

Marian Döhler

Die Regulierung von Professions- grenzen

Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen
im internationalen Vergleich

Campus

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Döhler, Marian:

Die Regulierung von Professionsgrenzen: Struktur und
Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen
Vergleich / Marian Döhler. – Frankfurt/Main; New York:
Campus Verlag, 1997

(Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung, Köln; Bd. 30)

ISBN 3-593-35735-6

NE: Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung <Köln>: Schriften
des Max-Planck-Instituts ...

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Copyright © 1997 Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main

Umschlaggestaltung: Atelier Warminski, Büdingen

DTP: Cynthia Lehmann, Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln

Druck und Bindung: KM-Druck, Groß-Umstadt

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Printed in Germany

Inhalt

Abbildungen, Tabellen und Übersichten	9
Abkürzungen	11
Kapitel 1	
Einleitung	13
Kapitel 2	
Empirische Analyse der Personalstruktur im Gesundheitswesen	24
2.1 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes	27
2.2 Probleme der Datenerfassung und -analyse	33
2.2.1 Bundesrepublik Deutschland	35
2.2.2 Großbritannien	37
2.2.3 Vereinigte Staaten von Amerika	39
2.3 Nationale Beschäftigungsstrukturen im Vergleich	42
Kapitel 3	
Forschungsstand und Perspektiven	57
3.1 Arbeitsmarkt, Technikentwicklung und Organisation des Gesundheitswesens	58
3.2 Professionsforschung	61
3.3 Folgerungen für die weitere Vorgehensweise	70

Kapitel 4

Die Entwicklung der Marktregulierung im historischen Längsschnitt

	74
4.1 Die historische Entwicklung in Deutschland	74
4.1.1 Von der Gewerbeordnung zur Reichsversicherungsordnung	75
4.1.2 Das Dritte Reich	81
4.1.3 Emanzipationsbestrebungen in der sozialliberalen Ära	86
4.1.4 Stabilisierung der interprofessionellen Beziehungen	93
4.2 Die historische Entwicklung in Großbritannien	99
4.2.1 Anfänge der Marktregulierung	100
4.2.2 Der Einfluß des National Health Service	104
4.2.3 Folgen der Reorganisation des National Health Service	111
4.2.4 Der National Health Service unter Kostendruck	115
4.3 Die historische Entwicklung in den USA	116
4.3.1 Grundelemente der Marktregulierung	117
4.3.2 Die finanzielle Expansionsphase während der sechziger Jahre	124
4.3.3 Umbrüche auf der horizontalen Differenzierungsebene	127
4.3.4 Marktregulierung in der Ära der Deregulierung	133

Kapitel 5

Die Ebenen der Marktregulierung im vergleichenden Querschnitt

	138
5.1 Aus- und Weiterbildung	139
5.2 Berufszulassung und Marktzutritt	142
5.3 Regelungen von Tätigkeitsinhalten am Arbeitsplatz	152
5.4 Zwischenbilanz	158

Kapitel 6	
Die Bedeutung organisatorischer und finanzieller Faktoren	162
6.1 Der Bereich der ambulanten Versorgung	166
6.1.1 Der Einfluß verschiedener Organisationsmodelle	167
6.1.2 Der Einfluß verschiedener Zielorientierungen	169
6.1.3 Der Einfluß finanzieller Reize	172
6.2 Der Bereich der stationären Versorgung	179
Kapitel 7	
Professionsstatus und horizontale Differenzierung	189
7.1 Die Rolle nationaler Professionskonzepte	193
7.2 Die horizontale Differenzierungsebene als Expansionsfaktor	208
7.3 Muster interprofessioneller Beziehungen	215
Kapitel 8	
Zusammenfassende Schlußfolgerungen	219
Literatur	225
Statistische Quellen	246

Abbildungen, Tabellen und Übersichten

Abbildungen

2-1	Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen	30
2-2	Nichtärztliches Gesundheitspersonal pro Arzt in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den USA	43
2-3	Nichtärztliches Gesundheitspersonal pro Arzt in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den USA, unterschieden nach Pflege- und sonstigem Personal	45
2-4	Prozentuales Wachstum der Ärzteschaft in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland	49
2-5	Anteil des Gesundheitspersonals an der Erwerbsbevölkerung 1949–1989 in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland	51
2-6	Die Expansionsdynamik der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Vergleich	56
5-1	Karriereweg britischer Ärzte	149
6-1	Niedergelassene Ärzte und Arzthelferinnen in der Bundesrepublik Deutschland 1953-1987	174
6-2	Verteilung der Ärzte nach Beschäftigungsort in den USA, der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien	181
7-1	Interprofessionelle Beziehungsmuster im Vergleich	217

Tabellen

5-1	Prozentualer Ärztezuwachs 1950–1989 in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den USA	140
6-1	Prozentualer Anteil der im Krankenhaus tätigen Personen ausgewählter nichtärztlicher Berufsgruppen in den USA	183
7-1	Anteile der Qualifikationsstufen bei den Pflegeberufen 1988	209

Übersichten

2-1	Nichtärztliche Gesundheitsberufe in den USA (Dauer der Ausbildung in Jahren)	53
2-2	Nichtärztliche Gesundheitsberufe in Großbritannien (Dauer der Ausbildung in Jahren)	54
2-3	Nichtärztliche Gesundheitsberufe in der Bundesrepublik Deutschland (Dauer der Ausbildung in Jahren)	55

Abkürzungen

ABMS	American Board of Medical Specialties
AHA	American Hospital Association
AMA	American Medical Association
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGR	Bundesgesundheitsrat
BMA	British Medical Association
BMJFG	Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag-Ärzte
BRMA	Board of Registration of Medical Auxiliaries (GB)
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BSG	Bundessozialgericht
CAHEA	Committee on Allied Health Education and Accreditation (USA)
CPSM	Council of Professions Supplementary to Medicine (GB)
DHAs	District Health Authorities (GB)
DHEW	Department of Health, Education and Welfare (USA)
DHHS	Department of Health and Human Services (USA)
DHSS	Department of Health and Social Services (GB)
DO	Doctor of osteopathy
FRCP	Fellow of the Royal College of Physicians (GB)
GB	Großbritannien
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMC	General Medical Council (GB)
GNC	General Nursing Council (GB)
GP	General practitioner
GVG	Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens

HMO	Health maintenance organization (USA)
HPG	Heilpraktikergesetz
HPSSS	Health and Personal Social Services Statistics for England
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ISCO	International Standard Classification of Occupations
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals (USA; seit 1987: Joint Commission of Healthcare Organizations)
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MD	Medical doctor
MRCP	Member of the Royal College of Physicians (GB)
MRCs	Member of the Royal College of Surgeons (GB)
MTA	Medizinisch-technische Assistent/in
NCAHE	National Commission on Allied Health Education (USA)
NHI	National Health Insurance (GB)
NHS	National Health Service (GB)
NP	Nurse practitioner (USA)
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OPE	Office of Postsecondary Education (USA)
ÖTV	Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr
PA	Physician assistant (USA)
PKV	Private Krankenversicherung
PSM	Professions Supplementary to Medicine (GB)
RGBL	Reichsgesetzblatt
RHAs	Regional Health Authorities (GB)
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
StBA	Statistisches Bundesamt
UGC	University Grants Committee (GB)
USA	Vereinigte Staaten von America
WBO	Weiterbildungsordnung
WHO	World Health Organization
WTEs	Whole time equivalents

