Zum gegenwärtigen Wandel des beruflichen Rollenverständnisses des Chefarztes

Zwischen Ethos und Markt

Im Zentrum dieses Forschungsprojekts standen Interviews mit Chefärzten öffentlicher Krankenhäuser und mit Ärzten privater Kliniken, die zuvor zumeist Chefarztposten innehatten, mit Geschäftsleitungsmitgliedern und Personalleitern. Untersucht wurde der Wandel des ärztlichen Berufsethos durch Prozesse der Ökonomisierung.

Tina-Maria Willner

* Aus Gründen der besseren Verständlichkeit wird im Text die männliche Form im geschlechtsneutralen Sinn verwendet.

«Ansonsten bin ich ein Spezialist, der seine Produktpalette auf dem Markt anbietet. Mein Challenge ist, meine Produkte den Leuten schmackhaft zu machen, damit sie mir Patienten zuweisen», Arzt eines Privatspitals und ehemaliger Chefarzt eines Kantonsspitals.

Der Beitrag präsentiert Befunde eines Forschungsprojekts am Soziologischen Seminar der Universität St. Gallen (2009–2012), das die Autorin im Rahmen ihrer Dissertation «Vom Halbgott in Weiss zum Unternehmer: Chefärzte und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens» durchführte [2]. Hierbei ging es einerseits um die langsame, aber kontinuierliche Transformation der ärztlichen Arbeitswelt und deren Auswirkungen auf Berufsethos und Berufsverständnis der Ärzteschaft, andererseits um die Frage nach den Gründen einer zunehmenden Abwanderungstendenz von Chefärzten und Leitenden Ärzten* aus öffentlichen Spitälern in private Einrichtungen.

Anhand von über dreissig Experteninterviews mit Chefärzten öffentlicher Krankenhäuser, mit Ärzten privater Kliniken, die zuvor zumeist Chefarztposten innehatten, und Geschäftsleitungsmitgliedern sowie Personalleitern konnten die Auswirkungen dieser Transformationsprozesse auf einen Berufsstand erforscht werden. Hierbei ist zu erwähnen, dass die Anzahl der interviewten Ärzte dem möglichen Anspruch der Repräsentativität nicht gerecht werden kann. Vielmehr geht es darum, gesellschaftliche Prozesse aus dem Blickwinkel der zu ihnen beitragenden Akteure sinnhaft nachvollziehbar zu machen und sie als soziales Handeln zu analysieren und zu verstehen. Im Zentrum unseres Forschungsprojektes stand die Nachvollziehbarkeit der von den Befragten beschriebenen Erfahrungen im Spannungsfeld von öffentlichen und privaten Krankenhäusern. In dem nach Weber «So-und-nicht-anders-Gewordensein» ihres Verhältnisses zur Arbeit bzw. ihres Ethos «kommt eine lange währende Verkettung interdependenter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und -bestimmungen sowie subjektiver Entscheidungen zum Ausdruck» [3]. Das Forschungsprojekt wurde auf Initiative von Frau Prof. Dr. Verena Briner, Chefärztin am Luzerner Kantonsspital, entwickelt, die neben fachlicher und finanzieller Unterstützung auch Kontakte zu zahlreichen Kaderärzten des stationären Versorgungssektors öffentlicher und privater Spitäler herstellte. Als wichtigste forschungsethische

Entre éthique et loi du marché, réflexions sur les changements dans la manière d'appréhender le rôle du médecin-chef

Le médecin qui, au sens d'un idéal humaniste est au service du patient, jouit d'une position sociale particulière. Ce «charisme» inhérent à sa fonction, il le doit notamment au rapport de confiance privilégié qu'il entretient avec son patient et à son activité en partie altruiste au service de ce bien commun qu'est la santé. Le système de santé et le monde du travail médical sont confrontés à des mutations de plus en plus rapides et profondes. Les processus d'économicisation, accentués par la concurrence accrue des cliniques privées, ne fait que contribuer à l'adaptation de l'habitus des médecins aux objectifs ciblés de rentabilité économique préconisés sans détour par les hôpitaux privés. Les mouvements de réformes de l'Etat induits par l'économie de marché ainsi que le cadrage des services publics sur les indicateurs économiques peuvent avoir un impact considérable sur la pratique quotidienne des médecins, les exigences normatives posées et l'habitus. Les sociologues et les médecins sont conscients de ces changements [1]. Cet article présente le projet de recherche consacré aux changements dans l'éthique professionnelle des médecins et certains résultats particuliers.

