

Die ärztliche Profession und ärztliches Handeln im Spannungsfeld von Medizin und Ökonomie: Wird der Arzt zum Gesundheitsmanager?

von Dr. phil. Karl Kälble M. A.¹

ABSTRACT

Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich seit etwa drei Jahrzehnten mit steigenden Ausgaben und einer zunehmenden Verknappung der Ressourcen konfrontiert. Die Diskrepanz zwischen der Ausgabendynamik und den begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Versuche der Gesundheitspolitik, die eskalierenden Ausgaben zu begrenzen, betreffen auch die Ärzteschaft und deren autonome Entscheidungsbefugnis über die von ihr zu leistenden Tätigkeiten.

Vor dem Hintergrund der sich verändernden Rahmenbedingungen ärztlicher Berufsausübung skizziert der Beitrag aus professionssoziologischer Sicht aktuelle Entwicklungen im Wandel der ärztlichen Profession. Es wird der Frage nachgegangen, wie sich die geänderten ökonomischen Rahmenbedingungen und die auf Kostenbegrenzung und mehr Wirtschaftlichkeit zielenden Steuerungsversuche der Gesundheitspolitik auf die Autonomie der ärztlichen Profession auswirken und welche Konsequenzen damit verbunden sind, wenn ihr der Spagat zwischen medizinischer und ökonomischer Orientierung nicht gelingt. Der daraus resultierende Wandel des Arztbildes zeigt sich darin, dass die Freiheit der ärztlichen Entscheidungen zunehmend um eine ökonomische Verantwortung für effiziente Versorgungsstrukturen und einen effizienten Mitteleinsatz ergänzt werden muss. Dieser Wandel ist auch im Rahmen der ärztlichen Qualifikation verstärkt nachzuvollziehen.

Schlüsselwörter: Profession, Arztberuf, gesellschaftlicher Wandel, Ökonomisierung des Gesundheitswesens, ärztliche Autonomie, Mediziner Ausbildung

The German health care system has been confronted with increasing expenditures and a growing shortage of resources for about three decades. The discrepancy between rising costs and limited resources as well as policy makers' attempts to limit the escalating costs affect physicians and their decision-making authority.

Considering the changing conditions for physicians, this article outlines current developments in the medical profession from a sociological point of view. It deals with the question of how the changed economic conditions and healthcare policy makers' attempts to limit costs and establish more cost effectiveness affect the autonomy of the medical profession. The article also elaborates on the consequences if the policy makers' balancing act between medical and economic interests fails. The changing demands of the medical profession already show that physicians must increasingly take on financial responsibilities to ensure an efficient health care structure and resource management. Medical training must adapt to these changes.

Keywords: profession, medical profession, social change, medical autonomy, economisation of the health care system, medical training

¹Dr. phil. Karl Kälble M. A., AHPGS Akkreditierung gGmbH · Sedanstraße 22 · 79098 Freiburg
Telefon: 0761 208533-20 · Telefax: 0761 208533-16 · E-Mail: karl.kaelble@ahpgs.de

1 Einleitung

Der Anstieg der Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten hat in Deutschland, wie in anderen hochindustrialisierten Ländern auch, zu einer breiten politischen und wissenschaftlichen Auseinandersetzung darüber geführt, wie eine qualitativ hochwertige und leistungsfähige Gesundheitsversorgung auch unter der Bedingung knapper Finanzmittel gewährleistet werden kann. In diesem Kontext werden Ärzte zunehmend mehr mit der Anforderung konfrontiert, kostenbewusst zu agieren. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Ärzte bei der Indikationsstellung in Diagnostik und Therapie wesentlich die Inanspruchnahme knapper Ressourcen im Gesundheitswesen steuern. Dies hat zur Folge, dass medizinische Leistungen nicht mehr nur unter dem medizinischen Kriterium der bestmöglichen Heilung, sondern vermehrt auch unter den ökonomischen Kriterien Wirtschaftlichkeit und Effizienz betrachtet werden.

Im vorliegenden Beitrag wird aus professionssoziologischer Sicht der Frage nachgegangen, wie sich die Transformationsprozesse im Gesundheitswesen, die derzeit unter dem Schlagwort der Ökonomisierung kontrovers debattiert werden, auf die Autonomie der ärztlichen Profession auswirken. Diskutiert werden aktuelle Entwicklungen im Wandel der ärztlichen Profession. Der Beitrag gliedert sich in fünf Schritte: Zunächst werden die geänderten gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen in Deutschland mit Blick auf das Gesundheitssystem und die Finanzierung der ärztlichen Leistungserbringung skizziert (2). Danach wird dargelegt, welcher Stellenwert der professionellen Autonomie im Konzept der Profession aus Sicht der Professionssoziologie zukommt (3). Im folgenden Schritt werden Auswirkungen der veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen auf die Handlungs- und Entscheidungsautonomie der medizinischen Profession diskutiert (4). Es folgen Ausführungen, wie diese Entwicklungen im Rahmen der ärztlichen Qualifikation nachvollzogen werden (5). Abschließend wird aufgezeigt, welche Konsequenzen sich für die medizinische Profession ergeben, wenn ihr nicht eine stärkere Integration von medizinischer und ökonomischer Verantwortung gelingt. Zudem werden Perspektiven diskutiert, wie ein konstruktiver Umgang mit den veränderten Rahmenbedingungen für die ärztliche Profession aussehen könnte (6).