Kapitel 1

Einleitung

Sozialwissenschaftliche Vergleiche nehmen ihren Ausgangspunkt zumeist in der Beobachtung von *Unterschieden* zwischen Nationen, gesellschaftlichen Teilsystemen oder anderen Analyseeinheiten. Von besonderem Interesse sind vor allem überraschende nationale Eigenheiten, deren Existenz keine unmittelbar einleuchtende Erklärung findet oder sogar gängigen Theorien zuwiderläuft. Die Beschäftigung mit derartigen Phänomenen setzt zunächst eine empirische Erfassung von unterscheidbaren Systemmerkmalen voraus, wie sie am Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung (MPIfG) in der ersten Generation von Analysen zum Gesundheitssektor durchgeführt wurde (vgl. Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992). In diesen Untersuchungen ging es primär um die sektoralen Steuerungschancen beziehungsweise -hindernisse sowie um die Erklärung der institutionellen Besonderheiten des Gesundheitssektors verschiedener Länder. Dabei traten einige unerwartete Spezifika des bundesdeutschen Gesundheitssektors hervor, für die keine einfachen oder naheliegenden Erklärungen zur Verfügung standen. Als besonders hervorstechendes Merkmal stellte sich die als »arztlastig« charakterisierbare Personalstruktur heraus. Sie kommt darin zum Ausdruck, daß der Anteil der im bundesdeutschen Gesundheitssektor beschäftigten Ärzte im Verhältnis zum nichtmedizinischen Personal vergleichsweise hoch ausfällt (Alber 1989: 268). Es wird Aufgabe der nachfolgenden Untersuchung sein, die Ursachen für diese spezifische Form der medizinischen Arbeitsteilung durch einen Vergleich mit anderen Ländern zu erklären.

Obgleich die sozialwissenschaftliche Forschung über den Gesundheitssektor stets ein großes Interesse am Gesundheitspersonal gezeigt hat, speziell am Aufstieg der medizinischen Profession, ist der Befund einer national variierenden Personalstruktur nur selten diskutiert worden, und wenn, dann in rein deskriptiver und nicht in erklärender Absicht. Zum Teil dürfte das

geringe Interesse auf die von verschiedenen Versionen der Professionalisierungstheorie transportierte Hypothese zurückzuführen sein, daß die Dominanz der medizinischen Profession gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen als universeller und von länderspezifischen Eigenheiten weitgehend unbeeindruckt gebliebener Entwicklungsprozeß zu verstehen sei,¹ so daß quantifizierbare Varianzen im medizinischen Handlungsterrain gar nicht in den Blick gelangten. Inwiefern von der Gültigkeit eines derart »universalistischen« Professionskonzepts ausgegangen werden kann, bildet deshalb einen wichtigen Bezugspunkt der vorliegenden Analyse.

Eine weitere begründete Vermutung für das bisher fehlende Interesse an der medizinischen Arbeitsteilung kann im Mangel an leicht zugänglichem und halbwegs zuverlässigem Datenmaterial über die im Gesundheitswesen Beschäftigten gesucht werden. Es ist daher kein Zufall, daß die nachfolgende Studie ihren Ausgangspunkt an einer Analyse der erst seit 1985 verfügbaren OECD-Gesundheitsstatistik nimmt. Diese Datensammlung, die im wesentlichen auf einer Kompilation einzelstaatlicher Statistiken basiert, ist die bis heute umfanglichste Datenquelle für den internationalen Vergleich von Gesundheitssystemen. Ihre Veröffentlichung hat eine Reihe von vergleichenden Untersuchungen ausgelöst, die sich besonders auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und deren Ursachen konzentrieren (Alber 1988b; Parkin 1989; Gerdtham 1992; Sigma/Schweizer Rück 1993).

Auch für die vorliegende Arbeit führten erst die OECD-Daten zur Formulierung eines weitergehenden Forschungsinteresses an der Struktur der medizinischen Arbeitsteilung. Unter den statistischen Auffälligkeiten, die man nicht ohne weiteres vermuten konnte, ragte zunächst die enorme Spannweite im Beschäftigungsvolumen des Gesundheitswesens und die Rangposition des deutschen Falles heraus (Alber 1988b: 125). Während – kaum überraschend – die skandinavischen Wohlfahrtsstaaten Norwegen und Schweden zusammen mit den Niederlanden und Australien zu Beginn der achtziger Jahre über die höchste Beschäftigungsquote im Gesundheitssektor verfügten, war die Bundesrepublik noch hinter Italien und Portugal an vortletzter Stelle anzutreffen, gefolgt nur noch von Griechenland. Diese Einstufung erwies sich zwar sehr rasch als statistischer Artefakt, so daß nach der

1 Vgl. etwa die einflußreiche Studie von Sarfatti-Larson (1977), in der zwar die Differenzen zwischen dem britischen und amerikanischen Fall durchaus wahrgenommen werden, ohne aber daraus Konsequenzen zu ziehen. Von der Professionsforschung ist das Phänomen national unterschiedlicher Entwicklungspfade der Professionalisierung erst in jüngster Zeit thematisiert worden (so zum Beispiel bei Torstendahl/Burrage 1990).

Korrektur des Meßfehlers der OECD-Daten die Bundesrepublik im Beschäftigungsvolumen, wie bei vielen anderen Kennziffern, im Jahr 1987 einen mittleren Rang einnahm (OECD 1990). Allerdings blieb der bundesdeutsche Fall auch nach näherer Prüfung in einer anderen Meßkategorie auffällig, und zwar der *Personalstruktur*.

Die OECD-Statistik beinhaltet Daten über vier verschiedene Gesundheitsberufe. Neben Ärzten und Zahnärzten sind Apotheker sowie das Krankenpflegepersonal gesondert erfaßt. Vergleicht man nun das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonal, einen wesentlichen Indikator für die Personalstruktur, so kommt die Bundesrepublik wiederum nur auf einen der hinteren Rangplätze, während alle anderen westeuropäischen Länder sowie Japan und die USA einen teilweise sehr viel höheren Anteil beim Krankenpflegepersonal aufweisen. Der Befund der Arztlastigkeit des deutschen Gesundheitspersonals wird auch in einer neueren und verbesserten OECD-Datensammlung (Poullier/Sandier 1991) bestätigt (unter Bezugnahme auf Alber vgl. Glatzer et al. 1992: 257–260).

Daß die Bundesrepublik durch ein atypisches Zahlenverhältnis hervorsticht, wäre bei einer rein nationalen Betrachtung aufgrund fehlender Vergleichsmaßstäbe gar nicht aufgefallen. Es liegt daher nahe, auch die Erklärung für diesen Sachverhalt durch eine vergleichende Kontrastierung mit Ländern zu suchen, die deutliche Abweichungen gegenüber dem deutschen Fall aufweisen. Den Möglichkeiten für die Auswahl von Vergleichsfällen sind aus methodischer Sicht hier nur wenige Grenzen gesetzt. Sinnvoll ist aber auf alle Fälle eine Beschränkung auf westliche Industrienationen, deren ähnliche makroökonomische Entwicklungsstufe es erlaubt, diesen Bereich als stabile Randbedingung zu vernachlässigen. Vergleiche mit wirtschaftlich deutlich geringer entwickelten Ländern beziehungsweise Nationen aus anderen Kulturkreisen würden das Problem vollkommen anderer Kontextbedingungen der Gesundheitsversorgung aufwerfen, seien sie durch das Fehlen von qualifiziertem Personal, anderen finanziellen Ausgabepräferenzen oder Versorgungsstandards verursacht, so daß eine Analyse der dortigen Personalstrukturen kaum Anhaltspunkte für Erklärungen liefern könnte, die auch hierzulande Geltung besitzen.

