

Von der Deprofessionalisierung zur Reprofessionalisierung im Krankenhaus?

Honorarärzte zwischen Markt, Organisation und Profession

Von Maximiliane Wilkesmann, Birgit Apitzsch und Caroline Ruiner

Zusammenfassung: Seit den 1990er Jahren lassen sich Ökonomisierungsprozesse im Gesundheitswesen beobachten. In diesem Zusammenhang hält das Prinzip der Effizienzsteigerung Einzug in die Organisation Krankenhaus und damit in den ärztlichen Handlungsbereich. Vor diesem Hintergrund sehen sich Ärzte zunehmend mit einer Entwicklung konfrontiert, die zu einer *Deprofessionalisierung* mit nicht intendierten dysfunktionalen Folgen (z.B. in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung) führen kann. Begleitet ist diese Entwicklung von einer Loslösung der Ärzteschaft aus der Erwerbsorganisation Krankenhaus in Form einer *neuen* Selbstständigkeit, die als Ökonomisierung auf der individuellen Ebene verstanden werden kann: Als solo-selbstständige Fachärzte sind *Honorarärzte* gegen ein vereinbartes Honorar zeitlich befristet in verschiedenen Krankenhäusern tätig. In unserem Beitrag wird das Honorararzt-Phänomen ins Zentrum gerückt und folgende Forschungsfrage beantwortet: *Wie wirkt sich die Ökonomisierung auf organisationaler und individueller Ebene auf das professionelle Handeln von Ärzten im Krankenhaus aus?* Ausgehend von professions- und organisationssoziologischen Zugängen greifen wir das Phänomen des Honorararztwesens auf, um das Spannungsfeld von Markt, Organisation und Profession in der Medizin angesichts aktueller, ökonomisch induzierter Transformationsprozesse im Gesundheitswesen nachzuzeichnen. Zur Analyse der Auswirkungen auf das professionelle ärztliche Handeln greifen wir auf qualitative Interviews sowohl mit Honorarärzten als auch mit angestellten Ärzten, Chefärzten und Krankenhausgeschäftsführern zurück. In der Analyse der Interviews wird deutlich, dass der verstärkte Einsatz von Honorarärzten einen Beitrag zur *Reprofessionalisierung* der ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern leisten kann.

1. Einleitung

Ökonomisierungsprozesse betreffen nicht mehr nur die Wirtschaft, sondern prägen zunehmend andere Bereiche der Gesellschaft (z.B. Schimank / Volkmann 2008). Insbesondere im Gesundheitswesen halten seit den 1990er Jahren Marktlogiken wie z.B. das Prinzip der Effizienzsteigerung Einzug in die Organisation Krankenhaus und damit in den ärztlichen Handlungsbereich (z.B. Simon 2008; Bode 2010). Allerdings steht die Berücksichtigung ökonomischer Vorgaben potenziell in Konflikt mit der Orientierung am Gemeinwohl, der Selbstkontrolle und -organisation sowie der professionellen Autonomie, die für die ärztliche Profession maßgeblich sind. Entsprechend sind Ärztinnen¹ und Ärzte mit einer Entwicklung konfrontiert, die zu einer Deprofessionalisierung mit nicht-intendierten dysfunktionalen Folgen (z.B. in Bezug auf die Qualität der Patientenversorgung) führen kann, indem eine Ein- und Unterordnung von ärztlichen Entscheidungen im Hinblick auf ökonomische Vorgaben erfolgt (Reich 2012; Siepmann / Groneberg 2012; Noordegraaf 2013). Die Organisation Krankenhaus als eine tragende Säule des deutschen Gesundheitswesens erweist sich daher für die Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen als besonders interessant, da ebenfalls die Auswirkungen auf das professionelle Handeln der in Krankenhäusern tätigen Ärzte in den Blick geraten.

Die Ökonomisierung auf organisationaler Ebene wird neuerdings von der Herausbildung einer neuen Beschäftigungsform von Ärzten begleitet, die sich jenseits der klassischen Varianten (eigene Praxis oder Festanstellung in einem Krankenhaus) in Form des Honorararzt-

1 In unseren Ausführungen nutzen wir die verallgemeinernde generische maskuline Form, sofern wir uns nicht explizit auf geschlechtsspezifische Aspekte beziehen.

wesens herausbildet. Honorarärzte sind als solo-selbstständige Fachärzte gegen ein vereinbartes Honorar zeitlich befristet in verschiedenen Krankenhäusern tätig (vgl. Teske / Schäfer 2011: 4). Sie stehen als Auftragnehmer in wechselnden Arbeitsbeziehungen mit Auftraggebern und sind als Ärzte in unterschiedliche Krankenhausorganisationen eingebunden (Wilkesmann et al. 2016). Honorarärzte handeln als Solo-Selbstständige unternehmerisch, bieten ihre Arbeitskraft auf dem Markt an und sind für ihren Erfolg selbst verantwortlich. Bislang wird diese Form der *neuen* Selbstständigkeit im medizinischen Bereich weder in der organisations- und professionssoziologischen Diskussion berücksichtigt, noch aus arbeitssoziologischer Perspektive betrachtet. Vielmehr steht in aktuellen arbeits(markt)soziologischen Studien der Umgang mit Marktrisiken von Solo-Selbstständigen im IT- und Kulturbereich im Fokus (z.B. Betzelt / Gottschall 2007; Henninger / Gottschall 2007; Manske 2007). Klassische Professionen und die Auswirkungen einer stärkeren Marktbindung der Einkommens- und Beschäftigungschancen auf das professionelle Handeln sind bislang nicht dezidiert in den Blick genommen worden, wengleich insbesondere Honorarärzte als Solo-Selbstständige im medizinischen Bereich für eine solche Analyse prädestiniert sind.

Im Gesundheitswesen lässt sich somit das Zusammentreffen von Ökonomisierungsprozessen auf unterschiedlichen Ebenen beobachten: Zum einen als regulatorisch und organisational vermittelte Verstärkung ökonomischer Handlungsprinzipien in der Organisation (hier: im Krankenhaus) und zum anderen als Loslösung von Individuen (hier: von Ärzten) aus langfristigen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen zugunsten einer *neuen* Selbstständigkeit. Der Zusammenhang zwischen beiden Ebenen der Ökonomisierung und die Auswirkungen auf das professionelle ärztliche Handeln wurden bislang nicht untersucht. Daher steht im Zentrum unseres Beitrags folgende Forschungsfrage:

Wie wirkt sich die Ökonomisierung auf organisationaler und individueller Ebene auf das professionelle Handeln von Ärzten im Krankenhaus aus?

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden wir zunächst professions- und organisationssoziologische Zugänge aufgreifen und das Honorararztwesen vorstellen, um das Spannungsfeld von Markt, Organisation und Profession in der Medizin angesichts aktueller ökonomisch induzierter Transformationsprozesse im Gesundheitswesen nachzuzeichnen. Zur Analyse der Auswirkungen der zunehmenden Ökonomisierung im medizinischen Bereich auf das professionelle ärztliche Handeln in der Organisation Krankenhaus greifen wir auf qualitative Interviews sowohl mit Honorarärzten als auch mit angestellten Ärzten, Chefärzten und Krankenhausgeschäftsführern zurück.

2. Professionstheoretische Zugänge

Ärzte zählen seit jeher zu den „old established professions“ (Carr-Saunders 1955: 279) und gelten als „typische Vertreter klassischer Professionen“ (Voß 2012: 356). Zur Analyse der Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen auf das professionelle ärztliche Handeln ist es zunächst notwendig, eine genauere Bestimmung von Professionen vorzunehmen. Ausgehend von indikatorischen bzw. merkmalsorientierten Ansätzen (taxonomic approaches) in den 1950er und 1960er Jahren (Greenwood 1957; Wilensky 1964) haben sich professionssoziologische Ansätze mit je unterschiedlichen Schwerpunkten weiter ausdifferenziert (z.B. Parsons 1951; Hughes 1971). In der Folge sind verschiedene Klassifizierungsversuche unternommen worden (z.B. Schmeiser 2006; Pfadenhauer / Sander 2010; Saks 2012). Bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Schmeiser 2006) werden in den jeweiligen Klassifikationsversuchen bestimmte Ansätze gegenüber anderen als überlegen dargestellt. In diesem Kontext werden (1) deskriptive merkmalsorientierte sowie (2) analytische machttheoretische und (3) strukturtheoretische Zugänge voneinander unterschieden. Während in den ersten beiden Zugängen mit einem breiten Professionsbegriff gearbeitet wird und die strukturellen

Eigenschaften von Professionen oder das System der Professionen (z.B. Larson 1977; Abbott 1988) fokussiert sowie die Machtressourcen der Professionen in den Mittelpunkt gerückt werden, beziehen sich Ansätze, die dem strukturtheoretischen Zugang (z.B. Parsons 1951; Oevermann 2000) zugeordnet werden können, auf professionsbezogene Probleme und schränken den Professionsbegriff auf bestimmte Berufsgruppen (z.B. Ärzte, Anwälte) ein. Macht- und strukturtheoretische Ansätze bieten insgesamt einen analytischen Mehrwert für die Erklärung von (erfolgreicher) Professionalisierung und das Verstehen der Funktionsweise von Professionen. Außerdem lassen sich unter Rückgriff auf strukturtheoretische Perspektiven Positionen gegenüberstellen, die eine Spannung zwischen Markt und Profession annehmen. So geht Parsons (1951: 15) in seiner professionssoziologischen Beschreibung der Ärzteschaft davon aus, dass „das ‚Gewinnmotiv‘ radikal aus der Welt des Arztes ausgeschlossen ist“. Kommerzielle Zwänge seien demnach unvereinbar mit der Rolle und den Aufgaben von Ärzten, so dass Privilegien (z.B. Leistungsmonopol, Autonomie, Sozialprestige und überdurchschnittliche materielle Gratifikation) eine notwendige Gewährleistungsstruktur darstellen (vgl. Schnell 2007: 18).