2 Wandel des Gesundheitssystems durch gesellschaftliche Veränderungen und begrenzte Ressourcen

Die demografische und epidemiologische Entwicklung, der anhaltende medizinisch-technische Fortschritt, die damit verbundene Expansion der medizinischen Leistungsange-

bote, die veränderten Versorgungsansprüche der Patienten sowie der durch das komplexe Zusammenspiel dieser Faktoren bewirkte Anstieg der Gesundheitsausgaben bei gleichzeitig limitierten Finanzierungsmöglichkeiten haben das System der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland und dessen Finanzierung in den letzten drei Jahrzehnten unter einen fortdauernden Transformations- und Rationalisierungsdruck gesetzt (*Kälble 2012; Hensen 2011, 37ff.; Hensen et al. 2014, 3ff.*). Die demografische Entwicklung ist gekennzeichnet durch einen Anstieg der Lebenserwartung bei einem gleichzeitigen Rückgang der Geburtenzahlen. Die Altersstruktur verändert sich dahingehend, dass immer mehr ältere Versicherte immer weniger jüngeren Beitragszahlern gegenüberstehen. Diese Entwicklung, verbunden mit Veränderungen in der Arbeitsstruktur, sowie die hohe Arbeitslosigkeit resultieren in sinkenden Einnahmen des Krankenversicherungssystems. Der weiter steigende Anteil an älteren und alten Menschen wird auch in der Zukunft mit dazu beitragen, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen weiterhin zunehmen werden, auch deshalb, weil das steigende Alter wahrscheinlich mit einer wachsenden Multimorbidität einhergeht. Ausgabensteigernde Effekte sind auch auf den medizinisch-technischen Fortschritt und damit verbundene neue Möglichkeiten in Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, Pflege und Prävention zurückzuführen, die zu erweiterten Leistungsangeboten sowie zu steigenden Spezialisierungen in allen Bereichen führen (*Kälble 2012*). Zugleich zeigt sich ein immer deutlicherer Überhang des theoretisch Machbaren über das praktisch Finanzierbare in der modernen Medizin (*Katzenmeier 2009, 56*).

Dem stehen im Krankenversicherungssystem begrenzt verfügbare Finanzmittel gegenüber und der Befund, dass die Finanzierung des Gesundheitssystems sowie die Qualität und Quantität gesundheitsbezogener Leistungen in hohem Maße vom Leistungsvermögen der Gesellschaft beziehungsweise vom Ergebnis der Volkswirtschaft mitbestimmt werden. Das heißt, es können nur Mittel verausgabt und verteilt werden, die zuvor auch erwirtschaftet worden sind. Dies gilt insbesondere in einem Krankenversicherungssystem, dessen Einnahmen sowohl von der Anzahl als auch von der Höhe der leistungsorientierten Beitragszahlung seiner Versicherten abhängig ist (*Hensen 2011, 21*). Die Mittel sind aber auch allein schon dadurch begrenzt, dass Gesundheitsleistungen in Konkurrenz zu andern öffentlich finanzierten Gütern stehen (zum Beispiel Bildung). Selbst bei Erschließung der möglichen Wirtschaftlichkeitsreserven im System ist nach weithin geteilter Auffassung davon auszugehen, dass der medizinisch-technische Fortschritt und der demografisch-epidemiologische Wandel als Kostentreiber die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen zukünftig weiter verschärfen werden. Auch deshalb, weil es keine Anzeichen dafür gibt, dass sich in absehbarer Zeit etwas an der Begrenztheit der für das Gesundheitswesen verfügbaren Finanzmittel ändern wird

(Hensen 2011; Kälble 2012; Hensen et al. 2014, 3 ff.; Hess 2009). Damit bekommt die Frage nach einer dauerhaft tragfähigen Finanzierung des Gesundheitswesens eine immer größere Bedeutung.

In diesem grob skizzierten Kontext sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten gestiegen. Aktuell (2012) belaufen sie sich auf über 300 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2014a), in der Tendenz weiter steigend. Im Jahr 2000 lagen die Gesundheitsausgaben noch bei 212 Milliarden Euro (Hensen 2011, 22). Die Gründe für den Anstieg der Gesundheitsausgaben können in den zuvor genannten Entwicklungen zu finden sein, auch wenn keine eindeutigen Kausalzusammenhänge hergestellt werden können (Hensen 2011, 21). Der enorme Zuwachs der Ausgaben relativiert sich jedoch, setzt man ihn ins Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP), das die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Landes widerspiegelt. Dabei wird sichtbar, dass sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP seit Jahren kaum verändert hat: Er schwankt von 2000 bis 2012 zwischen 10,4 und 11,3 Prozent (Statistisches Bundesamt 2014b). Ergänzend sei darauf verwiesen, dass die Ausgaben für die Forschung und Entwicklung (FuE) an den Hochschulen im Wissenschaftsgebiet Medizin und Gesundheitswissenschaften gemäß der Hochschulfinanzstatistik des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2010 bei knapp 3,3 Milliarden Euro lagen. Damit entsprachen die Aufwendungen für medizinische FuE an Hochschulen einem Anteil von 25,8 Prozent der gesamten Aufwendungen für FuE an Hochschulen (12,7 Milliarden Euro) (Loos et al. 2014, 30). Ökonomisch betrachtet ist das Gesundheitswesen mit 5,2 Millionen Erwerbstätigen (Statistisches Bundesamt 2014c) und 300 Milliarden Euro Umsatz der größte Wirtschaftszweig in Deutschland.

Unter den Bedingungen der Mittelknappheit sieht sich die Gesundheitspolitik seit dem Ende der 1970er Jahre zunehmend vor die Aufgabe gestellt, eine zeitgemäße und den gesellschaftlichen Bedarfen angepasste Umgestaltung des Gesundheitssystems einzuleiten, zu organisieren und zu finanzieren. Von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen werden dabei Entscheidungen und Maßnahmen verlangt, wie die Kosten zu begrenzen sind und wie die vorhandenen finanziellen Ressourcen effizient und den gesellschaftlichen Bedarfen entsprechend eingesetzt werden. Politischer Ausdruck hiervon sind die Kostendämpfungsgesetze der vergangenen Jahrzehnte, die vorwiegend auf eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben zielen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002; Kälble 2005), sowie die anhaltenden Reformdebatten, in denen Fragen der Steigerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Vordergrund stehen (Hensen 2011; Hensen et al. 2014). Auch deshalb, weil die Erfahrungen mit den Gesetzen zur Kostendämpfung gezeigt haben, dass sie

