

### Unterwegs mit angehenden Ärzt\*innen: Rezension zu "Doctors' Orders. The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession"

Atzeni, Gina

Veröffentlichungsversion / Published Version

Rezension / review

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Atzeni, G. (2021). Unterwegs mit angehenden Ärzt\*innen: Rezension zu "Doctors' Orders. The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession". *Soziopolis: Gesellschaft beobachten*. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-80881-7>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

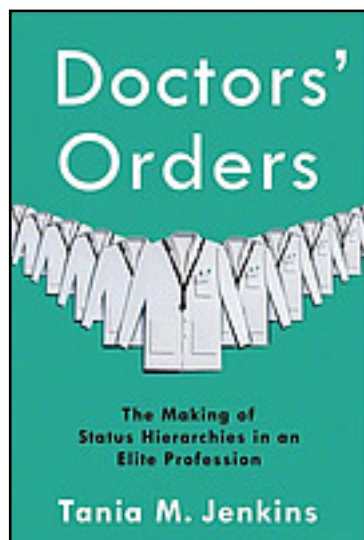
#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Gina Atzeni | Rezension | 02.06.2021

## Unterwegs mit angehenden Ärzt\*innen

Rezension zu „Doctors’ Orders. The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession“



**Tania M. Jenkins**

**Doctors’ Orders . The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession**

USA

New York 2020: Columbia University Press

352 S., 120,00 \$

ISBN 978-0231189347

Spätestens seit Ende der 1960er-Jahre hat die Auseinandersetzung mit Statusunterschieden einen festen Platz in der Medizin- und Professionssoziologie. Meist geht es dabei um die – legitimen oder illegitimen – Unterschiede zwischen Professionellen und Laien oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Seltener rücken die Statusdifferenzen innerhalb einer Berufsgruppe in den Blick, unter Umständen, weil der Professionsbegriff die Idee einer weitgehend homogenen Statusgruppe befördert. Der US-amerikanische Soziologe Eliot Freidson hat demgegenüber bereits 1984 für eine binnendifferenzierende Betrachtung der Professionen und insbesondere der nationalen und institutionellen Spezifika plädiert.<sup>1</sup>

Mit Bezug auf Freidson und in loser theoretischer Anbindung an Pierre Bourdieu erforscht Tania M. Jenkins in ihrer Studie *Doctors’ Orders. The Making of Status Hierarchies in an Elite Profession* das Phänomen von Statusunterschieden innerhalb der US-Ärzeschaft. Beeindruckend materialreich<sup>2</sup> bearbeitet Jenkins die Frage, wie es sein kann, dass in der Mediziner Ausbildung in den USA trotz der starken Betonung meritokratischer Prinzipien offenbar bestimmte Gruppen von Individuen systematisch elitäre Karrierepfade einschlagen, während anderen nur wenig prestigeträchtige Laufbahnen offenstehen. Sie

erklärt dies mit einer doppelten Konkurrenzsituation: zum einen zwischen unterschiedlichen Bewerbergruppen um die begehrten Residency-Stellen an gut beleumundeten Ausbildungsinstitutionen, zum anderen zwischen den Institutionen um gut beleumundete *residents*. Die Residency-Zeit in der US-amerikanischen Mediziner Ausbildung ist vergleichbar mit Assistenzarztzeit und Facharztausbildung hierzulande.

Jenkins' Ausgangspunkt ist die erstaunliche Pfadabhängigkeit in der US-amerikanischen Mediziner Ausbildung, die zwei Gruppen von Absolventen nahezu trennscharf auf unterschiedliche Weiterbildungsinstitutionen verteilt und dadurch zu sehr unterschiedlichen Karrieren führt.<sup>3</sup> Bei der einen Gruppe handelt es sich um Absolventinnen der angesehenen *US-medical schools* (im Folgenden wie in der Studie sind die Ärzte aus dieser Gruppe als *graduates of US-allopathic medical schools*, kurz USMDs, bezeichnet). In der zweiten Gruppe fasst Jenkins sehr unterschiedliche Ausbildungspfade abseits der prestigereichen *US-medical schools* als non-USMDs zusammen. Im Laufe ihrer Studie differenziert sie den Sammelbegriff hinreichend in Amerikaner, die ihren Abschluss an einer der *offshore medical schools/Caribbean medical schools* erworben haben, in klassische Arbeitsmigranten, die zum Teil bereits fertig ausgebildete Ärzte mit Berufserfahrung sind, sowie in Absolventen der US-amerikanischen Osteopathie-Schulen, die den *graduates der medical schools* in Amerika zwar offiziell gleichgestellt sind, deren universitäre Ausbildung jedoch weiterhin parallel verläuft.