Der merkmalsorientierte Ansatz wurde schon früh kritisch betrachtet (Johnson 1972; Roth 1974; Klegon 1978), insbesondere weil er Inkonsistenzen bei der Festlegung professionspezifischer Merkmale aufweise sowie bestimmte Kriterien auch bei klassischen Professionen teilweise mehrdeutig, national begrenzt und daher im historischen Kontext teils empirisch nicht haltbar seien. Trotz aller Kritik an merkmalsorientierten Ansätzen sind es jedoch gerade bestimmte Merkmale, die Professionen von anderen Berufen unterscheiden und ihren gesellschaftlichen Stellenwert determinieren (Goode 1957; Klegon 1978; Evetts 2006; Saks 2012). Dass eine Festlegung auf spezifische Merkmale für die professionstheoretische Forschung unerlässlich ist, kann mit Freidson (1994) wie folgt begründet werden:

Given the necessity of definition, one may note that the character of an adequate definition must be such as to specify a set of referents by which the phenomenon may be discriminated in the empirical world – that is, specifying attributes, traits, or defining characteristics. (Freidson 1994: 16)

Die Differenzierung der verschiedenen Professionsmerkmale öffnet daher den Blick dafür, dass die Professionalisierung an eine Reihe von Kriterien geknüpft ist, welche die Berufssituation bestimmen: Ein Beruf kann demzufolge (in einer zeitlichen Perspektive) mehr oder weniger professionalisiert sein (z.B. Goode 1957; Hesse 1972). Auch in Bezug auf die Ärzteschaft lassen sich aus historisch-rekonstruktiver Sicht Phasen der Professionalisierung durch die „zunehmende Institutionalisierung und Organisation“ (Wilkesmann 2009: 66) sowie Phasen der Deprofessionalisierung durch den gelegentlichen oder dauerhaften Verlust von zentralen Merkmalen ausmachen (Demszky von der Hagen / Voß 2010; Siepmann / Groneberg 2012). Merkmalsorientierte Zugänge sind in diesem Sinne besonders hilfreich, um Tendenzen der Professionalisierung und Deprofessionalisierung hinsichtlich einzelner Aspekte zu differenzieren. Zusammenfassend stellen Professionen eine besondere Art von Berufen mit folgenden zentralen Merkmalen dar (in Anlehnung an Schmeiser 2006):

1. spezialisierte, wissenschaftlich fundierte Ausbildung
2. exklusive Berechtigung der Berufsausübung
3. Herausbildung einer Professionsethik und Gemeinwohlorientierung
4. berufliche Autonomie und kollegial-kooperative Selbstkontrolle
5. besondere wirtschaftliche Entlohnung und hohes Sozialprestige
6. Berufstätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit

Im Hinblick auf die ärztliche Profession können die angeführten Merkmale wie folgt konkretisiert werden: Ärzte verfügen als Angehörige einer Profession über ein spezialisiertes Expertenwissen, das im Rahmen einer akademischen Ausbildung erworben wird. In

Deutschland sind die (1) *spezialisierte, wissenschaftlich fundierte Ausbildung* sowie (2) die *Berechtigung für die Berufsausübung* streng reguliert. Für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit ist zunächst das erfolgreiche Absolvieren eines Medizinstudiums, das mit dem Numerus Clausus einer Zugangsbegrenzung unterliegt, obligatorisch. Nach dem Studium erfolgt die Approbation, um als Arzt tätig werden zu können. Dabei unterliegen Ärzte, und insbesondere Fachärzte, in ihrer Berufsausübung einer Fortbildungspflicht, wobei nur Krankenhäuser dazu berechtigt sind, die fachärztliche Weiterbildung durchzuführen. Jeder angehende Arzt muss laut Bundesärzteordnung (BÄO) vor der Approbation einen Nachweis erbringen, aus dem hervorgeht, dass er „sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt“ (BÄO § 3 II). Hier werden Verhaltensnormen an die Ärzte herangetragen, die auf die Herausbildung einer bestimmten (3) *Professionsethik* abzielen. Im ärztlichen Gelöbnis, das der ärztlichen Berufsordnung vorangestellt ist und sich am hippokratischen Eid orientiert, sind ebenfalls professionsethische Werte formuliert. Des Weiteren regelt die Bundesärzteordnung Grundsätze im Sinne der *Gemeinwohlorientierung* zur Ausübung des Arztberufes: „§ 1 (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. (2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf“. Darüber hinaus spielt für Ärzte die selbstständige Kontrolle der Arbeit (Larson 1977; Freidson 2001) sowie die damit verbundene Handlungsautonomie eine zentrale Rolle (Abbott 1988). Die (4) *berufliche Autonomie und kollegial-kooperative Selbstkontrolle* von Ärzten ist in der uneingeschränkten Therapie- und Entscheidungsfreiheit in medizinischen Belangen hinterlegt und manifestiert sich beispielsweise in den Regelungen für die Facharztprüfungen, die im Kollegialsystem stattfinden, d.h. „Ärzte prüfen Ärzte“ (Wilkesmann 2009: 165). Aus strukturfunktionalistischer Perspektive ist dies ein grundsätzliches Kontrollproblem der Arzt-Patienten-Beziehung (Schneller / Epstein 2006), indem sich die Laienkontrolle durch Patienten als ein kaum mögliches Unterfangen darstellt und diese Kontrollfunktion an die kollegiale Selbstkontrolle der Professionellen (z.B. Bundesärztekammer) abgetreten wird (vgl. Daheim 1992: 23; Schneller / Epstein 2006). Das (5) *Sozialprestige*, das Ärzte genießen, ist – gestützt auf exklusivem Expertenwissen und beruflicher Autonomie im Sinne der Therapiefreiheit – als äußerst hoch einzuschätzen: Der Arztberuf belegt seit Jahrzehnten im Ansehen der Öffentlichkeit auf der Berufsprestige-Skala den höchsten Rang (Greef 2012). Das daraus resultierende Vertrauen auf die ärztliche Kunst aufseiten der Patienten ist die eigentliche Basis der „Zauberei des Heilens“ (Saake 2003: 456). Die *monetäre Wertschätzung* erweist sich als heterogen in Bezug auf die Zugehörigkeit zu bestimmten Hierarchieebenen und Facharzttrichtungen, befindet sich aber auf einem vergleichsweise hohen Niveau. Die Gehaltsstruktur ist in deutschen Krankenhäusern tarifvertraglich geregelt und orientiert sich entsprechend an der Position und Seniorität der Ärzte; Chefarzte hingegen werden außertariflich vergütet und erhalten über Privatliquidationen oder Boni zusätzliche Gratifikationen. Die Entlohnung der Tätigkeit von Professionellen kann als Ausdruck der besonderen Anerkennung betrachtet werden, was ein eher unproblematisches Verhältnis zwischen Markt und Profession impliziert. Das letztgenannte Merkmal, (6) *Berufstätigkeit in wirtschaftlicher Selbstständigkeit*, betrachtet Schmeiser für die Beschreibung von Professionen im europäischen Kontext als weniger relevant, da hier „die Zahl der angestellten Akademiker sehr gross ist, zum anderen gerade für Europa das Beamtenmodell für die akademischen Berufe eine große Rolle spielt“ (Schmeiser 2006: 301).

Konkrete Veränderungen der Berufssituation im Zeitverlauf werden in Bezug auf die oben skizzierten Kriterien sichtbar: Professionalisierungs- oder Deprofessionalisierungstendenzen sind vor allem an eine Veränderung in der Ausbildung, der Regulierung des Zugangs zu dem Tätigkeitsfeld, der Veränderung der ethischen Fundierung, der Kontrolle und Autonomie, des Sozialprestiges und der Gratifikationen gekoppelt. Die Annahmen, die aus professionstheoretischer Perspektive zum Verhältnis von Markt und Profession getroffen wer-

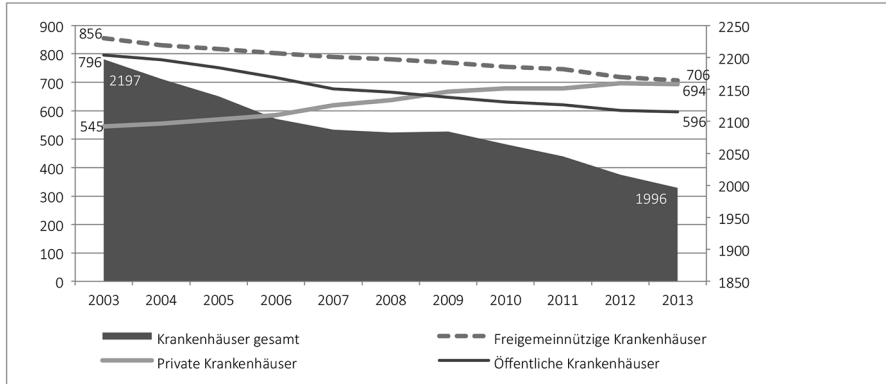
den, konvergieren darin, dass wirtschaftliche Aspekte der professionellen Tätigkeit als eher unproblematisch gelten. Vielmehr ist die materielle Gratifikation Ausdruck einer besonderen Anerkennung und steht nicht für sich im Vordergrund, oder ist gerade Voraussetzung für die unabhängige, d.h. frei von anderen Zwängen und Einflussnahmen stattfindende, Ausübung der professionellen Tätigkeit. Allerdings lässt sich das Verhältnis von Markt und Profession in der Analyse der Veränderungen in der Ärzteschaft aus zwei Gründen nicht ohne Berücksichtigung der organisationalen Einbindung von Ärzten verstehen: Erstens ist das Modell des angestellten Arztes gegenwärtig, wie bereits Schmeiser (2006) hervorhob, von zentraler Bedeutung. Zwar ist aus einer historischen Perspektive heraus betrachtet die Einbindung von Ärzten in die Organisation Krankenhaus alles andere als selbstverständlich, weil bis zum Ende des 19. Jahrhunderts der selbstständig im Krankenhaus tätige Arzt das vorherrschende Modell der Berufsausübung war. Entsprechende monetäre Anreize in Form der Privatliquidation haben die angestellte Tätigkeit in der Organisation für Ärzte jedoch attraktiver gemacht (Wilkesmann 2016). Wir gehen daher davon aus, dass neben der institutionellen Absicherung des privilegierten (Arbeits-)Marktzugangs, der Ausbildung und der Selbstkontrolle auch die konkrete organisationale Einbindung und die Ausgestaltung von Beschäftigungsverhältnissen (z.B. Baron / Bielby 1980; Köhler et al. 2008) das Verhältnis von Markt und ärztlicher Profession bestimmen. Zweitens befindet sich gerade diese organisationale Einbindung von Professionsangehörigen in den letzten zwei Jahrzehnten in einer grundlegenden Transformation. Soziale, politische und ökonomische Transformationsprozesse haben zu einem Wandel der Steuerung der Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern und damit auch der ärztlichen Profession geführt. Im Folgenden werden wir daher zunächst die Diskussion um das Spannungsfeld von ökonomischen, marktbasieren Prinzipien und Profession mit Blick auf aktuelle Veränderungen in der krankenhausesärztlichen Arbeit in Deutschland vertiefen und etwaige dysfunktionale Effekte der Deprofessionalisierung aufzeigen, um dann die Solo-Selbstständigkeit als neue Beschäftigungsformen in diesem Kontext zu diskutieren.

