Lei-

den auszuschöpfen, das ist schon jetzt nicht mehr bezahlbar – auch nicht, wenn dafür das gesamte Volkseinkommen eingesetzt würde.

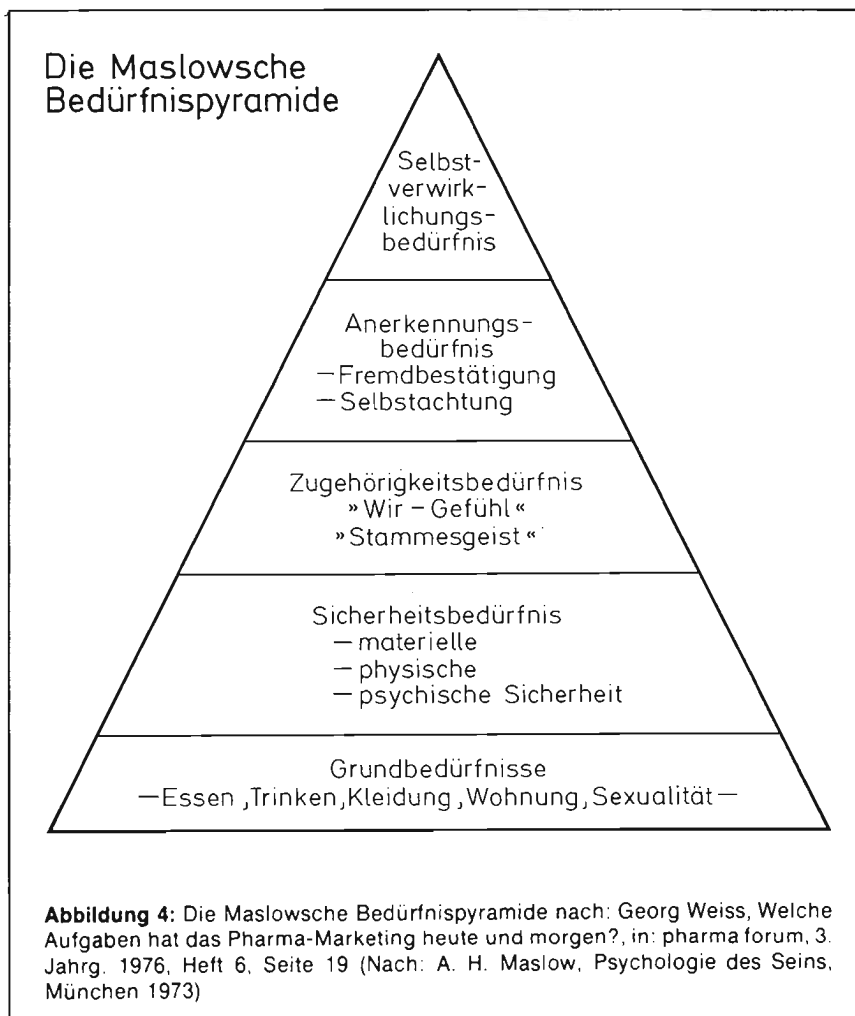
Damit nicht genug: Die Nachfrage auf dem Gebiet der Medizin wird so lange alle Möglichkeiten auch künftiger Entwicklung der medizinischen Forschung übersteigen, als der Wille des Menschen zu leben und zu überleben sich in Nachfrage nach medizinischen Leistungen umsetzt. Dies ist ein durchaus „modernes“ Problem, weil heute und hier nur ganz wenige Menschen sich dessen bewußt und damit zufrieden sind, daß ihr Sterben allgegenwärtiger Bestandteil ihres Leben ist. Mit der Verdrängung von Sterben und Tod aus dem persönlichen wie aus dem öffentlichen Bewußtsein verbindet sich die Nachfrage nach Medizinierung stimulierend das Eindringen der Medizin und des Körperkultes in die von Religion und Religiosität freibleibende Leere. (Vgl. Abb. 4)

III. Tendenz zur Objektivierung der sozialen Beziehungen

Bei der Erörterung des Begriffes „Professionalisierung“ wurde eine Definition des Begriffes „Beruf“ ausgespart. Eine Analyse des Selbstverständnisses von Beruf und Berufstätigkeit kann einer solchen Disputation jedoch nicht entraten.

Frage: Was bedeutet den auf dem Gebiet der Medizin Berufstätigen ihr Beruf?