Fast alle Absolventen der ersten Gruppe schaffen es Jenkins zufolge in das Ausbildungsprogramm einer großen Universitätsklinik, Absolventen der zweiten Gruppe landen nach ihrem Abschluss ebenso exklusiv in *community hospitals*, die oft schlecht ausgestattet sind. Damit existiert die Zwei-Klassen-Medizin nicht nur in der Versorgung der Patientinnen, sondern auch in der Ausbildung der Ärzteschaft. Dies illustriert die Autorin eindrücklich mithilfe ihrer ethnografischen Forschungen in einem Universitätsklinikum (Pseudonym: Stonewood) und einem örtlichen Krankenhaus (Pseudonym: Legacy).

## Die Mär von der Meritokratie

Das US-Gesundheitssystem ist seit Jahrzehnten auf externe Absolventinnen (non-USMDs) angewiesen. Aufgrund des großen Fachkräftemangels und mit zunehmender Kritik an der intransparenten und ungerechten Vergabep Praxis der *residencies* wurde Anfang der 1950er-Jahre das National Resident Matching Program (NRMP), kurz „The Match“, entwickelt und eingeführt. Als zentrale Einrichtung vergibt The Match die Residency-Stellen landesweit und der Idee nach leistungsbezogen. Das Berufsfeld ist seitdem auch für ärztliche

Arbeitsmigranten offen, wobei der Einbezug durch nationale Einwanderungspolitik zunächst stark begrenzt wurde. Mit der Etablierung von *medical schools* außerhalb der USA wuchs aufseiten der Landesvertretungen die Sorge, die dortigen Absolventinnen könnten eine Konkurrenz für diejenigen der *US-medical schools* werden. Spätestens seit sich auch Osteopathen auf die Ausbildungsstellen an Krankenhäusern bewerben (1991), sind immer stärkere sozial-selektive Mechanismen vor, während und nach der medizinischen Graduiertenausbildung zu beobachten.

Dennoch gilt das Ausbildungssystem der US-Medizin offiziell als ausnehmend leistungsorientiert und unabhängig vom Sozialkapital der Absolventinnen. Faktisch haben die non-USMDs jedoch kaum Chancen auf eine der begehrten Residency-Stellen in den renommierten Programmen, oftmals trotz hervorragender Studienleistung und nachweislicher Qualifikation. Dass sie fast ausschließlich Plätze in schlecht oder mittel beleumundeten Programmen finden, hat auch enormen Einfluss auf den weiteren Karriereweg, die Wahl von Spezialisierungsgebieten und Verdienstchancen.

Jenkins zeigt also nicht nur, dass trotz der Bemühungen um Chancengerechtigkeit extreme soziale Ungleichheiten innerhalb der Ärzteschaft bestehen, sondern auch, dass die entsprechenden Institutionen und Prozesse die Ungerechtigkeit des Systems invisibilisieren.

Dabei wird soziale Herkunft systematisch mit persönlicher Leistung und Motivation verwechselt, zudem führen die segregierten Bildungs- und Ausbildungswege im Sinne einer *selffulfilling prophecy* zu tatsächlichen Unterschieden. Die Rede von der meritokratischen Medizin ist in Jenkins' Studie also nicht das Explanandum, sondern das Explanans: Der Glaube an den Mythos individueller Leistung(sbereitschaft) erklärt die Superiorität der USMDs – immerhin wurden sie an einer Eliteuniversität angenommen und ausgebildet – und legitimiert damit auch die weitgehend klaglose Zuteilung der non-USMDs in die weniger prestigeträchtigen Bereiche der Medizin. Dabei bleiben andere soziale, kulturelle oder finanzielle Faktoren für den Zugang zu höheren Bildungsinstitutionen unbeachtet.

## Doppelte Selektion

Die soziale Herkunft – das mag weder die Autorin noch ihre Leserschaft wirklich überraschen – ist dennoch oft maßgeblich für den jeweils gewählten Ausbildungsweg. Jenkins zeigt zunächst an Interviewausschnitten, dass meist die Höhe des akkumulierten sozialen Kapitals darüber entscheidet, ob jemand an einer *US-allopathic medical school*, an

einer *Caribbean medical school* oder an einer Schule für Osteopathie studiert.

