



# Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

Juli 2014, 14. Jahrgang

## NOTIZEN

### Zeitschriftenschau

von *Semra Dogan*, Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität zu Lübeck ..... 2

### Drei Fragen an

*Martin Dietrich*, Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes ..... 3

### Buchtipps

von *Waldemar Süß*, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ..... 4

## WIDO

### Arzneimittelverbrauch

Herz-Kreislauf-Medikamente liegen an erster Stelle ..... 5

### Ambulante Psychotherapie

Hausarzt oft erster Ansprechpartner ..... 6

## ANALYSEN

### Schwerpunkt: Arztberuf im Wandel

#### Wie wollen Mediziner heute arbeiten?

#### Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld

*David Herr, Berlin, und Katja Götz, Universitätsklinikum Heidelberg* .... 7

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

*Karl Kälble, AHPGS Akkreditierung gGmbH, Freiburg* ..... 16

#### Beschleunigung im Krankenhausalltag Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten

*Norbert Roeder und Dominik Franz, Universitätsklinikum Münster* .... 26

## STUDIE IM FOKUS

Chronisches Schleudertrauma: Beratung so wirksam wie umfangreiche Physiotherapie ..... 35

## SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte ..... 36

## Liebe Leserinnen und Leser,

das traditionelle Rollenverständnis der deutschen Ärzteschaft ist ins Wanken geraten. Noch bis in die 1980er Jahre hinein kam zumindest in Westdeutschland an den „Halbgöttern in Weiß“ kein Entscheidungsträger im Gesundheitswesen vorbei. Gleiches galt für das Arzt-Patienten-Verhältnis – das Wort des Chefarztes hatte Gesetzeskraft, der Hausarzt war im Dorf eine Autorität.

Und heute? Zahlreiche Landärzte finden keinen Nachfolger mehr, das Management hat im Krankenhaus das Sagen und nicht nur internetaffine Patienten hinterfragen ärztlichen Rat offensiv. Höchste Zeit also für eine Standortbestimmung.

So diagnostiziert **Karl Kälble** einen zunehmenden Verlust an professioneller Autonomie. Anders als früher könne die Ärzteschaft nicht mehr ohne Weiteres selbst die Inhalte und Bedingungen ihres beruflichen Handelns festlegen – Ursache hierfür sei nicht zuletzt der wachsende wirtschaftliche Druck. Um eine weitere Erosion des eigenen Einflusses zu verhindern, sei eine Erweiterung ärztlicher Kompetenzen um ökonomische Aspekte unumgänglich.

Das sehen **Norbert Roeder** und **Dominik Franz** ähnlich. Doch betonen die beiden Mediziner mit kaufmännischer Ausbildung zugleich, dass ein neues Rollenverständnis mit großen Gestaltungschancen verbunden sei. Der erfolgreiche Arzt der Zukunft werde innerhalb einer vernetzten Gesundheitswirtschaft für seine Patienten eine ausgezeichnete Versorgung entweder „selber anbieten oder diese für ihn organisieren“ – allen Hürden im Klinik- oder Praxisalltag zum Trotz.

Bleibt zu hoffen, dass die „Generation Y“ in der Ärzteschaft dies auch so sieht. Die Analyse von **David Herr** und **Katja Götz** zu den Wünschen des Nachwuchses gibt jedenfalls Anlass zu dieser Hoffnung – vernetzte, arbeitsteilige Strukturen sind bei angehenden Mediziner\*innen Trumpf.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen die Redaktion von G+G-Wissenschaft!

**EU-Ausschreibungen  
Gemeinsam für die  
Gesundheit**

Zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie „Gemeinsam für die Gesundheit“ hat die EU-Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucher im Rahmen des „Third Health Programme“ zwei neue Ausschreibungen veröffentlicht. Fördermittel stehen bereit für Projekte mit den Schwerpunkten chronische Erkrankungen, Gesundheitsmonitoring, Langzeitpflege und Preissetzung medizinischer Produkte. Außerdem sollen nichtstaatliche Einrichtungen und Netzwerke unterstützt

werden, die sich mit chronischen Krankheiten, seltenen Erkrankungen, Krebs, HIV/AIDS oder Tabakprävention befassen. Anträge können bis zum 25. September eingereicht werden. ■

**Mehr Informationen:**  
<http://ec.europa.eu/research/participants/portal/desktop/en/opportunities/3hp/index.html>

**BMBF-Förderung  
Innovative Medizintechnik**

Um Mediziner enger in die Entwicklung innovativer Medizinprodukte einzubinden, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung den Aufbau von

Industrie-in-Klinik-Plattformen. Die Konzeptentwicklung wird mit bis zu 75.000 Euro gefördert; die Frist zur Vorlage von Konzeptskizzen endet am 30. November. ■

**Mehr Informationen:**  
[www.bmbf.de/foerderungen/23797.php](http://www.bmbf.de/foerderungen/23797.php)

**DFG-Förderung  
Multiresistenter  
Krankenhauskeim**

Die zunehmende Verbreitung multiresistenter Bakterien stellt Kliniken vor große Probleme. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bewilligte nun eine neue Forschergruppe unter Federfüh-

ZEITSCHRIFTENSCHAU

**Konkurrenzdenken macht Männer krank**

Sozioökonomische Statusveränderungen wirken sich negativ auf die Lebenserwartung von Männern aus. Ein Geschlechterunterschied zeigt sich insbesondere bei Erkrankungen, für die psychosozialer Stress ein Risikofaktor ist. Neurophysiologen führen dies auf eine chronische Überaktivierung der HPA-Achse zurück, die die körperliche Stressreaktion steuert. Ausgelöst wird diese vermehrte Aktivität durch von Konkurrenz geprägte Situationen, die Männer evolutions- und sozialisationsbedingt stärker belasten als Frauen. Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen empfehlen die Autoren einer aktuellen Studie eine konkurrenzspezifische Prävention im Bereich der Männergesundheit, die stärker auf explizit wettbewerbsmindernde Ansätze baut. Außerdem sollten die gesundheitliche Relevanz der HPA-Achse genauer untersucht und die gesundheitlichen Auswirkungen von nicht auf Wettbewerb zielenden persönlichen Einstellungen wie etwa Demut betrachtet werden. ■

*Z Gesundheitswesen 2014;76:127-134*

**Arzt-Patienten-Gespräch im Internetzeitalter**

Immer häufiger versorgen sich Patienten im Internet mit Gesundheitsinformationen. Im Rahmen einer Mixed-Method-Studie (je acht Tiefeninterviews mit Patienten und Ärzten, Befragung von 500 Patienten per Online-Fragebogen) wurde untersucht, wie sich dies auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus-

wirkt. Demnach begrüßen es Ärzte, dass sich Patienten stärker mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, da dies den Behandlungserfolg steigern kann. Gleichzeitig entsteht ein erheblicher Mehraufwand, weil die per Internet informierten Patienten viele zusätzliche Fragen haben. Den Autoren zufolge liegt das Problem vor allem in der Fülle der angebotenen Informationen. Sie empfehlen, diese systematisch zu sortieren und zu bewerten, etwa indem Ärzte auf qualitätsgesicherte Internetangebote hinweisen. ■

*Monitor Versorgungsforschung 2014;7:04.02.2014*

**Medizinische Priorisierung aus Bürgersicht**

Wenn eine Priorisierung medizinischer Leistungen erforderlich ist, dann sollten aus Sicht der Versicherten die Schwere der Krankheit, die voraussichtliche Wirksamkeit einer Behandlung und deren wissenschaftliche Nachweisbarkeit handlungsleitend sein, nicht aber das Lebensalter der Patienten oder ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Um die Präferenzen der Bürger als potenzielle Patienten und insofern unmittelbar Betroffene zu erheben, wurde in einer aktuellen Studie ein regionales postalisches Bevölkerungssurvey unter 3.000 zufällig ausgewählten volljährigen Einwohnern Lübecks gewählt. Aufgrund der eingeschränkten Beteiligung (die Responserate lag bei 45,6 Prozent) sind die Ergebnisse nach Meinung der Autoren allerdings nur begrenzt aussagekräftig. ■

*Z Gesundheitswesen 2014;76:221-231*



Von **Semra Dogan**, Wissenschaftliche Koordinatorin am Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität zu Lübeck

**Adresse:**

Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck  
Telefon: 0451 500-3856  
Fax: 0451 500-5872  
[semra.dogan@iuksh.de](mailto:semra.dogan@iuksh.de)  
[www.zbv.uni-luebeck.de](http://www.zbv.uni-luebeck.de)

rung Frankfurter Wissenschaftler, die sich gemeinsam mit Forschern der Universitäten Köln und Regensburg sowie dem Robert-Koch-Institut mit der Zunahme multiresistenter A.-baumannii-Stämme befasst und nach Therapiemöglichkeiten sucht. Der Keim ist für bis zu zehn Prozent der im Krankenhaus erworbenen Lungenerkrankungen verantwortlich und führt häufig zum Tode. ■

**Mehr Informationen:**  
www.bio.uni-frankfurt.de/  
51172482

### Forschungsverbund

## Initiative gegen Arzneimittelkriminalität

Jedes zweite weltweit online gekaufte Medikament ist gefälscht. Ein überregionaler Forschungsverbund, an dem sich unter anderem Juristen der Universität Osnaabrück, das Bundeskriminalamt, die Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände und der Bundesverband deutscher Versandapotheken beteiligen, will bis 2017 effektive Instrumente zur Bekämpfung der internetgestützten Arzneimittelkriminalität erarbeiten. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung fördert das Projekt mit rund 1,5 Millionen Euro. ■

**Mehr Informationen:**  
www.bmbf.de:8001/pubRD/  
Projektumriss\_ALPHA\_.pdf

### Medizinstudium

## Angehende Ärzte wollen einheitliche Ausbildung

In einem Anfang Juni beschlossenen Konzeptpapier zur Zukunft und Weiterentwicklung des Medizinstudiums fordert die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) ein bundesweit einheitliches Curriculum auf der Basis des Nationalen Kompetenzbasierten

Lernzielkatalogs und eine stärker wissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums. Diverse Modell- und Reformstudiengänge führten zu einer zunehmenden

Heterogenität in der medizinischen Ausbildung. ■

**Mehr Informationen:**  
www.bvmd.de → Presse → Pressemitteilung vom 12. Juni 2014

## DREI FRAGEN AN ...



## Auch das Gesundheitswesen muss nachhaltig wirtschaften

... Professor Dr. Martin Dietrich, Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens, an der Universität des Saarlandes

**Forschungsschwerpunkte:**  
Kommunikation und Gestaltung von Qualitätsinformationen; Wahrnehmung innovativer Versorgungsformen; „Health Services Process Design“; Organizational Behaviour in Organisationen des Gesundheitswesens; Regulierung und Innovation; Geschäftsmodellentwicklung im Gesundheitswesen; Akzeptanz und Umsetzung betriebswirtschaftlicher Ansätze in Unternehmen des Gesundheitswesens

**Jahresetat:**  
Grundfinanzierung (ohne Drittmittel): 200.000 Euro

**Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:**  
1 Professor,  
4 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,  
4 wissenschaftliche Hilfskräfte,  
1 Sekretärin

**Adresse:**  
Lehrstuhl für Betriebswirtschaftslehre, insbesondere Management des Gesundheitswesens, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität des Saarlandes Campus, Gebäude B4 1 66123 Saarbrücken  
Telefon: 0681 302-71370  
Fax: 0681 302-71379  
info@mdg.uni-saarland.de  
www.mdg.uni-saarland.de

### Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Mich beschäftigt die Frage, wie innovative Lösungen von zukünftigen Versorgungsproblemen entstehen und welche Ansätze die betriebswirtschaftliche Managementforschung bereithält, ihre Verbreitung besser zu verstehen. Speziell das „Healthpreneurship“ – die Verbindung von Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft mit Aspekten eines nachhaltigen Wirtschaftens auf der Basis eines sozialen Unternehmertums – sowie Geschäftsmodell-Analysen von alten und neuen Versorgungsformen stehen im Mittelpunkt.

### Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Wir kooperieren mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, insbesondere mit der Medizin. Gegenwärtig erarbeite ich ein Begleitstudienkonzept zur Analyse des Zusammenhangs zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Behandlungserfolg. In anderen Projekten arbeite ich mit Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen. In der Lehre an der Universität integriere ich Gesundheitsrecht in den Masterschwerpunkt Management des Gesundheitswesens.

### Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Der politische Diskurs im Gesundheitswesen ist wichtig und muss so reichhaltig wie möglich geführt werden. Manchmal wünscht man sich mehr nachvollziehbare Argumentationen in der Politik. Je nach Evidenzstärke von Ergebnissen kann die Wissenschaft einen wichtigen Beitrag zur Versachlichung vieler Diskussionen liefern. Insbesondere der wissenschaftliche Diskurs mit seiner Offenlegung von Argumenten und Vorgehensweisen und die damit verbundene Kultur der Kritik kann hier meistens beispielgebend sein – aber nicht immer.

**Studium I**

**Arztassistenten sollen Mediziner entlasten**

Ein neuer Bachelorstudiengang „Physician Assistance“, der im Wintersemester an der Hochschule Fresenius in Frankfurt beginnt, soll die Absolventen dafür qualifizieren, unter der fachlichen Aufsicht von Ärzten an sie delegierte ärztliche Aufgaben zu übernehmen. Das auf acht Semester ausgelegte Vollzeitstudium enthält auch klinische Praxisphasen. Zugangsvoraussetzungen sind die Fachhochschulreife sowie ein interner Eignungstest. Die Studiengebühren betragen 575 Euro monatlich. ■

**Mehr Informationen:**

www.hs-fresenius.de → Studium  
→ Medical School → Physician Assistance

**Studium II**

**Vier neue Public-Health-Studiengänge in Bremen**

Der bisherige Masterstudiengang „Public Health/Pflegewissenschaft“ im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen wird zum kommenden Wintersemester durch vier neue Studiengänge abgelöst: „Public Health – Gesundheitsförderung und Prävention“, „Public Health – Gesundheitsversorgung, -ökonomie und -management“, „Epidemiologie“ und „Community and Family Health Nursing“. Das neue Studienkonzept sieht unter anderem semesterübergreifende Forschungsprojekte vor. ■

**Mehr Informationen:**

www.fb11.uni-bremen.de → Studiengänge

**Studium III**

**Gesundheitsmanagement in Theorie und Praxis**

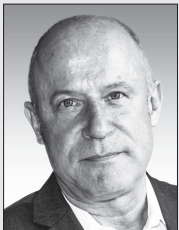
Zum Wintersemester 2014/2015 bietet die private Internationale Hochschule Bad Honnef – Bonn an den Standorten München und Düsseldorf erstmals einen dualen Bachelorstudiengang „Gesundheitsmanagement“ an. Er kombiniert in Theorie- und Praxisblöcken betriebswirtschaftliche Grundlagen mit gesundheitspezifischem Fachwissen und soll die Studierenden auf Führungsaufgaben im Gesundheitswesen vorbereiten. Die Anmeldefrist endet am 31. August 2014. ■

**Mehr Informationen:**

www.iubh-dualesstudium.de → Studium → Gesundheitsmanagement

BUCHTIPPS

**Kommunale Gesundheitsförderung**



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von: **Waldemar Süß, Diplom-Soziologe**  
Leiter der AG Gesundheitsförderung am Institut für Medizinische Soziologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg  
Telefon: 040 7410-52096  
Fax: 040 7410-54934  
suess@uke.de  
www.uke.uni-hamburg.de