Zunächst: Zwischen dem ständischen Berufsgedanken, der auf sozial-ethischem Fundament den Berufsträger als ganzen Menschen einer höheren Einheit zuordnet, und dem erwerbswirtschaftlichen Berufsgedanken, der den Menschen in das Zweierlei von Erwerbsperson und Privatperson aufspaltet, hat sich für die Gegenwart kein für alle Berufe gültiger Berufsbegriff entwickelt. In breiten Schichten herrscht der mit dem Klassengedanken korrespondierende, wirtschaftliche Berufsgedanke vor. Besonders in traditionel-



Professionalisierung

len Berufen hat der – dem Gedanken einer funktional gegliederten Gesellschaft verwandte – ständische Berufsgedanke seine Gültigkeit nicht verloren.

Für die Berufe auf dem Gebiete der Medizin gilt sicher, daß hier das Selbstverständnis der Berufstätigkeit noch immer mehr oder weniger streng dem Gedanken der Berufung verpflichtet ist. Selbsteinschätzung und Selbstverständnis aber stehen nicht selten in Widerspruch zum tatsächlichen Handeln und Verhalten. Es ist daher wohl realistisch festzustellen:

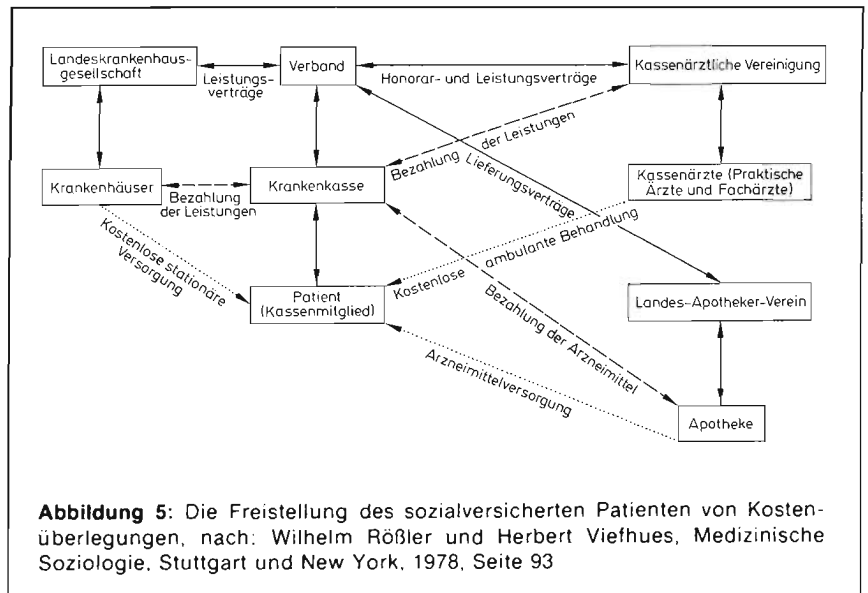
These: Die Professionalisierung aller medizinischen Dienste charakterisiert sie in der Industriegesellschaft auch als „Erwerbstätigkeit“.

Mit der Einschlebung des Wörtchens „auch“ ist in dieser Formulierung die Tür offengeblieben für altruistische Elemente der Berufung.

Das gilt nicht zuletzt für die Erwartungen, die von den Leistungsempfängern in die Träger dieser Berufe gesetzt werden.

Eine Fülle von berufsspezifischen Konflikten entstehen daraus, daß die Erwartungen der Leistungsempfänger zwar in Übereinstimmung mit dem Selbstverständnis dieser Berufe, aber eben nicht in Übereinstimmung mit der gelebten Wirklichkeit stehen. Das gilt übrigens nicht weniger für das Verhalten der Leistungsempfänger. Zwar wird besonders altruistisch motivierter Einsatz erwartet, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erfolgt gleichwohl wie die Inanspruchnahme von Kfz-Reparatur-Werkstätten oder Kosmetiksalons.

