

Professionalität – was heisst das?¹

Jean-Pierre Wils^a, Ruth Baumann-Hölzle^b

a Philosophische Fakultät der Radboud-Universität Nijmegen (Niederlande), Wissenschaftlicher Beirat bei Dialog Ethik, Zürich

b Institutsleitung Dialog Ethik, Zürich

Abstract

Professionalism and professionalisation come up repeatedly as topics in a context of increasing and often economic pressures on health care institutions. What these values require, however, remains vague. This viewpoint proposes a distinction between specific and general requirements, to clarify how changing meanings of these terms come at the cost of professional goals in academic and health care institutions. In this context, adaptations of professional oaths are no longer associated with the protection of privilege. Instead, these approaches support values which society rightly ascribes to the health care professions.

Unruhe gehört zum Alltag komplexer Organisationen. In hochmodernen Gesellschaften wie der unseren sind sämtliche Institutionen, also auch die Gesundheitsinstitutionen, in ständiger Bewegung: Die politischen Vorgaben Letzterer wechseln regelmässig, und Reformbedarf wird überall festgestellt. Konstant aber durchzieht die Debatte die dabei gestellten Anforderungen, sich den Marktkräften anzupassen, auf Gewinnmaximierung zu setzen und aufgrund dieser wettbewerblichen Lage auf Flexibilisierung und Effizienzsteigerung zu setzen. In diesem Zusammenhang tauchen regelmässig Begriffe wie *Professionalität* und *Professionalisierung* auf. Diese gelten als *Anforderungsprofil* an die zu verrichtende Tätigkeit. Aber was da gefordert wird, bleibt sehr unbestimmt. Zur Klärung sei im Folgenden zwischen *spezifischen* und *allgemeinen* Anforderungen unterschieden.

Berufe verfügen über jeweils eigene Standards, die mit der *spezifischen* Tätigkeit zusammenhängen, die dort ausgeübt wird: Bäcker und IT-Spezialisten, Ingenieure und Lehrerinnen, Sozialarbeiterinnen und Berufssportler, Universitätsprofessoren und Versicherungsmakler sollten Unterschiedliches können und leisten. Das Leistungsportfolio lässt sich zu weiten Teilen qualifizieren, ein fachgemässes Wissen ist ebenso gefragt wie technische und «handwerkliche» Fähigkeiten. Im Falle auf Personen bezogener Berufe kommen aber bestimmte, nicht qualifizierbare Erwartungen hinzu, ein sensibler Umgang mit den Menschen, die sich in unserer Obhut befinden, aber auch die moralische In-

tegrität der handelnden Person. Mit «Integrität» ist gemeint, dass die Interessen der Menschen, die beispielsweise im Gesundheitswesen professionell betreut werden, Vorrang behalten und keinen berufsfremden Anforderungen geopfert werden. *Professionalität* meint genau dies – sich sowohl fachlich kompetent und gekonnt als auch empathisch und moralisch integer zu verhalten. *Professionalisierung* stellt folglich den dauernden Prozess dar, sich diesen beiden Anforderungen – den qualitativen ebenso wie den quantitativen – zu stellen.

Mittlerweile hat sich eine Entwicklung vollzogen, in der beide Begriffe eine andere Bedeutung erhalten haben. *Professionalität* bedeutet immer häufiger, dass die soeben angerissenen *allgemeinen* Kennzeichen moderner Institutionen – Marktkonformität, Wettbewerbsorientierung, Gewinnmaximierung, Flexibilisierung und Effizienzsteigerung – zu *primären* Gesichtspunkten des Handelns werden. Professionell zu handeln wird also an diese Kriterien gebunden, und *Professionalisierung* bedeutet dann, sich in diesen Kriterienkatalog einzuüben. Diese Entwicklung kann man unter dem Stichwort «Ökonomisierung» zusammenfassen.

Zwei Berufssparten haben unter dieser Entwicklung besonders gelitten: die (universitäre) Wissenschaft und die Gesundheits- und Sozialberufe. Diese Sparten sind nämlich nicht produktorientiert, weshalb sie keine Ware produzieren und für diese demnach auch keine Märkte zur Verfügung stehen. Es entstehen deshalb «künstliche Märkte», in denen man um künstliche Produkte konkurriert. Wichtige sprachliche Indizien für diese «Ökonomisierung» sind die folgenden: Patienten und Studentinnen werden zu «Kunden», Hochschullehrerinnen, Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeuten und Sozialarbeiterinnen zu «Dienstleistern», «Output»-Kriterien wie Fallzahlen und Statistiken, Endlosdokumentationen und kontrollbeflossene Regelvermehrung sind weitverbreitet. Die folgenschwerste Konsequenz dieser Entwicklung liegt im *Autonomieverlust* der in diesen Berufen Tätigen. Weil diese Autonomie, die selbstverständlich nicht mit Autarkie zu verwechseln ist, wesentlich zu diesen Berufen gehört, kann man von deren Deformierung oder Deprofessionalisierung sprechen.