Korrespondenz:
Dr. rer. soc. Tina-Maria Willner
Universität St. Gallen
Seminar für Soziologie
Tigerbergstrasse 2
CH-9000 St. Gallen
Tel. 076 567 63 00

tina.willner[at]gmail.com

Der Wechsel ins Privatspital konfrontiert Ärzte in besonderem Masse mit der zunehmenden Ökonomisierung ihres Berufes.

Prämisse und Grundlage der durchgeführten Tiefeninterviews galt uns Spinozas Handlungsregel «Nicht bemitleiden, nicht auslachen, nicht verabscheuen, sondern verstehen!» [1].

Arzt und Amtscharisma

Das «Amtscharisma» (Weber), das dem Arzt in seiner ausseralltäglichen gesellschaftlichen Stellung zugeschrieben wird, verdankt er u.a. dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das ihn und seine teilweise uneigennützige Tätigkeit im Dienste des öffentlichen Gutes «Gesundheit» in besonderer Weise legitimiert [4]. Zudem festigt es den noch immer herrschenden Glauben an die Geltung des hippokratischen Eides, der weiterhin den Kernbestand ethischer Pflichten des Arztes definiert [5]. Neben dem Charisma stellen auch die intrinsischen Gründe, die einen Menschen bewegen, sich für den Beruf des Arztes zu entscheiden, der gesellschaftliche Habitus, den diese Ärzte aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu diesem Berufsstand leben, und der unverkennbare Status, der sie innerhalb des Feldes von anderen Akteuren unterscheidet, drei äusserst relevante Unterscheidungsmerkmale dar, anhand derer auch Rückschlüsse auf das Feld des Gesundheits- und Krankenhauswesens selber gezogen werden können.

«Das öffentliche Krankenhaus sieht sich durch den Eintritt marktwirtschaftlich orientierter Privatspitäler grundlegend neuen Spielregeln ausgesetzt.»

Die Transformation der ärztlichen Arbeitswelt und ihre Auswirkungen

Die Recherchen zur Ausgestaltung des Feldes haben verdeutlicht, dass die medizinische Arbeitswelt von immer rapideren und tiefgreifenderen Transformationsprozessen geprägt ist. Spricht man von Reformen im öffentlichen Dienst, so geht es in der Regel nicht um den Versuch, soziale Ungerechtigkeiten und Missstände zu beseitigen, sondern es geht um Kosteneinsparung, Leistungseffizienz, Prozessorientierung und Verschlankung des operativen Apparats [6]. Hinweise auf diese Dynamik der Ökonomisierung innerhalb des Schweizer Gesundheitswesens sind strukturelle Veränderungen wie zunehmende Privatisierungstendenzen und mehr private Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, die einerseits mit einem Herauslösen der Spitalhierarchie aus traditionellen, hierarchisch-paternalistischen Mustern und anderseits mit neuen Formen ökonomischer Zwänge einhergehen [7]. Durch die zunehmende Privatisierung schaffen sich neue Akteure wie die privaten Kliniken einen Markt, auf dem sie sich durch ihr Angebot die Aufmerksamkeit kaufkräftiger Kunden erhoffen. Ihre Angestellten, die Ärzteschaft, werben sie aus den öffentlichen Krankenhäusern ab, was bei den öffentlichen Spitälern zunehmend für Besorgnis sorgt. Durch ihre Abwanderung verliert das öffentliche Krankenhaus existentiell wichtige Experten, Grundversorger und Grundausbilder.