Andererseits: Wenn die Dienste der Behandlung und Pflege von Kranken nicht mehr in Erfüllung familiärer oder nachbarlicher Pflichten oder um Gotteslohn geleistet werden, dann werden mit der Einführung der Entgeltlichkeit für diese Dienstleistungen auch soziale Abhängigkeiten des Patienten abge-



baut – jedenfalls soweit er in der Lage ist, die Leistungen zu bezahlen oder in Form von Versicherungsleistungen und Staatsversorgung in Anspruch zu nehmen. (Vgl. Abb. 5)

Hierarchische und psychologisch wirksame Abhängigkeiten werden also durch kommerzielle oder durch Abhängigkeiten von staatlichen und halbstaatlichen Organisationen und ihrer Erfüllungsgehilfen ersetzt. Dabei erfolgt gleichzeitig eine Entlastung auch des sozialen Umfeldes des Leistungsempfängers. Familie und Nachbarschaft verlieren insofern an sozialer Konsistenz. Wo z. B. familiäre Heimpflege durch professionelle Anstaltspflege ersetzt wird, ändern sich nicht nur für den Pflegebedürftigen die Bezugspersonen und der Charakter der Beziehungen zu diesen, da ändern sich auch Gehalt und Beziehungsstruktur der um die Heimpflege entlasteten Familie und Nachbarschaft.

These: Professionalisierung von menschlichem Handeln und Verhalten bedeutet in der modernen Industriegesellschaft auch Objektivierung des Handelns und Verhaltens und damit Abbau der emotionalen Elemente in den zwischenmenschlichen Beziehungen der Berufstätigen zu allen Bezugspersonen ihrer professionalisierten Tätigkeiten.

In der Medizin ist die Intensivstation zum Musterbeispiel der Versachlichung der Leistungsbeziehung geworden. Aber dem Abbau der emo-

tionalen Elemente sozialer Interaktion kommt in allen medizinisch relevanten Tätigkeiten und Beziehungen eine kaum zu überschätzende Bedeutung zu. Die individuelle Nachfrage nach professionellen Leistungen auf dem Gebiete der Medizin ist mehr oder weniger stark emotional motiviert, gesteuert und reflektiert. Dies gilt um so stärker in einer Zeit und für Menschen, denen Gesundheit das höchste Gut ist – das höchste Gut!

Die von der Ärztekammer Nordrhein ins Leben gerufene Aktion „Mehr Humanität im Krankenhaus“ ist nicht zuletzt ein Ausdruck der um sich greifenden Erkenntnis, daß der Prozeß der Professionalisierung in unserer Gesellschaft zu einer Distanzierung von Mensch und Mensch führt, die dem emotionalen Verlangen und der humanen Notwendigkeit in den Beziehungen medizinischer Berufstätigkeiten nicht gerecht zu werden vermag.

Es handelt sich hier nicht um einen Vorgang, der notwendigerweise jedem Professionalisierungsvorgang eigen ist. Vielmehr handelt es sich um ein Spezifikum der Professionalisierung in der Industriegesellschaft, in der gewerbetätigen Gesellschaft, in einer Gesellschaft, die ihre professionellen Beziehungen rationalisiert, angeblich „wertfrei“ stellt, im wesentlichen aufgrund naturwissenschaftlich-mechanistischen Weltverständnisses. Vergleichsweise: Eine Professionalisierung auf dem Hintergrund z. B. religiös bestimmten Weltverständ-

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

ses, in dem Beruf sich aus Berufung – im Sinne von „vocatio“ – profiliert, schließt das Humane ein und eskaliert insoweit nicht Entfremdung, sondern integriert emotionale und intellektuelle Elemente durch ein moralisches Agens.

Die Objektivierung der sozialen Beziehungen auf dem Gebiet der Medizin läuft einer Entwicklung genau entgegen, in der immer mehr Menschen durch die Überforderungen und durch die Einsamkeit in der Massengesellschaft krank werden.

Während also auf dem Gebiet der Medizin die sozialen Beziehungen objektiviert werden, steigt gleichzeitig die existentielle und lebensrettende Nachfrage nach medizinisch-relevanten humanitärer, emotionaler Begegnung.

Frage: *Kann die Nachfrage nach mehr oder weniger medizinisch-relevanten emotionalen Begegnungen*

durch ein rational geschultes Angebot befriedigt werden?

Die Frage ist nicht nur rhetorisch gestellt. (Vgl. Abb. 6) Das Angebot muß rational geschult werden, aber die entsprechende Nachfrage kann nicht ohne „soziales Engagement“ befriedigt werden. Jedenfalls sträubt sich der Mensch, in ganzen Berufsgruppen zu akzeptieren, daß man kalten Herzens, nur mit Berufsroutine emotionale Effekte – Geborgenheit, Zufriedenheit – dauerhaft bewirken könnte. Andererseits angesichts der Pawlowschen Reflextheorie: Warum eigentlich nicht? Die Berufstätigkeiten im Bereich der Medizin bestehen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in unmittelbar patienten- und personenbezogenen Dienstleistungen. Persönlicher Kontakt und Kommunikation als Bestandteile der Dienstleistungstätigkeit bestimmen damit auch die Möglichkeiten individueller Ausgestaltung der sozialen Rollen in diesen Berufen.