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Jennie Naidoo, Jane Wills</i></p> <p><b>Lehrbuch der Gesundheitsförderung</b> Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage</p>	<p>Naidoo und Wills liefern das umfassende (und notwendige!) theoretische Rüstzeug für die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, beschreiben ganz praktisch Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung und stellen einen Settingansatz zur Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung etwa auf kommunaler Ebene vor. Das Abschlusskapitel informiert praxisnah über Bedarfsermittlung, Planung und Evaluation. (<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2010</i>)</p>
<p><i>Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.)</i></p> <p><b>Kommunale Gesundheitslandschaften</b></p>	<p>In diesem Band werden aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven die „kommunalen Gesundheitslandschaften“ vorgestellt. Für die Entwicklung eines integrierten kommunalen Gesundheitsmanagements, das zunehmend an Bedeutung gewinnt, liefert der Band wichtige Anregungen für Ansatzpunkte zur Strukturbildung sowie Hinweise auf umsetzungsorientierte Methoden und Instrumente. (<i>Beltz Juventa Verlag 2013</i>)</p>
<p><i>Alf Trojan et al. (Hrsg.)</i></p> <p><b>Quartiersbezogene Gesundheitsförderung</b> Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes</p>	<p>Fast zehn Jahre settingbezogene Gesundheitsförderung und Prävention durch das Programm „Lenzgesund – Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre“ im Hamburger Quartier „Lenzsiedlung“ werden in wissenschaftlicher und praktischer Perspektive dargestellt. Der Fokus der Begleitforschung lag besonders auf der Nutzung der Gesundheitsberichterstattung und der Evaluation von Strukturbildungsprozessen für kommunale Gesundheitsförderung. (<i>Springer VS 2013</i>)</p>

Foto: privat

## Arzneimittelverbrauch

# Herz-Kreislauf-Medikamente liegen an erster Stelle

**645 Millionen Arzneimittelpackungen haben niedergelassene Ärzte 2013 den knapp 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland verordnet. Das entspricht 38,3 Milliarden Tagesdosen. Damit entfallen auf jeden Versicherten durchschnittlich 549 Tagesdosen im Jahr oder 1,5 Arzneimittel pro Tag.**

Die von Ärzten verordneten Arzneimittelmengen steigen kontinuierlich. Das zeigt die Auswertung der Arzneimittelverordnungsdaten für das Jahr 2013 durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). 2004 wurden noch 368 Tagesdosen pro gesetzlich Versicherten, durchschnittlich etwa ein Arzneimittel pro Tag, verordnet. Der Verbrauch ist damit in den letzten zehn Jahren fast auf das Anderthalbfache angestiegen (+49 Prozent). Am höchsten ist der Arzneimittelverbrauch in den östlichen Bundesländern. So bekommen Versicherte in Sachsen-Anhalt pro Kopf etwa 30 Prozent mehr Arzneimittel verordnet als im Bundesdurchschnitt, in Bremen dagegen sind es etwa 30 Prozent weniger. Dieser Effekt kann zum Teil damit erklärt werden, dass die Versicherten in den östlichen Bundesländern älter sind und deshalb mehr Arzneimittel benötigen.

Ein Blick auf das Wirkstoffprofil des Jahres 2013 zeigt, dass Volkskrankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Diabetes den größten Anteil in der Medikation einnehmen (siehe Abbildung rechts). Auf die 20 meistverordneten Wirkstoffgruppen mit ihren 856 einzelnen Arzneistoffen und Arzneistoffkombinationen entfallen bereits über 87 Prozent aller verordneten Tagesdosen. Mit Abstand am häufigsten werden Arzneimittel zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Bluthochdruck verordnet. Sie machen mit 18,6 Milliarden Tagesdosen fast die Hälfte (48,4 Prozent) aller verordneten Tagesdosen aus. Im Durchschnitt hat jeder Versicherte im letzten Jahr 264 Tagesdosen dieser Wirkstoffe eingenommen. Unter den Herz-Kreislauf-Mitteln führt seit Jahren die Gruppe der ACE-Hemmstoffe und

der AT-II-Blocker, hier wachsen die Mengen jährlich weiter. Im Jahr 2013 wurden über acht Milliarden Tagesdosen dieser Arzneimittel an gesetzlich Versicherte verordnet.

Die Analysen des WIdO basieren auf der aktuellen ATC-Klassifikation mit Tagesdosen für das Jahr 2014. Mit ihr lässt sich herausfinden, welche der knapp 68.000 verschiedenen Arzneimittelpackungen mit welchen der zirka 2.500 Arzneistoffen verordnet wurden. Die ATC-Klassifikation wird unter anderem für die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSI), im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, als Grundlage der amtlichen ATC-Klassifikation und zum Beispiel für zahlreiche Projekte in der Versorgungsforschung genutzt.

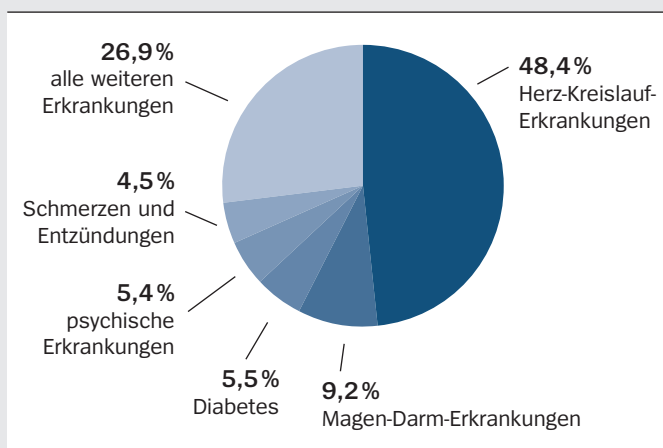
Die vollständige Publikation des ATC-Index mit Tagesdosen (DDD) einschließlich der Methodik der ATC/DDD-Klassifikation ist auf der WIdO-Website kostenfrei als Download abrufbar unter [www.wido.de/arz\\_atcddd-klassifi.html](http://www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html) ■



**Dr. Carsten Telschow**, Leiter des Forschungsbereichs Arzneimittel im WIdO

„In der Fachwelt gilt die ATC-Systematik als methodischer Goldstandard. Sie bietet viele Anwendungsmöglichkeiten für ökonomische Analysen und die Versorgungsforschung.“

### Arzneiverordnungen 2013: Wie viel und wofür?



Fast die Hälfte der 2013 verordneten 38,3 Milliarden Tagesdosen entfällt auf die Indikation Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Magen-Darm-Erkrankungen machen knapp zehn Prozent aus, gefolgt von Diabetes mit gut fünf Prozent.

Quelle: WIdO 2014; Grafik: GGW Wissenschaft 2014

**WIDO-TICKER:** Zum 20-jährigen Jubiläum der Einführung der freien Kassenwahl haben Prof. Dr. Klaus Jacobs, Dieter Cassel, Christoph Vauth und Jürgen Zerth im Heidelberger medhochzwei-Verlag den Sammelband „Solidarische Wettbewerbsordnung“ herausgegeben +++ Informationen zum Praktikantenprogramm des WIdO unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter [www.wido.de](http://www.wido.de) +++ Direktbestellungen von WIdO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

## Fehlzeiten-Report 2014

## Den Wandel gestalten

**Die künftigen Herausforderungen für Unternehmen sind vielfältig: Belegschaften werden älter, Mütter mit ihren spezifischen Bedürfnissen und multikulturelle Belegschaften spielen eine immer größere Rolle.**



*Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Springer 2014; ca. 550 Seiten; 54,99 Euro; ISBN 978-3-662-43530-4*

In einigen Bereichen hat der Kampf um die besten Bewerber bereits begonnen. Immer öfter treffen Unternehmen auf Erwartungen aus der Generation Y, die sich von denen der älteren Babyboomer-Generation unter anderem im Hinblick auf die Work-Life-Balance unterscheiden können. Diesen Erwartungen müssen die Unternehmen entgegenkommen, wenn sie gute Arbeitskräfte dauerhaft binden und sie nicht an Mitbewerber verlieren wollen. Für diese Entwicklungen bedarf es passender Antworten der Unternehmen, denn es geht um ihre Wettbewerbsfähigkeit.

Der diesjährige Fehlzeiten-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) zeigt, wie eine betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik aussehen kann, die es Unternehmen bereits heute ermöglicht, die Weichen für eine erfolgreiche Zukunft zu stellen. Das Buch informiert zudem umfassend über die Krankenstandsentwicklung in der deutschen Wirtschaft und beleuchtet dabei detailliert die einzelnen Branchen. ■

## Ambulante Psychotherapie

## Hausarzt oft erster Ansprechpartner

**Die meisten Patienten sind mit der ambulanten Versorgung bei psychischen Beschwerden zufrieden. Das zeigt eine bundesweite repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).**

Wie zufrieden sind die Menschen in Deutschland mit der ambulanten Versorgung bei psychischen Beschwerden? Für den WIDO-monitor, eine Versichertenumfrage auf der Basis von Telefoninterviews, wurden 2.010 Frauen und Männer ab 18 Jahren zu diesem Thema befragt.

Die Mehrheit der Befragten beurteilt die ambulante Versorgung bei psychischen Beschwerden positiv. Das Vorliegen seelischer oder persönlicher Probleme sprechen die Befragten mehrheitlich (84,9 Prozent) bei ihrem Hausarzt an. Zentrale Aspekte eines solchen Arzt-Patienten-Gesprächs beurteilen die Patienten in der Mehrheit positiv. Drei Viertel von ihnen (73,8 Prozent) waren mit dem Ergebnis des letzten Gesprächs insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden.

13,4 Prozent der Befragten haben im Laufe ihres Lebens schon einmal eine ambulante Psychotherapie beansprucht, 3,1 Prozent befinden sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung, bei 10,2 Prozent ist

die Behandlung abgeschlossen. Für mehr als achtzig Prozent der Befragten war die Anzahl der in Anspruch genommenen Sitzungen ausreichend (84,3 Prozent). Über die Qualität der Behandlung äußern sich 78,9 Prozent der Befragten, die bereits Behandlungserfahrung haben, in der Rückschau „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“. 87,3 Prozent geben an, dass sich ihre Probleme durch die ambulante Psychotherapie gebessert haben.

Mehr als drei Viertel der Patientinnen und Patienten (76,2 Prozent) haben innerhalb eines Monats einen Termin bei einem Psychotherapeuten bekommen, im Durchschnitt ergibt sich eine Wartezeit von 4,5 Wochen für einen Ersttermin. Die Befragten mit abgeschlossener Therapie haben im Durchschnitt 33 Sitzungen beansprucht.

Die ambulante „Grundversorgung“ durch den Hausarzt, der für viele Patientinnen und Patienten der erste Ansprechpartner bei psychischen Belastungen und Problemen ist, erleben die Befragten positiv. Das Gleiche gilt für die die Behandlung eines psychischen Problems durch weitere am Versorgungssystem Beteiligte. ■

*Mehr Informationen und den WIDO-monitor zum Download finden Sie unter [www.wido.de/wido\\_monitor\\_2\\_2014.html](http://www.wido.de/wido_monitor_2_2014.html)*

**DAS WIDO AUF KONGRESSEN:** Uwe Eichler, Irene Langner, Gisbert Selke: „Incidence of Polypharmacy in children in Germany“, „Potential drug-drug interactions in the elderly: prescribing patterns of German physicians“, Saskia van der Erf, Brian Godman, Silvain Pichett, Gisbert W. Selke, Catherine Sermet, Agnes Vitry: „The diffusion of new anti-diabetic drugs: an international comparison“, EuroDURG 2014, Groningen, 8/14 +++ Christian Günster: „Der Elixhauser Score auf der Basis von Routinedaten“, Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit in der Chirurgie (CAQS), Erfurt, 6/14 +++ Tobias Schäfer: „Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen“, 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung, Düsseldorf, 6/14 +++ Gisbert W. Selke: „Managing Pharmaceutical Expenditure“, HOA Seminar on Cost Containment, Beijing, 5/14

# Wie wollen Mediziner heute arbeiten?

## Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld

von David Herr<sup>1</sup> und Katja Götz<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Das Berufsbild des Arztes** und die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland verändern sich. Es besteht zudem eine Ungleichverteilung von Ärzten. Sie geht einher mit zunehmenden regionalen Engpässen. Für die Gewinnung qualifizierten ärztlichen Personals und aus Gründen der Versorgungsqualität bedarf es Informationen über die Präferenzen und die Determinanten der Berufszufriedenheit von Ärzten. Die junge Ärztegeneration artikuliert dabei klare Bedürfnisse und es kommt darauf an, diese Bedürfnisse bei innovativen Arbeitskultur- und Versorgungsmodellen zu berücksichtigen und die Zufriedenheit mit gezielten Interventionen zu fördern. Allerdings ist derzeit keine Aussage darüber möglich, welche Organisationsstruktur die geäußerten Bedürfnisse am besten erfüllen kann. Studien, die gezielt nach der Organisationsform ärztlicher Tätigkeit differenzieren, sind zu empfehlen.

**Schlüsselwörter:** Ärzte, Berufszufriedenheit, Gesundheitssystem, Versorgungsforschung, Work-Life-Balance

*The requirements of the medical profession as well as the structures of the German health care system are changing. Moreover, there is an unequal distribution of physicians, leading to increasing regional shortages. In order to attract qualified medical staff and ensure high quality health care, more information about their preferences and the determinants of their job satisfaction is required. The young generation of physicians clearly expresses its needs and it is of vital importance to consider these expectations when establishing innovative models of health care and work culture. Also, job satisfaction should be increased by means of targeted interventions. However, as yet it is not possible to decide which kind of organizational structure can best meet the expectations. Further research is needed about the impact of different organizational forms of medical activity.*

**Keywords:** physicians, job satisfaction, health care system, health services research, work-life balance

## 1 Einführung

Sowohl das Berufsbild des Arztes als auch die ärztlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland befinden sich in einem Wandel. Obwohl die absolute Zahl an berufstätigen Ärzten sich mit über 350.000 auf einem historischen Höchststand befindet (BÄK 2014) und das Medizinstudium sich mit mehr als fünf Bewerbern pro Studienplatz ungebrochener Beliebtheit erfreut, werden in jüngerer Zeit vermehrt regionale Engpässe beobachtet, insbesondere im Rahmen der Sicherstel-

lung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Eine solche Entwicklung war noch vor zehn Jahren nicht absehbar (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Sie geht primär auf regionale Ungleichverteilungen infolge einer Reurbanisierungstendenz zurück, die zwar auch in anderen Berufsfeldern zu beobachten ist, sich aber in der medizinischen Versorgung – bei der die wohnortnahe Verfügbarkeit von großer Bedeutung ist – besonders nachteilig auswirken kann. Insbesondere aus Sicht derer, die qualifiziertes ärztliches Personal in (drohend) unterversorgten

<sup>1</sup>David Herr, Schillerpromenade 6 · 12049 Berlin · Telefon: 0176 22823286 · Telefax: 030 12345-6789 · E-Mail: mail@davidherr.de

<sup>2</sup>PD Dr. phil. Katja Götz, Universitätsklinikum Heidelberg · Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung · Voßstraße 2 · 69115 Heidelberg · Telefon: 06221 56-8129 · Telefax: 06221 56-1972 · E-Mail: katja.goetz@med.uni-heidelberg.de

Regionen attrahieren möchten – wie Klinikträger und Kassenärztliche Vereinigungen –, ist es daher von Interesse, Erkenntnisse zu Präferenzen sowie zu Determinanten beruflicher Zufriedenheit von Ärzten zu erlangen. Doch auch aus weiteren Gründen ist diese Frage von Relevanz: Beispielsweise gibt es Hinweise, dass eine höhere ärztliche Berufszufriedenheit mit einer besseren Therapieadhärenz und Patientenzufriedenheit korreliert (Weigl et al. 2013; Haas et al. 2000; Mache et al. 2009). Andere Studien deuten darauf hin, dass eine hohe Zufriedenheit eine protektive Wirkung gegenüber beruflichem Stress haben kann (Visser et al. 2003). Dies wiederum kann Burn-out-Erscheinungen vorbeugen, die unter Ärzten eine relativ hohe Prävalenz aufweisen (Regehr et al. 2014). Die genannten Zusammenhänge sind ebenso für nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen von Bedeutung, jedoch wird im Folgenden speziell der ärztliche Bereich beleuchtet.