Zwei Länder, die nicht nur über eine deutlich weniger arztlastige Personalstruktur und damit über die notwendigen Abweichungen auf der abhängigen Variable verfügen, sondern in denen auch ähnliche funktionale Anforderungen an die Gesundheitsversorgung gelten, sind die USA und Großbritannien. Als Vergleichsfälle bieten sich beide Länder auch deshalb an, weil

ihre Gesundheitssektoren ausreichend untersucht sind und so der bei Vergleichen regelmäßig hohe Untersuchungsaufwand in Grenzen gehalten werden kann. Für 1987 weist die Statistik in den USA 2,95, in Großbritannien 2,60 Beschäftigte pro Bett aus, während diese Zahl in der Bundesrepublik nur bei 1,25 Beschäftigten liegt. Ähnlich verhält es sich in der Kategorie »Health Employment«, in der für 1987 in den USA 290,4 beziehungsweise in Großbritannien 314,3 ausgebildete Krankenschwestern auf 100 Ärzte entfallen. Damit liegen beide Länder wiederum erheblich über dem bundesdeutschen Wert von 174,3. Zudem erhöht sich im Zeitverlauf die Differenz zur Bundesrepublik, da die Zahl der Krankenschwestern hier im Verhältnis zur Ärzteschaft seit 1975 nahezu stabil bleibt, während sie in den USA und Großbritannien ansteigt.

Die OECD-Daten bieten nur ein relativ grobes Raster für die Analyse von Beschäftigungsstrukturen, so daß für eine weitergehende Durchdringung des Untersuchungsobjekts wiederum auf detailliertere nationale Datenbestände zurückgegriffen werden muß. Vorerst ist allerdings der Hinweis ausreichend, daß sich die spezifische Personalstruktur des bundesdeutschen Falles, insbesondere im Vergleich zu Großbritannien und den USA, auch in den sehr viel trennschärferen und auf Unstimmigkeiten hin besser überprüfbareren nationalen Statistiken bestätigt hat (siehe Kapitel 2).

Das Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen als abhängige Variable zu wählen, ist insofern ein begründungsbedürftiges Vorgehen, als in der Forschungspraxis andere Kategorien, wie etwa Personal pro Krankenhausbett oder pro Bevölkerung, dominieren (vgl. aber auch Eberle 1983: 75–79). Abgesehen von dem Umstand, daß bereits die Existenz von gravierenden nationalen Unterschieden in der Personalzusammensetzung des Gesundheitssektors erklärungsbedürftig ist, erfährt dieser Sachverhalt durch die Verbindung mit einer professionstheoretischen Perspektive zusätzlich an Relevanz.

An kaum einer Berufsgruppe haben die Sozialwissenschaften ein derart dauerhaftes Interesse entwickelt wie an der medizinischen Profession. Bis weit in die achtziger Jahre schien es, als würde sich die Ärzteschaft auf einem unumkehrbaren Erfolgspfad befinden, der ihr dauerhaft hohe Einkommen, professionelle Autonomie und politischen Einfluß sicherte, und das machte einen großen Teil ihrer Faszination als Forschungsgegenstand aus. Andere Gesundheitsberufe sind demgegenüber auf deutlich geringeres Interesse gestoßen. Wenn es jedoch zutrifft, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe zahlenmäßig einen weit größeren Anteil im Gesundheitssektor ein-

nehmen und sie damit auch für die ökonomische Effizienz und die Qualität der medizinischen Versorgung eine Bedeutung besitzen, die jener der Ärzteschaft nahekommt oder ihr sogar ebenbürtig ist, dann ist es nicht länger gerechtfertigt, diese Berufsgruppen im Schatten des sozialwissenschaftlichen Forschungsinteresses zu belassen. Mit der vorliegenden Arbeit soll daher ein Beitrag dazu geleistet werden, nähere Aufschlüsse über die Entwicklungsbedingungen und -chancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu gewinnen, und dafür ist die hier im Mittelpunkt stehende zahlenmäßige Relation zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichen Berufsgruppen ein geeigneter Ausgangspunkt.

Zunächst handelt es sich dabei um eine Makrokennziffer, die nur die *vertikale* Differenzierungsebene der Gesundheitsberufe beinhaltet. Die Erklärung ihres Zustandekommens und ihrer Entwicklungsdynamik steht hier im Vordergrund. Daneben soll als zweite wichtige Differenzierungsebene aber auch die *horizontale* Arbeitsteilung – wenn man so will: die Spezialisierung – untersucht werden. Ihr kommt in zweifacher Hinsicht eine wichtige Bedeutung zu. Zum einen bildet die horizontale Differenzierung eine Ausprägung der abhängigen Variable »Personalstruktur«, die es zu erklären gilt, und zum anderen ist in ihr auch ein potentieller Erklärungsfaktor zu sehen, da sich mehr oder minder stark entwickelte Spezialisierung als wichtige Triebkraft hinter der zahlenmäßigen Expansion einzelner Berufsgruppen vermuten läßt.

In jedem Fall erforderlich ist die genauere Aufschlüsselung des zahlenmäßigen Anteils jener Berufsgruppen, die sich hinter der Kategorie »nicht-ärztliche Gesundheitsberufe« verbergen. Mit gleichem Recht kann diese Frage natürlich auch an den »Zähler« der Verhältniszahl gerichtet werden, also den Ärzteanteil. Wenn hier jedoch das Schwergewicht auf die Analyse der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gelegt werden soll, dann deshalb, weil es sich dabei um getrennte Berufe handelt, während die fachliche Differenzierung innerhalb der Ärzteschaft nur Spezialisierungen *innerhalb einer* Berufsgruppe bilden (näheres dazu in Döhler 1993). Soweit die ärztliche Spezialisierung als Erklärungsfaktor relevant erscheint, findet sie aber auch hier Berücksichtigung.

Aufbauend auf diesen Analyseschritt wird der zentralen Frage nach den Ursachen für die unterschiedliche Ausprägung nationaler Beschäftigungsstrukturen nachgegangen. Auch hier bildet zunächst die Verhältniszahl den Ausgangspunkt. Die nähere Analyse wird allerdings eine Disaggregation dergestalt notwendig machen, daß das über den Beobachtungszeitraum stattfindende prozentuale Wachstum einzelner Berufsgruppen in den Mittel-

punkt gerückt wird. Die Erklärung darf sich zudem nicht nur auf die Ursachen für die *Expansion* einzelner Gesundheitsberufe oder Berufsgruppen beschränken. Da die Expansion eines Teilbereichs im Verhältnis zur Stagnation beziehungsweise dem geringeren Wachstum anderer Berufssegmente stattfindet, ist die Frage nach dem *Ausbleiben* der Mengenexpansion in den entsprechenden Feldern ebenso von Bedeutung. Hier ist zuerst an die Wachstumsraten der Ärzteschaft zu denken, da ihr über- beziehungsweise unterproportionales Wachstum die Verhältniszahl besonders stark beeinflusst. So könnte eine im Vergleich geringe Zuwachsrates der Ärztezahlen in einem Land die Verhältniszahl stark zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausschlagen lassen, obwohl deren Wachstum gleich bleibt. Obwohl Teil der abhängigen Variable (Relation Ärzte/nichtärztliches Personal), kann die Ärzteschaft damit zur unabhängigen Variable werden.