Nach der sozialen Verortung der jungen Ärzte rekonstruiert Jenkins ebenso sorgfältig das Prestige der beiden beforschten Ausbildungsinstitutionen und ihrer Programme. Die meisten Absolventen bewerben sich auf verschiedene Residency-Programme, um am Ende das renommierteste aus den für sie erreichbaren Angeboten wählen zu können. Wenngleich sie nicht formal gerankt sind, so gibt es durchaus eine Art informelle Stratifikation, weshalb Programme im unteren Mittelfeld entsprechend wenig Bewerbungen von USMDs bekommen. Programme im oberen Mittelfeld wiederum wollen ihre Reputation dadurch unter Beweis stellen und erhalten, dass sie ausschließlich Absolvent der angesehenen *US-medical schools* aufnehmen.

In den Interviews sprechen die Programmdirektoren beider Institutionen (Stonewood und Legacy) erstaunlich offen über die faktischen Selektionsmechanismen bei der Auswahl der *residents*. Dabei zeigen sich die absolute Gültigkeit und die (nicht zuletzt rhetorische) Funktion, die das Leistungsnarrativ sowohl für den Selektionsprozess in Stonewood als auch in Legacy hat. Während, sehr verkürzt gefasst, die Entscheider in Legacy den unbedingten Willen zur Medizin auch gegen Widerstände als Argument für ihre Auswahl von non-USMDs ins Feld führen, begründen die Stonewood-Verantwortlichen ihre Präferenz für USMDs mit einem Leistungsnarrativ, das sich darauf kapriziert, wie schwer es ist, überhaupt in eine der elitären *US-medical schools* aufgenommen zu werden. Der anstrengende Weg *jenseits* der Eliteuniversität steht dem anstrengenden Weg *in* die Eliteuniversität gegenüber.

## Unterschiede in der professionellen Autonomie

Das Überzeugendste an Jenkins' Studie ist ihre Ethnografie. Sie zeigt, wie unterschiedlich die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen sind, die die beiden beforschten Institutionen ihren *residents* bieten (können). Ihre minutiöse Rekonstruktion des jeweiligen Arbeitsalltags und die daraus gezogenen Schlüsse war für mich einer der aufschlussreichsten Texte, den ich bisher zu professioneller Autonomie gelesen habe. Eng am Material entwickelt Jenkins die Konzepte inkonsistenter (*inconsistent autonomy*) und unterstützter Autonomie (*supported autonomy*). Dabei richtet sie den Blick sowohl auf die Gründe, die zu dieser Differenz führen, als auch auf die Effekte, die sie zeitigt.

Unter Ersterer versteht Jenkins die frühzeitige und relativ weitgehende Unabhängigkeit der Legacy-Residents, die zwar weisungsgebunden sind, aber über weite Strecken eigenständig

und ohne Backup durch erfahrenere Kolleginnen die Patienten behandeln müssen. Dort versteht man die *residents* als planmäßige Arbeitskräfte, Supervision findet nicht systematisch statt. Übergeordnete Ärztinnen sind oftmals nicht am Krankenhaus selbst angestellt, sondern externe (Beleg-)Ärzte werden für ihre Ausbildungstätigkeit entlohnt. Entsprechend schwer greifbar sind sie im praktischen Alltag der *residents* und entsprechend unklar gestalten sich Verantwortlichkeiten.

Unterstützte Autonomie beschreibt die Ausbildungsweise im Universitätskrankenhaus Stonewood, in dem eine systematische wissenschaftliche Fortbildung die Arbeitseinsätze der als Trainees verstandenen *residents* ergänzt. Die angehenden Ärzte arbeiten in Teams mit erfahreneren Kolleginnen, eine klare und dauerhafte Rangfolge an Zuständigkeiten und Berichtspflichten strukturiert die verschiedenen Ausbildungsphasen.

Entsprechend wirken sich die jeweiligen Lehr- und Lernbedingungen auf die Ausbildung ärztlicher Habitus und Fähigkeiten aus: Die *residents* in Stonewood entwickeln in der Regel Sicherheit in der Anwendung medizinischen Fachwissens und in der sachlich-kollegialen Auseinandersetzung mit Kolleginnen sowie eine zunehmend autonome Entscheidungskompetenz. Die angehenden Ärzte in Legacy müssen aufgrund der dortigen losen Ausbildungsstrukturen (zu) früh eigene Entscheidungen treffen und trauen sich oft nicht, Fehler offenzulegen und zu reflektieren. Überforderung und fehlende Anleitung führen dazu, dass sie sich vielfach durchlavieren, was weitere Lerneffekte verhindert.