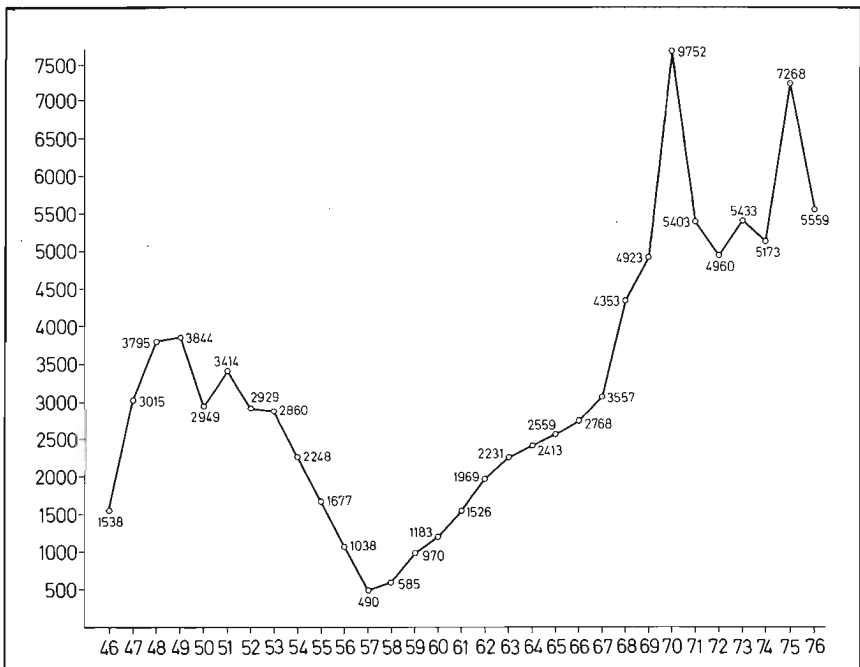


Abbildung 6: Zahl der ärztlichen Approbationen in der Bundesrepublik Deutschland 1946 bis 1976, nach: Klaus Gebh, Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse der Ärzte-Statistik zum 1. Januar 1978 Köln, 1978, Seite 19

Wenn es richtig ist, daß viele Krankheiten und noch mehr Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen in der industriellen Massengesellschaft Folgen sozialer Konflikte und der Verkümmern sozialer Beziehungen, dementsprechend auch Anrufe um Beachtung des Individuums sind, dann gehört es zur sozialen Funktion dieser Berufe, emotionale Beziehungen zu beachten, zu beeinflussen, aufzubauen, zu pflegen.

Tatsächlich kann Nachfrage nach Medizinierung heute aus Mangelerscheinungen aller Bedürfnisbereiche – von den Grundbedürfnissen bis zum Bedürfnis nach Selbstverwirklichung – auftreten. Welche Überforderungen müssen sich daraus ergeben, wenn den Menschen gleichzeitig vom publizistischen Schaustellergewerbe eingehämmert wird: Gesundheit ist machbar!

In diese komplexe soziale Funktion des „Medizinbetriebs“ ist das ganze Vorfeld zur eigentlichen medizinischen Dienstleistung – Arzthelferinnen und Pflegeberufe – voll einbezogen. In dieser Rolle ist nicht länger nur der Arzt, sondern in dieser Rolle können eigentlich alle Berufstätigen im medizinischen Bereich für den Patienten Arznei sein.

Frage: *Führen Spezialisierung der Arbeit sowie Objektivierung der Beziehungen im Professionalisierungsprozeß zur Reduktion der Bedeutung dualer zwischenmenschlicher Beziehungen im System der Krankenversorgung und im Gesundheitswesen?*

Mit dieser Formulierung wird Vorhergesagtes vertieft und konkretisiert. Die besondere Beachtung, die dem Patient-Arzt-Verhältnis geschenkt wird, betont stets die Eigenart der dualen Beziehung. Die Zweisamkeit, der Dual ist zwischen Singular und Plural eine soziale Beziehungsfigur völlig eigener Art.

Menschliche Individuation und Sozialisation, Entwicklung der Person und des sozialen Wesens im Men-

schen vollziehen sich vielfältig über duale Beziehungsfiguren: Mutter und Kind, Mann und Frau, Lehrer und Schüler, Arzt und Patient, Anwalt und Klient . . .