Im Idealfall beinhaltet eine Erklärung, wie sie für die vorliegende Fragestellung angestrebt wird, zwei Elemente: erstens jene Ursachen, die eine Entwicklung anstoßen (»Produktionsstruktur«), und zweitens diejenigen Faktoren, die der abhängigen Variable im Zeitverlauf Stabilität verleihen beziehungsweise ihren Zustand verändern (»Reproduktionsstruktur«).² Die Tiefenschärfe derartiger Erklärungen ist hier wie auch bei allen anderen empirischen Untersuchungen entscheidend vom Analysegegenstand abhängig. Ansprüche, wie sie erst kürzlich von Kiser und Hechter (1991: 4–5) an genetisch-vergleichende Erklärungen gerichtet wurden, sind angesichts der Komplexität des vorliegenden Untersuchungsobjekts kaum erfüllbar. Die Autoren fordern, daß eine angemessene Erklärung nicht nur *Kausalbeziehungen* zwischen Variablen herausarbeiten muß, sondern darüber hinaus auch jene *Kausalmechanismen* zu benennen hat, die eine Beziehung zwischen Variablen konstituieren. Diese Forderung zielt auf eines der zentralen und bisher ungelösten Probleme der Komparatistik, nämlich die Überdetermination von Erklärungen, die speziell bei Untersuchungen mit kleiner Fallzahl droht (Przeworski/Teune 1970: 34). Das heißt, daß bei wenigen Fällen und vielen Variablen die Zuordnung von Kausalzusammenhängen schwierig, teilweise sogar unmöglich wird. Als wirkungsvollste Sicherung gegen Überdetermination gilt die »Sparsamkeit« von Erklärungsmodellen (Ragin 1987: 98). Je weniger unabhängige Variablen in das Modell inte-

2 Dies entspricht der von Stinchcombe (1968: 102) vorgenommenen Unterteilung einer Erklärung in zwei kausale Komponenten: »The first is the particular circumstances which caused a tradition to be started. The second is the general process by which social patterns reproduce themselves.«

griert werden, um so deutlicher lassen sich die kausalen Zusammenhänge mit den noch verbliebenen Variablen herausarbeiten. Das Gegenargument liegt aber ebenso auf der Hand: Die Sparsamkeit droht nämlich leicht in eine Ausblendung wichtiger unabhängiger Variablen umzuschlagen, was insbesondere bei längeren Betrachtungszeiträumen ins Gewicht fällt, in denen die kausale Relevanz von Erklärungsfaktoren im Zeitverlauf variiert. Dem Problem der Überdetermination kann aber im vorliegenden Fall auch aufgrund der Struktur der abhängigen Variablen nicht ausgewichen werden. Denn die Fragestellung dieser Untersuchung ist auf eine Aggregatgröße gerichtet, nämlich die nationale Personalstruktur, die aus einer Vielzahl einzelner Segmente – den Gesundheitsberufen – zusammengesetzt ist, so daß eine hinreichende Erklärung für die Ursachen der länderspezifisch variierenden Verhältniszahl es erforderlich macht, auf sehr unterschiedliche und vielfältige Erklärungsfaktoren einzugehen.

Erste Hypothesen (Alber 1988: 147, 1989: 268) konnten einen Zusammenhang dergestalt aufzeigen, daß eine hohe Arztdichte mit einem geringen Beschäftigungsumfang beim Pflegepersonal einhergeht. Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Arztdichten über einen längeren Zeitraum, dann wird deutlich, daß diese Erklärung ergänzungsbedürftig ist. Denn die Zunahme der Arztdichte verlief bis Ende der sechziger Jahre in der Bundesrepublik und den USA fast parallel, während die zu den Ärztezahlen proportionale Beschäftigungsentwicklung im paraprofessionellen Bereich zwischen beiden Ländern auseinanderlief. In der Bundesrepublik bleibt der Anteil der nichtärztlichen Gesundheitsberufe konstant, wohingegen er in den USA stark ansteigt (näheres dazu in Kapitel 2). Der fehlende Zusammenhang zwischen beiden Größen deutet darauf hin, daß andere Faktoren in die Analyse einbezogen werden müssen.

In diesem Zusammenhang ist kaum zu übersehen, daß die Gesundheitsberufe ein komplexes System der medizinischen Arbeitsteilung in einem jener Felder bilden, in denen auch die kleinste Nische mit Interessenpositionen besetzt ist, und dies nicht erst seit der deutlichen Zunahme von Verteilungskonflikten im Verlauf der siebziger Jahre. Von daher wird man das Zustandekommen von Berufs- und Beschäftigungsstrukturen mit dem zielgerichteten Handeln der Akteure in Zusammenhang bringen müssen. Diese Beobachtung birgt nun für den vorliegenden Fall zwei wesentliche Probleme.

Erstens muß man sich vergegenwärtigen, daß das Untersuchungsobjekt Personalstruktur eine konstruierte Aggregatgröße darstellt, die in dieser Form im Handlungshorizont der Akteure kaum beziehungsweise gar nicht in

Erscheinung tritt. Sieht man einmal von den hinlänglich bekannten Bestrebungen der medizinischen Profession ab, interne Verteilungskonflikte durch die Begrenzung ihres eigenen Zahlenwachstums zu entschärfen, dann ist eine Personalexpansion oder auch deren Eindämmung als *explizites Ziel* in den Professionalisierungsbemühungen der zahllosen Gesundheitsberufe kaum zu beobachten. Daraus darf jedoch nicht gefolgert werden, daß Akteurstrategien für das Zustandekommen nationaler Personalstrukturen irrelevant sind. Zweifellos können die Versuche der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, ihre Autonomie und damit ihren professionellen Status zu erhöhen, die Personalstruktur beeinflussen; allerdings ohne daß die sich so ergebenden Mengeneffekte ein explizit gewolltes Handlungsergebnis darstellen.

Daraus resultiert ein zweites Problem: Wenn es zutrifft, daß vor allem nichtintendierte Nebeneffekte von Professionalisierungsstrategien die Hauptursachen der hier interessierenden Verhältniszahlen bilden, wie lassen sich solche Effekte dann nachweisen, beziehungsweise wo muß nach Erklärungen gesucht werden? Die offiziellen Zielsetzungen und Strategien von Berufsverbänden in das Analysezentrum zu rücken, erweist sich schon deshalb als problematisch, weil Mengeneffekte kaum als Gegenstand verbandspolitischer Interessen artikuliert werden. Überdies stößt bei der Vielzahl von Verbandsorganisationen bereits eine Untersuchung auf Kapazitätsgrenzen, die sich nur auf ein Land beschränkt.

Diesem Problem könnte dadurch begegnet werden, daß man auf einer abstrakteren Ebene das Kollektivinteresse der Ärzte gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu identifizieren versucht, um so Aufschlüsse über Expansionschancen beziehungsweise -hemmnisse zu gewinnen. Eine solche Vorgehensweise entspräche der klassischen Professionsforschung, die den sie interessierenden Fragen vorwiegend aus der Perspektive der dominanten Berufsgruppe nachgegangen ist. Damit wäre jedoch lediglich das Problem der empirischen Erfassung von Akteurstrategien entschärft, nicht aber jenes ihrer nichtintendierten Mengeneffekte. Es ist daher naheliegend, jene *institutionellen Faktoren* des Gesundheitssektors in den Mittelpunkt der Erklärung zu rücken, die den *Marktzutritt* und damit die Beschäftigungschancen der Gesundheitsberufe regeln. Denn Mengeneffekte lassen sich bei dauerhaften Strukturen der Marktregulierung in Form von Expansionshemmnissen oder -chancen genauer bestimmen, als dies bei einer Konzentration auf den ärztlichen Professionalisierungsprozeß der Fall wäre. Der Einfluß von Akteurstrategien wird damit nicht in Abrede gestellt, sondern

über den Umweg ihres institutionellen Niederschlags und dessen mengenregulativer Wirkungen berücksichtigt.