## 2 Nichts bleibt so, wie es ist – die ärztliche Tätigkeit im Wandel

Die Betrachtung der Berufszufriedenheit und der Präferenzen von Ärzten muss dabei unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes erfolgen. Moderne Gesellschaften zeichnen sich grundsätzlich durch ein hohes Maß an Flexibilität, Individualität und Mobilität aus, was einhergeht mit einer Pluralisierung von Lebensformen und einem hohen Grad an multimedialer Vernetzung. Wandel wird in modernen Gesellschaften von sozialen, kulturellen und demografischen Veränderungsprozessen determiniert. Auch die Ärzteschaft unterliegt einem solchen Wandel und ebenso die Strukturen, in denen sie arbeitet. Das Hinterfragen der eigenen Berufsbiografie scheint stark abhängig zu sein von den in der Versorgung gegebenen Möglichkeiten und beeinflusst damit sowohl die Präferenzen an die eigene Berufswahl als auch noch viel mehr die Berufszufriedenheit. Derzeit sind Ärzte dabei in einer komfortablen Position: Die Ausübung des Arztberufes ist sicherer denn je (Adler und von dem Knesebeck 2011). Der Faktor Planungssicherheit, insbesondere Arbeitsplatz- und Einkommenssicherheit, nimmt bereits bei den Medizinstudierenden einen hohen Stellenwert bei der zukünftigen Gebietswahl ein (Götz et al. 2011). Dennoch können sich häufig ändernde Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen dazu beitragen, dass die zukünftige Tätigkeit als nur eingeschränkt planbar erlebt wird. Auch die gesellschaftliche Anerkennung ist für die Zufriedenheit mit der eigenen Berufsrolle relevant. Von besonderem Interesse für die berufliche Zufriedenheit ist der Wandel von Arbeits- und Versorgungsstrukturen. Beispielsweise ist die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) seit ihrer Einführung im Jahr 2004 bis zum Jahr 2012 auf 1.938 gestiegen; die Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte wächst stetig (Abbildung 1), ebenso wie

die Gesamtzahl angestellter Ärzte. Aus Sicht der Ärzte und derer, die sie binden wollen, besteht neben den bewussten Präferenzen ein besonderes Erkenntnisinteresse daran, welche Organisationsform die höchste berufliche Zufriedenheit verschafft.

## 3 Präferenzen der jungen Ärztegeneration

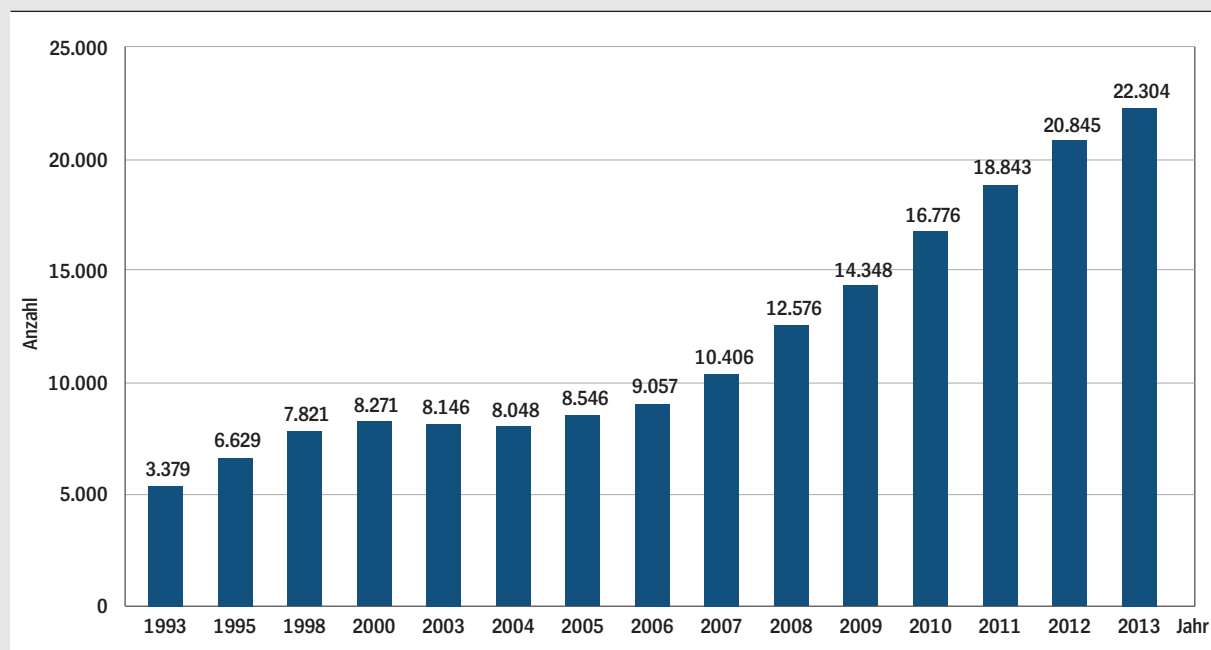
Die Ärzteschaft ist in ihren Bedürfnissen keineswegs homogen, vielmehr üben verschiedene soziale und individuelle Faktoren Einfluss aus. Beispielsweise arbeiten heute aufgrund des demografischen Wandels deutlich mehr verschiedene Generationen als früher gleichzeitig in der medizinischen Versorgung. Jede Generation zeichnet sich durch unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an die Berufsausübung aus; diese werden wesentlich im Sozialisationsprozess weitergegeben und angepasst. So wird die „Generation Y“ im Zuge der demografischen Entwicklung und dem sich abzeichnenden Mangel an medizinischem Personal auf dem Arbeitsmarkt stärker umworben als die Generationen zuvor (Kreis 2014). Möchte man die Präferenzen dieser Generation allgemein charakterisieren, so verlagern sie sich hin zu einem Mehr an Vereinbarkeit von Beruf und Familie, einer Reduktion der Arbeitslast und mehr Flexibilität in der Arbeit (Miksch et al. 2012). Neben flachen Hierarchien fordert diese Generation verstärkt ein Arbeiten in Teams, Wertschätzung sowie ein regelmäßiges Feedback zur geleisteten Arbeit (Schmidt et al. 2011).

Diese Aspekte bilden sich auch empirisch bei jungen Medizinerinnen ab: Im Rahmen der bundesweiten Befragung des Berufsmonitorings 2010, die mehr als 12.000 Medizinstudierende einschloss, ergaben sich folgende Präferenzen (Jacob et al. 2010): Die Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus bekam die höchste Zustimmung (77 Prozent), es folgte die als Facharzt in eigener Praxis (75 Prozent), die als angestellter Arzt im MVZ (56 Prozent) und als angestellter Arzt in einer Praxis (49 Prozent). Unter denjenigen, für die eine Niederlassung in Betracht kommt, wurde die Gemeinschaftspraxis deutlich vor der Einzelpraxis favorisiert (40 Prozent gegenüber 4 Prozent, für 56 Prozent kämen beide Optionen infrage). Bezüglich der regionalen Präferenzen wurden Landgemeinden als sehr unattraktiv bewertet, solche mit bis zu 2.000 Einwohnern kamen für 54 Prozent der Studienteilnehmer nicht infrage. Insgesamt war die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis deutlich attraktiver als die Perspektive einer vertragsärztlichen Niederlassung, speziell als Hausarzt. Dass besonders kleine Gemeinden nicht attraktiv sind, wird durch andere Untersuchungen bestätigt, ebenso wie eine Tendenz gegen Einzelpraxen. Beispielsweise gaben in einer anderen Studie im Jahr 2012 nur 2,2 Prozent der Befragten unter den



ABBILDUNG 1

## Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte



möglichen Karrierezielen eine ländliche Hausarztpraxis an (van den Bussche et al. 2012).

Eine zentrale Forderung der Befragten des Berufsmonitorings war die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf (für 73,7 Prozent „sehr wichtig“ und für 21,8 Prozent „wichtig“), verbunden mit der Möglichkeit, auf Teilzeitbasis zu arbeiten (für 27,8 Prozent „sehr wichtig“ und für 33 Prozent „wichtig“). Andere Befragungen von Medizinstudierenden zeigen deutlich, dass hierbei große Defizite gesehen werden. Entsprechenden Verbesserungen wird bei der Wahl potenzieller Arbeitgeber im Mittel ein höherer Stellenwert zugesprochen als beispielsweise den Forschungsmöglichkeiten oder dem Renommee des Chefarztes einer Klinik (Wilk 2006). Diese Priorität zeigt sich mit Blick auf die politischen Vorgänge auch auf Verbandsseite, wo sich eigens Initiativen für eine neue Arbeitszeitkultur und familienfreundliche Work-Life-Balance gegründet haben.

Die Präferenzen sind zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt. Zwar sind Männer ebenso wie Frauen mehrheitlich (und zunehmend) bereit, für die Betreuung ihrer Kinder für eine gewisse Zeit zu einer Teilzeittätigkeit zu

wechsellern, Frauen geben dies aber häufiger und für längere Zeiträume an und sie tun es faktisch auch öfter (Stamm und Buddeberg-Fischer 2011; Gedrose et al. 2012; Miksch et al. 2012). Dies ist besonders insofern relevant, als der Anteil an Frauen im Arztberuf stetig steigt. Während der Anteil an Ärztinnen 1991 noch 33,6 Prozent betrug, so ist er inzwischen auf 45 Prozent gestiegen (BÄK 2014); unter Studienanfängern sind inzwischen über zwei Drittel Frauen (Willich et al. 2011). Zugleich stellt Teilzeittätigkeit jedoch ein „externales Karrierehindernis“ (Buddeberg-Fischer et al. 2009) dar. Dies wird auch von den Betroffenen selbst so wahrgenommen: In einer Schweizer Befragung benannten 40 Prozent der Teilzeitkräfte, aber niemand der Vollzeitkräfte, dass die Doppelbelastung aus Arbeit und Kindern ihre akademische Karriere negativ beeinflusst habe (Hoesli et al. 2013).

Interessant im Hinblick auf die Gewinnung von Personal sind zudem mögliche geografische Präferenzunterschiede; die Daten hierzu sind jedoch begrenzt. Es gibt Hinweise, dass diejenigen jungen Ärzte, die aus einer ländlichen Region stammen, sich auch eher vorstellen können, dort später tätig zu werden (Steinhäuser et al. 2013) – aber selbst diese wollen mehrheitlich in größeren Städten arbeiten. Darüber hinaus ist

die Entscheidung, sich in ländlichen Regionen niederzulassen, von verschiedenen weiteren Faktoren abhängig wie zum Beispiel Berufsmöglichkeiten für den Lebenspartner oder einem familienfreundlichen Umfeld (Steinhäuser et al. 2013).

Insgesamt zeigt sich ein deutliches Bild: Für die junge Generation sind größere Städte attraktiv; hinsichtlich der Organisationsform werden eine Anstellung in Krankenhaus, MVZ oder Praxis, aber auch die niedergelassene Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis gegenüber einer Einzelpraxis deutlich präferiert. Über die Gründe lässt sich spekulieren. Möglicherweise haben sich die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aus Sicht der Ärzte im Laufe der letzten Jahre eher verbessert: Bestimmte administrative und koordinative Aufgaben wurden professionalisiert, was sich auch im Einsatz von eigenständigen Case Managern ausdrückt. Die Angebote an Teilzeittätigkeit wurden zumindest etwas erweitert, wie exemplarische Beispiele aufzeigen (Dinkelacker und Iblher 2011). Möglicherweise bestehen auch subjektiv weniger ökonomisch bedingte Einschränkungen, beispielsweise des Arzneimittelverordnungsspielraums, als in einer eigenen Praxis, wo zahlreiche Regularien greifen und Regresse möglich sind. Auch die Hierarchien werden im Vergleich zur Situation vor einigen Jahren nun möglicherweise eher als etwas flacher wahrgenommen. Die Erwartungen des medizinischen Nachwuchses machen jedoch ein weiteres Umdenken nötig, um

als Arbeitgeber für die zukünftige Generation attraktiv zu sein (Schmidt et al. 2011).

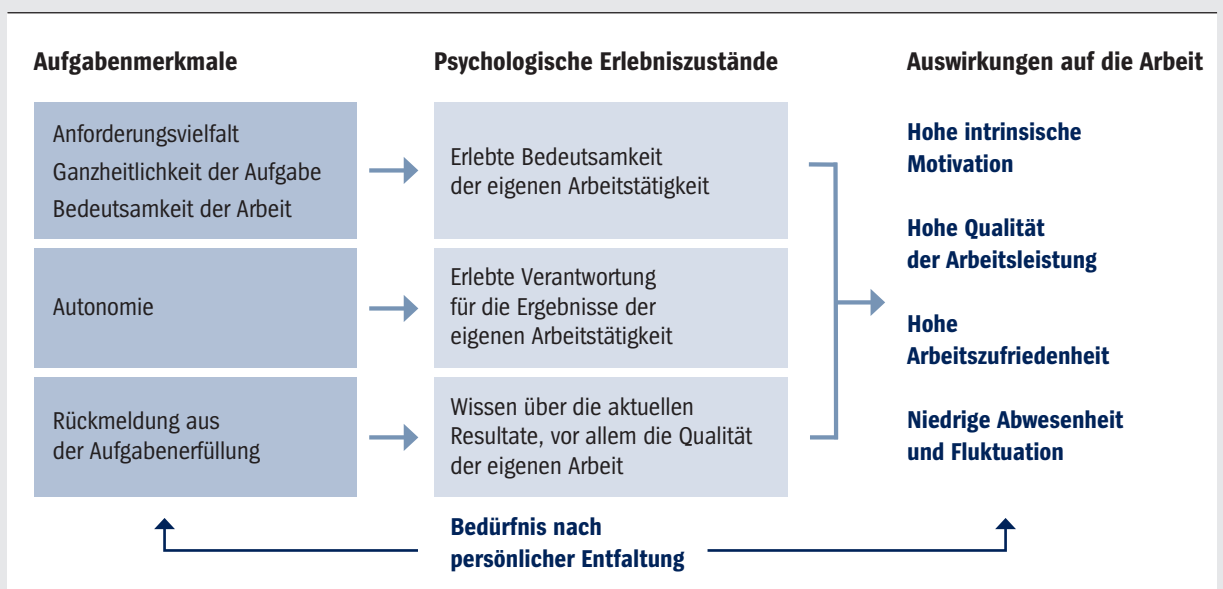
Die artikulierten Präferenzen junger Ärzte geben Auskunft darüber, von welcher Tätigkeit sie sich Zufriedenheit erwarten. Limitierend muss jedoch hinzugefügt werden, dass sie keine Aussage darüber zulassen, wer letztlich in welcher Arbeitsform tatsächlich zufrieden ist.