3. Ökonomisierung im Krankenhaus und resultierende Transformationsprozesse

Während bis Mitte der 1970er Jahre eine Ausweitung der Gesundheitsversorgung politisch gewollt war, sind seither in Deutschland in immer kürzeren Abständen gesundheitspolitische Gesetze zur Kostendämpfung verabschiedet worden (Wendt 2005). Die mit den Reformen einhergehende Einführung neuer Steuerungsinstrumente im Sinne des New Public Management (NPM) gilt als eine der größten Herausforderungen für die öffentlichen Dienstleistungsberufe im Allgemeinen und die Angehörigen von Professionen im Besonderen. Der Grundgedanke des NPM besteht darin, öffentliche Dienstleistungen effizienter und nutzenorientierter zu steuern (z.B. Ferlie et al. 1996; McLaughlin et al. 2001). Wesentliche Ziele der in den letzten zwei Jahrzehnten durchgeführten ordnungspolitischen Maßnahmen lagen vor allem in der Reduzierung der Behandlungskosten und der durchschnittlichen Verweildauer je Patient, in einer steigenden Kostentransparenz und in der Förderung des Wettbewerbs im Krankenhausmarkt (Ernst / Szczesny 2005; Gerlinger 2014). Wenngleich es sich im Fall von Krankenhäusern um einen Quasi-Markt handelt, finden ökonomische Rationalitäten Anwendung in deutschen Krankenhäusern. Im Kern sind damit die Verbetriebswirtschaftlichung (Bär 2011; Greef 2012) und Industrialisierung (Vera 2009; Iseringhausen / Staender 2012) der stationären Krankenversorgung gemeint. Im Zuge dieser Veränderungen halten utilitaristische Logiken Einzug in den medizinischen Bereich. So definiert Simon (2001: 24) Ökonomisierung als einen „Prozess des Eindringens ökonomischer Kalküle in das patientenbezogene Denken und Handeln im Krankenhaus [...], der tendenziell dazu führt, dass medizinisch-pflegerische Versorgungsziele von ökonomischen Zielen überlagert

werden⁴⁴. Als Folge der Reformen hat sich die absolute Anzahl von Krankenhäusern von 2197 im Jahr 2003 auf 1996 Krankenhäuser im Jahr 2013 reduziert. Zudem manifestieren sich die Auswirkungen auf den Krankenhausmarkt in einer Verschiebung der Trägerschaft von frei-gemeinnützigen und öffentlichen Trägern hin zu privaten Trägern (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Trägerschaft deutscher Krankenhäuser (eigene Darstellung)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Kostennachweis der Krankenhäuser 2004-2014

Der wahrgenommene Ökonomisierungsdruck sagt jedoch noch nichts über die Ökonomisierung der Organisation selbst aus. Vielmehr, so Schimank (2008: 225 f), kann der von außen wahrgenommene diffuse Zwang drei organisationale Reaktionsmuster auslösen: (1) Nachverhandlung der zugewiesenen Finanzmittel, (2) Akquise weiterer Finanzierungsquellen oder (3) Senkung verschiedener Kostenarten (z.B. Personal- und Sachausgaben). Schaut man sich die organisationsinternen Reaktionen von Krankenhäusern auf die ordnungspolitischen Maßnahmen an, wird vor allem die dritte Variante verfolgt, d.h. finanzielle und personelle Ressourcen sollen effizient und stärker bedarfsgerecht eingesetzt werden. Diese Entwicklung führt dazu, dass das professionelle ärztliche Handeln von dem wahrgenommenen Ökonomisierungsdruck und seinen Folgen auf organisationaler Ebene beeinflusst wird. So hält ein ökonomisches Kalkül (Vogd 2004; Borgetto / Kälble 2007; Manzei 2014; Simon 2014) bzw. eine neue Marktkultur (Bode / Märker 2012) Einzug in den Organisationsalltag, wodurch sich insbesondere Ärzte mit Ansprüchen konfrontiert sehen, die nicht ihren professionsethischen Normen entsprechen. Beispielsweise ist beobachtbar, dass eine Patientenselektion und -behandlung zunehmend nach Profit-Kriterien erfolgt (Lüngen / Lauterbach 2002). Dies ist möglich, da eine Standardisierung medizinischen Wissens beispielsweise durch die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG) im Zuge des NPM erfolgt ist. Durch die Fest- und Offenlegung sowie Standardisierung von Behandlungsprozeduren und -dauern wird exklusives Wissen, das vormals einzig und allein in den Händen der Ärzte war, in standardisierter Form nicht-professionellen Akteuren zur Verfügung gestellt.

Insgesamt führt die Standardisierung der Abläufe zu einer Schwächung der ärztlichen Autonomie bzw. Profession in der Organisation Krankenhaus. Im Zuge der Einführung neuer Steuerungsinstrumente sind zudem neue Funktionen (z.B. Qualitätsmanagement, Medizin-Controlling, Case-Management) geschaffen worden, die insgesamt zu einer Stärkung des kaufmännischen Bereichs führen (Wilkesmann et al. 2016). So stellen etwa Case-Manager ein neues Bindeglied zwischen Patient, Kostenträger und Leistungserbringer dar (Nagel / Kunze 2009), die unter anderem zur Aufgabe haben, Ärzte auf die Einhaltung der

DRG-Vorgaben hinzuweisen. Die ständige Präsenz transparenter Leistungsdaten im Organisationsalltag bewirkt, dass Ärzten stets vor Augen geführt wird, wie bzw. ob sie mit ihrem Handeln die eigene Abteilung oder das Krankenhaus in eine Gewinn- oder Verlustzone bringen. Die Verlagerung der Entscheidungskriterien ärztlicher Expertise in Richtung ökonomischer Denkmuster kann als Deprofessionalisierung (Noordegraaf 2006; Rychner 2006) der Ärzteschaft gedeutet werden, da hier sowohl das Merkmal der Professionsethik und der Gemeinwohlorientierung als auch die berufliche Autonomie angegriffen werden. Im Rahmen einer Langzeitstudie zur Auswirkung der DRGs im Krankenhaus konnten Braun und Kollegen (2010) nachweisen, dass sich die ethischen Dilemmata im Hinblick auf die professionellen Ansprüche von Ärzten und Pflegekräften in ihrem Berufsalltag verstärkt haben (vgl. dazu auch Schmitz / Berchtold 2009: 168).

Neben der Bewältigung eines erhöhten Arbeitsaufkommens ist im Krankenhausalltag folglich der Umgang mit insbesondere folgenden drei Spannungsfeldern erforderlich (vgl. Bode 2010: 207): Die beteiligten Akteure stehen im Entscheidungszwang zwischen (1) der Orientierung an der Bedarfswirtschaftlichkeit vs. Ertragsorientierung, (2) der universalistischen Patientenorientierung vs. strategischen Kundenorientierung und (3) der Verpflichtung zur Versorgungssicherheit vs. Marktopportunismus. Unklar bleibt an dieser Stelle, wie diese Dilemmata auf individueller Ebene gelöst werden und welche Auswirkungen daraus auf das professionelle Handeln von Ärzten resultieren. Es kann festgehalten werden, dass mit der stärkeren bürokratischen und ökonomischen Einflussnahme sich das Krankenhaus zunehmend von seinen ursprünglichen, öffentlich legitimierten professionsethischen und gemeinwohlorientierten Zielvorstellungen entfernt (Annandale 1989). Wie die Professionsangehörigen auf diese Veränderungen reagieren und welche Dynamiken dadurch in Gang gesetzt werden, werden wir im Folgenden diskutieren. Insbesondere der Wechsel der Ärzte in die Solo-Selbstständigkeit scheint angesichts des in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewinnenden Phänomens des Honorararztwesens eine Reaktion zu sein, deren professionstheoretischen Folgen bislang nicht erforscht wurden.

4. Das Phänomen des Honorararztwesens

Die skizzierten Transformationsprozesse sind begleitet von einer Loslösung der Ärzteschaft aus der Erwerbsorganisation Krankenhaus in Form der solo-selbstständigen Honorararzt-tätigkeit. In Anlehnung an Teske und Schäfer (2011) können Honorarärzte folgendermaßen definiert werden:

Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne vertragsärztliche Zulassung oder eigene Praxis sowie ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen ein vereinbartes Honorar in der stationären oder ambulanten Versorgung tätig sind. Honorarärzte können in Krankenhäusern, Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Forschungseinrichtungen, öffentlichen und privaten Institutionen des Gesundheitswesens, bei Rettungsdienstorganisationen projektbezogen und zeitlich begrenzt ärztlich tätig sein. (Teske / Schäfer 2011: 4)

Rechtliche Grundlage für die Tätigkeit von Honorarärzten bildet das Vertragsarztänderungsgesetz (§ 19 a und § 20 Ärzte-ZV), welches seit 2007 die Übernahme eines hälftigen vertragsärztlichen Versorgungsauftrages zulässt. Eine Stärkung der rechtlichen Position von Honorarärzten im Krankenhaus erfolgte im Januar 2013 durch die Änderung des § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, so dass Krankenhäuser auch Leistungen abrechnen können, die durch nicht angestellte Ärzte erbracht werden. Honorarärzte sind primär weder als Niedergelassene mit eigener Praxis noch als Angestellte in Krankenhäusern tätig (vgl. Keller / Wilkemann 2014: 101).