Die Mechanismen der Marktregulierung bilden im vorliegenden Forschungsdesign weniger eine unabhängige Variable im strengen Sinne als vielmehr eine Frageperspektive, die in mehrfacher Hinsicht ausfüllungsbedürftig ist. Welche Mechanismen im einzelnen dazu zählen, wer an ihrem Zustandekommen beteiligt ist und wie sie gegenüber anderen Faktoren abgegrenzt werden kann, soll der eingehenden Diskussion verschiedener Erklärungsansätze in Kapitel drei vorbehalten bleiben. Zwei konzeptionelle Fragen sind aber schon im Vorfeld der empirischen Untersuchung zu klären.

Die erste Frage gilt dem Problem, daß zwar für die Entstehung der Personalstärke der medizinischen Profession von Einflußfaktoren ausgegangen werden kann, die auf den gesamten Berufsstand einheitlich wirken, dies jedoch bei den Assistenzberufen nicht vorausgesetzt werden kann. Bei allen internen Differenzen stellt die Ärzteschaft in den hier untersuchten Ländern eine relativ einheitliche Berufsgruppe dar, wohingegen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe als äußerst heterogen zu bewerten sind. Es mag zwar plausibel erscheinen, daß für die Expansionschancen einzelner Berufsgruppen zumindest ähnliche Faktoren verantwortlich sind. Aber die spürbar voneinander abweichenden Einsatzfelder und Tätigkeitsinhalte lassen ebenso wie die – zwischen einer mehrwöchigen Anlernzeit und einem vollständigen Hochschulstudium – schwankenden Ausbildungsanforderungen Zweifel darüber aufkommen, ob von einem Modell oder einer einheitlichen Faktorenkonstellation der Marktregulierung ausgegangen werden kann, die für alle nichtärztlichen Berufe gleichermaßen Gültigkeit besitzen. Marktregulierung darf im vorliegenden Fall also nicht mit einer universellen, für die gesamte Breite der interprofessionellen Beziehungen analog strukturierten Grenzlinie gleichgesetzt werden. Vielmehr müssen unter diesen Begriff eine Vielzahl einzelner Mechanismen zusammengefaßt werden, die die Grenzen zur medizinischen Profession regulieren und damit die Expansionschancen der nichtärztlichen Berufe bestimmen.

Zweitens stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die Mechanismen der Marktregulierung zur Produktions- sowie zur Reproduktionsstruktur stehen. Hinter dieser abstrakt klingenden Frage steht ein einfaches konzeptionelles Problem, nämlich das der Vollständigkeit von Erklärungen. In den Sozialwissenschaften läßt sich immer wieder beobachten, daß Erklärungen angeboten werden, die unvollständig sind in dem Sinne, daß sie selbst wei-

tere Fragen aufwerfen, die ihrerseits der Erklärung harren. Und häufig genug handelt es sich dabei um Fragen, die nicht mit dem Einwand zu entkräften sind, daß im Rahmen einer Untersuchung nie alles interessant erscheinende auch beantwortbar ist. Auch der hier behandelte Gegenstand kann dieser Problematik nicht entgehen. Angenommen, die Unterschiede in der Personalstruktur sind mit den länderspezifisch variierenden Formen der Marktregulierung befriedigend erklärbar, so drängt sich die Frage auf, warum es die Assistenzberufe nicht in gleichem Umfang vermögen, ihre Interessen durch eine Veränderung der für sie unvorteilhaften Marktregulierung durchzusetzen beziehungsweise erst gar kein Interesse an der Veränderung ihrer Situation entwickeln. Diese wohlbegründete Frage nach den Ursachen für die Stabilität oder die Veränderlichkeit von Marktregulierungsstrukturen könnte in einer Erklärung, die entweder allein den Entstehungszusammenhängen (Produktionsstruktur) der Marktregulierungsinstanzen oder allein ihren Wirkungen gilt, nicht beantwortet werden; sie wäre im eben bemängelten Sinne unvollständig, da ihr die Dimension der Reproduktionsstruktur fehlt, ohne die die Bedingungen von Stabilität und Wandel in der Personalzusammensetzung ausgeblendet bleiben. Aus diesen Überlegungen folgt Zweierlei.

Erstens bedarf es einer zweistufigen Erklärung, bei der die Mechanismen der Marktregulierung die erste Stufe darstellen, und jene Faktoren, die zu ihrer Stabilisierung beziehungsweise Veränderung führen, das zweite, daran anschließende Erklärungselement bilden. Die zuletzt genannten Faktoren könnten zwar durch die Systeme der Marktregulierung verursacht sein, aber ihren Wirkungen ist eine eigenständige Erklärungskraft für die Stabilisierung oder Veränderung von Personalstrukturen beizumessen. Zweitens – und das hatte schon das Beispiel der Arztdichte unterstrichen – besteht die Notwendigkeit einer historischen Untersuchungsperspektive. Denn eine Vorgehensweise, die nur einen »Meßzeitpunkt« berücksichtigt, kann allenfalls stabile Personalstrukturen erklären, da deren Verursachungsfaktoren konstant bleiben. Ändert sich hingegen die Personalstruktur im Zeitverlauf, dann bedarf es einer genetischen Analyse, in der nach der Entstehung der Produktionsstruktur gefragt wird (Stinchcombe 1968: 102–128). Für die hier behandelte Fragestellung ist es daher erforderlich, sowohl die Marktregulierung bis in weiter zurückliegende Zeiträume zu verfolgen als auch die abhängige Variable in Form einer Zeitreihe zu erheben.

Diese Überlegungen spiegeln sich in der Gliederung der vorliegenden Arbeit wider. Im nachfolgenden Kapitel 2 werden zunächst die Defizite und Probleme der Berufsstatistik der drei hier untersuchten Länder ausführlich

diskutiert und eine genauere Operationalisierung der abhängigen Variable vorgenommen. In Kapitel 3 wird der Stand der Forschung über das Verhältnis zwischen medizinischer Profession und den Assistenzberufen rekapituliert, um darauf aufbauend Folgerungen für die eigene Vorgehensweise abzuleiten. Daraus ergibt sich, daß den vergleichsweise breitesten Raum die Kapitel 4 und 5 einnehmen, die die Entstehung und die wesentlichen Grundzüge der Marktregulierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe behandeln. Dem historischen Längsschnitt folgt dabei eine vergleichende Querschnittsanalyse, die nach verschiedenen Regulierungsebenen unterteilt ist. Im sich anschließenden Kapitel 6 werden selektiv jene Organisations- und Finanzierungsstrukturen untersucht, die eine Rolle für das Zustandekommen nationaler Personalstrukturen spielen. Ein Perspektivenwechsel folgt in Kapitel 7, in dessen Mittelpunkt die Bedeutung interprofessioneller Beziehungen und der Einfluß der horizontalen Differenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe stehen. Die zusammenfassende Bewertung der empirischen Ergebnisse in Kapitel 8 bildet den Abschluß der Untersuchung.