In weiten Bereichen der Krankenversorgung und des Gesundheitswesens ist jedoch schon längst diese duale Beziehung teils gefährdet, teils in Frage gestellt, teils unmöglich geworden.

Das hat auch für die Grenzbereiche berufsethischer Bewährung, wie zum Beispiel in passiver oder aktiver Sterbehilfe, Folgen. Was man in Zweisamkeit oder vor Gott verantworten kann, läßt sich in einem Team widerstreitender Charaktere nicht ohne Widerspruch rechtfertigen.

In welchem Umfange werden weiterbestehende duale Beziehungen reduziert? In welchem Umfange werden sie vom Arzt auf andere selbstständig Tätige oder dem Arzt assistierende Berufe übertragen? Wo ist es zum Totalausfall dualer Beziehungen gekommen?

Inwieweit können duale Beziehungen in Krankenversorgung und Gesundheitswesen durch Gruppenbeziehungen ersetzt werden?

Auf welchen medizinischen Gebieten und inwieweit können Gruppenbeziehungen z. B. in der Gruppentherapie erfolgreicher sein als duale Beziehungen?

Stellen sich dabei besondere Probleme des Persönlichkeitsschutzes in bezug auf Patientengeheimnis und ärztliche Schweigepflicht?

IV. Die Rolle des Staates

Der Professionalisierungsprozeß wird in Richtung, Mächtigkeit und Tempo von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst: Von besonderer Bedeutung – auch wegen der entsprechenden ausdrücklichen grundsätzlich geregelten Kompetenz – ist die Rolle des Staates in Legislative, Exekutive und Justiz.

These: Der Staat kann die Professionalisierung manipulieren, und zwar durch

- ▷ **generelle Regelung der Professionalisierungsabläufe,**
- ▷ **spezielle Regelung der Berufsbildung und der Berufsausübung,**
- ▷ **Einflußnahme (mittelbar) auf die Bedingungen aller oder spezifischer Professionalisierungsabläufe.**

Staatliche Intervention in die Professionalisierungsabläufe auf dem Gebiete der Medizin erfolgt vor allem durch

- ▷ **bildungspolitische Maßnahmen,**
- ▷ **staatliche Regelung der Zulassung zum Beruf und der Berufsausübung,**
- ▷ **Ausgestaltung des Systems sozialer Sicherheiten,**
- ▷ **gesundheitspolitische Maßnahmen.**

In den Bereich der Bildungspolitik fällt die gesamte Schulpolitik einschließlich der Hochschulpolitik. Wie stark der Staat die Richtung der Professionalisierungsströme allein durch die Hochschulpolitik beeinflussen kann, wird deutlich, wenn man die Berufsstrukturen der Gesundheitsberufe verschiedener Länder miteinander vergleicht. Es kommt z. B. zu fast unvergleichbaren Berufsindividuationen bei universitärer im Vergleich zur Fachhochschulausbildung der Ärzte.

Aktuell stellt sich auch auf dem Gebiete der Medizin die

Frage: Welche Auswirkungen hat die Tendenz staatlicher Ausbildungspolitik zur „Verschulung“ der beruflichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung?

Der Begriff der „Verschulung“ schließt die Tendenz ein, auch bereits bestehendes allgemeinbildendes Schulwesen immer stärker der beruflichen Ausbildung dienstbar zu machen. Dies zeigt sich in Theorie und Praxis „berufsbezogener“ Abschlußjahre in allgemeinbildenden

Schulen. Es zeigt sich in der auf die berufliche Wirklichkeit differenziert bezogenen Auffächerung des mittleren und höheren Schulwesens. Es zeigt sich nicht zuletzt darin, daß immer mehr berufsbezogener Planzwang aus der Grund-, Mittel- und höheren Schulpädagogik in die Universitäten, diese zu Fachoberschulen umgestaltend, eingeführt wird. Die Entwicklung von Natur- und Geisteswissenschaften ist seit dem späten Mittelalter aus der universitären Verfassung von geistiger Freiheit geflossen. Welche Fesseln für diese geschichtliche Funktion werden der Universität nicht nur in der Lehre, sondern dann auch für den forschenden Geist durch die Einbindung in die staatliche Berufsausbildung auferlegt? Was ist von der Konzeption der Universität als einer allgemeinbildenden Hochschule überhaupt noch erhalten?

Bei der Erörterung der Frage nach der Tendenz zur „Verschulung“ sollte nicht vergessen werden, daß Berufsbildung den Zusammenhang mit der Allgemeinbildung nicht verlieren darf.