In der Literatur wird derzeit von ca. 4000 bis 5000 hauptberuflich oder in Teilzeit tätigen Honorarärzten ausgegangen (Teske 2010). Dies entspricht aktuell zwar nur einem Anteil

von einem Prozent der Ärzteschaft in Krankenhäusern, allerdings ist die Entwicklung dieser Beschäftigungsform in einem relativ kurzen Zeitverlauf durch eine hohe Dynamik gekennzeichnet. Das Auftreten des Honorararzt-Phänomens wird zudem begünstigt durch einen in Deutschland vorherrschenden Fachkräftemangel und einem entsprechend hohen Bedarf an Ärzten, die bei Personalengpässen zeitlich befristet aushelfen (vgl. Keller / Wilkesmann 2014: 106 f). Als Solo-Selbstständige setzen sie ihre Arbeitskraft in unterschiedlichen Krankenhausorganisationen ein und müssen daher mit Marktrisiken bzw. dem Spannungsfeld von Markt, Organisation und Profession in der Medizin umgehen. Die Auswirkungen auf das professionelle Handeln von Ärzten im Krankenhaus können daher insbesondere mit einem Fokus auf Honorarärzte diskutiert werden, da sie qua *neuer* Selbstständigkeit den Blick auf den individuellen Umgang mit Marktanforderungen lenken. Bevor wir die gewonnenen Erkenntnisse in Hinblick auf unsere zentrale Fragestellung präsentieren, skizzieren wir im folgenden Abschnitt die qualitativ-empirische Basis unserer Analyse.

5. Methodisches Vorgehen

Die empirischen Erkenntnisse unserer Untersuchung speisen sich aus zwei verschiedenen Projekten. Zum einen wird auf eine Studie² zu Anreizstrukturen im Gesundheitswesen zurückgegriffen, in der u.a. 13 Honorarärzte befragt wurden. Die Interviews mit den Honorarärzten geben insbesondere Aufschluss über deren professionsethische Wertvorstellungen und Umgangsweisen mit dem Spannungsfeld von Markt, Organisation und Profession. Um die Binnenperspektive auf das professionelle Handeln von Ärzten im Krankenhaus vor dem Hintergrund der beobachteten Ökonomisierungsprozesse einzuholen, beziehen wir in die Analyse ebenfalls die geführten Interviews mit krankenhausesinternen Akteuren, d.h. drei Chefärzten und fünf angestellten Ärzten, ein.³ Die Befragten sind überwiegend männlich, zwischen 31 und 70 Jahren alt und vertreten folgende Fachrichtungen (in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit): Anästhesie, Notfallmedizin, Intensivmedizin, innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Gynäkologie, Chirurgie und Radiologie. Für einen Perspektivenabgleich wird die Auswertung um eine zuvor durchgeführte Studie⁴ ergänzt, in der 13 Krankenhausgeschäftsführer befragt wurden. Aus dieser letztgenannten Studie fließen im Rahmen einer Sekundäranalyse (Medjedović / Witzel 2010) ausschließlich jene vier Interviews ein, in denen sich die Befragten zum Phänomen des Honorararztwesens geäußert haben.

In beiden Erhebungen wurden leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) durchgeführt, die mit Erlaubnis der interviewten Personen digital aufgezeichnet wurden. Die Interviewleitfäden adressierten u.a. die Erfahrungen der Befragten hinsichtlich der Zusammenarbeit von Honorarärzten und angestellten Ärzten im Krankenhaus. Einblicke in De- oder Reprofessionalisierungstendenzen gaben dabei insbesondere die Schilderungen des Erlebens des Arbeitsalltags und der Zusammenarbeit sowie der Wahrnehmung der eigenen Rolle im Krankenhaus aus Sicht der verschiedenen Ärztegruppen. Außerdem waren die Begründung des Wechsels des Beschäftigungsstatus der Honorarärzte und der erwarteten Chancen und Risiken der eigenen Tätigkeit aufschlussreich. Alle geführten Interviews wurden im Nachgang vollständig transkribiert und anonymisiert. Die Interviews wurden mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010) ausgewertet. Der Auswertungspro-

2 Beteiligte des Teilprojekts in alphabetischer Reihenfolge: Birgit Apitzsch, Caroline Ruiner, Sabine Salloch und Maximiliane Wilkesmann, unterstützt im Rahmen der Global Young Faculty des Mercator Research Centers Ruhr (MERCUR); gefördert von 10/2013 bis 03/2015.

3 Zusätzlich wurden in der Studie Interviews mit fünf Agenturvertretern durchgeführt, die allerdings angesichts des Fokus auf krankenhausesinterne Akteure nicht in die vorliegende Auswertung einfließen.

4 Projektbeteiligte in alphabetischer Reihenfolge: Maik Lachmann, Stephanie Rüsck und Maximiliane Wilkesmann; gefördert von der Dr. Werner Jackstädt Stiftung von 09/2013 bis 06/2016.

zess beinhaltete sowohl eine deduktive Kategorienanwendung als auch eine induktive Kategorienentwicklung. Entsprechend der theoretisch gestützten Entwicklung des Interviewleitfadens war der Auswertungsprozess dann deduktiv, wenn einzelne Fragebereiche des Leitfadens, wie z.B. nach der aktuellen Tätigkeit, codiert wurden. Induktiv wurden Kategorien entwickelt, um die bislang unerforschten Auswirkungen der individuellen und organisationalen Ökonomisierungsprozesse auf das professionelle Handeln von Ärzten in deutschen Krankenhäusern zu erfassen. Dies betrifft z.B. die Kategorie des professionellen Selbstverständnisses von Honorärärzten sowie die Kategorie zu den Auswirkungen ihres Einsatzes im Krankenhaus.

Im Auswertungsprozess haben sich individuelle und kollektive Auswertungsphasen abgewechselt. Die Interviewtranskripte wurden auf der Basis eines gemeinsam erarbeiteten Codierleitfadens zunächst individuell codiert und die Zuordnung von Interviewpassagen zu einzelnen Codes anschließend gemeinsam besprochen. Dabei wurde das Codesystem stets kritisch hinterfragt und weiterentwickelt. In einem letzten Schritt wurden die Interviews codespezifisch durchgegangen und geprüft, ob die Codes konsistent vergeben wurden. In diesem Zusammenhang wurden letzte Justierungen des Codesystems nach Diskussion und Entscheidung im Forschungsteam vorgenommen. Insofern erfolgte die Codierung des Interviewmaterials iterativ im Sinne der konsensuellen Validierung (Bortz / Döring 2013: 328). Nachfolgend werden wir die gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Ökonomisierung auf der organisationalen und individuellen Ebene auf das professionelle ärztliche Handeln im Krankenhaus präsentieren und diskutieren.

6. Deprofessionalisierung im Krankenhaus als Grund für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit

Die Ökonomisierungsbestrebungen im Gesundheitswesen und die daraus resultierenden Transformationsprozesse in Krankenhäusern prägen die Arbeitssituation der darin angestellten Ärzte in vielfältiger Weise. Im Zuge der beobachteten Veränderungen auf organisationaler Ebene nehmen Ärzte eine Deprofessionalisierung ihres Handelns im Krankenhaus wahr, die sich auf die wissenschaftlich fundierte Ausbildung, die berufliche Autonomie und Gemeinwohlorientierung, aber auch die besondere wirtschaftliche Entlohnung bezieht. Die wahrgenommene Deprofessionalisierung spielt die entscheidende Rolle bei der Entscheidung, sich als Honorararzt (solo-)selbstständig zu machen. So kritisieren die befragten Honorarärzte durchweg die zunehmende Vermarktlichung im Krankenhausalltag im Sinne eines Bedeutungsgewinns kaufmännischer Entscheidungskriterien, die u.a. dazu führe, dass ihre ärztliche Autonomie beeinträchtigt sei, und nicht mehr per se das Patientenwohl, sondern vielmehr ökonomische Anreize im Vordergrund stünde. Zudem wird eine Relevanzverschiebung bei den ärztlichen Tätigkeiten beanstandet, die sich darin zeigt, dass Routinetätigkeiten überwiegen und der (Ausbildungs-)Standard insgesamt abnimmt, wie das folgende Zitat exemplarisch verdeutlicht.

Wir leben ja heute in einer massiven Durchkommerzialisierung der Medizin. [...] Was ganz massiv frustriert, ist, dass eigentlich die Einzigen, die noch was zu sagen haben im Krankenhaus, sind die kaufmännischen Leitungen. Als Arzt darf man eigentlich machen, was die sagen, aber der Begriff des freien Berufes, der mit seinen Fähigkeiten, Kenntnissen und den Patienten verpflichtet ist, das ist vorbei. Und das lernen die jungen Leute heute auch gar nicht mehr. [...] Heute lernen die eigentlich nur noch: Er hat das und das Krankheitsbild, egal wie es ausgeprägt ist, er kriegt das und das. Also dem tut das Knie weh, Knieprothese. [...] Dazu kommt ein unglaublicher Zeitdruck, der auf den Leuten lastet. Die Leute machen ja nur noch Dienste, die arbeiten nur noch im Dauerlauf. (Honorararzt 05: 27)

Zusätzlich ist aufgrund der Kostensenkungsmaßnahmen und des Fachkräftemangels in der Erfahrung der Befragten der Arbeitsalltag im Krankenhaus geprägt durch eine hohe Arbeitsbe- bzw. -überlastung, die sich darin zeigt, dass Überstunden, Nacht-, Wochenenddienste und Rufbereitschaften unentgeltlich übernommen werden (müssen). Die hohe Arbeitsbelastung sowie die stärkere Kennzahlenorientierung in Krankenhäusern werden von Honorarärzten als eine potenzielle Bedrohung ihrer Expertise, ihrer fachlichen Autonomie und der Umsetzung fachlicher Standards wahrgenommen, die das Problem des Fachkräftemangels überdies langfristig verstärken können.