Kapitel 2

Empirische Analyse der Personalstruktur im Gesundheitswesen

Um die Frage nach den Ursachen für die nationalen Unterschiede in der Personalzusammensetzung beantworten zu können, bedarf es einer Präzisierung der eingangs angesprochenen Befunde. Die nachfolgende Datenauswertung klärt zu diesem Zweck zunächst die Frage nach der Verwendbarkeit und Aussagekraft der vorhandenen Datenbestände, um dann Länderprofile zu erstellen, in denen die Zusammensetzung des Personalkörpers sowohl in der vertikalen wie auch in der horizontalen Dimension wiedergegeben ist. Die OECD-Statistik ist dafür aus mehreren Gründen ungeeignet, auch wenn sie den Ausgangspunkt zur Formulierung der Fragestellung gebildet hat. In einer eingehenden Quellenkritik hat Alber (1988a: 15–20) bereits auf die zahlreichen Ungereimtheiten der OECD-Daten hingewiesen. Das ihnen zugrundeliegende Verfahren einer Zusammenstellung nationaler Statistiken, die auf jeweils unterschiedlichen Erhebungsverfahren, -zeiträumen, statistischen Abgrenzungen und Definitionen basieren, schließt die vollkommene Beseitigung von Fehlerquellen vermutlich ohnehin aus. Neben der begrenzten Verlässlichkeit des OECD-Datensatzes müssen zwei weitere Einschränkungen bedacht werden.

Zum einen verfügen die Daten im Hinblick auf die nichtärztlichen Gesundheitsberufe über keine ausreichende Tiefenschärfe. Da nur Ärzte, Zahnärzte, Apotheker sowie das Krankenpflegepersonal gesondert ausgewiesen sind, können alle sonstigen Berufe des Gesundheitswesens nicht weiter analysiert werden. Zum anderen reichen die OECD-Daten nur bis in das Jahr 1960 zurück und sind überdies mit teils erheblichen Lücken durchsetzt. Für Großbritannien beispielsweise sind Ärzte erst ab 1971 ausgewiesen (OECD 1990: 155), Krankenschwestern sogar erst ab 1978 (OECD 1990: 157). Um nun der Personalstruktur auch im Hinblick auf ihre im Zeitverlauf stattfindenden Veränderungen nachgehen zu können, ist der Rückgriff auf Daten er-

forderlich, die die Erstellung längerer Zeitreihen ermöglichen. Insgesamt können die OECD-Daten demnach nur grobe Anhaltspunkte liefern, anhand derer zwar erste statistische Auffälligkeiten feststellbar sind, die dann allerdings auf der Basis anderer, insbesondere nationaler Datenquellen genauer untersucht werden müssen.

Daß aber auch eine Analyse auf der Basis nationaler Daten vor gewissen Schwierigkeiten steht, kann am Beispiel von Untersuchungen verdeutlicht werden, die im Umfeld der World Health Organization (WHO) entstanden sind (Hogan 1979; Doan 1980, 1984; Bankowski/Mejia 1987; Bankowski/Fülöp 1987). Das Anliegen dieser Untersuchungen bestand zumeist darin, auf die Unausgewogenheit der Zusammensetzung des Gesundheitspersonals in Entwicklungsländern, aber auch in den Industriestaaten hinzuweisen (Mejia 1987). Verhältnismäßig zuviel hochqualifiziertes Personal, das heißt Ärzte und Zahnärzte, führe nicht nur zu einem ineffizienten Ressourceneinsatz (Mejia 1987: 32), sondern sei darüber hinaus auch den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung nicht angemessen. Nur am Rande sei bemerkt, daß die in diesem Zusammenhang häufig geäußerte These, eine Substitution von ärztlichem durch nichtärztliches Personal würde zu einem effizienteren und bedarfsgerechteren Mitteleinsatz führen, derzeit kaum zu beurteilen ist. Denn eine Klärung dieser Frage würde voraussetzen, daß eine (näherungsweise) ideale Personalzusammensetzung als Bewertungsmaßstab definiert wird, der es erlaubt, Abweichungen als »richtiges« oder »falsches« Verhältnis zwischen ärztlichem und nichtärztlichem Personal einzustufen. Ein derartiger Bewertungsmaßstab müßte allerdings auf Qualitäts- beziehungsweise Effizienzkriterien basieren, die bisher noch zu umstritten sind, als daß sie sich zur Personalstruktur in Beziehung setzen ließen.¹ Der Vergleich dient im vorliegenden Fall also nicht als normative Meßlatte, sondern nur als deskriptives oder analytisches Verfahren.

Die WHO-spezifische Perspektive weicht zwar von der hier verfolgten Fragestellung deutlich ab, gleichwohl tritt ein für den Vergleich typisches Problem hervor. In einer der ersten WHO-Arbeiten, die die Veränderungen

1 Was freilich nicht ausschließt, daß derartige Argumente in der politischen Diskussion auftauchen. Ein Beispiel dafür stellt der von westlicher Seite, insbesondere von ärztlichen Standesvertretern oftmals behauptete personelle »Wasserkopf« der Polikliniken in der ehemaligen DDR dar. Tatsächlich läßt sich zeigen, daß in den Arztpraxen der alten Bundesländer ein weitaus größerer Anteil nichtärztlichen Personals beschäftigt ist (Jacobs/Schröder 1991: 21–22). Zur Problematik einer »wünschenswerten« Personalentwicklung vgl. Eberle (1983: 25 ff.).

der Beschäftigungsstruktur des Gesundheitssektors zum Gegenstand hat, wurden nationale Zensusdaten aus drei Meßzeitpunkten (1950, 1960 und 1970) verwendet (Hogan 1979: 115). Um eine äquivalente Abgrenzung des Beschäftigungsfeldes »Gesundheitswesen« sowie der analysierten Gesundheitsberufe zu erhalten, wurde versucht, als Auswahlkriterium auf bestimmte Ziffern der vom Internationalen Arbeitsamt in Genf herausgegebenen »International Standard Classification of Occupations« (ISCO) zurückzugreifen. Hogan stellte dabei fest, daß nicht nur die nationalen Berufsklassifikationen vom ISCO-Code abweichen, sondern darüber hinaus auch die Abgrenzung des Gesundheitswesens als Beschäftigungszweig je nach Land unterschiedlich gehandhabt wird. Überdies unterliegen die Berufsklassifikationen von Zensus zu Zensus teilweise erheblichen Modifikationen, da in allen Ländern versucht wird, die Systematik dem Wandel beruflicher Tätigkeitsfelder anzupassen. Dies führte dazu, daß nur noch sieben Berufsgruppen für die Ermittlung des Gesamtbeschäftigungsanteils und nur noch fünf Berufsgruppen für die Analyse der Anteilsverschiebungen zwischen den Gesundheitsberufen übrig blieben (Hogan 1979: 117).

Interessanterweise gelangt Hogan auch auf der Basis seines eingeschränkten Berufe-Samples zu einem Befund, der sich mit der These von der Arztlastigkeit des bundesdeutschen Falles deckt: Von den sechs europäischen Ländern, die in den Vergleich einbezogen wurden,² wiesen die Bundesrepublik und Österreich mit rund 20 Prozent im Jahr 1970 den höchsten Ärzteanteil am Beschäftigungsvolumen der Gesundheitsberufe auf. Dieser Anteil blieb nur in der Bundesrepublik und – auf sehr viel niedrigerem Niveau – in England über alle drei Meßzeitpunkte fast stabil, während er in den anderen Ländern deutlich absank, zum Beispiel in Schweden von 11 Prozent im Jahr 1950 auf 6 Prozent im Jahr 1970 (Hogan 1979: 127).