Auch die Patienten sind betroffen, die in der zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung und der gesteigerten Bedeutung individueller Ressourcen mit anwachsenden sozialen Spaltungen und Ungleichheiten konfrontiert werden.

Gesundheitsversorgung und -vorsorge als öffentliche Güter bzw. «Gemeinwohl», von denen niemand ausgeschlossen werden dürfte, sehen sich zusehends einer Kommodifizierung und Vermarktlichung ausgesetzt, die nicht zuletzt auf den Eintritt neuer Marktakteure zurückzuführen ist. Dies lässt die provokative Schlussfolgerung zu, dass das Gut Gesundheit und dessen Konsum auch künftig immer weniger den grundlegenden Prinzipien der Nicht-Ausschliessbarkeit und der Nicht-Konkurrenzierbarkeit gehorchen und der hippokratische Eid zusehends an Wirkkraft verlieren könnte. Den Glauben an die grundlegende Uneigennützigkeit des ärztlichen Handelns teilten auch einige der befragten Protagonisten privater Spitäler, was sich unter anderem

durch ihre Sozialisierung im öffentlichen Krankenhauswesen und der hierbei stattgefundenen Verinnerlichung des traditionellen ärztlichen Berufsethos erklären lässt. Die spezifische «Illusio» im Feld des Gesundheitswesens besteht in der Überzeugung der sozialen Sinnhaftigkeit des humanistischen Berufsethos des Arztes, nämlich dem Menschen Gutes tun zu wollen, und getreu dieser «Illusio» ist die angehende als auch bereits etablierte Ärzteschaft bereit, Einsätze für das Feld zu erbringen [8].

Das öffentliche Krankenhaus sieht sich durch den Eintritt marktwirtschaftlich orientierter Privatspitäler grundlegend neuen Spielregeln ausgesetzt. Keiner der Befragten kann die veränderten Strukturen des Gesundheitswesens und ihre Vermarktlichung ignorieren. Auch derjenige, der sich entscheidet zu bleiben, trifft eine aktive Entscheidung, und muss sich darüber im Klaren sein, dass es «gute Gründe» gibt, wie die teils attraktiven monetären Anreize oder das propagierte Unternehmertum, den öffentlichen Sektor zu verlassen. Er wird bei seiner Entscheidung, ob gewollt oder nicht, mit sowohl kognitiven als auch moralischen Dissonanzen zu tun haben.

allen abgewanderten Ärzten eine Transformation vom homo humanus zum homo oeconomicus feststellbar war.

Einige ausgewählte Befunde der Forschung

Anhand der kritischen Objektivierung der mit Hilfe des verstehenden qualitativen Forschungsansatzes gewonnenen Daten ergaben sich quer durch die Interviews wesentliche Themenschwerpunkte, die sich in nahezu allen Interviews wiederfanden und eine Vielzahl an Indikatoren einer von den befragten erfahrenen zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens widerspiegeln: Verwaltungsherrschaft, Bürokratisierung, Privatisierung, Spezialisierung, Vermarktlichung und (De)Professionalisierung im Sinne der rechtlichen Verankerung einer maximalen Anzahl an Arbeitsstunden (50-Stunden-Woche) während der Assistenzjahre, einer verstärkten Spezialisierung des Arztberufs und zunehmenden Managerialisierung der Funktionen der Kaderärzte.

Um den Wandel eines Arbeitsfeldes verstehend nachvollziehen zu können, bedarf es des Nachzeichnens der sozialen Flugbahn des Individuums, die sowohl durch berufliche als auch gesellschaftliche Transformationsprozesse geprägt wird, sowie des historischen Verlaufs des Feldes. Als Beurteilungs- und Orientierungsrahmen dienen die inkorporierten Dispositionen dieser Akteure, die massgeblich durch die in ihren beruflichen Anfängen als Arzt herrschenden Spielregeln im Feld und ihrem herkunftsspezifischen Habitus beeinflusst wurden. Die offensichtlichen Diskrepanzen zwischen den heute und den früher geltenden Spielregeln in ihrem Feld verdeutlichten die befragten Ärzte anhand ihrer Aussagen.