nur vorübergehend in der Lage waren, den Ausgabenanstieg wirksam zu bremsen. In diesem Zusammenhang stellt sich zunehmend die Frage nach dem medizinisch Notwendigen vor dem Hintergrund des finanziell Machbaren (Hensen et al. 2014, 4). Zielsetzung der aktuellen Gesundheitspolitik sind neben der Steigerung der Wirtschaftlichkeit und dem Willen zur Schaffung größtmöglicher Transparenz und Vergleichbarkeit vor allem auch die Sicherung und Steigerung der Qualität von Gesundheitsleistungen (Hensen et al. 2014, 5). Ob die derzeit noch bevorzugten effizienzsteigernden Rationalisierungen perspektivisch ausreichen werden, um den Kostenanstieg im Gesundheitswesen wirksam zu begegnen, oder ob nicht auch Maßnahmen der Rationierung und Priorisierung unumgänglich sind, wird derzeit ebenfalls kontrovers diskutiert (Katzenmeier 2009, 57f.; Deutscher Ethikrat 2011; Hensen 2011).

Arbeitsteilung, die zunehmende Ausdifferenzierung der Tätigkeitsbereiche, die fortschreitende berufliche Differenzierung, der sich abzeichnende Fachkräftebedarf, insbesondere in den ländlichen Regionen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014), sowie der gesundheitspolitische Anspruch an eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung erfordern darüber hinaus eine stärker kooperativ organisierte Gesundheitsversorgung und damit eine neue Kultur des Zusammenwirkens (Wissenschaftsrat 2012; Robert Bosch Stiftung 2011a; 2011b; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2008). Für die Dienstleistungsberufe in der Gesundheitsversorgung, denen bei der Erhaltung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zukommt (Frenk et al. 2010), bedingen diese Entwicklungen neue, nicht zuletzt auch auf Kooperation zielende Qualifikationserfordernisse, auf die in der Ausbildung adäquat reagiert werden muss (Kaba-Schönstein und Kälble 2004; Robert Bosch Stiftung 2011a; 2011b; 2013). Zugleich gewinnt die kontinuierliche Anpassung der beruflichen Kompetenzen an neue wissenschaftliche Erkenntnisse und gesellschaftliche Veränderungen für alle Gesundheitsberufe an Bedeutung.

3 Profession und professionelle Autonomie mit Blick auf den Arztberuf

Der Arztberuf wird als „Profession“ bezeichnet (Huerkamp 1985). Professionen sind ein besonderer Typ von Berufen, die in der Berufs- und Professionssoziologie aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven betrachtet werden. Eine konsensfähige Theorieposition, die den Gegenstandsbereich Profession in der modernen Gesellschaft in all seinen Facetten auszuleuchten vermag, ist derzeit jedoch nicht zu erkennen (Macdonald 1995). Was eine Profession von Berufen unterscheidet und welches ihre konstitutiven Merkmale sind,

ABBILDUNG 1

Der Arztberuf ist durch die Professionalisierung folgender Merkmale charakterisiert:

- „Ihre Tätigkeit beruht auf spezialisiertem, in der Hochschule erworbenem und danach systematisch weiter entwickeltem Expertenwissen (Lizenz),
- ihre Leistungen werden weitgehend als Monopol angeboten; darin wird die Profession vom Staat unterstützt (gesellschaftliches Mandat),
- ihre Tätigkeit unterwirft sie einer normativen kollegialen Eigenkontrolle (zum Beispiel anhand von Berufsgerichten); damit entzieht sie sich tendenziell sozialer Kontrolle durch Nichtexperten,
- ihre Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie gekennzeichnet (zum Beispiel Ideal der Freiberuflichkeit),
- häufig, aber nicht immer, sind mit der Zugehörigkeit zu einer Profession hohes Sozialprestige (Ansehen, gesellschaftliche Wertschätzung) und hohes Einkommen verbunden.“

Quelle: Siegrist (2012, 1100)

ist ebenfalls kontrovers und wird in den Varianten der Professionstheorie mit je eigenem Fokus bestimmt (Pfadenhauer 2003, 31 ff.; Kälble 2005; Borgetto und Kälble 2007, 124 ff.). Als Professionen gelten in der professionssoziologischen Theorietradition zumeist relativ autonome und wissenschaftlich begründete Expertenberufe im Dienstleistungsbereich, die in einem gesellschaftlich relevanten Problemfeld besondere Leistungen für die Gesellschaft und ihre jeweilige Klientel erbringen und dabei einer spezifischen Handlungslogik folgen. Sie zeichnen sich durch eine weitgehende berufliche Autonomie, Macht und Einfluss sowie durch privilegierte Qualifikations-, Erwerbs- und Kontrollchancen aus und genießen deshalb oft eine ausgeprägte gesellschaftliche Wertschätzung (Kälble 2005). Professionen kennzeichnet zudem ein weitgehendes Monopol auf einen bestimmten Tätigkeits- und Wissensbereich (Abbott 1988), das vor allem mithilfe des Staates gegen konkurrierende Berufe durchgesetzt wird. Siegrist zufolge dürfte es „kaum einen Berufsstand geben, dessen Prozess der Professionalisierung während der vergangenen 150 Jahre so erfolgreich verlaufen ist wie derjenige der Ärzteschaft“ (Siegrist 2012, 1100). Den **Arztberuf** sieht Siegrist zusammenfassend durch die Professionalisierung folgender Merkmale charakterisiert (Abbildung 1): „Ihre Tätigkeit beruht auf spezialisiertem, in der Hochschule erworbenem und danach systematisch weiter entwickeltem Expertenwissen (Lizenz), ihre Leistungen werden weitgehend als Monopol angeboten; darin wird die Profession vom Staat unterstützt

(gesellschaftliches Mandat), ihre Tätigkeit unterwirft sie einer normativen kollegialen Eigenkontrolle (zum Beispiel anhand von Berufsgerichten); damit entzieht sie sich tendenziell sozialer Kontrolle durch Nichtexperten, ihre Tätigkeit ist durch ein hohes Maß an beruflicher Autonomie gekennzeichnet (zum Beispiel Ideal der Freiberuflichkeit), häufig, aber nicht immer, sind mit der Zugehörigkeit zu einer Profession hohes Sozialprestige (Ansehen, gesellschaftliche Wertschätzung) und hohes Einkommen verbunden“ (Siegrist 2005, 226; Siegrist 2012, 1100).