Angesichts der auch für nationale Datenbestände geltenden Nutzungsprobleme kann es kaum verwundern, daß Erhebungen wie der deutsche Mikrozensus oder der britische Labour Force Survey ebenfalls nicht unbesehen Verwendung finden können. So sind im deutschen Fall aufgrund datenschutzrechtlicher Beschränkungen bereits die Nutzungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Hinzu kommen – analog zu den OECD-Daten – begrenzte Erhebungszeiträume. Zwar wird in den USA seit Mitte des 19. Jahrhunderts ein »decennial census« durchgeführt, dieser beruhte aber bis in die Nach-

2 Dabei handelte es sich um Österreich, die Bundesrepublik, Ungarn, Schweden, die Schweiz sowie England und Wales.

kriegszeit hinein nur auf einer sehr groben Berufsklassifikation, die für die Erfordernisse der vorliegenden Fragestellung vollkommen ungenügend ist. Noch in den sechziger Jahren wurde auf die Defizite in der Zensuskonstruktion hingewiesen (Weiss 1968: 50), die unter anderem dazu führten, daß einzelne – speziell technische – Berufsgruppen nicht dem Gesundheitssektor, sondern anderen Industriesektoren zugerechnet werden. Die Zahl der in nichtärztlichen Berufen tätigen Personen fällt daher tendenziell zu niedrig aus (Greenfield/Brown 1969: 24–47). Trotz wiederholter Reklassifikationen in den siebziger und achtziger Jahren konnten die Erfassungslücken bis heute nicht befriedigend geschlossen werden.

Dieses Problem besteht zwar auch in der Bundesrepublik, sein Einfluß auf die Datenqualität dürfte in den USA jedoch sehr viel durchschlagender ausfallen, da die Zahl neuer Berufe dort deutlich schneller wächst als in den beiden anderen Ländern. Im deutschen Fall wurden Mikrozensuserhebungen erst im Anschluß an das Mikrozensusgesetz von 1957 durchgeführt, der britische Labour Force Survey existiert sogar erst seit 1973 (Esser et al. 1989: 54–60, 75–78). Außerdem gilt es zu bedenken, daß die Stichprobengröße, die zum Beispiel beim deutschen Mikrozensus 1 Prozent beträgt, dazu führen kann, daß zahlenmäßig kleine Berufsgruppen die Mindestbesetzung nicht erreichen und dadurch aus der statistischen Erfassung herausfallen (Hoermann 1968: 8; Stoß 1977: 79). Überdies lassen sich die Beschäftigtenzahlen aus dem Mikrozensus keinen Beschäftigungsorten (Krankenhaus/Niederlassung) zuordnen. Insbesondere, um die Aufstellung von möglichst weit zurückreichenden Zeitreihen zu gewährleisten, wird hier auf amtliche Statistiken zurückgegriffen. Bevor eine Auswertung der Personalstatistiken vorgenommen werden kann, ist es notwendig, den Untersuchungsgegenstand genauer abzugrenzen und sich die Defizite des verwendeten Datenmaterials vor Augen zu führen.

2.1 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits angedeutet, wird sich im Verlauf der Untersuchung die Notwendigkeit ergeben, von dem sehr hoch aggregierten Niveau der Ausgangsbeobachtung auf eine niedrigere Aggregatebene herabzugehen. Insbesondere die Ebene der horizontalen Differenzierung gilt es dabei statistisch zu erfassen. Auch die zahlenmäßig nicht ins Gewicht

fallenden Berufsgruppen müssen berücksichtigt werden, da ihre Existenz beziehungsweise ihr Anstieg einen wichtigen Indikator für Professionalisierungschancen darstellt, die das Gesamtbeschäftigungsvolumen beeinflussen können.³

Mit dem Anspruch einer auf die Gesamtheit der Gesundheitsberufe bezogenen Forschungsperspektive werden aber auch Konzessionen an die Tiefenschärfe der Analyse erforderlich. Bei einem Vergleich von drei Ländern, die überdies von einer beständigen Zunahme der horizontalen Berufsdifferenzierung gekennzeichnet sind, können nicht alle Gesundheitsberufe einzeln behandelt werden. Dies würde über die Möglichkeiten der vorliegenden Untersuchung weit hinausgehen. Versucht wird daher jeweils auf einer abstrakteren Ebene Aussagen zu machen, die auf mehrere Berufsgruppen gleichzeitig Anwendung finden. Gleichwohl kann es notwendig und sinnvoll werden, diese Mesoebene der Argumentation zu verlassen und auf einzelne Gesundheitsberufe einzugehen, sei es zu Illustrationszwecken oder weil inhaltliche Gründe dafür sprechen.

Des weiteren zielt die vorliegende Untersuchung auf den Gesundheitssektor insgesamt. Das bedeutet, daß sowohl der ambulante wie auch der stationäre Sektor erfaßt werden. Außer einem an Vollständigkeit orientierten Untersuchungsziel gibt es auch sachliche Gründe dafür, sich nicht auf einen der beiden Teilsektoren zu beschränken. Zum einen entsteht die Gefahr, daß bei einer isolierten Betrachtung nur einer der beiden Teilsektoren die Verlagerung medizinischer Dienstleistungen und damit verbundene Arbeitskräftewanderungen, die Auswirkungen auf die Personalstruktur besitzen, nur ungenügend berücksichtigt werden können. Zum anderen ist eine analytische Trennung in den ambulanten und den stationären Sektor entweder aufgrund der Datenlage – dies gilt für den britischen Fall – oder aufgrund der fehlenden organisatorischen Trennung zwischen den beiden Sektoren nur mit Einschränkungen möglich. Letzteres gilt für die USA. Laut Statistik wären dort 1989 von den 536.755 berufstätigen Medizinern nur 141.958, also ganze 26,4 Prozent, im Krankenhaus beschäftigt (Statistische Quellen USA/7).

3 Bisher hat die schlechte Datenlage bei internationalen Vergleichen zu einer rigorosen Selbstbeschränkung des Forschungsinteresses geführt. So stellt zum Beispiel Eberle (1983: 71–72) fest: »Da in den verschiedenen internationalen Übersichten keine Angaben über die Anzahl der insgesamt in Berufen des Gesundheitswesens Erwerbstätigen eines Landes enthalten sind, muß sich der internationale Vergleich auf diejenigen Gesundheitsberufe beschränken, die in der Regel statistisch ausgewiesen sind.« Diese Restriktion kann allerdings durch die Nutzung nationaler Daten beträchtlich reduziert werden.

Diese Zahl ist allerdings insofern irreführend, als sie lediglich die im Krankenhaus angestellten Ärzte umfaßt. De facto verbringt in den USA jedoch ein großer Teil der niedergelassenen Ärzte ihren Arbeitsalltag im Krankenhaus, wo sie mit der Versorgung von Patienten beschäftigt sind, die stationär in Belegbetten betreut werden (Stone 1980: 56 ff.).

Der Begriff »Gesundheitsberufe« wird nachfolgend in einem mehrfach eingeschränkten Sinne verwendet. Zunächst weist das Feld der Gesundheitsberufe an seinen Rändern eine Reihe von Unschärfen auf, die sowohl auf funktionalen wie auf statistischen Abgrenzungsproblemen beruhen. Auf letztere Problematik wird im folgenden Abschnitt noch näher eingegangen; hier werden zunächst die funktionalen Zuordnungsfragen geklärt. Eine erste grobe Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes kann auf der Basis eines unter anderem von Rein (1985) verwendeten Zuordnungsschemas erfolgen, dem eine Kombination zwischen Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen zugrunde liegt (vgl. auch Schröder et al. 1986: 191; Nahr 1991: 39). Ein Vierfelder-Schema (Abbildung 2-1) erlaubt eine problemlose Übertragung auf den hier interessierenden Untersuchungsgegenstand des Gesundheitswesens.

In der vorliegenden Untersuchung erfolgt eine Beschränkung auf die »Gesundheitsberufe im Gesundheitswesen«. Diese Eingrenzung führt möglicherweise dazu, daß personalstarke Berufsgruppen aus dem Verwaltungs- und Versorgungsbereich oder den im Gesundheitswesen tätigen Handwerksberufen unberücksichtigt bleiben, und dies obwohl deren Leistungen und Kosten ganz selbstverständlich dem Gesundheitssektor zugerechnet werden. Da es hier aber weder um das Leistungsangebot noch um die Kosten der medizinischen Versorgung geht, sondern nur um die Analyse und Erklärung der Personalstruktur, ist eine in die anderen Zellen hineinreichende extensive Abgrenzung überflüssig.