Sie betonten, dass sie gegen die Lockrufe eines profitorientierten Berufsverständnisses gewappnet seien.

Eines unserer zentralen Erkenntnisinteressen bestand darin, die Auswirkungen der Transformationsprozesse im Gesundheitswesen auf die darin tätigen Akteure zu recherchieren. Die interviewten Protagonisten wurden entsprechend einem qualitativen bottom-up Ansatz zu ihrem beruflichen Werdegang, ihrem Alltag im öffentlichen bzw. privaten Spital, ihrem Verbleib bzw. ihrer Abwanderung und ihrem sozialen Kapital befragt. Die Interviews zeugen von der rhetorischen Gewandtheit und analytischen Schärfe der Kaderärzte und ihrem distanzierten Blick auf die eigene Position. Dass sie sich im Gespräch auf eine kritische Konfrontation mit Fragen des Wandels ihres berufsethischen Selbstverständnisses und der zunehmenden Vermarktlichung ihres Praxisfeldes einliessen, stellte für diese Arbeit eine grosse Chance dar. Die befragten Ärzte stellten aufgrund ihrer oft über zwanzigjährigen Tätigkeit im Krankenhauswesen wertvolle ethnographische Informanten dar, die aus direkter Betroffenheit vom Prozess der Ökonomisierung ihres Berufsstandes Zeugnis ablegen können. Diese Experten gehören zu jener Arztgeneration, die ihren Beruf zumeist als Berufung und als Dienst für und an der Allgemeinheit verstand, wodurch sich insbesondere seitens der dem öffentlichen Krankenhaus gegenüber loyalen Kaderärzte ein regelrechtes Festhalten an dieser Art einer «totalen sozialen Rolle» (Goffman), die es mit Leib und Seele auszufüllen gilt, manifestiert [9]. Was nicht bedeutet, dass bei

Das freimütige Erzählen vom eigenen persönlichen Unbehagen seitens der Kaderärzte darf keineswegs als selbstverständlich angesehen und unsere soziologische Objektivierung ihrer Äusserungen auf keinen Fall als Form der moralischen Verurteilung missverstanden werden. Der Arzt, der eine Tätigkeit in einem öffentlichen Krankenhaus zugunsten einer Anstellung in einem privaten aufgibt, soll nicht als amoralischer Utilitarist stigmatisiert werden. Der vermeintliche Anreiz einer unternehmerisch ausgerichteten Berufsausübung, die exemplarisch für das seitens des Privatspitals beworbene selbständige Entrepreneurship steht, ist auch bei gewissen Kaderärzten öffentlicher Institutionen festzustellen. Es liessen sich sowohl Angleichungen der Führungsstruktur des öffentlichen Spitals an diejenige des Privatspitals als auch Angleichungen des Privatspi-

Articles interactifs

Vous souhaitez commenter cet article? Il vous suffit pour cela d'utiliser la fonction «Ajouter un commentaire» dans la version en ligne. Vous pouvez également consulter les remarques de vos confrères sous: **www.bullmed.ch/numero-actuel/articles-interactifs/**

tals an die vertraglichen Anstellungsverhältnisse der öffentlichen Spitäler ausmachen. Die Ärzte haben erkannt, dass sich ihr Berufsstand in einer Krise und die Position des Chefarztes in einem Wandel befinden, den einige als legitim, andere wiederum als inakzeptable Demontage erachten.