Ich finde, [...] dass die Ökonomisierung des Gesundheitswesens dermaßen zugenommen hat, dass es also wirklich kaum noch um gute Medizin [geht], wir haben immer noch gute Medizin, aber gut, okay, aber im Grunde geht es wirklich den meisten Krankenhausärzten nur um entweder ausgeglichenen Haushalt oder auch Profitmaximierung. Das ist katastrophal, das geht gar nicht. Das ist bei dem Beruf kontraindiziert einfach und das sieht man daran, wie wirklich eine Menge von Ärzten, also ich spreche nur von Krankenhausärzten, am Rande der Erschöpfung sich da lang lavieren, wie viele ins Ausland gehen, wie viele Honorararzt geworden sind usw. (Honorararzt 04: 162)

Sie gehen heute aber zum Arzt und da ist der Unterschied, [...] der muss ihnen das quasi verkaufen, was die kaufmännische Leitung will. Der Chef, Chefarzt übt dann auch noch Druck aus, weil er Zielvereinbarungen hat [...]. Und das frustriert natürlich die Menschen, zu dem ganzen Arbeitsdruck, zu dem ständigen Personalmangel, der überall herrscht. (Honorararzt 03: 29)

Im Rückblick auf ihre Zeit als in einem Krankenhaus angestellte Ärzte, aber auch durch den Einsatz in verschiedenen Krankenhäusern kritisieren die befragten Honorarärzte, dass Professionsmerkmale wie Autonomie und die Einhaltung wissenschaftlicher bzw. fachlicher und professionsethischer Standards von rückläufiger Relevanz sind und im Krankenhausalltag vielmehr ökonomische und bürokratische Vorgaben eine übergeordnete Rolle spielen, welche zudem zu einer hohen zusätzlichen Arbeitsbelastung führen. Vor diesem Hintergrund wird die Honorararztstätigkeit als Möglichkeit gesehen, den Professionsethos jenseits krankenhauserinterner Zwänge zu wahren. Gleichwohl lässt sich der Wechsel des Beschäftigungsstatus als eine Ökonomisierung auf individueller Ebene deuten, da Honorarärzte als Solo-Selbstständige im Vergleich zu angestellten Ärzten im Hinblick auf ihre Existenzsicherung Marktrisiken unmittelbar ausgesetzt sind. Deutlich wird die zunehmende Vermarktlichung auch im Umgang der Honorarärzte mit Marktanforderungen. Da der Einsatz und damit das Einkommen der Honorarärzte stärker von der Nachfrage der (verschiedenen) Auftraggeber abhängen, wird von den Honorarärzten eine zunehmende Selbstvermarktung ihrer Arbeitskraft erfordert, die an die von Voß und Pongratz (1998) beschriebenen Strategien des Arbeitskraftunternehmers erinnern. Exemplarisch verdeutlicht dies ein Honorararzt.

Ich habe mich selbst vermarktet und habe quasi auf gute, qualitativ hochwertige fachärztliche Tätigkeit gesetzt, das hat sich auch eigentlich ausgezahlt, die Leute waren immer sehr zufrieden mit mir [...], d.h. ich habe so mein eigenes Branding ein bisschen betrieben. (Honorararzt 09: 37)

Zu ihrer Vermarktung und Vermarktbarkeit gehört in der Perspektive der Honorarärzte zudem die stete Aktualisierung ihrer fachlichen Qualifikationen und Ausrichtung der Fortbildungsinhalte auf die Krankenhausbedürfnisse. Neben der Notwendigkeit unternehmerischen Denkens und der eigenen Vermarktung thematisieren die interviewten Honorarärzte, dass sie als solo-selbstständige Ärzte per se „immer qualitativ hochwertig arbeiten“ (Honorararzt 02: 57) müssen, wenn sie im Krankenhaus tätig sind.

Gleichzeitig ermöglichen die Marktbedingungen, d.h. der Fachkräftemangel und die hohe Nachfrage nach Fachärzten, dass Honorarärzte ihre Forderungen hinsichtlich der zeitlichen, inhaltlichen und finanziellen Ausgestaltung der Arbeitsbeziehung verwirklichen können. In diesen Zusammenhang wird die Position der Arbeitskräfte gegenüber Organisationen in der Hinsicht gestärkt, dass Krankenhäuser auf die Ärzte zur Ausübung der Arbeitstätigkeit ange-

wiesen sind, die Honorarärzte insofern vergleichsweise frei von kaufmännischen Vorgaben und Zwängen im Krankenhaus agieren und ihre (Gehalts-)Forderungen durchsetzen können.

Und mit der Zeit wurde die Arbeitsmarktsituation für die Ärzte besser und dann bekam ich auch entsprechend immer mehr Geld dafür. Wo ich heute sagen kann, dass ich also recht gut verdiene.“ (Honorararzt 02: 5)

[I]ch konnte natürlich da auch meine Forderungen besser verwirklichen unter dem jetzigen Arbeitsmarkt, in der jetzigen Arbeitsmarktsituation. (Honorararzt 09: 123)

Das Wechselspiel von Markt, Organisation und Profession kann vor diesem Hintergrund wie folgt skizziert werden: Der Fachkräftemangel – verstärkt durch Prozesse der Ökonomisierung (Kostensenkung, Stärkung kaufmännischer Entscheidungskriterien) auf organisationaler Ebene – führt krankenhausintern zu einer höheren Arbeitsbelastung der angestellten Ärzte, zu einer Schwächung der professionellen Autonomie, zu einer Entkräftung der Professionsethik und Gemeinwohlorientierung sowie zu einem Prioritätsverlust der fundierten wissenschaftlichen Ausbildung im Krankenhausalltag. Der Markt hat entsprechend Einfluss auf die Ausübung der Profession innerhalb der Organisation. Mit dem Ausscheren von (Honorar-)Ärzten aus der Organisation verändert die Marktsituation ihre Wirkung. Zwar sind sie als Solo-Selbstständige von der Nachfrage der Krankenhäuser abhängig und müssen sich danach ausrichten, um gefragt zu sein. Aufgrund der Knappheit qualifizierter Fachkräfte können Honorarärzte jedoch sowohl ein für sie angemessenes Verhältnis von Arbeitsbelastung und Vergütung durchsetzen als auch ihr Handeln an professionsspezifischen Qualitäts- und Fachstandards orientieren. Welche Folgen daraus im Krankenhausalltag resultieren, soll im Folgenden diskutiert werden.

7. Die Honorararztstätigkeit als Möglichkeit der Reprofessionalisierung ärztlichen Handelns

Die mit der Honorararztstätigkeit einhergehende Reprofessionalisierung ärztlichen Handelns lässt sich sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene beobachten. Auf individueller Ebene wird mit Blick auf die beobachtete Entwicklung im Krankenhaus, die als eine Deprofessionalisierung ärztlichen Handelns interpretiert werden kann, als Motiv für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit neben einer Zunahme an insbesondere zeitlicher Flexibilität bei angemessener Bezahlung von den Befragten der höhere Grad an Autonomie genannt, den sie im Vergleich zur Tätigkeit als angestellter Arzt wahrnehmen. Honorarärzte betonen in dem Zusammenhang, dass sie sich sowohl belastenden Arbeitsbedingungen als auch (ökonomischen und hierarchischen) Vorgaben oder Kontrollen entziehen können, da sie formal nicht in Krankenhausstrukturen integriert und folglich Vorgesetzte ihnen gegenüber nicht weisungsbefugt sind. Dies ermöglicht es aus Perspektive der Honorarärzte, jenseits festgefügtter Krankenhausroutinen, den ärztlichen Professionsethos zu wahren, indem sie qua Facharztstatus und ohne feste Organisationsbindung in ihrer Arbeitsausübung fachlichen Kriterien gegenüber ökonomischen Anforderungen oder Anweisungen durch Vorgesetzte den Vorrang geben können:

Als ich Arzt werden wollte, war das für mich ein freier Beruf. Und die Therapiefreiheit und die Freiheit meiner Entscheidungen und die Freiheit, zu entscheiden, wann ich wo tätig werde, ist für mich die Essenz des Arztberufs, deswegen bin ich Arzt geworden, hauptsächlich. Und das kann ich als freiberuflicher Notarzt wirklich realisieren. Ich [...] stehe nicht unter ökonomischen oder sonstigen Zwängen. Und auch nicht unter hierarchischen Zwängen und fühle mich wirklich frei in meiner Entscheidung, was für den Patienten das Beste ist. (Honorararzt 02: 143)

Dazu gehört aus der Perspektive der Honorarärzte auch, dass sie ihr spezialisiertes Expertenwissen durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen stets aktuell halten – nicht nur, um am Markt gefragt zu sein und Marktrisiken abzufedern, sondern auch um ihre Wissensbedarfe

gezielt zu decken. Im Gegensatz zu Honorarärzten beklagen angestellte Ärzte aufgrund der Arbeitsverdichtung und hierarchischer Vorgaben eine fehlende Freistellung für Fortbildungen. In der Folge sind Honorarärzte angesichts ihrer Solo-Selbstständigkeit eher als die im Krankenhaus angestellten Ärzte in der Lage, ihre Fachkompetenz und damit ihr ärztliches Handeln auf aktuelle medizinische Erkenntnisse auszurichten, anstatt sich organisationspezifischen Vorgaben hinsichtlich der Patientenversorgung unterzuordnen.