Auch Lernen durch Handeln, Lernen in Betrieb und Praxis bedeutet in diesem Sinne nicht nur Sammeln von Berufserfahrungen, sondern ist Lebenserfahrung im Sinne der Eingewöhnung, im Sinne der Sozialisation in Alltag und Berufsleben.

Frage: Inwieweit bedeuten staatliche Regelungen der Zulassung zum Beruf und der Berufsausübung den ordnenden Vollzug sozialökonomischer und kulturell motivierter Professionalisierungsvorgänge? Inwieweit vermögen sie vollzogene und sich vollziehende Professionalisierungsvorgänge ideologisch, zielorientiert zu korrigieren? Kann der Staat völlig neue Berufsindividuationen ins Leben rufen?

Es gibt für alle drei Teile dieser Frage bejahende Antworten. Allerdings wird man davon ausgehen müssen, daß völlig neue Berufsindividuationen vom Staat nur dann mit Erfolg geschaffen werden können, wenn er

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

gleichzeitig mit der Profilierung des Berufsbildes auch eine dauerhafte Existenzgrundlage für diese Neuschöpfung etabliert. Stellenpläne in öffentlichen Haushalten sind dafür ein probates, aber keineswegs das einzige Mittel.

Bei Regelungsbestrebungen des Staates sollte stets untersucht werden,

▷ ob wachsende echte Nachfrage der Bürger,

▷ ob neue Entwicklungen in Wissenschaft und Technik,

▷ ob politischer Gestaltungswille

die Dominanten im Motivationsbündel zu Neuregelungen sind.

Wirtschaftliche Situation und Erwartungen manipulieren den Professionalisierungsprozeß. Finanz- und honorarpolitische Maßnahmen des Staates werden jedoch als Steuerungsinstrumente des Professionalisierungsprozesses vielfach stark überschätzt. Sozialprestige und Neigung locken mindestens ebenso sehr wie Geld. Regionalsteuerung durch ökonomische Anreize ist nach internationaler Erfahrung in aller Regel noch weniger erfolgreich. Ärzte gehen ebensowenig wie Sprechstundenhilfen wegen besserer Verdienstmöglichkeiten aufs Land, wenn dort für Arztkinder keine geeigneten Bildungsmöglichkeiten und für die Sprechstundenhilfen keine Chancen zum Konnubium bestehen.

These: Für den sozialen Wandel von Selbständigkeit und Abhängigkeit der Berufsausübung in Krankenversorgung und Gesundheitswesen ist die Gesetzgebung auf allen Gebieten der sozialen Sicherheit bestimmend.

Die Frage nach Selbständigkeit und Abhängigkeit in der Berufsausübung ist nicht nur in den absoluten Zahlen für den Professionalisierungsprozeß relevant. Sie ist auch von Bedeutung als Frage nach relativer Selbständigkeit in wirtschaftlicher Abhängigkeit und damit stets

zugleich die Frage nach Art und Weise der Institutionalisierung von Berufen. Das läßt sich am Beispiel der Geschichte des Kassenarztrecht als einer ständigen Auseinandersetzung um die Unabhängigkeit der Berufsausübung bei gleichzeitiger Einbindung in Pflichten sehr anschaulich demonstrieren.

Selbstverständlich sind aber staatliche Maßnahmen im Bereich der Weiterentwicklung der sozialen Sicherheiten für alle Berufe auf dem Gebiete der Medizin von prägender Bedeutung. Art und Weise der Institutionalisierung der sozialen Sicherheiten verschränkt sich hier mit der Bildungs-, insbesondere Berufsausbildungspolitik und mit den Regelungen der Zulassung zum Beruf und der Berufsausübung in Krankenversorgung und Gesundheitswesen zu einer Einheit. Das kann aktuell gut beobachtet werden an den Bemühungen um einen Gesetzentwurf für nichtärztliche akademische Psychotherapeuten. Für deren Berufsbild und Berufschance ist es von entscheidender Bedeutung, ob die Sozialversicherung die Bezahlung der Inanspruchnahme derartiger beruflicher Leistungen nur „auf Überweisung durch einen Arzt“ zahlt, oder ob der Inanspruchnahmeberechtigte sich ohne einen solchen Überweisungsschein gleich beim Psychotherapeuten „auf die Couch legen kann“.

Man kann sich ausmalen, welche Kosten der Sozialen Krankenversicherung entstehen, wenn 6000 bis 8000 psychotherapeutische Praxen ohne somatische Voruntersuchung auf Krankenschein in Anspruch genommen werden können.