## 4 Berufszufriedenheit von Ärzten

Zur strukturierten Untersuchung solcher Zusammenhänge ist es erforderlich, die berufliche Zufriedenheit auf theoretischer Ebene zu betrachten und auf ihre Messbarkeit hin zu prüfen. Das Konzept der Arbeitszufriedenheit stellt dabei ein Konstrukt dar, welches sich zusammensetzt aus den Arbeitsbedingungen, der Arbeitsstätte, den persönlichen Faktoren sowie den sozialen Rahmenbedingungen, die auf die Beurteilung der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit Einfluss haben. Es werden die Einstellungen zu verschiedenen Facetten der Arbeitssituation erfasst. Die Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg et al. unterscheidet dabei zwischen intrinsischen (Kontextfaktoren) und extrinsischen Faktoren (Kontextfaktoren) (Herzberg et al. 1967). Die intrinsischen Faktoren, die inner-

ABBILDUNG 2

### Das Job-Characteristics-Modell



Quelle: Hackmann und Oldham, modifiziert nach Nerding 2011

halb der Arbeit zu finden sind, führen zur Zufriedenheit. Dazu zählen Aspekte wie Anerkennung, Arbeitsinhalte oder übertragene Verantwortung. Die extrinsischen Faktoren, die außerhalb der eigentlichen Tätigkeit zu finden sind, können Unzufriedenheit hervorrufen. Hierunter fallen Aspekte wie Einkommen, Unternehmenspolitik, Arbeitsplatzsicherheit und konkrete Arbeitsbedingungen (Nerdinger 2011).

Damit wird deutlich, dass nicht nur finanzielle Anreize beziehungsweise ökonomische Aspekte bei der Arbeit motivieren und zur Zufriedenheit führen. Dies unterstreicht auch das Job-Characteristics-Modell nach Hackman und Oldham (Abbildung 2). Danach sind unter anderem Elemente wie die Anforderungsvielfalt in der Arbeit, die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit oder das Erleben der Ganzheitlichkeit der Aufgabe diejenigen, die die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitstätigkeit bestimmen. Damit erhöhen sich die intrinsische Arbeitsmotivation und die Qualität der geleisteten Arbeit.

Die quantitative Erfassung von Arbeitszufriedenheit erfolgt durch den Einsatz verschiedener standardisierter Instrumente. Die Skala zur Arbeitszufriedenheit von Warr et al. erfasst verschiedene intrinsische und extrinsische Faktoren, die unmittelbar die Zufriedenheit beeinflussen (Warr et al. 1979) (Tabelle 1).

#### 4.1 Studienlage zur Berufszufriedenheit im deutschen Gesundheitssystem

In den bisherigen empirischen Studien mit Stichproben deutscher Ärzte wurden verschiedene Prädiktoren der Berufszufriedenheit dargestellt. Eine Befragung von Ärzten verschiedener Fachgebiete des Universitätsklinikums Mainz benennt insbesondere das Verhalten der Vorgesetzten und die Hierarchie im Krankenhaus sowie die eigene subjektive Gesundheit der Ärzte als bestimmende Prädiktoren (Laubach und Fischbeck 2007). Ein hohes Ausmaß an administrativen Erfordernissen wird in mehreren Studien von den Befragten als Faktor von Unzufriedenheit beklagt (Behmann et al. 2012). Bei einer Befragung deutscher Hausärzte war – bei insgesamt recht guter Zufriedenheit – die zeitliche Arbeitsbelastung der Aspekt, für den am häufigsten Unzufriedenheit angegeben wurde (Goetz et al. 2013). Dies betraf signifikant stärker Hausärzte in ländlichen Regionen, die im Gegenzug aber zufriedener mit ihrem Einkommen waren. Auch in einer Befragung des Commonwealth Fund von 2009 gaben Hausärzte in ländlichen Regionen Deutschlands an, stärker im Rahmen ihrer Arbeitsstunden belastet zu sein als Ärzte im städtischen Umfeld (Steinhauser et al. 2011). Ein signifikanter Zusammenhang der Arbeitszeitbelastung mit der Berufszufriedenheit wurde auch in einer Untersuchung mit Krankenhausärzten gezeigt (Ommen et al. 2009). In der gleichen Studie wurde das soziale Kapital einer Organisation als signifikanter Prädiktor

TABELLE 1

### Intrinsische und extrinsische Einflüsse auf die Arbeitszufriedenheit von Ärzten\*

#### Intrinsische Faktoren (Kontentfaktoren)

Arbeitsvielfalt  
Nutzung der eigenen Fähigkeiten  
Menge an Verantwortung  
Anerkennung für die Arbeit

#### Extrinsische Faktoren (Kontextfaktoren)

Freiheit in den Arbeitsmethoden  
Psychische Arbeitsbedingungen  
Arbeitsstunden  
Einkommen  
Kollegen und Mitarbeiter

\*Die Aufzählung dieser Faktoren ist nicht als ausschließlich zu sehen.

Quelle: nach Warr et al. 1979

der beruflichen Zufriedenheit betont. Das Vorhandensein an ausreichendem sozialen Kapital zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass man in ein soziales Netzwerk eingebunden ist, welches gleichzeitig eine entlastende Funktion im Sinne der sozialen Unterstützung innehat (Bourdieu 1983). Das Konzept wird teilweise auch auf den Arbeitsplatzkontext angewendet, Mitarbeiter als wichtige Ressource im Arbeitsalltag können insofern als Quelle derartiger sozialer Unterstützung gesehen werden (Vltmer und Spahn 2009).

Bisher liegen keine spezifischen Befragungen für angestellte Ärzte in MVZ vor. Zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen zeigte sich in einer Studie kein signifikanter Zusammenhang mit der Berufszufriedenheit (Götz et al. 2010). Ebenfalls kein signifikanter Unterschied fand sich in einer Befragung deutscher Klinikärzte hinsichtlich der Trägerschaft (freigemeinnützig, öffentlich oder privat) des Krankenhauses (Mache et al. 2009). Allerdings kann sich die Etablierung neuer Versorgungsverträge nach Paragraph 73b Sozialgesetzbuch V auf Aspekte der Berufszufriedenheit auswirken. So zeigte sich nach Einführung des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg eine Steigerung der Zufriedenheit der Ärzte hinsichtlich ihrer Honorierung bei gleichzeitig geringerer Zufriedenheit mit den Arbeitsstunden (Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung 2013).

## 4.2 Studienlage zur Berufszufriedenheit im internationalen Vergleich

Richtet man den Blick auf das Ausland, so werden in den Befragungen ähnliche Aspekte mit Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit genannt. So zeigten van Ham et al. in einer systematischen Literaturübersicht auf, dass die Arbeitszufriedenheit bei Hausärzten verschiedener Länder mit der Arbeitsvielfalt und dem Kontakt zu anderen Fachärzten steigt, hingegen mit der Anzahl der Arbeitsstunden, dem bürokratischen Aufwand und einem niedrigen Einkommen sinkt (van Ham et al. 2006). Wiederholt findet sich der Befund, dass die Berufszufriedenheit im Krankenhaus mit höherer Hierarchieebene steigt (Bovier und Perneger 2003; Buxel 2013).

Eine systematische Literaturübersicht von 77 Studien vor allem aus dem angloamerikanischen Raum ergab, dass Ressourcenrestriktion mit Einengung des Handlungsspielraums, etwa über eine Vergütung durch Kopfpauschalen, mit geringerer Zufriedenheit korrelierte; Autonomie und geringerer Leistungs- und Einkommensdruck korrelierten hingegen mit höherer Berufszufriedenheit (Gothe et al. 2007). Die Einkommenshöhe war dabei nicht allein ausschlaggebend, sondern war erst in Kombination mit weiteren positiven Faktoren mit der Zufriedenheit assoziiert. Die Arbeit weist jedoch auf die erschwerte Interpretation der Daten der zugrunde gelegten Studien aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit hin (Gothe et al. 2007).

Abweichend von Ergebnissen im deutschen Kontext (siehe oben) wurde in einer finnischen Studie festgestellt, dass die Trägerschaft von Kliniken einen Einfluss auf die beschäftigten Ärzte und dabei insbesondere auf psychosoziale Faktoren haben kann. Die Ärzte, die im privaten Sektor arbeiteten, berichteten dort von einem besseren Wohlbefinden und einer positiveren Einstellung zur Arbeit als diejenigen, die im öffentlichen Sektor beschäftigt waren (Heponiemi et al. 2010).

Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und dem eigenen psychischen Gesundheitszustand. Eine negative Wahrnehmung der eigenen Arbeitstätigkeit von Ärzten kann – wie auch beim Pflegepersonal – zu gesundheitlicher Beeinträchtigung wie Burn-out, depressivem Syndrom oder Substanzmissbrauch führen (Garrosa et al. 2011; Wallace et al. 2009). Jüngere Ärzte zeigen diese psychischen Reaktionen eher als ältere (Uncu et al. 2007). Als Konsequenz können sich derartige arbeitsbedingte gesundheitliche Reaktionen letztlich auf die Versorgungsqualität auswirken. Eine hohe Arbeitsbelastung, ausgeprägter arbeitsplatzbezogener Stress und eine geringere Arbeitszufriedenheit beeinflussen sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegekräften negativ die Leistungsfähigkeit und die Behandlung von Patienten (van den Hombergh et al. 2009; Poghosyan et al. 2010).

Ein Review der Cochrane Collaboration über zehn Studien konnte hingegen Hinweise dafür finden, dass flexible Arbeitszeiten sich bei Arbeitnehmern verschiedener Berufssparten, darunter auch Ärzten, positiv auf das eigene Wohlbefinden und insbesondere auch auf den psychischen und physischen Gesundheitsstatus auswirken (Joyce et al. 2010).

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung des Commonwealth Fund zeigte sich im internationalen Vergleich, dass Hausärzte in Deutschland mit ihrer beruflichen Situation weitaus weniger zufrieden waren als Ärzte in anderen Ländern. Vor allem die Rahmenbedingungen, eine hohe Arbeitsbelastung sowie viele Patientenkontakte wirkten sich negativ auf die Berufszufriedenheit aus (Koch et al. 2011).

Betrachtet man die vorliegende Literatur in der Zusammenschau, so spielen verschiedene Faktoren für die berufliche Gesamtzufriedenheit eine Rolle. Die einzelnen Effekte sind dabei schwer zu isolieren, zumal die Studien methodisch heterogen sind und die verwendeten Instrumente teilweise eine geringe Validität aufweisen sowie unterschiedliche Arztgruppen untersucht wurden. Unter Beachtung dieser Limitationen deutet sich aber an, dass nichtmonetäre Faktoren eine große Bedeutung besitzen (Janus et al. 2007). Nicht immer sind diese institutionell beeinflussbar – beispielsweise ein kollegiales Betriebsklima. Teilweise lassen sich aber durch eine entsprechende Betriebskultur (Linzer et al. 2009) und geeignete Maßnahmen, nicht zuletzt hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen, Verbesserungen bewirken. Für einzelne Interventionen konnten konkrete positive Effekte gezeigt werden, etwa für kollegialen Austausch und Supervision in institutionalisierter Form und geschützten Zeitfenstern (West et al. 2014; Regehr et al. 2014). Zudem konnte gezeigt werden, dass Balint-Gruppenarbeit sich bei hausärztlich tätigen Medizinerinnen positiv auf das eigene Wohlbefinden auswirkte und ebenso zu einer Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit führte (Kjeldmand und Homström 2008). Auch logistische Unterstützung, konkret zum Beispiel durch Bereitstellung von Kita-Plätzen mit großzügigen Öffnungszeiten, kann entscheidend sein – und kann sich aus Arbeitgebersicht auch betriebswirtschaftlich rechnen (Heller und Heller 2009).

## 4.3 Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Chance für die Berufszufriedenheit

Die Aspekte ärztlicher Berufszufriedenheit stehen auch im Zusammenhang mit den Vorteilen einer gut organisierten multiprofessionellen Zusammenarbeit und einer den jeweiligen Erfordernissen angepassten Arbeitsaufteilung. Während nichtärztliche Gesundheitsprofessionen im Ausland teilweise deutlich höher qualifiziert sind und ein anderes Aufgabenspektrum abdecken, besteht diesbezüglich in Deutschland

noch Potenzial. In der jungen Ärztegeneration ist die Offenheit für neue Konzepte der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Arbeitsaufteilung zwar gegeben, bisher gilt aber weiter, dass die Angehörigen der verschiedenen Professionen häufig erst nach Ausbildung beziehungsweise Studium und dann unter dem Druck der Alltagsabläufe in Kontakt kommen. Es gibt vereinzelt auch empirische Hinweise, dass eine Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen – hier am Beispiel medizinischer Fachangestellter – bei guter Zusammenarbeit auch die Zufriedenheit von Ärzten steigern und sich positiv auf die Beurteilung der Versorgung aus Patientensicht auswirken kann (Szecsenyi et al. 2011). Insgesamt sollten die Ergebnisse jedoch zurückhaltend interpretiert werden; weitere Studien zu den Effekten verschiedener Modelle multiprofessioneller Zusammenarbeit sind erforderlich. Dabei darf nicht die Notwendigkeit außer Acht gelassen werden, bestehenden Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichem als auch nichtärztlichem Personal zu beheben.

## 5 Fazit

Eine Anpassung der Arbeitsstrukturen und -bedingungen an die eingangs erwähnten Kennzeichen moderner Gesellschaften erscheint vor dem Hintergrund der Gewinnung von medizinischem Nachwuchs und dem Erhalt bestehender Arbeitskräfte als äußerst relevant. Betrachtet man die Präferenzen der nachrückenden Ärztegeneration sowie die Trends der Statistik, so werden in Zukunft zunehmend viele Ärzte angestellt tätig sein. In jedem Fall wird die überwiegende Zahl weiblich sein. Die Bedürfnisse dieser Generation werden relativ klar artikuliert, eine wesentliche Forderung ist die Implementation flexibler und teilzeitfähiger und somit attraktiver Arbeitszeitmodelle. Weiterer Handlungsbedarf besteht dahingehend, dass auch vorübergehende Teilzeittätigkeit ein starkes Karrierehemmnis klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit darstellt. Ebenso sollte darauf geachtet werden, dass im Rahmen einer demografieorientierten Personalentwicklung die bestehenden Fachkräfte gehalten werden. Inwiefern eine Umsetzung dessen gelingt, ist vor allem von den Möglichkeiten der Arbeitgeber vor Ort, aber auch von gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig. Es bedarf insbesondere für die ländlichen Regionen in Deutschland individueller Konzepte, um die Attraktivität der jeweiligen Arbeitsstandorte an die Präferenzen anzupassen.