[A]lso alle Ärzte müssen sich fortbilden, aber ich habe die Erfahrung gemacht, wenn man in der Praxis ist, lässt man das sehr schleifen. Und in der Klinik muss man das machen, ohne sich vielleicht dafür wahnsinnig zu interessieren, aber als Freiberufler macht man das freiwillig, weil, wenn man als Freiberufler seine Therapie verteidigen muss und erklären muss, dann muss man sich fortbilden. Dann muss man absolut immer das Neueste im Kopf haben, weil nur dann kann man bestehen vor den Kollegen. Ja, man ist also ganz schnell weg vom Fenster, wenn man sich keine Weiterbildungen besorgt und wenn man nicht regelmäßig up to date ist. Also das ist eine ganz, ganz wichtige Sache, ganz besonders als Freiberufler. (Honorararzt 02: 71)

Ausgehend vom Hochhalten fachlicher Kriterien und Standards ist der veränderte Beschäftigungsstatus der Honorarärzte mit der Möglichkeit der Reprofessionalisierung des (honorar-)ärztlichen Handelns verbunden. Dies führt dazu, dass Honorarärzte im Krankenhausalltag – orientiert am Patientenwohl und gestützt auf neueste wissenschaftliche Erkenntnisse – eigene Therapieentscheidungen treffen und ihre fachliche Autonomie gegenüber Versuchen der Einflussnahme durch ökonomische und/oder hierarchische Vorgaben – notfalls mit einem Wechsel des Auftraggebers – verteidigen.

Ich bin jetzt als Honorarärztin, manche Chefs wissen das nicht, die denken, ich habe wirklich zu gehorchen, das habe ich wörtlich gehört, aber man ist in seiner eigenen Entscheidung, man ist dann selbstverantwortlich. (Honorararzt 11: 43)

[...] dass man einfach viel eher bereit ist zu sagen: Aber das, was hier gerade läuft, das mach ich nicht mit, ja? Weil ich das nicht will, Punkt. Und dann gehe ich halt. Dafür bin ich Honorararzt. (Honorararzt 01: 175)

Die solo-selbstständige Tätigkeit der Honorarärzte geht mit einer Betonung der fachlichen Qualifikationen und Standards einher. Es lässt sich damit eine Reprofessionalisierung auf individueller Ebene beobachten, die sich auch darin zeigt, dass sowohl die berufliche Autonomie als auch die Wahrung des Professionsethos im professionellen Selbstverständnis der Honorarärzte im Vordergrund stehen und sie diese aufgrund ihres Status als Solo-Selbstständige realisieren können. Dabei führt die stärkere Marktanbindung der Beschäftigungs- und Einkommenssituation nicht per se zu Konflikten mit professionellen Standards, was auch an der speziellen von einem Fachkräftemangel geprägten Arbeitsmarktsituation liegt.

Auf organisationaler Ebene zeigt sich ebenfalls eine Reprofessionalisierung, die aus dem Einsatz von Honorarärzten resultiert. So sollen Honorarärzte zu einer Entlastung der angestellten Ärzte in Krankenhäusern beitragen. Neben der Übernahme von anfallenden Aufgaben wird darunter die Ermöglichung zeitlicher Freiräume für Urlaube und Fortbildungen gefasst. In dieser Hinsicht führt der Einsatz von Honorarärzten zu einer Reprofessionalisierung ärztlichen Handelns im Krankenhaus, indem z.B. die fachliche Weiterentwicklung der angestellten Ärzte ermöglicht wird und Freiräume für die Reflexion und Erhaltung professioneller Standards (im Rahmen von Fortbildungen) geschaffen werden.

[I]ch habe das auch immer so vermittelt, dass ich gesagt habe, hört mal zu, wenn, also den Chefärzten, wenn ich jetzt komme, ermöglicht den Leuten ihren Urlaub, ihren Fortbildungsurlaub und macht das für eure Leute und das und so könnt ihr die, die jetzt da sind, auch noch halten und das ist auch gewünscht und habe den Leuten das auch so mitgeteilt, gesagt, okay, mein Ziel ist es auch, zu kommen, um euch zu entlasten und [...] euch in euren Arbeitsbedingungen zu verbessern. (Honorararzt 10: 37)

Darüber hinaus berichten sowohl Honorärärzte als auch angestellte Ärzte von informeller Weiterbildung während der Arbeit durch Honorärärzte, indem diese den Angestellten von Erfahrungen in anderen Krankenhäusern mit bestimmten Medikamenten oder von neuen Studien berichten, indem zuvor erlernte fachliche Fertigkeiten den jüngeren Kollegen beigebracht oder auch konkret Strukturvorschläge für bestimmte Abläufe in einer Abteilung gemacht werden.

Eine Reprofessionalisierung im Krankenhausalltag durch die Honorärärzte wird schließlich auch begünstigt, indem sie durch ihren Status als solo-selbstständige Ärzte und ihrer strikten Orientierung an fachlichen Standards bestehende Hierarchien im Krankenhaus irritieren und Verbesserungsprozesse anregen (können). Hierzu tragen ebenfalls ihre Erfahrungen in unterschiedlichen Krankenhaus- und Teamzusammenhängen bei, die ihnen einen stärker unabhängigen Blick von außen auf das jeweilige interne Krankenhaugeschehen ermöglichen. Dabei wird die Reprofessionalisierung durch die fehlende Vertrautheit mit organisationsspezifischen Standards und Routinen befördert, indem die Reflexion krankenhauserinnerter Selbstverständlichkeiten durch Honorärärzte initiiert wird. Honorärärzte berichten in diesem Zusammenhang darüber, dass sie mögliche Fehlerquellen und fachlich problematische Verhaltensweisen ihrer angestellten Kollegen und Pflegekräfte gegenüber den vorgesetzten Chefarzten ansprechen.

[I]ch kann nicht selber hingehen und mich da als Chef aufspielen, ich muss immer versuchen, das Richtige zu tun und das Richtige tun zu lassen. Und wenn mir zum Beispiel auffällt, dass zum Beispiel bei der Wiederbelebung des Patienten X einiges schief gelaufen ist, dann bespreche ich das nicht unbedingt dann in dem Rahmen, sondern dann gehe ich am nächsten Tag zum Beispiel zu dem Leiter, zum Chefarzt oder zum Oberarzt, und bespreche mit dem die Notwendigkeit, die Reanimation, also die Wiederbelebung ein bisschen mehr zu üben. Ohne jetzt konkrete Namen zu nennen, ohne jetzt konkrete Beispiele zu nennen, weil ich kann als Aushilfsarzt nicht einfach hingehen und Regeln aufstellen oder Gesetze aufstellen. (Honorararzt 02: 59-61)

Um eigene Fehler und Missverständnisse zu vermeiden, die beispielsweise aus der fehlenden Vertrautheit mit organisationalen Standards und Routinen resultieren, betonen Honorärärzte, dass sie ihr Handeln explizieren und sich so der fachlichen Zustimmung durch angestellte Kollegen und Pflegekräfte vergewissern bzw. Möglichkeiten des Widerspruchs schaffen. In diesem Sinne ist naheliegend, dass mit dem Einsatz von Honorärärzten neben dem Einarbeitungsaufwand und möglichen Problemen durch fehlende Kenntnis der organisationsspezifischen Routinen durchaus Qualitätsverbesserungen und Lernmöglichkeiten für die Organisation Krankenhaus einhergehen, die aus den Strategien der Fehlervermeidung der Honorärärzte, aus ihrem Erfahrungsspektrum in unterschiedlichen Organisationen, ihrer Suche nach fachlicher Anerkennung und aus ihrer Identifikation mit fachlichen, professionellen und organisationsunabhängigen Standards resultieren.

Die fehlende Vertrautheit von Honorärärzten mit organisationsspezifischen Standards und Routinen kann auf organisationaler Ebene für die angestellten Ärzte jedoch eine (weitere) Deprofessionalisierung ihrer Tätigkeit implizieren, da sie z.B. die wechselnden Honorärärzte jeweils in die Krankenhausesgegebenheiten und Vorgänge einweisen und das Einhalten von krankenhausspezifischen Abläufen ggf. durch eigene Mehrarbeit sicherstellen müssen. So beklagt beispielsweise ein interviewter Geschäftsführer, dass angestellte Ärzte oft für Honorärärzte zusätzlich die Erfüllung bürokratischer Vorgaben wie z.B. die Nachdokumentation der Patientenbehandlung übernehmen müssen.

Ja, die [Honorärärzte] kennen die Abläufe nicht, die haben auch keine Lust zu dokumentieren. Die wollen halt die Operationen machen. Dafür werden sie bezahlt und dann gehen die wieder raus. Nachdokumentation müssen dann irgendwelche anderen Ärzte machen. Das ist, als wenn Sie hinterher putzen müssen. Also das will keiner, ja? (Geschäftsführer 10: 3)

Zusammenfassend zeigt der Einsatz von Honorärärzten Tendenzen der Reprofessionalisierung ärztlichen Handelns sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene. Eine Reprofessionalisierung auf organisationaler Ebene ergibt sich aus der Arbeitsentlastung der angestellten Ärzte und der Möglichkeit zur Pflege professioneller Standards, sei es im Arbeitsalltag oder durch die Schaffung von zeitlichen Freiräumen, die zur Fortbildung genutzt werden können. Gleichzeitig resultiert eine Reprofessionalisierung auf individueller Ebene: Honorärärzte betonen ihre fachliche Autonomie, lassen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungswissen in die Zusammenarbeit einfließen und richten ihr Handeln auf das Wohl der Patienten aus. Dies führt jedoch dazu, dass sie krankenhausspezifische Dokumentationspflichten und Vorgaben teilweise vernachlässigen mit Konsequenzen, die von den angestellten Ärzten zu tragen sind und auf organisationaler Ebene wiederum zu einer weiteren Belastung führen. In der Folge stellen wir hinsichtlich des professionellen Handelns von (Honorar-)Ärzten im Krankenhaus eine starke Verwobenheit der Re- bzw. Deprofessionalisierungstendenzen auf individueller und organisationaler Ebene fest, deren langfristige Auswirkungen bislang nicht absehbar sind. Jedoch ermöglicht die Integration von Honorärärzten mit Facharztstatus in Teams von angestellten Ärzten die direkte Weitergabe von Wissen im Sinne einer kollegial-kooperativen Selbstkontrolle und kann in der Folge ihrer Sachkompetenz, Gemeinwohlorientierung und Betonung der Professionsethik Reflexionsprozesse über organisationale und professionelle Standards anregen, die unter Umständen auf mittel- bis langfristige Sicht die Durchsetzung von primär ökonomisch motivierten Entscheidungsprozessen in Krankenhäusern brechen und zu einer Reprofessionalisierung ärztlichen Handelns sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene fernab ökonomischer, bürokratischer oder hierarchischer Zwänge führen können.