Einmal etablierte Professionen sind jedoch, wie Schütze herausgearbeitet hat, keine zeitunabhängigen, unveränderlichen Größen oder starren Formationen, sondern wandelbare Phänomene. Sie sind durch Veränderungen in den Kontextbedingungen der jeweiligen Gesellschaft beziehungsweise durch Prozesse des sozialen Wandels beeinflusst und veränderbar, das heißt, sie haben immer wieder Probleme der Anpassung an die gesellschaftlichen Veränderungen zu bewältigen und können dabei auch an Einfluss und Unabhängigkeit verlieren (Schütze 1996, 194 ff.). Entsprechend steht in neueren Professionalisierungskonzepten nicht mehr die Frage im Vordergrund, welchen Berufsgruppen aufgrund welcher Merkmale der Professionsstatus zuzuerkennen oder abzusprechen ist, sondern Wandlungsprozesse im Gefüge der Berufe und Professionen sowie Prozesse der Professionalisierung und die sie ermöglichenden Kontextbedingungen (Borgetto und Kälble

2007, 149). Dabei wird Professionalisierung als ein fortlaufender Prozess verstanden, in dessen Verlauf es sowohl zu Professionalisierungsfortschritten als auch zu Deprofessionalisierungstendenzen kommen kann (Abbott 1988, 16f.).

Ein zentrales, in der einschlägigen Literatur weitgehend unstrittiges, von einzelnen Autoren jedoch unterschiedlich gewichtetes und im Zuge des gesellschaftlichen Wandels auch veränderbares Merkmal, das zumindest die Professionen in ihrer klassischen Ausprägung und damit auch die ärztliche Profession auszeichnet (Freidson 1970), ist ihr relativ hohes Maß an beruflicher Autonomie. Autonomie äußert sich Freidson zufolge in der professionellen Kontrolle über die Inhalte und Bedingungen beruflichen Handelns (Freidson 1970, 134) beziehungsweise in der weitgehenden Substitution von externer Fremdkontrolle durch interne Selbstkontrolle. Kontrolle über die Beurteilung der Leistungen und Standards der Berufsausübung bedeutet nach Daheim zum einen Unabhängigkeit von der Leistungsbeurteilung durch die Klienten, zum anderen eine weitgehende organisatorische Unabhängigkeit von beschäftigenden Organisationen (Daheim 1992, 26) und, wie Freidson betont, auch weitgehende Unabhängigkeit von staatlichen Instanzen und vom Markt (Freidson 2001). Professionelle Autonomie beinhaltet auch die Kontrolle des professionseigenen wissenschaftlichen Wissens, das heißt über seine Produktion und Vermittlung sowie über seine Anwendung und Evaluation in der Praxis (Abbott 1988). Wissens-, Organisations- und Klientenautonomie sind somit Kernbestand professioneller Autonomie. Das Privileg der Autonomie beziehungsweise die Möglichkeit der Durchsetzung und Aufrechterhaltung von Autonomie verdanken die Professionen dem Staat, der per Gesetzgebung entsprechende Rahmenbedingungen schafft (Larson 1977).

Dem Autonomiekonzept der ärztlichen Profession liegt die Vorstellung zugrunde, dass die Regelung und Kontrolle der ärztlichen Berufsausübung zwar grundsätzlich staatliche Aufgaben sind: Aufgrund der dazu erforderlichen hohen fachlichen Anforderungen geht man jedoch davon aus, dass die Angehörigen dieses Berufsstandes am besten für die Erfüllung dieser Aufgabe geeignet sind (Klemperer 2006, 62). Legitimiert wird der ärztliche Autonomieanspruch durch die Kompetenz zur Heilung und Linderung körperlicher und seelischer Leiden. Das bedeutet zugleich, dass die Ärzteschaft das Deutungsmonopol in medizinischen Fragen beansprucht und die Wissensentwicklung über Gesundheit und Krankheit maßgeblich steuert. Drei Handlungselemente bilden nach Siegrist den harten Kern autonomen ärztlichen Handelns und sichern ihm zugleich eine, wenn auch in einzelnen Ländern unterschiedlich ausgeprägte Vormachtstellung gegenüber den anderen Gesundheitsberufen zu: „die Befähigung und das Recht zur Diagnosenstellung, die Befähigung und das Recht zu operativen Eingriffen sowie die Befähigung und das Recht zur Verordnung von Heil-

maßnahmen, insbesondere zum Verschreiben von Medikamenten“ (Siegrist 1995, 237f.).