Die berufliche Zufriedenheit und das Befinden von Ärzten – ebenso wie von nichtärztlichem Gesundheitspersonal – ist neben deren Anziehung und Bindung auch relevant für die Versorgungsqualität und Patientensicherheit und ist letztlich als ein Qualitätsmerkmal und -indikator zu begreifen (Wallace et al. 2009). Bestimmte Aspekte der Zufriedenheit sind eng verknüpft mit anderen aktuellen Diskursen: Beispiels-

weise kann ein kooperatives Miteinander im hierarchischen Gefüge zu einem offeneren Umgang führen, der Bedingung ist für eine konstruktive Fehlerkultur. Auch die interprofessionelle Kommunikation auf Basis gegenseitigen Respekts sowie der empathische Dialog mit Patienten können von einer insgesamt hohen Berufszufriedenheit profitieren und dann gut gelingen.

Zugleich imponiert eine stark limitierte Datenlage zur Berufszufriedenheit mit eingeschränkter Vergleichbarkeit der Studien. Im Besonderen gibt es unseres Wissens nach keine komparative Untersuchung, die gezielt nach der Organisationsform differenziert. Hier wären Studien mit Einbezug von Ärzten in Krankenhäusern, MVZ und verschiedenen Praxisformen gewinnbringend. Derartige Studien sollten im Längsschnittdesign konzipiert werden, um eventuelle Einflüsse durch gesundheitspolitische Veränderungen mit zu berücksichtigen.

Anhand der Datenlage ist kein pauschaler Schluss möglich, welche Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems die genannten Bedürfnisse der jungen Generation am besten erfüllen kann. Es wird darauf ankommen, welche Akteure diese Bedürfnisse am besten in ihrem Gesamtkonzept berücksichtigen und priorisieren – und in diesem Sinne innovative Arbeitskultur- und auch Versorgungsmodelle entwickeln. Die Anforderungen der sogenannten Generation Y sollten dabei auch als Chance gesehen werden: Wer qualifizierte Arbeitskräfte attrahieren möchte und gezielt auf die Bedürfnisse abstellt, kann möglicherweise Wettbewerbsnachteile – wie eine ländliche Lage – zumindest teilweise kompensieren. Hierzu zählt auch die Möglichkeit spezifischer Interventionen, um die Berufszufriedenheit zu steigern – beispielsweise qualifizierte Supervision oder feste Zeiten für institutionalisierten, kollegialen Austausch. Im Rahmen der ohnehin empfehlenswerten Evaluation innovativer Versorgungsmodelle sollte Forschung zur Zufriedenheit – individuell und im Teamkontext – mitverfolgt werden. Dies kann die Zufriedenheit des Einzelnen und im Team, aber auch die Patientensicherheit und Versorgungsqualität fördern.

## Literatur

**Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (2013):** [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de) → oben rechts bei „Suche/Webcode“ W48654 eingeben → AOK-HausarztProgramm: Evaluation 2010–2011 → PDF („Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg“) (letzter Zugriff am 16.06.2014)

**Adler G, von dem Knesebeck JH (2011):** Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 54, Heft 2, 228–237

**BÄK (Bundesärztekammer) (2014):** Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013; [www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002) (letzter Zugriff: 31.05.2014)

**Behmann M, Schmiemann G, Lingner H et al. (2012):** Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey. Deutsches Ärzteblatt International, Jahrgang 109, Heft 11, 193–200

**Bourdieu P (1983):** Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten, Sonderband 2 der Sozialen Welt. Göttingen: Schwartz, 182–198

**Bovier P, Perneger TV (2003):** Predictors of work satisfaction among physicians. European Journal of Public Health, Heft 13, 299–30

**Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M (2009):** Karriereförderliche und karrierehinderliche Erfahrungen in der Weiterbildungszeit junger Ärztinnen und Ärzte. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 134, 2451–2457

**Buxel H (2013):** Arbeitsplatz Krankenhaus. Was Ärzte zufriedener macht. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 11, A494–498

**Dinkelacker C, Iblher T (2011):** Ärztemangel in den Krankenhäusern. Attraktiv durch Teilzeitangebote. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 108, Heft 23, A1341–1342

**Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Munoz A et al. (2011):** Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. International Journal of Nursing Studies, Jahrgang 48, Heft 4, 478–489

**Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al. (2012):** Do female medical graduates have different views on professional work and workload compared to their male colleagues? Results of a multicenter postal survey in Germany. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 137, Heft 23, 1242–1247

**Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J et al. (2013):** The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. Family Medicine, Jahrgang 45, Heft 2, 95–101

**Gothe H, Köster AD, Storz P et al. (2007):** Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 20, A1394–1399

**Götz K, Broge B, Willms S et al. (2010):** Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern. Medizinische Klinik, Jahrgang 105, Heft 11, 767–771

**Götz K, Miksch A, Hermann K et al. (2011):** Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 136, Heft 6, 253–257

**Haas JS, Cook EF, Puopolo AL et al. (2000):** Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? Journal of General Internal Medicine, Jahrgang 15, Heft 2, 122–128

**Heller AR, Heller SC (2009):** Die familienfreundliche Klinik. Anaesthesist, Heft 58, 571–581

**Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T et al. (2010):** Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. European Journal of Public Health, Jahrgang 21, Heft 4, 520–525

**Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB (1967):** The motivation to work. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.

**Hoesli I, Engelhardt M, Schötzau A et al. (2013):** Academic career and part-time work in medicine: A cross-sectional study. Swiss Medical Weekly, Jahrgang 143, w13740

**Jacob R, Heinz A, Müller CH (2010):** Berufsmonitoring Medizinstudenten – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Köln, Kassenärztliche Bundesvereinigung

**Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW (2007):** German physicians „on strike“ – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. Health Policy, Jahrgang 82, Heft 3, 357–365

**Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bamba C (2010):** Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. Art. No: CD008009; DOI: 10.1002/14651858.CD008009.pub2

**Kjeldmand D, Homström I (2008):** Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Annals of Family Medicine, Jahrgang 6, Heft 2, 138–145

**Koch K, Miksch A, Schürmann C et al. (2011):** Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Hausärzte. Deutsches Ärzteblatt International, Jahrgang 108, Heft 15, 255–261

**Kreis T (2014):** Der Kampf um Arbeitskräfte. Deutsches Ärzteblatt, Heft 19, 9. Mai 2014, 58–59

**Laubach W, Fischbeck S (2007):** Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German University Hospital. International Journal of Public Health, Jahrgang 52, Heft 1, 54–59

**Linzer M, Manwell LB, Williams ES et al. (2009):** Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Annals of Internal Medicine, Jahrgang 151, Heft 1, 28–36

**Mache S, Vitzthum K, Nienhaus A et al. (2009):** Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference? BMC Health Services Research, Jahrgang 9, 148

**Miksch A, Hermann K, Joos S et al. (2012):** „Work-Life-Balance“ im Arztberuf – geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwartungen von Medizinstudierenden. Ergebnisse einer Online-Umfrage in Baden-Württemberg. Prävention und Gesundheitsförderung, Jahrgang 7, Heft 1, 49–55

**Nerdinger FW (2011):** Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In: Nerdinger FW, Blickle G, Schaper N (Hrsg.). Arbeits- und Organisationspsychologie. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin, 394–408

**Ommen O, Driller E, Köhler T et al. (2009):** The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 9, 81

**Poghosyan L, Clarke SP, Finalyson M et al. (2010):** Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, Jahrgang 33, Heft 4, 288–298

**Regehr C, Glancy D, Pitts A, Leblanc VR (2014):** Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, Band 202, Heft 5, 353–359

**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002):** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bern: Hans Huber

**Schmidt CE, Möller J, Schmidt K et al. (2011):** Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Der Anaesthesist*, Jahrgang 60, Heft 6, 517–524

**Stamm M, Buddeberg-Fischer B (2011):** How do physicians and their partners coordinate their careers and private lives? *Swiss Medical Weekly*, Band 141, w13179

**Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J et al. (2011):** A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Family Practice*, Jahrgang 12, Artikelnummer 112

**Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K (2013):** Welche Faktoren fördern die Vorstellung, sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jahrgang 89, Heft 1, 10–15

**Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S (2011):** Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Quality & Safety*, Jahrgang 20, Heft 6, 508–514

**Uncu Y, Bayram N, Bilgel N (2007):** Job related affective well-being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*, Jahrgang 17, Heft 5, 514–519

**Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G (2009):** High workload and job stress are associated with lower practice performance in general

practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 9, 118

**Van den Bussche H, Kromark K, Köhn-Hackert N et al. (2012):** General practitioner or specialist at home or abroad? *Gesundheitswesen*, Jahrgang 74, Heft 12, 686–792

**Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH et al. (2006):** Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *European Journal of General Practice*, Jahrgang 12, Heft 4, 174–180

**Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM (2003):** Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, Band 168, Heft 3, 271–275

**Voltmer E, Spahn C (2009):** Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Jahrgang 55, 51–69

**Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA (2009):** Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, Band 374, 1714–1721

**Warr PJ, Cook J, Wall T (1979):** Scales for the measurement of some work attitudes and aspects for psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, Jahrgang 52, 129–148

**Weigl M, Hornung S, Angerer P et al. (2013):** The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 13, 401

**West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT et al. (2014):** Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism. *JAMA Internal Medicine*, Band 174, Heft 4, 527–533

**Wilk M (2006):** Wie wünscht Ihr Euch Eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus? Umfrage der AG Gesundheitspolitik der bvmd; [www.aerzteblatt.de/download/files/2006/01/x0000118015.pdf](http://www.aerzteblatt.de/download/files/2006/01/x0000118015.pdf) (letzter Zugriff am 31.05.2014)

**Willich J, Buck D, Heine C, Sommer D (2011):** Studienanfänger im Wintersemester 2009/10. *HIS: Forum Hochschule*, 6; [www.his.de/pdf/pub\\_fh/fh-201106.pdf](http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201106.pdf)

## DIE AUTOREN



**David Herr,** Jahrgang 1984, Medizinstudium von 2003 bis 2011 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Von 2008 bis 2010 Bundeskoordinator Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). 2010 Trainee beim Standing Committee of European Doctors



**PD Dr. phil. Dipl.-Soz. Katja Götz,** Jahrgang 1977, Studium der Diplom-Soziologie an der Technischen Universität Dresden und der Universität Regensburg, Promotion an der Universität Regensburg, Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Von 2000 bis 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Einheit Medizinische Soziologie der Universität Regensburg. Von 2008

(CPME) in Brüssel. Von 2012 bis 2014 Arzt in Weiterbildung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln. Seit 2014 wissenschaftlicher Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Den vorliegenden Beitrag hat der Autor als persönliche Darstellung verfasst.

bis 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung am Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg. Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und seit 2014 Vorstandsvorsitzende der Stiftung Praxissiegel e.V.

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

von Dr. phil. Karl Kälble M. A.<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Das deutsche Gesundheitssystem** sieht sich seit etwa drei Jahrzehnten mit steigenden Ausgaben und einer zunehmenden Verknappung der Ressourcen konfrontiert. Die Diskrepanz zwischen der Ausgabedynamik 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

<sup>1</sup>Dr. 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, 57 f.; *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 Entscheidung 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 zaghafte. 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, 13f.*).

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](http://www.hochges.de/pdf/Zukunft%20der%20aerztlichen%20Ausbildung%20IAT.pdf) (letzter Zugriff am 14.07.2014)
- Daheim HJ (1992):** Zum Stand der Professionssoziologie. Rekonstruktion machttheoretischer 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](http://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](http://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 Orlux 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](http://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 Delhi: 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 Gemeinwohlorethik 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](http://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](http://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](http://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-](http://www.destatis.de/DE/Publika-)

[tionen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Ausgaben-GesundheitLangeReihePDF\\_2120712.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publika-tionen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Ausgaben-GesundheitLangeReihePDF_2120712.pdf?__blob=publicationFile) (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](http://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, Borchers 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](http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf) (letzter Zugriff am 14.07.2014)

## DER AUTOR



**Dr. phil. Karl Käble 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.

# Beschleunigung im Krankenhausalltag

## Konsequenzen für Beschäftigte und Patienten

von Norbert Roeder<sup>1</sup> und Dominik Franz<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**In den vergangenen zehn Jahren** hat sich der Alltag sowohl für alle Beschäftigten im Krankenhaus als auch für die Patientinnen und Patienten grundlegend verändert. Nicht alle, aber viele der wesentlichen Veränderungen wurden durch die Einführung der fallpauschalierten Vergütung für stationäre Krankenhausleistungen auf der Basis des G-DRG-Systems mitverursacht. Insbesondere die schon vor der DRG-Einführung zu beobachtende und sich kontinuierlich fortsetzende Verweildauerreduktion hat zu einer Beschleunigung der Abläufe eines Krankenhausaufenthalts geführt. Wesentliche Folge ist eine Leistungsverdichtung im stationären Arbeitsalltag für alle am Patienten Tätigen. Die Leistungsverdichtung beeinflusst alle Abläufe innerhalb der Gesamtbehandlung, erfordert Prozessoptimierung und Spezialisierung. Diese Veränderungen werden von den Beschäftigten als sehr belastend empfunden und direkt mit der Umstellung der Krankenhausfinanzierung assoziiert. Neue Berufsfelder und Tätigkeitsgebiete für Ärzte und Pflegende im Krankenhaus haben sich im Kontext der G-DRG-Einführung entwickelt, wodurch sich die Rolle der Ärzte und Pflegenden im Krankenhaus verändert hat.

**Schlüsselwörter:** Krankenhausfinanzierung, G-DRG-System, Prozessoptimierung, Spezialisierung, Rolle des Arztes, Arbeitsverdichtung, Verweildauerverkürzung, Arbeitsplatzattraktivität, Patientenzufriedenheit

**Over the past decade,** daily routine has fundamentally changed both for hospital employees and patients. Not all, but many of the major changes are due to the implementation of case-related remuneration for inpatient hospital services on the basis of the G-DRG system. In particular, the continuing reduction of the length of stay which was observable even before the DRG introduction has led to an acceleration of the processes of a hospital stay. This resulted in an intensified everyday workload for all hospital staff who work with the patients. The performance intensification affects all processes connected with the overall treatment and requires process optimization as well as specialization. These changes are perceived by employees as very stressful and directly associated with the switch to the new hospital financing system. In the context of the G-DRG implementation, new professions and fields of activity for physicians and nurses have developed, thus changing their role in the hospital.

**Keywords:** hospital financing, G-DRG system, process optimization, specialization, role of physicians, work intensification, reduction of length of stay, job attractiveness, patient satisfaction

## 1 Einleitung

Das Gesundheitswesen verändert sich. Die Ursachen der vielfältigen Veränderungsprozesse sind jedoch vielschichtig. Wesentliche Triebfedern neben der Schubwirkung durch die Einführung des G-DRG-Systems und seine ökonomischen Konsequenzen sind die Folgen der demografischen Ent-

wicklung in Deutschland, medizinische Innovationen in der Arzneimitteltherapie und Medizintechnik, veränderte Anspruchshaltungen aufseiten der Patientinnen und Patienten und der sich abzeichnende Fachkräftemangel quer durch die spezialisierte Berufsgruppenlandschaft eines Krankenhauses. Auch die Veränderung der Lebenseinstellung zu Beruf und Familie auf der Seite der Beschäftigten stellen zusätz-

<sup>1</sup>Prof. Dr. med. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Domagkstraße 5, 48149 Münster, Telefon: 0251 83-52020, Telefax: 0251 83-55645, E-Mail: norbert.roeder@ukmuenster.de

<sup>2</sup>Dr. med. Dominik Franz, Universitätsklinikum Münster, Albert-Schweitzer-Campus 1, Domagkstraße 5, 48149 Münster, Telefon: 0251 83-52023, Telefax: 0251 83-55645, E-Mail: dominik.franz@ukmuenster.de

ABBILDUNG 1

## Einflussfaktoren auf das Krankenhaus



liche Herausforderungen dar. Das G-DRG-System und seine ökonomischen Konsequenzen haben zu einer strategischen Neuausrichtung von Krankenhäusern und zu veränderten Organisations- und Entscheidungsstrukturen geführt. Hierdurch hat sich der Alltag sowohl für alle Beschäftigten im Krankenhaus als auch für die Patientinnen und Patienten grundlegend verändert.