Aufschlussreicher als die Feststellung, dass Stonewood eher gefestigte und Legacy labile Professionelle hervorbringt, ist die Erkenntnis, dass sich die anfänglich in erster Linie als Leistungsunterschiede gelabelten Statusunterschiede am Ende vielfach in faktische Leistungsdifferenzen verwandelt haben. Die Individuen geraten nicht zufällig in eine gute oder schlechte Weiterbildungssituation, sondern ihre Gruppenzugehörigkeit legt die Art der Weiterbildung fest und determiniert damit auch weitere berufliche Chancen. In Kombination mit der weiterhin unterschiedlich verteilten Protektion führt dies zu einer Spaltung des US-amerikanischen Gesundheitssystems. Dabei gehen die ökonomisch attraktiveren Fachgebiete und die führenden Positionen nahezu trennscharf an die ehemaligen Absolventen der *US-medical schools*, während die unattraktiveren Fachgebiete und Positionen – und damit meist auch die medizinische Basisversorgung – bei den strukturell von Beginn an benachteiligten non-USMDs verbleiben.

## Die Individualisierung struktureller Unterschiede

Der Clou an Jenkins' Argumentation ist, dass das Leistungsnarrativ bei beiden Gruppen gleichermaßen stark ausgeprägt ist und die Segregation in das, was Freidson professionelle Elite und professionelles Fußvolk nennt, stützt. Es ermöglicht einerseits den USMDs, sich ihre Statusüberlegenheit als weitgehende Eigenleistung zuzurechnen, und hilft andererseits den Non-USMDs, schlechtere Karrierechancen und subordinierte Positionen in der professionellen Statushierarchie zu akzeptieren. Auch Letztere erklären die eigene Unterlegenheit mit individuellen Unzulänglichkeiten – beispielsweise am College nicht hart genug gearbeitet zu haben – anstatt mit strukturellen Faktoren.

Die Studie überzeugt durch ihre empirische Tiefe und die analytische Stringenz, mit der sie ihren Gegenstand bearbeitet. Auf diese Weise gelingt ihr das, was gute Soziologie leisten soll:

Dabei schafft sie es, bestehende soziologische Deutungsangebote weder unhinterfragt zu übernehmen noch sie zu ignorieren, sondern vielmehr in ständiger Korrespondenz mit den empirischen Ergebnissen und theoretischen Erkenntnissen ihres Fachs zu bleiben. Selbstverständlich beschränkt sich die Aussagekraft der Arbeit auf den US-amerikanischen Kontext, eine ähnlich kundige Erforschung der ganz anders gelagerten postgradualen Ausbildung in Deutschland, wo angehende Medizinerinnen einheitliche Programme zur ‚Arztwerdung‘ in manchen Bereichen vermissen,<sup>4</sup> wäre vor diesem Hintergrund aufschlussreich und wünschenswert.

## Endnoten

1. Eliot Freidson, The Changing Nature of Professional Control, in: Annual Review of Sociology 10 (1984), 1, S. 1–20.
2. Insgesamt 1230 Stunden Beobachtung, 123 Interviews und neun Fokusgruppen bilden den Materialkorpus der Studie, der Anhang zur Forschungsmethodik ist für empirisch interessierte Sozialforscherinnen mindestens ebenso lehrreich wie ihr Hauptteil!
3. Dabei startete die Studie eigentlich mit einem anderen Interesse. Ursprünglich ging es Jenkins um die Aushandlung innermedizinischer Hackordnungen. Bei ihren ersten Untersuchungen in einem *community hospital* wiesen sie die angehenden Ärzte darauf hin, dass es derartige Praktiken in einem Ausbildungsprogramm wie ihrem nicht gäbe. Wenn sie solche extremen oder überhaupt gezielte Maßnahmen zur Förderung der akademischen und klinischen Fähigkeiten der Auszubildenden beobachten wolle, müsse sie ins nahegelegene *university hospital* gehen. Jenkins widmete sich daraufhin der Erforschung der, so könnte man es vielleicht bezeichnen, interorganisationalen Hackordnung und gelangte damit zu ihrer Forschungsfrage.
4. Vgl. Pascal Berberat / Sigrid Harendza / Martina Kadmon, Anvertraubare professionelle Tätigkeiten. Sichtbarwerden von Kompetenzen in der Weiterbildung, in: Zeitschrift für Medizinische Ausbildung 30 (2013), 4, S. 9–19; zu den Gründen siehe Hendrik van den Bussche et al., Zuständigkeiten und Konzepte zur ärztlichen Ausbildung und Weiterbildung. Ein Plädoyer für eine Neuorientierung, in: Bundesgesundheitsblatt 61 (2017), 2, S. 163–169.

### Gina Atzeni

Dr. Gina Atzeni ist Akademische Rätin a.Z. am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Medizin- und Professionssoziologie.

**Dieser Beitrag wurde redaktionell betreut von Wibke Liebhart.**

**Artikel auf soziopolis.de:**

<https://www.sozipolis.de/unterwegs-mit-angehenden-aerztinnen.html>