Die Tendenz zu einer Deprofessionalisierung vieler Berufe ist nicht neu und vermutlich mit dem Prozess der Modernisierung eng verbunden. Es lohnt sich, in diesem Zusammenhang, die Aufmerksamkeit kurz auf eine Diagnose des Soziologen Niklas Luhmann zu richten. In modernen Gesellschaften, so Luhmann, hat

1 Der Aufsatz enthält verschiedene Passagen aus: Jean-Pierre Wils. Zeit für einen neuen Eid. In: Deutsches Ärzteblatt. 24. Februar 2017; Jg. 114/Heft 8:358-62.

sich «ein System der Geldwirtschaft ausdifferenziert und hat gesellschaftlich fundierte Institutionen des Helfens verdrängt. Geld ist das effektivere funktionale Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit.» [1] Dieser Prozess ist modernitätstypisch: Unterschiedliche Berufe, die einst als gesonderte Berufsstände mit eigenem Ethos existierten, werden gleichsam homogenisiert, indem Leistungen immer mehr wettbewerblich organisiert und ihren Wert in finanziellen Grössenordnungen abgebildet werden. Zweifelsohne hat dieser Prozess zu enormen Steigerungen in Produktion und Effizienz geführt. Zu einer Fundamentalkritik gibt es also keinen Anlass. Aber die angedeutete Homogenisierung hat gleichzeitig zu einer Nivellierung, also zu einem Verschwinden berufstypischer, also professioneller Standards geführt. Wie bereits erwähnt, sind etliche Berufszweige von dieser Transformation betroffen – die Gesundheits- und Sozialberufe wie auch der Beruf des Hochschullehrers. Vor allem die betriebsförmige Reorganisation dieser Berufsbilder hat zu einer Aushöhlung ihres traditionellen Selbstverständnisses geführt. Dabei ist Wertvolles und Einzigartiges verloren gegangen. Wir konzentrieren uns im Folgenden – mit Luhmann – auf den Arztberuf.

«Professionen haben sich gebildet zu Hilfe bei ungewöhnlichen Lagen, vor allem Lebensrisiken, angesichts von Angst, Tod, nicht eindämmbarem Streit. Sie beschaffen Sicherheit und Problemlösungen durch spezialisierte Techniken des Umgangs mit solchen Problemen; ferner durch eine auf Helfen ausgerichtete Berufsmoral und durch hohes Sozialprestige, das aus den Notlagen des Lebens heraushebt und situationsmäßige Überlegenheit, Dispositionsfreiheit und Unangreifbarkeit sichert. Zu all dem gehört die Präntention, dass die Hilfe nicht im eigenen Interesse des Helfenden liegt und daher nicht reziprok vergolten, sondern nur 'honoriert' wird. Diese für die klassischen Professionen eigentümliche Kombination von Problembezug, Freiheiten und Bindungen gehört in hochkultivierte Gesellschaften und wird heute nur noch als Attrappe fortgeführt.» [2]

Das Helfen als Primärmotiv – der moralische Impuls, anderen beizustehen – gerät in die Defensive und landet in der Marge des Berufs als «Attrappe», wie Luhmann es ausdrückt. Nun sollte man sich vor Romantisierung hüten. Diese soziologische Diagnose behauptet keineswegs, dass der Altruismus in vormodernen Gesellschaften im medizinischen Alltag *faktisch* dominierte. Es gibt keinerlei Anlass, das zu vermuten. Dennoch war das Berufsbild normativ aufgeladen mit Vorstellungen von der Autonomie der medizinisch Tätigen und der verbindlichen Ausrichtung auf das Patientenwohl. Darüber hinaus galt der medizinische Beruf als eine *Kunstfertigkeit*, nicht als das Feld bloss angewandten Wissens und technischen Könnens. Das hat sich geändert.

«In diesem Rahmen ist die Entscheidung, zu helfen oder nicht zu helfen, nicht Sache des Herzens, der Mo-

ral oder der Gegenseitigkeit, sondern eine Frage der methodischen Schulung und der Auslegung des Programms, mit dessen Durchführung man während einer begrenzten Arbeitszeit beschäftigt ist.» [3]

Was hier beschrieben wird, lässt sich gegebenenfalls auch als eine Form von Rationalisierung bezeichnen, als Hinzugewinn an Effizienz und Wirtschaftlichkeit aufgrund methodischer und programmatischer Neugestaltung des Berufs. Diese Sichtweise grenzt jedoch an Euphorie, denn in Wahrheit haben wir es mit einer Durchdringung und Verwandlung des Berufs aufgrund wirtschaftlicher Prioritäten zu tun. Alles Tun und Lassen wird nun kapitalisiert: «Der Geldmechanismus wird universell in dem Sinne, dass er nahezu alle Befriedigungsmöglichkeiten vermittelt.» [3] Sobald die Autonomie und das normativ gültige Berufsbild – das Ethos eines Berufs – dem Eigensinn des Ökonomischen unterworfen werden, kann von einer *Ökonomisierung* gesprochen werden. Selbstverständlich ist mit dieser Feststellung *nicht* die realitätsferne Vorstellung verbunden, ökonomische Gesichtspunkte seien zu vernachlässigen. Gute Medizin beispielsweise ist nur möglich, wenn das ökonomische Fundament stabil ist, weshalb Wirtschaftlichkeit geboten ist. Gute, weil um das Patientenwohl besorgte Medizin ist aber unmöglich, wenn ökonomische Gesichtspunkte das Handeln bestimmen und selektierend wirksam werden. Hinweise auf diese beunruhigende Entwicklung sind Legion. Wir beschränken uns auf ein Beispiel.