8. Fazit und Ausblick

Für eine Analyse des Zusammenhangs von Ökonomisierung und Professionalisierung(sbewegungen) im medizinischen Bereich eignet sich das vergleichsweise neue Phänomen der Honorärärzte besonders gut, da diese als eine Antwort auf die Stärkung von fachfremden – sei es ökonomischen oder bürokratischen – Kontrollformen in der Organisation Krankenhaus verstanden werden können, sie sich jedoch selbst im Spannungsfeld von Markt, Organisation und Profession bewegen. Vor diesem Hintergrund haben wir die Motive zum Wechsel der Beschäftigungsform, das professionelle Selbstverständnis von Honorärärzten und die Auswirkungen ihres Einsatzes auf das professionelle ärztliche Handeln in deutschen Krankenhäusern auf Basis qualitativ-empirischer Interviews mit Honorärärzten sowie angestellten Ärzten, Chefarzten und Krankenhausgeschäftsführern diskutiert.

Honorärärzte nennen den gestiegenen ökonomischen Druck, der auf Krankenhäusern lastet, in denen sie als angestellte Ärzte tätig waren, als Grund für ihren Weg in die (Solo-)Selbstständigkeit, weil sie ihr ärztliches Handeln im Krankenhaus als eingeschränkt empfunden haben. Insbesondere werden die Beschränkung ihrer professionellen Autonomie durch krankenhausspezifische Vorgaben, die wahrgenommene fehlende Orientierung an fachlichen Standards sowie das unausgewogene Verhältnis von Arbeitsbelastung und Vergütung angeführt. Der hier sichtbar werdende Widerspruch zwischen ökonomischen und bürokratischen Prinzipien auf der einen Seite und professionsethischer Fundierung des ärztlichen Handelns auf der anderen Seite zeigt sich jedoch nicht in gleichem Maße im Fall der stärkeren Marktintegration durch den Wechsel der Beschäftigungsform. Unsere Analyse zeigt, dass gerade die solo-selbstständige Tätigkeit als Honorararzt zu einer Reprofessionalisierung des ärztlichen Handelns führen kann. Da Honorärärzte formal nicht in Krankenhausstrukturen integriert sind, können sie jenseits ökonomischer Vorgaben des Krankenhaus und Anweisungen durch Vorgesetzte fachlichen Kriterien den Vorrang geben und dadurch ihr Handeln am Professionsethos ausrichten. Zudem impliziert die mit der Selbstständigkeit ein-

hergehende individuelle Vermarktlichung die stete Aktualisierung der fachlichen Kompetenzen in Fortbildungen und die Orientierung am *state of the art*. So kann der Einsatz von Honorarärzten zu einer Reprofessionalisierung im Krankenhaus führen, indem fachlichen Standards und neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen gegenüber organisationspezifischen Regeln und Routinen oder auch Anweisungen von Vorgesetzten Vorrang gegeben wird. Darüber hinaus tragen Honorarärzte ihr Fach- und Erfahrungswissen in die konkrete Zusammenarbeit hinein. In diesem Zusammenhang erscheint die Reprofessionalisierung nicht zuletzt als Bestandteil der Selbstvermarktung der Arbeitskräfte, die ein Interesse daran haben, professionell aufzutreten, um die Nachfrage nach ihrer Arbeitskraft zu sichern. Diese Entwicklung ist insofern interessant, als dass wir einen Markt betrachten, in dem derzeit ein Fachkräftemangel vorherrscht und jede Arbeitskraft benötigt wird. Wäre der Markt deutlicher umkämpft, wäre erwartbar, dass sich die Reprofessionalisierung durch honorarärztliches Handeln noch verstärken würde, da sich Einzelne gegenüber ihrer Konkurrenz durchsetzen müssten. Warum angestellte Ärzte den Fachkräftemangel für sich nicht positiv nutzen können, bleibt eine Frage, die an der Stelle nicht beantwortet werden kann. Ein Arbeitgeberwechsel oder ein Ausscheren aus der Festanstellung im Krankenhaus kommen beispielsweise nicht in Frage, wenn angestellte Ärzte sich noch in der (Facharzt-)Ausbildung befinden oder stark aufstiegsorientiert sind und eine Karriere im Krankenhaus anstreben.

Insgesamt konnte unsere Analyse der Auswirkungen von Ökonomisierungsprozessen auf das professionelle ärztliche Handeln im Krankenhaus verdeutlichen, dass die Untersuchung von einer Kombination merkmalsorientierter und strukturtheoretischer Perspektiven der Professionssoziologie profitiert. Merkmalsorientierte Ansätze bieten ein wichtiges Instrumentarium, um zwischen verschiedenen Dimensionen der De- oder Reprofessionalisierung zu differenzieren. Strukturtheoretische Ansätze sensibilisieren demgegenüber für Spannungen im Verhältnis zwischen professionellen und marktförmigen oder bürokratischen Steuerungsformen. Für die empirische Beurteilung sowie theoretische Einordnung der Folgen von Ökonomisierungsprozessen für das professionelle Handeln muss zwischen der Ökonomisierung auf organisationaler und individueller Ebene differenziert werden: Ökonomisierungstendenzen, die in organisationale Entscheidungs- und Kontrollprozesse einfließen, resultieren gegenwärtig in Deprofessionalisierungstendenzen in Form der stärkeren Einschränkung des autonomen professionellen Handelns. Die Vermarktlichung der Professionsangehörigen auf individueller Ebene lenkt den Blick allerdings darauf, dass eine stärkere Anbindung von Einkommens- und Beschäftigungschancen an den Markt in Form der Solo-Selbstständigkeit durchaus eine Stärkung und Verteidigung der professionsethischen Fundierung der ärztlichen Praxis und durch die fehlende Weisungsgebundenheit innerhalb der Organisation eine Reprofessionalisierung bewirken kann. Der selbstinitiierte Wechsel von Ärzten in die Solo-Selbstständigkeit führt zu einer Vermarktung ihrer Arbeitskraft, indem sie ihr professionelles Handeln zur Schaffung eines Alleinstellungsmerkmals und der Erhöhung ihrer Beschäftigungschancen am Professionsethos ausrichten. In der Folge unterminieren Ökonomisierungsprozesse nicht zwangsläufig das professionelle ärztliche Handeln. Vielmehr verdeutlicht die Analyse der De- und Reprofessionalisierungstendenzen, dass die Ökonomisierungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen interdependent sind.

Vor dem Hintergrund der bislang kaum miteinander verbundenen soziologischen Diskussionen um eine zunehmende Ökonomisierung in gesellschaftlichen Teilbereichen, um Veränderungen von Organisationen und Professionen sowie um die Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse verdeutlichen diese Befunde schließlich die Relevanz arbeitssoziologischer Perspektiven auf Ökonomisierungsprozesse in Feldern mit einer stark institutionalisierten berufsfachlichen oder professionellen Eigenlogik. Insgesamt bietet das Phänomen des Honorararztwesens Perspektiven für weitere professionssoziologische Analysen hinsichtlich des Arztberufs als klassischer Profession.

Literatur

- Abbott, A. (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago / IL.
- Annandale, E. (1989): Proletarianization or Restratification of the Medical Profession? The Case of Obstetrics, in: *International Journal of Health Services* 19, S. 611-634.
- Bär, S. (2011): *Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte*, Wiesbaden.
- Baron, J.N. / W.T. Bielby (1980): Bringing the Firms Back in: Stratification, Segmentation and the Organisation of Work, in: *American Sociological Review* 45, S. 737-765.
- Betzelt, S. / K. Gottschall (2007): Jenseits von Profession und Geschlecht? Erwerbsmuster in Kulturberufen, in: R. Gildemeister / A. Wetterer (Hrsg.), *Erosion oder Reproduktion geschlechtlicher Differenzierungen?*, Münster, S. 122-144.
- Bode, I. (2010): Die Malaise der Krankenhäuser, in: *Leviathan* 38, S. 189-211.
- Bode, I. / M. Märker (2012): Wettbewerb mit Vorbehalten. Vielfalt und Ambivalenz in der neuen Marktkultur des Krankenhauswesens, in: *Soziale Welt* 63, S. 253-271.
- Borgetto, B. / L. Kälble (2007): *Medizinsoziologie – Sozialer Wandel, Krankheit, Gesundheit und das Gesundheitssystem*, Weinheim.
- Bortz, J. / N. Döring (2013): *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*, Heidelberg.
- Braun, B. / P. Buhr / S. Klinkle / R. Müller / R. Rosenbrock (2010): *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Krankenhausmanagement*, Bern.
- Carr-Saunders, A.M. (1955): Metropolitan Conditions and Traditional Professional Relationships, in: R.M. Fisher (Hrsg.), *The Metropolis in Modern Life*, New York / NY, S. 279-288.
- Daheim, H. (1992): Zum Stand der Professionssoziologie: Rekonstruktion machtheoretischer Modelle der Profession, in: B. Dewe / W. Ferchhoff / F.-O. Radke (Hrsg.), *Erziehen als Profession zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*, Opladen, S. 21-35.
- Demszky von der Hagen, A. / G.G. Voß (2010): Beruf und Profession, in: F. Böhle / G.G. Voß / G. Wachtler (Hrsg.), *Handbuch Arbeitssoziologie*, Wiesbaden, S. 751-805.
- Ernst, C. / A. Szczesny (2005): Cost Accounting Implications of Surgical Learning in the DRG Era – Data Evidence from a German Hospital, in: *Schmalenbach Business Review* 57, S. 127-166.
- Evetts, J. (2006): Introduction: Trust and Professionalism: Challenges and Occupational Changes, in: *Current Sociology* 54, S. 515-531.
- Ferlie, E. / L. Ashburner / L. Fitzgerald / A. Pettigrew (1996): *The New Public Management in Action*, Oxford.
- Freidson, E. (1994): *Professionalism Reborn: Theory, Prophecy and Policy*, Chicago / IL.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism, the Third Logic. On the Practice of Knowledge*, Chicago / IL.
- Gerlinger, T. (2014): Gesundheitsreform in Deutschland, in: A. Manzei / R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*, Wiesbaden, S. 35-69.
- Goode, W. J. (1957): Community within the Community: The Professions, in: *American Sociological Review* 22, S. 194-200.
- Greef, S. (2012): *Die Transformation des Marburger Bundes*, Wiesbaden.
- Greenwood, E. (1957): Attributes of a Profession, in: *Social Work* 2, S. 45-55.
- Henninger, A. / K. Gottschall (2007): Freelancers in the German New Media Industry: Beyond Standard Patterns of Work and Life, in: K. Gottschall / H. Wolf (Hrsg.), *Work Unbound? Patterns of Work and Organization in German Media and Cultural Industries*, *Critical Sociology* 33, S. 43-72.