Gerade die Verweildauerverkürzung hat zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung und Beschleunigung geführt. Die Krankenhäuser sind vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, die eine permanente Neupositionierung der im Krankenhaus Tätigen erfordern (Abbildung 1).

## 2 Leistungsverdichtung und Beschleunigung

Ein wesentlicher langfristiger Trend, der zu einer Leistungsverdichtung für alle am Patienten Tätigen (Ärzte, Pflegekräfte,

Therapeuten etc.) im stationären Arbeitsalltag führt, ist der Rückgang der stationären Verweildauer (Abbildung 2). Im Jahr 1994 betrug die mittlere stationäre Verweildauer am Krankenhaus noch 11,8 Tage, bis 2012 ist sie auf 7,6 Tage und damit um 35,6 Prozent gesunken (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012*). Diese Entwicklung wird verschärft durch eine gleichzeitige Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser (-13,7 Prozent) und eine deutliche Steigerung der stationär behandelten Fälle (+20,1 Prozent) in Deutschland. Auch die Anzahl der verfügbaren Krankenhausbetten ging seit 1991 bundesweit um 26,2 Prozent zurück (*Sozialpolitik aktuell*). Die früher in einem längeren stationären Aufenthalt erbrachten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen werden heute bei geringerer oder unveränderter Personalstärke bei gestiegener Fallzahl hochverdichtet in einem wesentlich kürzeren Zeitraum erbracht.

Auch nach der für alle Krankenhäuser verbindlichen G-DRG-Einführung im Jahr 2004 setzte sich der Trend zu kürzeren Verweildauern fort, ohne dass eine Beschleunigung durch die G-DRG-Einführung erkennbar ist. Wesentlicher

Motor der Verweildauerverkürzung ist der medizinische Fortschritt mit den daraus resultierenden Möglichkeiten für Diagnostik und Therapie.

Beispielhaft seien die Auswirkungen der Leistungsverdichtung auf die Pflegenden näher erläutert. Durch die kürzere stationäre Verweildauer und die Zunahme der Fallzahl erhöht sich die Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen im Jahr, die einen besonderen Aufwand für die Pflegenden darstellen. Auch die Mobilisation der Patientinnen und Patienten erfolgt heute frühzeitiger. Im Forschungsprojekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) wurden die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Arbeit der Ärzte und Pflegekräfte untersucht (*Klinke und Kühn 2004; Braun et al. 2011*). Als Ergebnis kam zum Ausdruck, dass die Patienten pflegeintensiver geworden sind. Medizinisch weniger komplizierte Krankheitszustände werden heute überwiegend ambulant versorgt. Hierdurch stieg der Anteil der Patientinnen und Patienten mit komplexen und komplizierten Erkrankungen im Krankenhaus an.

Gleichermaßen betroffen sind auch Therapeutengruppen wie zum Beispiel Physiotherapeuten, Logopäden etc., da die Veränderungen auch einen Einfluss auf therapeutische Konzepte hatten. Eine präoperative physiotherapeutische Vorbereitung (zum Beispiel vor der DRG-Einführung regelhafter Bestandteil bei herzchirurgisch zu operierenden Patienten) kann oftmals durch die Aufnahme der Patienten am OP-Tag oder durch Verkürzung der präoperativen Phase auf einen Tag gar nicht mehr stattfinden.

Die Verweildauerverkürzung hat einen Einfluss auf alle Abläufe innerhalb der Gesamtbehandlung. Leistungsverdichtung setzt Prozessoptimierung voraus. Der Anspruch lautet: schnell diagnostizieren, schnell therapieren, früh entlassen. Stand früher mehr Zeit für die Behandlung und die Rekonvaleszenz der Patientinnen und Patienten zur Verfügung, muss heute die Verweildauer durch ein optimales Prozessmanagement so kurz wie möglich gehalten werden. Dies erfordert eine perfekte Ablauforganisation in der Klinik und die Fähigkeit, Entscheidungen schnell zu treffen (insbesondere bei interdisziplinären Behandlungen und der Notwendigkeit der Nutzung von diagnostischen Verfahren wie der Bildgebung oder anderen Untersuchungen durch verschiedene medizinische Disziplinen). Ein Teil der Diagnostik, die früher stationär vorgenommen wurde, muss heute prästationär erfolgen. Medizinisch nicht notwendige Verlängerungen der Verweildauer verursachen vermeidbare Kosten zulasten des Krankenhauses. Die Berücksichtigung von Behandlungsleitlinien für häufige Erkrankungen, zum Beispiel in Form von klinischen Behandlungspfaden, hat ebenso Einzug in den klinischen Alltag gefunden wie die Anwendung von standardisierten Ablaufchecklisten und weiteren Instrumenten zur Gewährleistung stringenter Prozessabläufe der Diagnos-

tik und Therapie bei häufigen Erkrankungen. Ob in diesem Zusammenhang ökonomische Ziele patientenbezogene Entscheidungen negativ beeinflussen, wird diskutiert, ist jedoch bisher nicht belegt.

### 3 Spezialisierung – Neue Anforderungen an Arbeitsinhalte und Arbeitsorganisation

Im Krankenhaus arbeiten im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich spezialisierte Fachkräfte. Die bisher beschriebenen Veränderungen Leistungsverdichtung und Prozessoptimierung fördern sowohl organisationsbezogene als auch berufsgruppenbezogene Spezialisierungen. Dies erfordert eine Veränderung der Aufgabenverteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb eines Krankenhauses. Ziel ist es, jede Berufsgruppe entsprechend ihrer Qualifikation optimal einzusetzen und von Aufgaben zu entlasten, für die sie gegebenenfalls überqualifiziert sind.

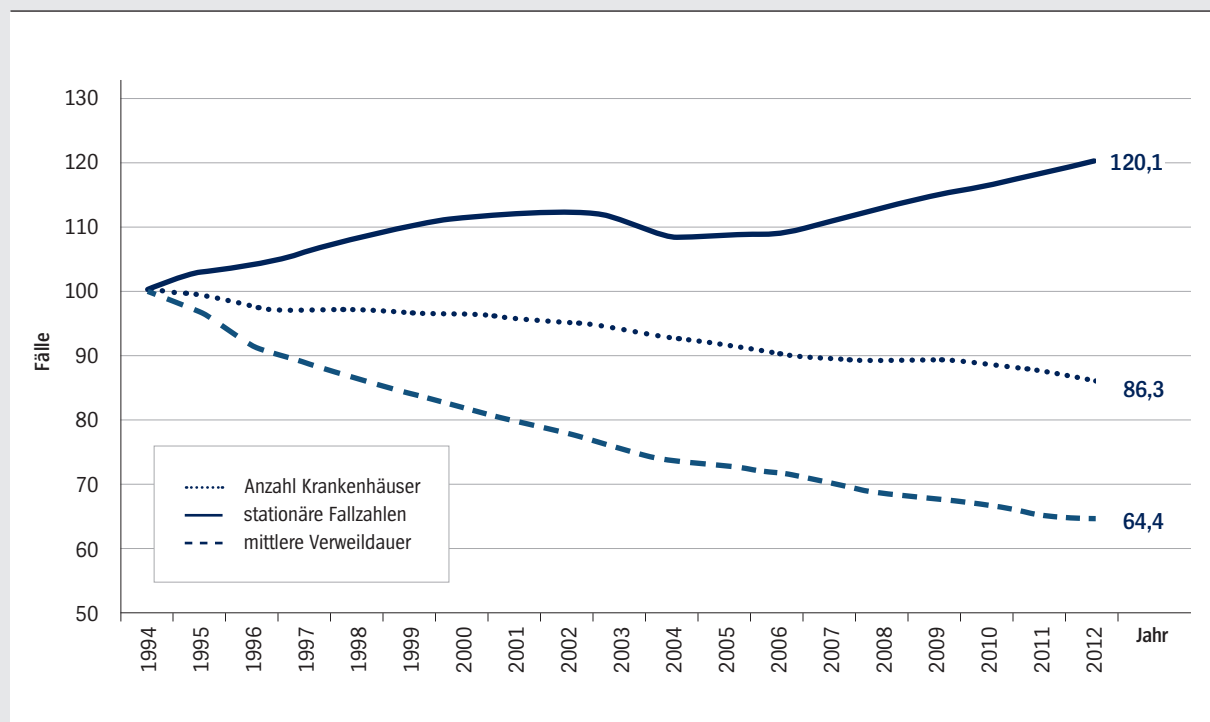
Früher teilweise von Ärzten durchgeführte Tätigkeiten werden heutzutage durch Pflegendе oder auch durch neue Berufsgruppen wie zum Beispiel das Case Management übernommen. Dafür konnten die Pflegenden bestimmte Tätigkeiten aus ihrem Aufgabenkanon an andere Berufsgruppen wie zum Beispiel Medizinische Fachangestellte oder den Transportdienst (siehe unten) delegieren. Mit der Neuordnung der Aufgaben wird das Ziel verfolgt, jeden Mitarbeiter im Krankenhaus entsprechend seiner Qualifikation optimal einzusetzen. So hat das Universitätsklinikum Münster zum Beispiel einen Transportdienst mit rund 50 Vollzeitkräften eingerichtet, der den größten Anteil der Patiententransporte innerhalb des Klinikums zwischen den verschiedenen Fachabteilungen beziehungsweise zur Diagnostik oder zur Intervention/Operation und zurück zu den Stationen übernimmt. Dadurch konnten insbesondere die Pflegekräfte entlastet werden, denn sie brauchen in der Regel ihre Station nicht mehr für Transportaufgaben zu verlassen.

### 4 Neue Berufsfelder

Eines der wesentlichen Ziele der G-DRG-Einführung war die Etablierung einer leistungsorientierten Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlungen. Nicht der Pfl egetag auf einer Station sollte die Grundlage des Krankenhauserlöses sein, sondern komplexe medizinische Leistungen sollten unabhängig von der Verweildauer höher vergütet werden als weniger komplexe Maßnahmen. Eine leistungsorientierte Vergütung setzt voraus, dass die Kostenträger differenzier-

ABBILDUNG 2

**Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser, der stationären Fallzahl und der mittleren stationären Verweildauer im Krankenhaus in Deutschland 1994–2012**  
(Indexdarstellung: 1994 = 100)



Quelle: eigene Darstellung; www.gbe-bund.de

te Informationen über die Komplexität der durchgeführten medizinischen Maßnahmen und die Morbidität des Patienten erhalten. Dieser Informationstransport wird durch die Dokumentation und Kodierung von Diagnosen und den durchgeführten medizinischen Prozeduren gesichert und ist unter G-DRG-Bedingungen die Grundlage der Krankenhausfinanzierung. Die Verantwortung für die Vollständigkeit und Validität der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren liegt beim behandelnden Arzt, auch wenn dieser zum Teil durch Kodierassistenten unterstützt wird. Dabei steht der Arzt auch direkt in der ökonomischen Verantwortung für das Erlösbudget der Fachabteilung. Die Anforderungen an denjenigen, der kodiert, sind teilweise sehr komplex. Ebenso stellen die Analyse und Umsetzung der jährlichen Veränderungen im G-DRG-System und in den begleitenden Kodiervorgaben die Anwender aus Ärzteschaft und Pflege immer wieder vor neue Herausforderungen. Umfangreich wurde diese Problematik im schon erwähnten Forschungsprojekt WAMP untersucht (Klinke und Kühn 2004). Dort wird insbesondere auch der

Anstieg der administrativen Belastung beklagt, der mit zwei bis drei Stunden täglich von den befragten Ärzten quantifiziert wurde.

Ärzte und Pflegekräfte haben neue Aufgaben in zum Teil neu entwickelten Berufs- und Arbeitsfeldern (Medizinmanagement, Medizincontrolling, Qualitätsmanagement etc.) übernommen. In vielen Krankenhäusern wurden auch ärztliche DRG-Beauftragte und Qualitätsbeauftragte in den Fachabteilungen etabliert. Ärztinnen und Ärzte müssen sich intensiver mit dem Qualitätsmanagement und den qualitativen Ergebnissen ihrer ärztlichen Tätigkeit auseinandersetzen als noch vor einigen Jahren. Es ist zu begrüßen, dass medizinische Qualität wesentlich stärker in den Fokus der öffentlichen Diskussion gerückt ist. Damit eröffnet sich den Krankenhäusern – sofern diese Diskussion auf einer sachbezogenen Grundlage geführt wird – auch die Möglichkeit, ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in einem standardisierten und transparenten Verfahren zu prüfen und darzustellen.

Um den Prozess der stationären Behandlung besser zu organisieren, haben viele Krankenhäuser sogenannte Case Manager eingeführt. Hierbei handelt es sich in der Regel um Beschäftigte aus der Pflege, die eine spezialisierte Fachweiterbildung durchlaufen haben. Neben den fachlichen Kenntnissen gehört ein hohes Maß an Teamfähigkeit, die Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit und Organisationstalent zu den wesentlichen Anforderungen an diese Tätigkeit.

Diese neue Berufsgruppe hat die Aufgabe, die Patienten optimal durch den stationären Behandlungsprozess zu begleiten. Hierzu gehört auch die Unterstützung der Patientinnen und Patienten bei der stationären Aufnahme sowie die Organisation eines möglichst reibungslosen Übergangs nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die weitere ambulante/rehabilitative Versorgung. Diese Tätigkeit beginnt idealerweise bereits in enger Absprache mit den zuweisenden Vertragsärzten und den Angehörigen des Patienten.

## 5 Perspektive des Patienten und sein Verhältnis zu Ärzten und Pflegenden

Die Veränderungen innerhalb des Gesundheitswesens beziehungsweise einer Klinik müssen immer auch aus der Perspektive der Patienten als Kernadressaten der Leistungen bewertet werden. Viele Patienten begrüßen den kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus und sind froh, möglichst schnell wieder in das heimische Umfeld entlassen zu werden (*Schwarzbach und Ronellenfitsch 2008*). Allerdings existiert auch eine Gruppe von Patienten, die gerne länger „umsorgt“ sein würde, was aus den täglichen Erfahrungen im Universitätsklinikum Münster (UKM) deutlich wird.

Dies betrifft insbesondere ältere Patienten, bei denen Versorgungsprobleme im häuslichen Bereich existieren. Die Arbeitsverdichtung hat unbestreitbar Einfluss auf den Arzt-Patienten-Kontakt beziehungsweise den Kontakt zwischen dem Patienten und den Pflegenden. Diese Kontakte werden aus Zeitmangel zunehmend reduziert, was von Patienten nachvollziehbar als nachteilig empfunden wird. Von Ärzten und Patienten gleichermaßen wird die verminderte Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen beklagt. Auf die direkte medizinische Behandlung und die Qualität hat diese Entwicklung wahrscheinlich keinen wesentlichen Einfluss. In der Wahrnehmung des Patienten und für die Entwicklung einer guten Arzt-Patienten-Beziehung spielt das persönliche Gespräch und die Kontaktzeit jedoch eine große Rolle. Damit leiden auch das Ansehen des Berufsbildes und das Selbstbild des Arztes, da er die aus seiner Sicht optimale Versorgung nicht mehr in jedem Fall gewährleisten kann.