Professionelle Autonomie, vor allem auch die der Ärzteschaft, unterliegt in den letzten Jahrzehnten zunehmender Kritik und verstärktem Einfluss: Das Vertrauen in die Selbstkontrolle der Professionen schwindet (Meuser 2004), die Zunahme des Bildungsniveaus führt (auch beim Thema Gesundheit) zu einer Verringerung der Differenz zwischen professionellem Wissen und Laienwissen (Klemperer 2006; Siepmann und Groneberg 2012), der Anspruch an Autonomie der Berufsausübung in den sich akademisierenden Berufen der Pflege und Therapie steigt (Kälble 2013; Borgetto 2013) und das heutige Eingebundensein von Professionen in bürokratische Organisationen schränkt diese in ihrer beruflichen Autonomie zunehmend ein (Rabe-Kleberg 1996, 291). Im Hinblick auf die ärztliche Profession spricht Siegrist zufolge heute vieles dafür, dass der „Prozess der Professionalisierung der Ärzteschaft in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg in den westlichen Industrieländern, so auch in Deutschland, einen Höhepunkt erreicht hat und dass sich in der jüngeren Vergangenheit Anzeichen einer Entwicklung mehreren, die von manchen als Deprofessionalisierung, von anderen als Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns betrachtet werden“ (Siegrist 2012, 1100). Die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sind, wie Siegrist (Siegrist 2012, 1101 ff.) und auch andere betonen, ein Aspekt, der Ärzte mit neuen Herausforderungen und Erwartungen konfrontiert, die sich einschränkend auf die ärztliche Handlungsautonomie auswirken.

4 Die ärztliche Profession und Autonomie vor den Herausforderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen

Die Definition dessen, was medizinisch notwendig und zweckmäßig ist, liegt der gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V, SGB V) zufolge weitgehend im Ermessen der ärztlichen Profession. Diese Definitionsmacht steht jedoch in einem engen Zusammenhang mit dem dort ebenfalls formulierten „Wirtschaftlichkeitsgebot“, das die medizinische Autonomie in gewisser Weise einschränkt. Im SGB V heißt es: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Die Beachtung der Wirtschaftlichkeit beziehungsweise die Unterscheidung zwischen medizinisch Notwendigem und Fragwürdigem und damit auch ein Anteil an ökonomischer Ressourcensteuerung ist so-

ABBILDUNG 2

Modell- und Reformstudiengänge in der Medizin in Deutschland

- **Aachen:** Modellstudiengang Medizin an der RWTH Aachen (seit 2003)
- **Berlin:** Modellstudiengang Medizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin (seit WS 2010/2011)
(eine Zulassung in den Reformstudiengang Medizin ist nicht mehr möglich)
- **Bochum:** Modellstudiengang Medizin (MSM) an der Ruhr-Universität Bochum
(seit 2003; seit WS 2013/2014 Integrierter Reformstudiengang Medizin)
- **Dresden:** Reformcurriculum DIPOL an der TU Dresden (seit 2003)
- **Düsseldorf:** Modellstudiengang „Düsseldorfer Curriculum Medizin“ an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
(seit WS 2013/2014)
- **Hamburg:** Integrierter Modellstudiengang Medizin (iMED) an der Universität Hamburg (seit WS 2012/2013)
- **Hannover:** Modellstudiengang „Hannibal“ an der Medizinischen Hochschule Hannover (seit 2005)
- **Heidelberg/Mannheim:** Heidelberger Curriculum Medicinale (HEICUMED) an der Universität Heidelberg (seit 2001);
Modellstudiengang MaReCum, Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg (seit 2006)
- **Köln:** Modellstudiengang Humanmedizin an der Universität zu Köln (seit 2003)
- **München:** Medizinisches Curriculum München (MeCuM) an der Ludwig-Maximilians-Universität München (seit 2004)
- **Oldenburg/Groningen:** Modellstudiengang Humanmedizin an der Universität Oldenburg
in Kooperation mit der Universität Groningen (seit 2012)
- **Witten/Herdecke:** Modellstudiengang Medizin an der Universität Witten/Herdecke (seit 2000)

Quellen: Loos et al. 2014, 172; Breipohl et al. 2011, 41 ff.; eigene Recherche

mit seit Langem wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Autonomie beziehungsweise ein wichtiges Kriterium ärztlichen Handelns, auch wenn nicht definiert ist, wie dieses Gebot auf der Mikroebene des ärztlichen Handelns auszugestalten ist.

Bis Ende der 1970er Jahre war es aus Sicht des Arztes ausreichend, medizinische Maßnahmen ohne engeren Bezug zur Ökonomie oder volkswirtschaftlichen Finanzierbarkeit der gesundheitlichen Versorgung zu bewerten (Kälble 2005; Borgetto und Kälble 2007). Die 1955 eingeführte Einzelleistungsvergütung durch die gesetzliche Krankenversicherung, die bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Januar 1993 uneingeschränkt galt, hatte zur Folge, dass alle Leistungen, die einem Arzt für einen Patienten als notwendig erschienen, von der gesetzlichen Krankenversicherung voll honoriert wurden, auch wenn der Arzt von zwei Maßnahmen die teurere ergriff. Der Arzt konnte deshalb darauf verzichten, seine Entscheidungen unter dem Kriterium ökonomischer Rationalität

und Effizienz beziehungsweise unter Orientierung am Wirtschaftlichkeitsgebot zu fällen, und sich damit ganz auf seine berufsethische Verpflichtung des Dienstes am Kranken konzentrieren. „Er konnte das betriebswirtschaftliche Motiv des Gewinns ausblenden, und er mußte nicht an das volkswirtschaftliche Ziel der Sparsamkeit denken. Er konnte – dem hippokratischen Eid getreu – alles für den Patienten tun, was möglich ist“ (Meulemann 2003, 102). Ein Konflikt zwischen medizinischer und ökonomischer Orientierung bei der Entscheidung und Verordnung von medizinischen Maßnahmen entstand deshalb nicht, weil er in einem Versicherungssystem, das alle Kosten trägt, von vornherein gelöst war. Auch die Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems als Ganzes (Makroebene) war für Ärzte keine ressourcensteuernde Zielgröße des Handelns. Die Medizin war damit weitgehend ökonomiefrei.