- Hesse, H.A. (1972): *Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts*, Stuttgart.
- Hughes, E.C. (1971): *The Sociological Eye: Selected Papers*, Chicago / IL.
- Iseringhausen, O. / J. Staender (2012): *Das Krankenhaus als Organisation*, in: M. Apelt / V. Tacke (Hrsg.), *Handbuch Organisationstypen*, Wiesbaden, S. 185-203.
- Johnson, T.J. (1972): *Professions and Power*, Basingstoke.
- Keller, B. / M. Wilkesmann (2014): *Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit*, in: *Industrielle Beziehungen* 21, S. 99-125.
- Klegon, D. (1978): *The Sociology of Professions: An Emerging Perspective*, in: *Work and Occupations* 5, S. 259-283.
- Köhler, C. / O. Struck / M. Grotheer / A. Krause / I. Krause / T. Schröder (2008): *Offene und geschlossene Beschäftigungssysteme. Determinanten, Risiken und Nebenwirkungen*, Wiesbaden.
- Larson, M.S. (1977): *The Rise of Professionalism*, Berkeley / CA.
- Lüngen, M. / K.W. Lauterbach (2002): *Wandel der Krankenhausfinanzierung*, in: *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis* 54, S. 419-431.
- Manske, A. (2007): *Prekarisierung auf hohem Niveau: Eine Feldstudie über Alleinunternehmer in der IT-Branche*, München – Mering.
- Manzei, A. (2014): *Über die neue Unmittelbarkeit des Marktes im Gesundheitswesen*, in: A. Manzei / R. Schmiede (Hrsg.), *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*, Wiesbaden, S. 219-239.
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, Weinheim.
- McLaughlin, K. / S.P. Osborne / E. Ferlie (Hrsg.) (2001): *New Public Management: Current Trends and Future Prospects*, New York / NY.
- Medjedović, I. / A. Witzel (2010): *Wiederverwendung qualitativer Daten. Archivierung und Sekundärnutzung qualitativer Interviewtranskripte*, Wiesbaden.
- Nagel, E. / B. Kunze (2009): *Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf Berufsethos, Arbeitsbedingungen und Versorgungsprozesse in Krankenhäusern – Case Management als Lösungsstrategie?*, in: F.W. Schwartz / P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen*, Köln, S. 263-270.
- Noordegraaf, M. (2006): *Professional Management of Professionals. Hybrid Organisations and Professional Management in Care and Welfare*, in: J.W. Duyvendak / T. Knijn / M. Kremer (Hrsg.), *Policy, People, and the New Professional. De-professionalisation and Re-professionalisation in Care and Welfare*, Amsterdam, S. 181-193.
- Noordegraaf, M. (2013): *Reconfiguring Professional Work: Changing Forms of Professionalism in Public Services*, in: *Administration & Society*.
- Oevermann, U. (2000): *Dienstleistung der Sozialbürokratie aus professionalisierungstheoretischer Sicht*, in: E.-M. v. Harrach / T. Loer / O. Schmidtke / U. Oevermann / T. Ley (Hrsg.), *Verwaltung des Sozialen: Formen der subjektiven Bewältigung eines Strukturkonflikts*, Konstanz, S. 57-77.
- Parsons, T. (1951): *Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse*, in: R. König / M. Tönnemann (Hrsg.), *Probleme der Medizin-Soziologie: Sonderheft Nr. 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, S. 10-57.
- Pfadenhauer, M. / T. Sander (2010): *Professionssoziologie*, in: G. Kneer / M. Schroer (Hrsg.), *Handbuch Spezielle Soziologien*, Wiesbaden, S. 361-378.
- Reich, A. (2012): *Disciplined Doctors: The Electronic Medical Record and Physicians' Changing Relationship to Medical Knowledge*, in: *Social Science & Medicine* 74, S. 1021-1028.
- Roth, J. A. (1974): *Professionalism: The Sociologist's Decoy*, in: *Work and Occupations* 1, S. 6-23.

- Rychner, M. (2006): Grenzen der Marktlogik. Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis, Wiesbaden.
- Saake, I. (2003): Die Performanz des Medizinischen: Zur Asymmetrie in der Arzt-Patienten-Interaktion, in: Soziale Welt 54, S. 429-459.
- Saks, M. (2012): Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise, in: Professions & Professionalism 2, S. 1-10.
- Schimank, U. (2008): Gesellschaftliche Ökonomisierung und unternehmerisches Agieren, in: A. Maurer / U. Schimank (Hrsg.), Die Gesellschaft der Unternehmen – Die Unternehmen der Gesellschaft. Gesellschaftstheoretische Zugänge zum Wirtschaftsgeschehen, Wiesbaden, S. 220-236.
- Schimank, U. / U. Volkmann (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft, in: A. Maurer (Hrsg.), Handbuch der Wirtschaftssoziologie, Wiesbaden, S. 382-393.
- Schmeiser, M. (2006): Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns, in: Soziale Welt 57, S. 295-318.
- Schmitz, C. J. / P. Berchtold (2009): Managing Professionals – Führung im Krankenhaus, in: V.E. Amelung / J. Sydow / A. Windeler (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart, S. 167-179.
- Schnell, C. (2007): Regulierung der Kulturberufe in Deutschland. Strukturen, Akteure, Strategien, Wiesbaden.
- Schneller, E.S. / K.R. Epstein (2006): The Hospitalist Movement in the United States: Agency and Common Agency Issues, in: Health Care Management Review 31, S. 308-316.
- Siepmann, M. / D.A. Groneberg (2012): Der Arztberuf als Profession – Deprofessionalisierung, in: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie 62, S. 288-292.
- Simon, M. (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses: Der wachsende Einfluß ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Simon, M. (2008): Gesundheitspolitik im Spannungsfeld widerstreitender Interessen. Tauziehen um konsensfähige Entscheidungen, in: CNE – Certified Nursing Education. Fortbildung und Wissen in der Pflege, S. 2-5.
- Simon, M. (2014): Ökonomisierung und soziale Ungleichheit in Organisationen des Gesundheitswesens. Das Beispiel des Pflegedienstes im Krankenhaus, in: A. Manzei / R. Schmiede (Hrsg.), 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden, S. 157-177.
- Teske, A. (2010): Honorararztstudie. Mehr Geld und mehr Flexibilität, in: Deutsches Ärzteblatt 107, S.A 1093-1094.
- Teske, A. / N. Schäfer (2011): Einleitung, in: N. Schäfer (Hrsg.), Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit. Akquise, Organisation, Recht, Finanzen, Berlin – Heidelberg, S. 1-18.
- Vera, A. (2009): Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen. Eine interdisziplinäre Analyse, in: Das Gesundheitswesen 71, S.e10-e17.
- Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen, Berlin.
- Voß, G.G. (2012): Subjektivierter Professionalität. Zur Selbstprofessionalisierung von Arbeitskraftunternehmern und arbeitenden Kunden, in: W. Dunkel / M. Wehrich (Hrsg.), Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen, Wiesbaden, S. 15-28.
- Voß, G.G. / H.-J. Pongratz (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft?, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 50, S. 131-158.
- Wendt, C. (2005): Der Gesundheitssystemvergleich: Konzepte und Perspektiven, Arbeitspapiere, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.

- Wilensky, H.L. (1964): The Professionalization of Everyone?, in: American Journal of Sociology 70, S. 137.
- Wilkesmann, M. (2009): Wissenstransfer in Krankenhäusern. Strukturelle und institutionelle Voraussetzungen, Wiesbaden.
- Wilkesmann, M. (2016): From Demigods in White to Normal Employees – Employment Relations and New Incentive Structures in German Hospitals, in: P. Mattei (Hrsg.), Public Accountability and healthcare governance: Palgrave Macmillan, i.E.
- Wilkesmann, M. / B. Apitzsch / C. Ruiner (2016): Hochqualifizierte Solo-Selbstständige im operativen Kern – Auswirkungen des Einsatzes von Honorarärzten auf die Professionsorganisation Krankenhaus, in: W. Matiaske / A. Czaya (Hrsg.), Periphere Arbeit im Zentrum, Baden-Baden: Nomos, i.E.
- Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview, in: Forum Qualitative Sozialforschung 1, Art. 22, online abrufbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>, letztes Abrufdatum: 25.8.2015.

Jun.-Prof. Dr. Maximiliane Wilkesmann
Technische Universität Dortmund
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät
Vertretung des Lehrstuhls Wirtschafts- und Industriesoziologie
Juniorprofessur Soziologie
Otto-Hahn-Str. 4
44227 Dortmund
maximiliane.wilkesmann@tu-dortmund.de

Dr. Birgit Apitzsch
Universität Duisburg-Essen
Institut für Soziologie
Lotharstrasse 65
47057 Duisburg
birgit.apitzsch@uni-due.de

Dr. Caroline Ruiner
Technische Universität Dortmund
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät
Otto-Hahn-Str. 4
44227 Dortmund
caroline.ruiner@tu-dortmund.de