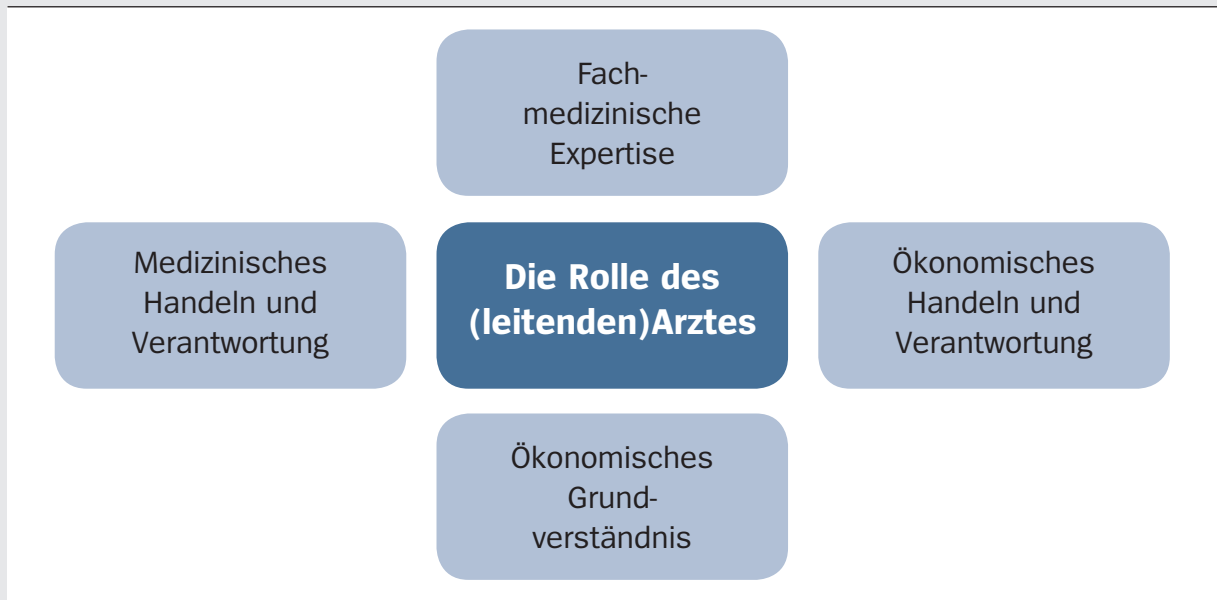
Zum Teil werden sicherlich auch Leistungen unterlassen, die dem Patienten keinen direkten, messbaren Nutzen gebracht hätten oder im Rahmen des stationären Aufenthaltes nicht notwendig sind. Hierzu gehören zum Beispiel Doppeluntersuchungen (Bildgebung, Labor etc.) sowie die Therapie von Nebendiagnosen im stationären Aufenthalt, die auch nachstationär ambulant erfolgen kann.

Das DRG-System hat die Transparenz hinsichtlich der durchgeführten Leistungen eines Krankenhauses erheblich gesteigert. Dies hat auch Einfluss auf die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte, die sich heute wesentlich stärker als vor der DRG-Einführung für ihre erbrachten Leistungen rechtfertigen müssen. Die Diskussion beleuchtet Art und Qualität der Leistungen. Gerade die Mengendiskussion wurde 2013 intensiv aus unterschiedlichsten Perspektiven mit unterschiedlichsten Zielen geführt. Während einerseits eine große Leistungsmenge als Surrogat für hohe Qualität postuliert wird (Mindestmengenregelungen, Qualitätsdarstellungen von Kostenträgern) und die Identifikation und Hebung von Effizienzreserven in den Kliniken gefordert wird, werden andererseits Mengensteigerungen ohne Evidenz als vermeintlich medizinisch nicht indiziert kritisiert (Endoprothetik, Wirbelsäulenoperationen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) (*Franz und Roeder 2012*). Mengensteigerungen führen auch zu einer Verbesserung der Effizienz, wobei es selbstredend ist, dass nur indizierte medizinische Leistungen erbracht werden dürfen.

Als Folge der Diskussion über Mengensteigerungen müssen Ärzte sich zunehmend erklären, nicht nur der Öffentlichkeit, sondern auch dem individuellen Patienten gegenüber, der kritisch hinterfragt, ob die empfohlene Operation auch indiziert sei. Die Diskussion über die Qualität medizinischer Leistungen, die teilweise in den Medien sehr negativ geführt wird, hat ebenfalls dazu geführt, dass der Patient kritischer gegenüber der Medizin geworden ist und Empfehlungen des Arztes infrage stellt. Dabei profitiert der Patient von einer Transparenz über die Leistungen der Krankenhäuser, die vor der DRG-Einführung nicht bestand. In vielfältigen Informationsmaterialien, insbesondere auf Internetportalen, werden die Leistungen der Krankenhäuser und die damit verbundene Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität dargestellt. Ganz besonders hat das Internet dazu beigetragen, dass die breite Masse einen schnellen und umfangreichen Zugang zu allen Informationen hinsichtlich Krankheit und ihrer Behandlungsmethoden, Gesundheit und Erhaltung derselben findet. Der Patient kann sich umfangreich vor der Durchführung einer geplanten Behandlung informieren, was auch das Einholen einer Zweit- oder Drittmeinung einschließt. Kritisch ist zu hinterfragen, wie der Patient sich in dieser Vielfalt der Informationen zurechtfinden soll. Häufig sind die Informationen nicht so aufbereitet, dass der Durchschnittsbürger sie verstehen beziehungsweise richtig interpretieren kann.

ABBILDUNG 3

## Veränderte Arztrolle



Quelle: eigene Darstellung

Der Patient profitiert auch davon, dass hoch spezialisierte Leistungen immer häufiger in Zentren erbracht werden, in denen überdurchschnittliche Voraussetzungen bezüglich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestehen (Brustzentren, Stroke Units, Krebsbehandlungszentren etc.). Gerade durch die Zentralisierung kommt es in den Zentren dann auch zu Mengensteigerungen.

Es ist zu erwarten, dass dadurch die schon sehr hohe Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern noch weiter steigt. Als Kehrseite der Medaille ist jedoch zu beobachten, dass sich gerade in ländlichen Regionen das Leistungsspektrum der Krankenhäuser auf die Grund- und Regelversorgung reduziert, was wiederum einen Einfluss auf die Attraktivität des Arbeitsplatzes insbesondere für Ärzte hat und bei zunehmendem Ärztemangel dazu führt, dass diese Krankenhäuser Probleme haben, entsprechend qualifizierte Ärzte für ihre Häuser zu gewinnen. Patienten werden sich daran gewöhnen müssen, für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen weitere Wege als früher zurückzulegen.

Die aktuelle Qualitätsdiskussion in den Medien führt jedoch auch zur Verunsicherung von Patienten und beeinträchtigt das Arzt-Patienten-Verhältnis (Koch 2012). Mit der Durchführung einer medizinischen Behandlung war und ist

kein 100-prozentiges Erfolgsversprechen verbunden. Tritt der vom Patienten gewünschte Erfolg nicht ein, „muss der Arzt ja einen Fehler gemacht haben“.

## 6 Veränderungen der Rolle des Arztes

In diesem Umfeld verändern sich die Rollen der Ärzte. Der Arzt repräsentiert nicht mehr den Generalisten, dem der Patient grenzenlos vertraut und in dessen Hände er sich bedingungslos begibt. Insbesondere der Hausarzt kommt immer mehr in die Rolle eines Beraters und Mittlers, der dem Patienten nach Erstdiagnostik Behandlungsempfehlungen gibt, wobei die Diagnostik und Behandlung in hoch spezialisierten ambulanten und stationären Einrichtungen stattfindet (Stichwort: Hausarzt als Lotse). In dieser komplexen Umgebung können und werden Ärzte unterschiedliche Rollen haben, wobei zu berücksichtigen ist, dass es den Arzt ohnehin nicht gibt. Gerade aus den unterschiedlichsten Anforderungen im stationären und ambulanten Bereich sowie in den zahlreichen vor- und nachgelagerten Einrichtungen und Institutionen ergibt sich eine Vielzahl von Rollenanforderungen für Ärzte in unterschiedlichsten Tätigkeiten und Aufgabenstellungen. Eine besondere Rolle nimmt allerdings der leitende Arzt im Krankenhaus ein (Abbildung 3).

Die fachärztliche Qualifikation allein ist nicht mehr ausreichend, um erfolgreich eine Fachabteilung zu führen. Der Chefarzt ist heute stärker in der wirtschaftlichen Verantwortung für seine Abteilung und für die Qualität der in seiner Abteilung erbrachten medizinischen Leistungen. Darüber hinaus muss er gut informiert sein über die Rahmenbedingungen, in denen er agiert und seine Abteilung führt. Er muss erfolgreich ein Team führen können und dabei neben seiner hohen fachlichen Qualifikation selbstverständlich auch ebenso Kenntnisse des Qualitätsmanagements und von Kodier- und Abrechnungsfragen besitzen. Er muss Abläufe effizient darstellen und organisieren können und seine Kosten leistungsgerecht steuern.

Der leitende Arzt im Krankenhaus muss sein Fachgebiet visionär explorieren, um abzuschätzen, welche Leistungsbereiche sich in der Zukunft besonders erfolgreich entwickeln werden. Dabei hat er die Nachfrage ebenso wie das Angebot seiner Wettbewerber zu berücksichtigen. Basierend auf den Ergebnissen dieser Analysen muss er seine Leistungen zukunftsfähig ausrichten und dabei unter Umständen auch auf die Erbringung bestimmter Leistungen verzichten, sofern sein Versorgungsauftrag und die Versorgung durch die umliegenden Krankenhäuser dies zulassen. Auch Marketingaspekte spielen eine große Rolle. Er muss für seine Leistungsangebote werben, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Zusätzlich muss er sich darum kümmern, Talente zu suchen und zu entwickeln, und ausgeprägte soziale Kompetenzen zur Führung seines Teams besitzen.

Der Krankenhausarzt steht vor der Herausforderung, seine Leistungen zu vorgegebenen Preisen – DRG-Fallpauschalen – und damit im Rahmen eines ökonomischen Zielkorridors zu erbringen. Ein systematisches Überschreiten dieser Kostenvorgabe wird regulierende Maßnahmen seitens des Trägers auslösen. Insbesondere private Krankenhausträger fassen die durch die Fallpauschale gesetzte Kostenvorgabe sogar noch enger, da sie im Gegensatz zu anderen Krankenhausträgern das Ziel verfolgen, eine Rendite für die Anteilseigner zu erwirtschaften. Viel intensiver als früher bringen sich die Geschäftsführungen in die Ausgestaltung des Leistungsportfolios ihrer Fachabteilungen ein. Dies wird von einem Teil der Ärzteschaft als sehr belastend empfunden, sie sieht ihren Handlungsspielraum unangemessen eingeschränkt.

Die durch die wachsenden Probleme der Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen ausgelöste Veränderung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit wurde auch berufspolitisch begleitet, wobei die Risiken wesentlich stärker herausgearbeitet wurden als die Chancen. Es wird dabei viel zu wenig deutlich, welche Chancen die Veränderungen für die ärztliche Tätigkeit im Allgemeinen und für die individuelle berufliche Entwicklung der Ärzte bieten.

## 7 Ausblick

Veränderungen im Gesundheitswesen sind notwendig, um die Finanzierbarkeit zu sichern. Dabei sind alle Beteiligten gehalten, einen konstruktiven Umgang mit immer knapper werdenden Ressourcen zu pflegen. Diesem kommt mit Blick auf die erheblichen demografischen Verschiebungen, die uns in den nächsten Jahren erwarten werden, eine besondere Bedeutung zu. Die Gesellschaft muss prüfen, was sie sich leisten möchte und leisten kann. Dabei trägt die Ärzteschaft ebenso wie die Pflege eine Mitverantwortung und sollte sich an der Ausgestaltung des Gesundheitswesens beteiligen. Diese Beteiligung kann sich nicht auf die Benennung von Mängeln beschränken, sondern muss auch die Entwicklung realistischer Lösungsvorschläge beinhalten. Zukünftig wird die wirtschaftliche Verantwortung der Ärzteschaft noch weiter wachsen. Auch über die Frage der Leistungsrationierung wird diskutiert werden müssen. Ärztliches Handeln bedeutet auch mitgestalten.

Der erfolgreiche Arzt der Zukunft wird sich nicht auf die Rolle des reinen auf Nachfrage reagierenden Versorgers reduzieren. Er wird innerhalb einer vernetzten Gesundheitswirtschaft seinem Patienten eine ausgezeichnete Versorgung entweder selber anbieten oder diese für ihn organisieren. Dazu wird er in einem Netz von Kooperationspartnern organisiert sein, die sich gemeinsam zum Ziel gesetzt haben, in einem wettbewerblich aufgestellten Umfeld der Wiederherstellung von Gesundheit und der Erhaltung derselben voranzuschreiten. Um dabei erfolgreich zu sein, ist es notwendig, dass der Arzt sein Umfeld analysiert sowie die Mitanbieter kennt und beobachtet. Er wird seine Leistung möglichst so ausrichten, dass er sich entweder hinsichtlich des Leistungsangebotes und/oder hinsichtlich der Qualität positiv von seinen Mitbewerbern abgrenzt, mit denen er im Wettbewerb um die Patienten steht. Weil er sich erfolgreich mit seinen Stärken und Schwächen auseinandergesetzt und strategisch hinsichtlich der Leistungserbringung, aber auch hinsichtlich der Auswahl seiner Kooperationspartner organisiert hat, agiert er besonders erfolgreich für seine Patienten und für sich im Wettbewerb.

Trotz der zusätzlichen Aneignung von betriebswirtschaftlichen Kenntnissen und Managementfähigkeiten hat er das Ziel nicht aus den Augen verloren, für seine Patienten die bestmögliche Versorgung entweder selbst oder durch einen Kooperationspartner in seinem kooperativen Netzwerk anzubieten. Es spricht sich unter den Patienten herum, wenn er trotz effizient organisiertem Ablauf die Patienten als Menschen ernst nimmt und ihnen Zeit widmet. Die Patienten wissen zu schätzen, dass er für sie die Diagnostik und Therapie bei spezialisierten niedergelassenen Ärzten oder in anderen Krankenhäusern organisiert und im Rahmen dieses Services durchaus Alternativen anbieten kann. Er



arbeitet mit Krankenhäusern zusammen, die ähnlich patientenorientiert ausgerichtet sind und für die neben einer exzellenten und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auch das „Drumherum“, nämlich der Service für den Patienten (Unterbringung, Verpflegung, Organisation der poststationären Phase etc.), ein großes Anliegen ist.

Zukünftig werden neue Vertragsformen eine wachsende Bedeutung erlangen und damit Einfluss auf die Rolle der Ärzte nehmen. Während Krankenhäuser und Vertragsärzte heute noch vorrangig im Schutz von Kollektivverträgen mit garantierten Vergütungen ihre Leistungen erbringen, werden künftig wohl Selektivverträge insbesondere bei elektiven Leistungen eine stärkere Bedeutung bekommen. Zukünftig wird es mehr Individualverträge zulasten der Kollektivverträge geben. Krankenhäuser und Vertragsärzte kommen mit Abschluss solcher Verträge zwangsläufig mehr und mehr in eine Unternehmerrolle. Medizin wird damit leider auch zunehmend zur Ware (Vera 2009).