These: Die Rolle des Staates bei der Professionalisierung im Bereich der Medizin bestimmt sich nach dem Rang der Gesundheitspolitik im Gesamtsystem von Innen- und Außenpolitik sowie nach Art und Richtung des staatlichen Ordnungswillens.

Auf dem Gebiete der Medizin befinden wir uns in einer Situation gestei-

gerten politischen und staatlichen Gestaltungswillens. Die jahrzehntelang vernachlässigte Gesundheitspolitik ist in den ersten Rang politischer Prioritäten gerückt. Die alte Leninsche Erkenntnis ist auch in der Bundesrepublik Deutschland wieder aktuell geworden, daß nämlich die Ordnungsstruktur der sozialen Sicherheiten, insbesondere der Krankenversorgung und der Gesundheitssicherung, für die Verwirklichung ordnungspolitischer oder planwirtschaftlicher Vorstellungen von besonderer exemplarischer Leitfunktion sein kann.

V. Grenzen der Professionalisierung

Am Schluß der Auswahl von Definitionen, Thesen und Fragen zur Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin sei die Frage nach den Grenzen der Professionalisierung gestellt:

Frage: Gibt es auf dem Gebiet der Medizin Regelmechanismen zur Synchronisation biologischer und ökologischer Ganzheiten mit sich ausgliedernden Spezialisierungen und Rationalisierungen, oder sind der Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin Grenzen gesetzt, an denen der Aufwand für den Fortschritt und Nachteile daraus den für Mensch und Gesellschaft zu erwartenden Nutzen übertreffen?

Die Formulierung der Frage deutet bereits darauf hin, daß für den Bereich der Medizin Gesetzmäßigkeiten vermutet werden können, die nicht auch für andere Lebensbereiche der Industriegesellschaft wirksam sein müssen. Die Antwort ergibt sich entscheidend aus dem spezifischen Verständnis von „Nutzen“ im Gesundheitswesen. Ein weites Feld...

Die Regelung von Angebot und Nachfrage über den Preis ist ein marktwirtschaftlicher Regelmechanismus, der auf seine Weise arbeitsteilige Spezialisierungen und Rationalisierungen mit dem Ganzen des Marktes, mit dem Ganzen der Nach-

Professionalisierung auf dem Gebiet der Medizin

fragechancen des einzelnen und mit dem Ganzen der Angebotsmöglichkeiten von Produktion und Distribution synchronisiert.