Heute werden medizinische Leistungen vermehrt auch unter den ökonomischen Kriterien Wirtschaftlichkeit und

Effizienz betrachtet, was sich auch verstärkt in einer ökonomischen Begrifflichkeit zum Ausdruck bringt (*Hartzband und Groopman 2011*). Die Ärzteschaft gerät dabei zunehmend in ein Spannungsfeld zwischen immer besseren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einerseits und begrenzten Ressourcen der Finanzierung andererseits. Dies schränkt die autonome Entscheidungsbefugnis der Ärzteschaft über die von ihr zu leistenden Entscheidungen und Tätigkeiten und den patientenorientierten beruflichen Handlungsspielraum zunehmend ein (*Kälble 2005; Strech et al. 2008; Nagel 2009; Hess 2009; Siegrist 2012; Maio 2012; Maio 2013; Unschuld 2014*).

Dies wird auch von den Ärzten entsprechend wahrgenommen, wie Braun et al. (*Braun et al. 2010*) am Beispiel der Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen zeigen. Weitere Auswirkungen sind unter anderem eine enorme Arbeitsverdichtung, sinkende Arbeitszufriedenheit, mehr **Stress**, ein erhöhter Krankenstand (*Schwartz und Angerer 2010; Klein et al. 2010*) und eine zunehmende Häufigkeit von Entscheidungssituationen, in denen die als notwendig und wünschenswert erachteten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und die externen wirtschaftlichen Vorgaben in einen **Konflikt** geraten (*Kälble 2005; Strech et al. 2008; Siegrist 2012*). Als Folge sind in der medizinischen Profession Konflikte zwischen medizinischer Autonomie und ökonomischer Orientierung ebenso vorprogrammiert wie Konflikte zwischen Medizin und Ökonomie hinsichtlich der Interpretations- und Definitionsmacht im Gesundheitswesen. Entsprechend verstärkt sich in Medizin und Medizinethik die Kritik an der zunehmenden ökonomischen Rationalität, die andere Rationalitäten wie Medizin und Ethik in den Hintergrund zu drängen scheint. So konstatiert zum Beispiel Nagel (*Nagel 2009*) eine Überschattung des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch primär ökonomisch ausgerichtete gesundheitspolitische Vorgaben, bei der das traditionelle ärztliche Prinzip der Zuwendung immer häufiger mit dem ökonomischen Prinzip der Zuteilung zu kollidieren scheint. „Während die ‚Zuwendung‘ zum Patienten impliziert, dass zuallererst danach gefragt wird, was im jeweiligen Fall medizinisch geboten ist, und erst in zweiter Linie der Blick dahin geht, wie das finanzierbar oder politisch vermittelbar sein kann, ergibt sich bei der an ‚Zuteilung‘ orientierten Vorgehensweise eine primär vom ökonomischen Kalkül angeleitete Entscheidungs- und Handlungsstruktur. Hier ist die grundlegende Frage: Welche Ressourcen sind vorhanden? Erst danach ist zu klären, wie sich die Medizin mit den begrenzten Mitteln organisieren muss“ (*Nagel 2009, 37*). Maio sieht tendenziell eine „Form der Unterminierung rein ärztlicher Entscheidungskategorien durch betriebswirtschaftliches Denken“ (*Maio 2013, 167*) und warnt aus ethischer Perspektive vor einer zunehmenden ökonomischen Überformung der Medizin: „Längst hat vor allem in den Kliniken ein Denken eingesetzt, das stärker

vom Managementdenken als vom medizinischen Denken geprägt ist“ (*Maio 2012, 804*). Von den beiden beispielhaft genannten Autoren wird jedoch nicht gänzlich negiert, dass im Sinne eines funktionierenden Gesundheitssystems **auch gesundheitsökonomische Überlegungen notwendig** sind. Es ist zu erwarten, dass sich der skizzierte Zielkonflikt zwischen medizinischer Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems weiter verschärfen wird, wenn es nicht gelingt, einen Ausgleich zwischen den medizinischen Möglichkeiten, ihrer Finanzierbarkeit sowie Qualität herzustellen.

5 Ärztliche Ausbildung: Erweiterung ärztlicher Kompetenzen notwendig

Es liegt auf der Hand, dass im Kontext des skizzierten Szenarios auch ein Umdenken in Bezug auf die Ausbildung von Ärzten erforderlich wird beziehungsweise sich auch das ärztliche Berufsbild verändern und anpassen muss. Orientiert man sich an den Kernaussagen der Studie „Zukunftsfähige Qualifikations- und Kompetenzprofile für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland“ (*Breipohl et al. 2011, 4 ff.*), die das Institut für Arbeit und Technik im Auftrag der „Initiative Gesundheitswirtschaft e.V.“ (Hamburg) durchgeführt hat, dann müssen in einer zukunftsfähigen Medizinerbildung neben der fachlichen Expertise unter anderem ökonomische, kommunikative und auch sozial-ethische Wissensbestände und Kompetenzen so miteinander verknüpft werden, dass sie in unterschiedlichen Berufsrollen und Arbeitszusammenhängen kompetent und problemlösungsorientiert eingesetzt werden können. Lange Zeit lag die Stärke der Medizinausbildung wesentlich bei den naturwissenschaftlichen Grundlagen und bei konkreten Maßnahmen einer heilenden, kurativ ausgerichteten Medizin. Zentrale Aspekte der Debatten über zukünftige Anforderungen an die Medizinerbildung werden laut Breipohl et al. inzwischen durch Erneuerungen in den Medizinstudiengängen aufgegriffen, wenn auch zaghaft. Dies trifft insbesondere auf die Modell- und Reformstudiengänge zu. Hier werden insbesondere Inhalte wie Patientenorientierung, Evidenzbasierung, Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystemwissen, Team- und Führungsfähigkeit, Ethik und interprofessionelle Anschlussfähigkeit stärker akzentuiert. Auch die Ausrichtung an Kompetenzbildung und Problemlösungsfähigkeit ist hier gegenüber reiner Wissensakkumulation deutlich gestärkt worden (*Breipohl et al. 2011, 40 ff.*). Zudem wird seit Längerem unter dem Dach der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung an einem „Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin“ gearbeitet. Darin sollen die verschiedenen Ansätze und Ansprüche an eine zukunftsfähige Medizinausbildung erfasst, sortiert, gewichtet und bewertet werden (*Breipohl et al. 2011, 72*).