Anfang April 2016 veröffentlichte der *Deutsche Ethikrat* eine überaus wichtige und ausgewogene Stellungnahme mit dem Titel «Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus». Zu den Gefährdungen jenes Patientenwohls zählt das Dokument den Konflikt zwischen dem «jeweiligen Berufsethos» und der «Berufswirklichkeit» der im Krankenhaus ärztlich und pflegerisch Tätigen. In diesem Zusammenhang ist davon die Rede, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen, die zu zunehmendem Arbeitsdruck und wachsender Arbeitsverdichtung führen, mit dem beruflichen Selbstverständnis in Konflikt geraten. Zwei «Normsysteme» prallen aufeinander – das des Patientenwohls (und somit das des medizinischen Berufsethos) und die «Primärorientierung» [4] an ökonomischen, marktförmigen Kriterien. Die Formulierung «Primärorientierung» signalisiert das Problem einer Vorzugsordnung, denn Gesichtspunkte des Marktes und mit ihnen die ökonomische Bilanzierung medizinischen Handelns sind diesem Handeln keineswegs prinzipiell abträglich. Über die Rangordnung dieser Normsysteme muss allerdings Klarheit gewonnen werden – zugunsten des medizinethisch erforderlichen Primats des Patientenwohls. In diesem Zusammenhang schreibt Giovanni Maio, der Freiburger Medizinethiker:

«Es geht darum, dass wir heute eine politisch gewollte Deprofessionalisierung und damit eine Entwertung des Arztberufs erleben, weil ein Arzt, der sich auf seinen Professionsstatus beruft und damit Freiheit im Denken

und Behandeln reklamiert, schwieriger zu managen ist. Daher soll politisch gewollt der Arztberuf kleingeredet und auf die gleiche Stufe gestellt werden wie Dienstleistungsbereiche der Industrie. [...] Ein Arzt muss sich, ohne Konflikte oder Bestrafungen befürchten zu müssen, frei für das Wohl des Patienten entscheiden können. Und seinen Prinzipien entsprechend handeln, ganz gleich, was politisch oder ökonomisch oder von partikularen Interessenverbänden von ihm erwartet wird. Prinzipientreue setzt aber eine innere wie äußere Freiheit voraus.» [5]

Wer die oben umrissene Diagnose – den wachsenden Konflikt zwischen dem berufeigenen Ethos und der zunehmenden Ökonomisierung der ärztlichen Praxis mit ihren deprofessionalisierenden Effekten – teilt, wird die Augen vor der Notwendigkeit, sich auf das Berufsethos zu besinnen, nicht verschliessen können. Diese Besinnung muss zu einem neuen Eid führen. Es ist gerade der *Ökonomisierungsdruck*, der weltweit zu einer Rückbesinnung auf Berufseide geführt hat. Besonders in der Finanzwelt laufen Eid-Diskussionen auf Hochtouren, aber auch in den Gesundheitssektoren haben Eid-Projekte Fahrt aufgenommen. Ein Eid für Ärzte und Ärztinnen hat *heute* mit der Wahrung von bloss standeseigenen Privilegien nichts mehr zu tun. Er bringt vielmehr die durchaus stolze Berufsmoral und die Würde einer Profession zum Ausdruck, indem er Haltungen oder Tugenden charakterisiert, die mit dem Beruf des Arztes intrinsisch verbunden sind und von Aussenstehenden mit dieser Berufsgruppe *zu Recht*

assoziiert werden. Ein Eid dient der Verteidigung von einem professionellen Ethos gegen eine Vereinahmung ökonomischer und politischer Natur, die den moralischen Standards eines Berufs widerspricht. Indem ein Eid auch *tatsächlich* geleistet wird, realisiert er die Selbstverpflichtung eines Mitglieds der Berufsgruppe auf jene Standards. Weil ein Eid Teil einer organisatorisch verfassten Profession ist, genießt die Person, die unter Eid steht, den *Schutz* dieser Organisation bzw. die Solidarität ihrer Mitglieder. Und die eidesstattlich verfasste Organisation stellt ein mächtiges Bollwerk gegen berufsfremde Übergriffe dar. Moral kann sehr wirksam sein.

Korrespondenz

Prof. Dr. Jean-Pierre Wils
Institut Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 415
CH-8050 Zürich

E-Mail: j.p.wils[at]ftr.ru.nl

Referenzen

1. Luhmann N. Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Systeme. In: Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Wiesbaden; 2005, p. 167-187, 180.
2. Ibid., p. 174.
3. Ibid., p. 178.
4. Deutscher Ethikrat. Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme vom 5. April 2016. Berlin; 2016, p. 70.
5. Maio G. Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin; 2014, p. 115.