Die Negativdiskussion bezüglich der Leistungen und der Qualität der deutschen Krankenhäuser belastet die dort arbeitenden Menschen sehr. Sie führt auch dazu, dass das

Berufsbild des Arztes und der Pflegekraft zunehmend an Attraktivität verliert und ein langsam zunehmender Anteil der gut ausgebildeten Ärzte und Pflegekräfte in krankenhauserferne Tätigkeiten abwandert. Dies beschleunigt den sich seit Jahren entwickelnden Fachkräftemangel (Kreis 2014), der nicht nur in der Gesundheitswirtschaft zu beobachten ist.

Mögliche Ansatzpunkte für eine Entschleunigung sind derzeit nicht in Sicht. Im Gegenteil – zukünftig wird sich die beschriebene Arbeitsverdichtung und der Aufgabenkanon für die am Patienten tätigen Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten voraussichtlich nicht wesentlich entspannen. Es ist eher davon auszugehen, dass sich die Verweildauer noch weiter verkürzt und damit die Arbeitsverdichtung zunimmt. Dadurch entsteht die Notwendigkeit, die Prozesse noch stringenter zu organisieren. Gleichzeitig wird ein erheblicher Qualitätswettbewerb eintreten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern – aber insbesondere die Ärzteschaft – sind deshalb gut beraten, sich diesem Qualitätswettbewerb zu stellen und ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität offensiv darzustellen, um diese – schon auf sehr hohem Niveau erbrachte – Qualität noch weiter zu verbessern.

## Literatur

**Braun B, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R (2011):** Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität von Pflegekräften im Krankenhaus – Ergebnisse einer bundesweiten schriftlichen Befragung repräsentativer Stichproben von Pflegekräften an Akutkrankenhäusern in den Jahren 2003, 2006 und 2008, Universität Bremen, artec-paper Nr. 173, ISSN 1613-4907, Download unter: [www.uni-bremen.de/fileadmin/user\\_upload/single\\_sites/artec/artec\\_Dokumente/artec-paper/173\\_paper.pdf](http://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/single_sites/artec/artec_Dokumente/artec-paper/173_paper.pdf)

**Franz D, Roeder N (2012):** Mengendynamik in den Krankenhäusern: Auch eine gesellschaftliche Frage. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 51–52, A-2580

**Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012):** [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) → Gesundheitsversorgung → Beschäftigte und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung – Krankenhäuser → auf 2. Seite, scrollen bis: „Tabelle (gestaltbar): Krankenhäuser / Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, Anzahl und Aufenthalte, u. a. nach Einrichtungsmerkmalen“ (letzter Aufruf: 20.06.2014)

**Klinke S, Kühn H (2004):** Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), ISSN 1860-8884

**Koch M (2012):** Arzt-Patient-Beziehung: In falsches Fahrwasser geraten. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 1–2, A20

**Kreis T (2014):** Talentmanagement: Der Kampf um Arbeitskräfte. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 111, Heft 19, 2

**Schwarzbach M, Ronellenfitsch U (2008):** Klinikpfade in der Chirurgie: Ein Instrument für den Routinebetrieb? Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 105, Heft 47, A-2512-6

**Sozialpolitik aktuell:** [www.sozialpolitik-aktuell.de/tl\\_files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32.pdf](http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI32.pdf) (letzter Aufruf: 20.06.2014)

**Vera A (2009):** Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse. Gesundheitswesen 71:e10-e17

## DIE AUTOREN



**Prof. Dr. med. Norbert Roeder,** Jahrgang 1957, Ausbildung zum Kaufmann für Groß- und Außenhandel, Studium der Medizin an der Universität Kiel, Promotion an der Universität Kiel. Nach begonnener chirurgischer Facharztweiterbildung in Itzehoe 1991 Wechsel in das Universitätsklinikum Münster (UKM), Habilitation an der Uni-

versität Münster, Gründer und Leiter der DRG-Research-Group am UKM, seit 2006 Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster. Tätigkeitsschwerpunkte sind das operative und strategische Medizinmanagement sowie die Gesundheitssystemforschung.



**Dr. med. Dominik Franz,** Jahrgang 1972, studierte nach einer Berufsausbildung zum Bankkaufmann Medizin an der Universität Hamburg und der Medizinischen Hochschule Hannover. Nach einer klinischen Tätigkeit an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik in Freiburg arbeitet er seit 2002 als Arzt im Medizincontrolling

des Universitätsklinikums Münster und ist auch Mitglied der DRG-Research-Group. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind das operative und strategische Medizincontrolling, Krankenhausmanagement, die Evaluation und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und des SwissDRG-Systems sowie die Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung.

# Chronisches Schleudertrauma: Beratung so wirksam wie umfangreiche Physiotherapie

von Christiane Roick\*

**Auch sechs Monate nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule haben mehr als die Hälfte der Betroffenen noch Beschwerden. Behandlungsleitlinien empfehlen dann trotz des Fehlens belastbarer Studien meist physiotherapeutische Übungsprogramme. Eine methodisch anspruchsvolle randomisierte, kontrollierte Studie zeigt jedoch, dass solche Programme nicht wirksamer sind als eine einfache Beratung.**

## 1 Was ist das Problem?

Nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) haben bis zu 30 Prozent der Betroffenen langfristig noch mäßige bis schwere Schmerzen und funktionelle Beeinträchtigungen. Der fortdauernde Behandlungsbedarf und Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit führen zu hohen direkten und indirekten Kosten. Behandlungsleitlinien empfehlen beim chronischen Schleudertrauma oft ein physiotherapeutisches Übungsprogramm. Belastbare Evidenz zur Wirksamkeit dieser Intervention fehlt bislang jedoch. Deshalb untersuchten australische Wissenschaftler die Effektivität eines umfangreichen physiotherapeutischen Programms im Vergleich zu einer einfachen Beratung.

## 2 Wie wurde untersucht?

Untersucht wurden 172 Patienten mit HWS-Schleudertrauma ohne neurologische Ausfälle, die seit über drei Monaten, aber höchstens fünf Jahren mindestens mäßig schwere Schmerzen oder funktionelle Beeinträchtigungen hatten. Ausgeschlossen wurden Patienten mit Wirbelsäulen-Operationen im letzten Jahr und mit Begleiterkrankungen oder anderen Kontraindikationen, die einer Physiotherapie entgegenstanden. Alle Patienten erhielten eine Broschüre mit

einem einfachen Übungsprogramm und Ratschlägen zum Umgang mit ihren Beschwerden.

Die Kontrollgruppe (KG) führte die in der Broschüre empfohlenen Übungen eine halbe Stunde unter physiotherapeutischer Anleitung durch und sollte sie fortan selbstständig machen. Die Interventionsgruppe (IG) erhielt zwölf Wochen lang ein insgesamt 20-stündiges Übungsprogramm, durchgeführt von speziell geschulten Physiotherapeuten, die dabei auch verhaltenstherapeutische Motivationstechniken nutzten. An Tagen ohne angeleitete Physiotherapie sollten die Patienten zu Hause üben. Der Therapieerfolg wurde nach 14, 26 und 52 Wochen gemessen.

## 3 Was ist rausgekommen?

Weder bei der Schmerzreduktion noch bei den meisten sekundären Ergebnisparametern (etwa HWS-Beweglichkeit, Lebensqualität) gab es signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Nur in der selbst wahrgenommenen Besserung (nach 14, 26 und 52 Wochen) und in der Funktionsfähigkeit (nach 14 Wochen) bestand ein signifikanter, aber klinisch nicht relevanter Vorteil für die IG.

## 4 Wie gut ist die Studie?

Es handelt sich um eine methodisch gute Studie mit geringem Verzerrungspotenzial und ausreichendem Stichprobenumfang. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass umfangreiche physiotherapeutische Übungsprogramme verzichtbar sein könnten, wenn Patienten mit chronischen HWS-Beschwerden angemessen beraten werden. Auch der oft empfohlene multimodale Therapieansatz wird von den Autoren wegen des fehlenden Nutzenbelegs kritisch hinterfragt. Dies sollte in der deutschen S1-Leitlinie berücksichtigt werden, die zwar auf die unzureichende Evidenzlage verweist, aber bei langanhaltender Symptomatik eine multimodale Therapie einschließlich einer Physiotherapie oder Koordinationsübungen empfiehlt.

Quelle: Michaleff Z et al.:

*Comprehensive physiotherapy exercise programme or advice for chronic whiplash (PROMISE): a pragmatic randomised controlled trial.*

*The Lancet* 4/2014 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60457-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60457-8))

\* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: [christiane.roick@bv.aok.de](mailto:christiane.roick@bv.aok.de)

## DER KOMMENTAR

*Physiotherapie ist ein primär biomechanischer Behandlungsansatz. Ob chronische Schmerzen nach Schleudertrauma überhaupt eine organische Ursache haben, ist umstritten. Doch selbst Verfechter einer organischen Ätiologie bestreiten kaum, dass psychosoziale Faktoren bei der Chronifizierung von Schmerz eine bedeutende Rolle spielen. Das empfinden die Betroffenen oft als Abwertung ihres Leidens. Die Diskrepanz zwischen Leiden und objektivierbarem Befund führt dazu, dass eine Entschädigungsneurose nie ganz auszuschließen ist. Diese Studie belegt, dass ein monomodaler Ansatz ohne Berücksichtigung von psychosozialen Faktoren kaum den Durchbruch bei der bisher nicht sehr effektiven Behandlung bringen wird.*

Prof. Dr. med.

Jean-François Chenot, MPH

Leiter der Abteilung  
Allgemeinmedizin am Institut  
für Community Medicine,  
Universitätsmedizin Greifswald



KÖPFE

**Prof. Dr. phil. Tanja Manser** (41) ist seit Juni neue Direktorin des Instituts für Patientensicherheit an der Universität Bonn. Ihre Stiftungsprofessur wird vom Aktionsbündnis Patientensicherheit gefördert. Die Arbeitspsychologin, die zuvor an der Universität Fribourg (Schweiz) arbeitete, hat viel Erfahrung im klinischen Risikomanagement. Manser studierte Psychologie in Freiburg, promovierte und habilitierte in Zürich und absolvierte Forschungsaufenthalte in Aberdeen/Schottland und Stanford/USA.

**Prof. Uta-Micaela Dürig, lic. rer. publ.** (50) ist zum 1. Juli 2015 in die Geschäftsführung der gemeinnützigen Robert Bosch Stiftung berufen worden, die unter anderem Modellprojekte im Gesundheits- und Pflegebereich fördert. Dürig, die zuvor die Konzernkommunikation der Robert Bosch GmbH leitete, wird sich ab Oktober einarbeiten und schon ab Anfang 2015 die inhaltliche Verantwortung für ein Projekt zur Be-

kämpfung der Jugendarbeitslosigkeit in Europa übernehmen. Parallel zu ihrem Beruf engagiert sich Dürig auch gesellschaftlich, etwa im Aufsichtsrat des Caritasverbandes Stuttgart.

**Prof. Dr. med. Michael Hallek** (54) ist der neue Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er folgt damit **Prof. Dr. med. Michael Manns** nach. Hallek ist seit 2003 Direktor der Klinik I für Innere Medizin an der Universität zu Köln. Nach dem Medizinstudium in Regensburg, München und Paris war er zwei Jahre als Postdoc an der Harvard Medical School in Boston. Der Hämatologe und Onkologe gründete 2007 in Zusammenarbeit mit der Universität Bonn das Centrum für integrierte Onkologie Köln Bonn (CIO).

**Prof. Dr. phil. Manfred Prenzel** (61), seit 2011 Mitglied des Wissenschaftsrats, ist seit dem 1. Juli dessen Vorsitzender. Als wissenschaft-

licher Projektmanager der PISA-Studie stand Prenzel, der Pädagogik, Psychologie und Soziologie studierte, in den letzten Jahren häufiger im Rampenlicht. Seit 2009 hat er einen Lehrstuhl für Empirische Bildungsforschung an der Technischen Universität München (TUM) inne und ist Dekan der TUM School of Education; seit 2010 ist Prenzel zudem Vorstandsvorsitzender des dortigen Zentrums für internationale Vergleichsstudien.

**Prof. Dr. rer. nat. Sven Dieterich** (45) hat zum 1. Juni die Professur für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Gesundheit (hsg) in Bochum übernommen. Dieterich ist Lehrer für Mathematik und Sport und Master of Health Administration (MHA). Zuletzt war er als Referent im Dezernat für Prävention der Unfallkasse NRW tätig, wo er seit 2007 das Programm „Schulentwicklungspreis Gute gesunde Schule“ leitete.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
15. Deutscher Medizinrechtstag „Medizin, Schaden und Haftung“	Arzt- und Krankenhaushaftpflicht, Patientensicherheit, Regress und Entschädigung	12.–13.9.2014 Berlin	Medizinrechtsanwälte e.V., Travemünder Allee 6a, 23568 Lübeck; Stiftung Gesundheit, Behringstraße 28a, 22765 Hamburg	www.medizinrechts-beratungsnetz.de/deutscher-medizinrechtstag E-Mail: info@mrbn.de Telefon: 0451 38967-0
48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin „Allgemeinmedizin: Spezialisiert auf den ganzen Menschen“	Klinische Herausforderungen in der Allgemeinmedizin, Hausärzte als Generalisten	18.–20.9.2014 Hamburg	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Theodor-Stern-Kai 7 60590 Frankfurt	www.degam2014.de E-Mail: geschaeftsstelle@degam.de Telefon: 069 6500-7245
26. Deutscher Geriatriekongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie „Stress und Altern – Chancen und Risiken“	Negative und positive Aspekte von Stress, Gesundheit und Teilhabe im Alter	24.–27.9.2014 Halle/Saale	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) Kuniberts kloster 11–13 50668 Köln	www.gerontologie-geriatriekongress.org E-Mail: dggg2014@aey-congresse.de Telefon: 030 2900659-4
Deutscher Suchtkongress	Behandlungs- und Betreuungskonzepte, Rehabilitation, Schnittstellenmanagement	30.09.–2.10.2014 Berlin	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. Postfach 1453 59004 Hamm	www.deutschersuchtkongress.de/kongressregistrierung.html E-Mail: sucht2014@cpo-hanser.de Telefon: 040 670882-0
1. Frauengesundheitskongress „Frauengesundheit 2014 – aktiv, bewegt, informiert“	Frauenspezifischer Umgang mit Medikamenten, psychische Gesundheit, Bewegung	1.10.2014 Berlin	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Ostmerheimer Straße 220 51109 Köln	www.frauengesundheitsportal.de/aktuelles/termine/ E-Mail: poststelle@bzga.de Telefon: 0221 8992-300
Deutscher Schmerzkongress „Schmerztherapie befreit – befreit Schmerztherapie“	Sektoren- und fachübergreifende Versorgung, Akutschmerz, Schmerz bei Kindern	22.–25.10.2014 Hamburg	Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Alt Moabit 101 b 10559 Berlin	www.deutscher-schmerz-kongress2014.de E-Mail: info@dgss.org Telefon: 030 39409689-0

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*  
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),  
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)  
Red.-Mitglieder: Annegret Himrich, Dr. Silke Heller-Jung; Grafik: Simone Voßwinkel (KomPart)

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,  
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin  
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105  
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de