6 Ausblick

Ob sich medizinisch verantwortliches Handeln und das Management knapper Ressourcen sowie die dahinter stehenden Logiken gegenseitig ausschließen oder vereinbaren lassen, ist anhaltend umstritten. Die **verlangte gleichzeitige** Orientierung am Wohl des Patienten und an den ökonomischen Rahmenbedingungen zwingt die medizinische Profession zumindest zu einer stärkeren Beachtung ökonomischer Aspekte beziehungsweise dazu, ihre ausschließlich medizinische Orientierung um eine ökonomische Orientierung zu ergänzen. Damit ergibt sich zugleich die Notwendigkeit, verstärkt über eine grundlegende Neubestimmung des Verhältnisses beziehungsweise über eine Integration von medizinischer und ökonomischer Orientierung nachzudenken. Das heißt, die am Berufsfeld und an den ärztlichen Aufgaben orientierte Betrachtungsweise ist um eine am Gesamtsystem orientierte, die ökonomische Dimension beziehungsweise die Solidargemeinschaft einbeziehende Perspektive zu erweitern (Public-Health-Perspektive), die auch auf der Ebene der ärztlichen Aus- und Weiterbildung vermittelt werden muss. Umgekehrt ist es aufseiten der Ökonomie und des Managements notwendig, das ärztliche Ethos der medizinischen Orientierung zu kennen beziehungsweise in die Ausbildung zu integrieren. **Entziehen sich die Ärzte einer konstruktiven und notwendig interdisziplinär zu führenden Debatte, wie medizinische und ökonomische Orientierung sinnvoll vermittelt und ausbalanciert werden können und wie die Qualität der Versorgung optimiert werden kann, dann wird sich die Kontrolle über das Gesundheitswesen unter den Bedingungen knapper Ressourcen weiter in Richtung Staat, Ökonomie und Management verlagern.** Damit würde sich die vielfach konstatierte Erosion ärztlicher Autonomie weiter fortsetzen. Dann wird, wie der Medizinhistoriker Unschuld schreibt, der Arzt tatsächlich vom Gestalter zum Mitgestalter, vom Verantwortlichen zum Mitverantwortlichen herabgestuft werden (*Unschuld 2001; Unschuld 2014*). Unübersehbar ist der Ärztestand unter Druck geraten. Er steht im Spannungsfeld von Professionalisierung beziehungsweise Anpassung und Deprofessionalisierung (*Stollberg 2001, 13 f.*).

Dem Arzt der Zukunft wird neben fachlicher Expertise zunehmend auch unternehmerisches Verständnis abverlangt. Kompetenzen in Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement sowie Kompetenzen in ethischer Entscheidungsfindung gehören heute ebenso zum Arztprofil wie die Kenntnis rechtlicher Zusammenhänge sowie Reflexions- und Kommunikationskompetenz. Zudem muss die medizinische Versorgung als Teamaufgabe begriffen werden. Ob die Ausrichtung auf die Wirtschaftlichkeit ärztlichen Handelns die traditionellen Rollenerwartungen an Ärzte tendenziell in den Hintergrund drängen wird und sie sich zukünftig stärker in Richtung eines Gesundheitsmanagers weiterentwickeln werden, bleibt abzuwarten.

Literatur

- Abbott A (1988):** The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago, London: University of Chicago Press
- Borgetto B (2013):** Ausbildung, Akademisierung und Professionalisierung der therapeutischen Gesundheitsberufe in Deutschland. In: Estermann J, Page J, Streckeisen U (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“, Winterthur 2012 (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Bd. 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien, Zürich, Luzern: LIT-Verlag und Orlux Verlag, 138–160
- Borgetto B, Kälble K (2007):** Medizinsoziologie. Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R (2010):** Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber
- Breipohl W, Evans M, Hilpert J (Institut Arbeit und Technik, IAT) (2011):** Zukunftsfähige Qualifikations- und Kompetenzprofile für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Ergebnisse einer explorativen Studie im Auftrag der IGW – Initiative Gesundheitswirtschaft e. V. Gelsenkirchen; www.hochges.de/pdf/Zukunft%20der%20aerztlichen%20Ausbildung%20IAT.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Daheim HJ (1992):** Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machtheoretischer Modelle der Profession. In: Dewe B, Ferchhoff W, Radtke F-O (Hrsg.): Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen: Leske & Budrich, 21–35
- Deutscher Ethikrat (Hrsg.) (2011):** Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme; www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Freidson E (1970):** Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. New York: Atherton Press
- Freidson E (2001):** Professionalism. The Third Logic. Cambridge: Polity Press
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. (2010):** Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, Band 376, Heft 9756, 1923–1958
- Hartzband P, Groopman J (2011):** The New Language of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, Band 365, Heft 15, 1372–1373
- Hensen P (2011):** Die gesunde Gesellschaft und ihre Ökonomie – vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. In: Hensen P, Kölzer C (Hrsg.): Die gesunde Gesellschaft. Sozioökonomische Perspektiven und sozialetische Herausforderungen. Wiesbaden: VS Verlag, 11–50
- Hensen P, Roeder N, Franz D (2014):** Das deutsche Gesundheitssystem im Wandel. In: Roeder N, Hensen P, Franz D (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und öffentliche Gesundheitspflege. Ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch (2. aktualisierte Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 1–18