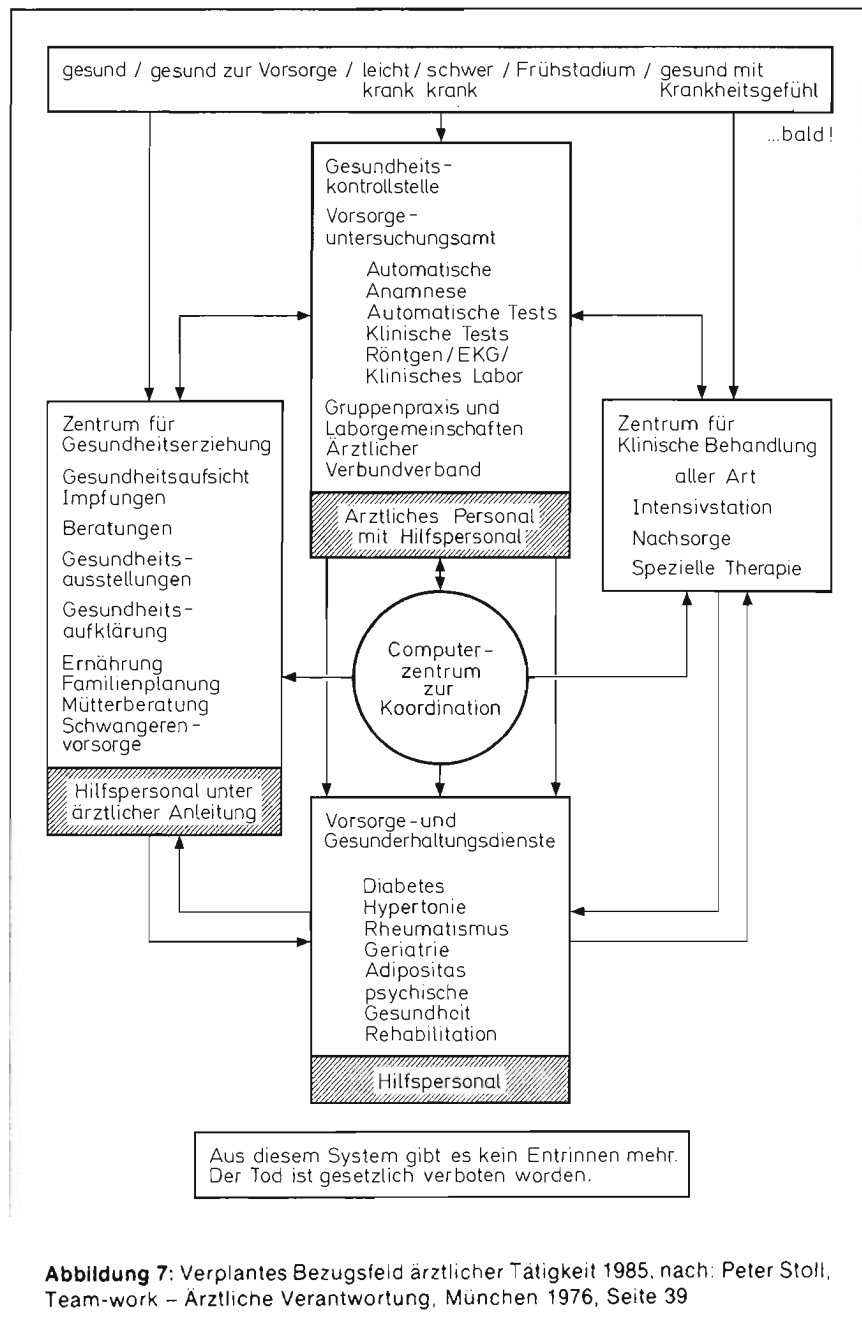
Ein derartiger Regelmechanismus könnte auch für das Gebiet der Medizin praktiziert werden. In der europäischen Wirklichkeit und zunehmend in aller Welt sind und werden jedoch die sozialen Beziehun-

gen der in der Medizin Tätigen aus dem Markt genommen. Das hat seinen guten Grund darin, daß die Regelung von Angebot und Nachfrage auf dem Gebiete der Medizin ausschließlich über freie Preisgestaltung auf dem Markt Wirkungen zeitigt, die mit den geltenden Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit und Menschenwürde – was immer diese Vokabeln auch in concreto be-

deuten mögen – nicht in Deckung zu bringen sind. Andererseits muß bezweifelt werden, daß allein durch Gesetzeswerk, Verwaltung und Justiz – soziale Gerechtigkeit und Menschenwürde garantierend – ein wirklich funktionierender Regelmechanismus in Gang gesetzt und aufrechterhalten werden kann, der die Synchronisation von Ganzheiten mit sich ausgliedernden Spezialisierungen dauerhaft bewirkt. (Vgl. Abb. 7) In allen Systemen, in denen dies bisher versucht worden ist und versucht wird, entstehen nicht nur menschenunwürdige Zwänge, sondern auch legalisierte oder illegale, graue und schwarze Märkte, die weitab von sozialer Gerechtigkeit den knirschenden Gang von Gesetzgebung, Verwaltung und Justiz mindestens durch Deputatmedizin schmieren. Die Grenzen der Professionalisierung sind in den unterschiedlichen Lebensbereichen sicher unterschiedlich kürzer oder weiter gesteckt. Sie sind in einigen Tätigkeitsfeldern bereits erreicht, wofür die Do-it-yourself-Bewegung symptomatisch sein mag.

Auf dem Gebiete der Medizin werden diese Grenzen dadurch bestimmt, daß der Mensch ein Ganzes bleibt und jedem spezialisierten Berufstätigen in der Medizin immer auch als ganzer Mensch gegenübertritt. Wenn und wo die berufliche Spezialisierung in ihrer Detailarbeit diesen ganzen Menschen aus dem Auge verliert, dann und dort sind die Grenzen der Spezialisierung bereits überschritten. Die berufliche Aufgabe kann im Professionalisierungsprozeß detailliert werden; die berufliche Verantwortung aber bleibt in allen Berufen auf dem Gebiete der Medizin stets dem ganzen Menschen verpflichtet.

(Nach einem Referat in der Deutschen Richter-Akademie in Trier am 9. Januar 1979)



Anschrift des Verfassers:
Prof. J. F. Volrad Deneke
Haedenkampstraße 1
5000 Köln 41 (Lindenthal)