Besonders deutliche Zeichen von Unbehagen bei den Schilderungen persönlicher Erfahrungen mit veränderten sozialen Rollen und Selbstverständnissen zeigten sich bei jenen Befragten, die sich für einen Wechsel in eine Privatklinik entschieden hatten. Sie wissen um die wachsenden Spannungsverhältnisse innerhalb ihres Berufsstandes. So wurde in den Interviews von «Produktpaletten», von «An- bzw. Abwerbung der (zahlenden) Kunden», von Konkurrenzkampf unter Kollegen, von der privilegierten Behandlung zusatzversicherter Patienten und dem Bestehen auf einem hartumkämpften Markt gesprochen. Sie schienen sich bewusst, dass die oben zitierten Praktiken und Einstellungen mit dem traditionellen ärztlichen Berufsethos schwer zu vereinbaren sind, und betonten, dass sie gegen die Lockrufe eines profitorientierten Berufsverständnisses gewappnet seien. Gleichzeitig räumten sie jedoch ein, dass das unternehmerische Denken und Handeln, das in Privatspitälern gefördert und gefordert wird, eine nicht zu leugnende Voraussetzung ist, um unter den zeitgenössischen strukturellen Rahmenbedingungen bestehen zu können.

«Sie schienen sich bewusst, dass die oben zitierten Praktiken und Einstellungen mit dem traditionellen ärztlichen Berufsethos schwer zu vereinbaren sind.»

Die betroffenen Ärzte, die in der öffentlichen Wahrnehmung weiterhin grosses Ansehen geniessen, können dem beschriebenen Prozess Widerstände entgegenbringen, und dort, wo der Kernbestand ihrer berufsethischen Sorge um und Verantwortung für die Gesundheit aller Patienten gleich welcher sozialen Herkunft und ökonomischen Situation in Gefahr gerät, Grenzen setzen. Der Dienst an der Allgemeinheit und die Garantie eines Zuganges zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung für alle Bürger gehören zu den unverzichtbaren Grundpfeilern eines demokratischen Gesundheitswesens, und gerade dessen Elite könnte diese Werte durch das eigene öffentliche Handeln auf exemplarische Weise verkörpern. Diese aus soziologischer Sicht formulierten Standpunkte sollten, so unser Eindruck nach einer Vielzahl von Gesprächen mit Vertretern der Ärzteschaft, wohl auch für die meisten unter ihnen weiterhin konsensfähig erscheinen und als Grundlage und Leitmotive für eine aktive Mitgestaltung der medizinischen Welt von morgen dienen können.

Für eine ausführlichere Präsentation der Forschungsergebnisse sei nochmals auf die eingangs genannte Dissertation verwiesen, die Ende 2014 als Publikation vorliegen sollte.

Literatur

1 Schultheis F. Der Soziologe, der Arzt und die Diagnose alltäglichen Leidens in der neoliberalen Marktgesellschaft. PrimaryCare. 2004; 8(5):64–70.

2 Willner T. Chefärzte und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Dissertation Nr. 4055 der Universität St. Gallen. Bamberg: DifoDruck; 2012.

3 Schultheis F, Vogel B, Gemperle M (Hrsg.). Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 2010. S. 16ff.

4 Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. Paderborn: Voltmedia; 2006. S. 243ff. (Originalwerk publiziert 1921).

5 Wiesing U. Ethik in der Medizin. Stuttgart: Philip Reclam jun.; 2008. S. 39f.

6 Czerwick E. Die Ökonomisierung des öffentlichen Dienstes. Dienstrechtsreformen und Beschäftigungsstrukturen seit 1991. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2007. S. 238f.

7 Bauer U, Bittlingmayer UH. «Ja, das kostet aber Geld.». In: Schultheis F, Vogel B, Gemperle M. (Hrsg.). Ein halbes Leben. Biographische Zeugnisse aus einer Arbeitswelt im Umbruch. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 2010. S. 664–730.

8 Bourdieu P. Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action. In: Rehbein B (Hrsg.). Die Soziologie Pierre Bourdieus. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft; 1994.

9 Goffman E. Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt am Main: Suhrkamp; 1980. (Originalwerk publiziert 1974).