- Hess R (2009):** Das Arztbild im 21. Jahrhundert. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 117–120
- Huerkamp C (1985):** Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Kaba-Schönstein L, Kälble K (Hrsg.) (2004):** Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Frankfurt: Mabuse Verlag
- Kälble K (2005):** Between professional autonomy and economic orientation. The medical profession in a changing health care system. In: GMS Psycho-Social Medicine 2; www.egms.de/static/de/journals/psm/2005-2/psm000010.shtml (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Kälble K (2012):** Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Wandel der Gesundheitsberufe. In: Public Health Forum, Band 20, Heft 4 (Schwerpunktheft „Gesundheitsberufe – quo vadite“), 2–4
- Kälble K (2013):** Durchlässigkeit zwischen beruflicher Bildung und Hochschulbildung im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen – Chancen und Risiken für eine weitergehende Professionalisierung der Gesundheitsberufe in Pflege und Therapie in Deutschland. In: Estermann J, Page J, Streckeisen U (Hrsg.): Alte und neue Gesundheitsberufe. Soziologische und gesundheitswissenschaftliche Beiträge zum Kongress „Gesundheitsberufe im Wandel“. Winterthur 2012 (Reihe: Soziologie: Forschung und Wissenschaft, Band 37. Studien zur Gesundheitsforschung, Bd. 4). Wien, Zürich, Luzern: LIT-Verlag und Orlu Verlag, 161–184
- Katzenmeier C (2009):** Verrechtlichung der Medizin. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 45–59
- Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O (2010):** Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. International Journal for Quality in Health Care, Band 22, Heft 6, 525–530
- Klemperer D (2006):** Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel. In: Pundt J (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven. Bern: Huber Verlag, 61–75
- Larson MS (1977):** The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press
- Loos S, Albrecht M, Sander M, Schliwen A (IGES Institut GmbH) (2014):** Forschung und Innovation in der Universitätsmedizin (Studien zum deutschen Innovationssystem, Nr. 7, 2014. Herausgeber: Expertenkommission Forschung und Innovation [EFI], Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft); www.e-fi.de/fileadmin/Innovationsstudien_2014/StuDIS_7_2014.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Macdonald KM (1995):** The Sociology of the Professions. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage
- Maio G (2012):** Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 16, A 804–807
- Maio G (2013):** Über die Umprogrammierung der inneren Identität der Ärzte durch die Ökonomie. Chirurgie. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 3, 167–172
- Meulemann H (2003):** Gemeinschaftsorientierung auf dem Prüfstand. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, Band 11, Heft 2, 100–120
- Meuser M (2004):** Ärztliche Gemeinwohlerthorik und Akzeptanz. Zur Standespolitik der medizinischen Profession. In: Hitzler R (Hrsg.): Elitenmacht. Wiesbaden: VS Verlag, 193–204
- Nagel E (2009):** Der Arzt im Spannungsfeld von Versorgungsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 37–44
- Pfadenhauer M (2003):** Professionalität. Eine wissenssoziologische Rekonstruktion institutionalisierter Kompetenzdarstellungskompetenz. Opladen: Leske & Budrich
- Rabe-Kleberg U (1996):** Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? In: Combe A, Helsper W (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 276–302
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011a):** Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Stuttgart: Verlag Schattauer
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2011b):** Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung; www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Memorandum_Kooperation_der_Gesundheitsberufe.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2013):** Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002):** Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos Verlag
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2008):** Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung; Band I: Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand, Perspektiven. Krankenhauswesen: Finanzierung und Planung; Baden-Baden: Nomos Verlag
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014):** Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche; www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Schütze F (1996):** Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die

Paradoxien des professionellen Handelns. In: Combe A, Helsper W (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 183–275.

Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.) (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten – Befunde und Interventionen (Report Versorgungsforschung Band 2.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

Siegrist J (1995): Medizinische Soziologie (5., neu bearbeitete Auflage). München: Urban & Fischer

Siegrist J (2005): Medizinische Soziologie (6. Auflage). München: Urban & Fischer

Siegrist J (2012): Die ärztliche Rolle im Wandel. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 55, Heft 9, 1100–1105

Siepmann M, Groneberg DA (2012): Der Arztberuf als Profession – Deprofessionalisierung. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie, Band 62, Heft 5, 288–292

Statistisches Bundesamt (2014a): Gesundheitsausgaben 2012 übersteigen 300 Milliarden Euro (Pressemitteilung Nr. 126 vom 07.04.2014); www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/04/PD14_126_23611.html (letzter Zugriff am 14.07.2014)

Statistisches Bundesamt (2014b): Gesundheit. Ausgaben 2000 bis 2012 (Fachserie 12 Reihe 7.1.2); www.destatis.de/DE/Publika-

[tionen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Ausgaben-GesundheitLangeReihePDF_2120712.pdf?__blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621.html) (letzter Zugriff am 14.07.2014)

Statistisches Bundesamt (2014c): 5,2 Millionen Beschäftigte im Gesundheitswesen im Jahr 2012 (Pressemitteilung Nr. 075 vom 05.03.2014); www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621.html (letzter Zugriff am 14.07.2014)

Stollberg G (2001): Medizinsoziologie. Bielefeld: transcript Verlag

Strech D, Börchers K, Freyer D et al. (2008): Ärztliches Handeln bei Mittelknappheit. Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie. Ethik in der Medizin 20(2), 94–109

Unschuld PU (2001): Der Arzt als Fremdling in der Medizin? Von der Triebfeder zum Getriebenen. In: Bundesärztekammer (Hrsg.): Fortschritt und Fortbildung in der Medizin 25, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 13–23

Unschuld PU (2014): Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin (3., aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Verlag C. H. Beck

Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen (Berlin, 13.07.2012, Drs. 2411-12); www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf (letzter Zugriff am 14.07.2014)

DER AUTOR



Dr. phil. Karl Kälble M. A., Jahrgang 1957, Studium der Soziologie, Politik- und Erziehungswissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, 1996 Promotion. Langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Medizinische Soziologie an der Universität Freiburg. Seit 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter der AHPGS

Akkreditierung gGmbH. Arbeitsschwerpunkte: Berufs-, professions- und bildungssoziologische Fragen des Gesundheitswesens, Hochschulentwicklung, Akkreditierung und Qualitätssicherung von Studiengängen, Medizinsoziologie, Public Health, interdisziplinäre und multiprofessionelle Kooperation im Gesundheitswesen.