Damit ist allerdings ein anderes grundsätzliches Problem noch nicht geklärt, nämlich die Frage nach den *Tätigkeitsinhalten* einzelner Berufsgruppen. Auch die hier vorgenommene Abgrenzung kann leicht zu beträchtlichen Verzerrungen führen. Der Anteil des Krankenhausverwaltungspersonals könnte zum Beispiel eine Erklärung für den Beschäftigungsumfang bei Krankenschwestern und -pflegern darstellen, da zwischen beiden Berufskategorien Substitutionsprozesse stattfinden. Aus einer Entlastung des Pflegepersonals von administrativen Pflichten durch einen hohen Verwaltungspersonalanteil könnte eine Verringerung des Pflegepersonals resultieren, ebenso wie umgekehrt ein Mangel an Verwaltungsmitarbeitern zu einer Erhöhung des Pflegepersonals führten könnte, welches dann zur Erledigung

Abb. 2-1 Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes nach Berufsgruppen und Wirtschaftszweigen

	Gesundheitssektor	Andere Wirtschaftszweige									
Gesundheitsberufe	<p>Gesundheitsberufe im Gesundheitssektor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>USA</th> <th>GB</th> <th>BRD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5.068.945^a</td> <td>513.432</td> <td>672.504</td> </tr> <tr> <td>4,17%^b</td> <td>1,86%</td> <td>2,55%</td> </tr> </tbody> </table>	USA	GB	BRD	5.068.945 ^a	513.432	672.504	4,17% ^b	1,86%	2,55%	Gesundheitsberufe in anderen Wirtschaftszweigen
USA	GB	BRD									
5.068.945 ^a	513.432	672.504									
4,17% ^b	1,86%	2,55%									
Nicht-Gesundheitsberufe	Nicht-Gesundheitsberufe im Gesundheitssektor	Andere Berufe in anderen Wirtschaftszweigen									

a in absoluten Zahlen *b* in Prozent der Erwerbsbevölkerung

Quellen: USA/1, USA/2, USA/4, USA/5, USA/9, USA/11, GB/1, GB/4, GB/5, GB/6, GB/7, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/6, BRD/7, BRD/11, BRD/12, BRD/13 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

von Verwaltungsroutinen in die Pflicht genommen wird. Eine handhabbare Lösung dieses Problems ist allerdings nicht in Sicht, denn sie würde voraussetzen, daß in allen drei Ländern für substitutions»verdächtige« Tätigkeitsfelder eine Quantifizierung von Tätigkeitsinhalten vorgenommen werden kann, auf deren Grundlage dann Rückschlüsse über Beschäftigungswirkungen möglich sind. Dieses Problem ist in der Literatur aus gutem Grund kaum behandelt worden. Denn welche enormen Probleme es bereitet, allein eine einzige Schnittstelle zwischen zwei Berufsgruppen mit potentiellen Substitutionseffekten empirisch zu erheben, hat die Untersuchung von Karin Haug (1994: 160–195) sehr deutlich gezeigt. Aus diesem Grund kann nachfolgend auf die Rolle von Tätigkeitsinhalten für das Zustandekommen einer bestimmten Personalstruktur nur insoweit eingegangen werden, als dazu eindeutige Hinweise vorliegen.

Eine weitere Ein- beziehungsweise Ausgrenzung erfolgt durch die Beschränkung auf die – im engeren Sinne – *medizinischen* Gesundheitsberufe.

Zahnärzte einschließlich der in der zahnmedizinischen Versorgung tätigen Assistenzberufe (Zahnarzthelferinnen oder Zahntechniker) sowie Apotheker und pharmazeutisches Hilfspersonal bleiben außer Betracht. Diese Ausgrenzung basiert auf der Überlegung, daß es sich um eigenständige Versorgungssektoren handelt, deren Entwicklung nicht notwendigerweise mit der Personaldynamik im medizinischen Bereich zusammenhängt. Schwieriger wird die Abgrenzung zu den in der Peripherie medizinischer Dienstleistungen tätigen Berufsgruppen, die je nach Land fallweise begründet werden muß. Generell bleiben Bereiche wie die Sozialarbeit, die Hauskrankenpflege sowie die psychologische Versorgung unberücksichtigt, obwohl dabei verschiedene Ausnahmen gemacht werden (siehe weiter unten). Zwar kann es durchaus zu personellen Substitutionsprozessen etwa zwischen der Hauskrankenpflege und der Krankenhausversorgung kommen, allerdings sind diese Grenzbereiche statistisch schlechter zu erfassen und abzugrenzen, da zum Beispiel in der Hauskrankenpflege auch Familienangehörige oder ehrenamtliches Personal tätig sind.

Einen weiteren Grenzfall mit zahlenmäßigem Gewicht stellen die Augenoptiker dar. Würde sich die Untersuchung allein auf die Bundesrepublik beschränken, wäre eine Ausklammerung der Optiker kaum zweifelhaft, da diese Berufsgruppe dem Handwerk, genauer den »Nicht-Gesundheitsberufen im Gesundheitswesen« zuzurechnen ist. Weniger eindeutig ist dies allerdings in Großbritannien und den USA. Hier tritt wieder das Problem der Tätigkeitsinhalte in Erscheinung. In beiden Ländern ist der Beruf des Optikers untergliedert. Im wesentlichen dem deutschen Augenoptiker entsprechen die »dispensing opticians«, die allein zur Herstellung und Abgabe von Sehhilfen berechtigt sind und aufgrund ihres eindeutig handwerklichen Hintergrundes hier nicht erfaßt werden.⁴ In Großbritannien gibt es zusätzlich den »ophthalmic optician«, der auch zur Diagnose, nicht jedoch zur Behandlung von Augenerkrankungen zugelassen ist. In den USA bestehen außer einer Reihe von Hilfsberufen, die dem Augenarzt zugeordnet sind, die selbständig tätigen »optometrists«, die im Anschluß an ein vierjähriges College-Studium den Grad eines »doctor of optometry« erwerben und sowohl zur Diagnose

4 Informationen zu Tätigkeitsinhalten einzelner Berufsgruppen entstammen – soweit nicht anders angegeben – folgenden Quellen: Für Großbritannien wurde auf Stocking (1979) und den »Patient's Guide« (Consumers' Association 1983) zurückgegriffen; für die USA auf das »Health Careers Guidebook« (U.S. Departments of Labor and Health, Education and Welfare 1979); für den deutschen Fall auf die von der Bundesanstalt für Arbeit herausgegebene Reihe »Blätter zur Berufskunde«.

wie auch zur Behandlung von Augenerkrankungen berechtigt sind. Ausgeklammert wurden daher nur die eindeutig als Ophthalmic opticians gekennzeichneten Handwerker. Einbezogen wurden die Optometrists im amerikanischen und die Ophthalmic opticians im britischen Fall; letztere, da sie im Unterschied zum deutschen Augenoptiker allgemeine Diagnosekompetenzen besitzen. Zwar ist es den deutschen Augenoptikern seit 1976 gestattet, eine Sehschärfenbestimmung vorzunehmen, so daß keine augenärztliche Verordnung mehr notwendig ist, aber allein die Einführung dieser begrenzten medizinisch-diagnostischen Tätigkeit rechtfertigt noch nicht die Zuordnung zu den medizinischen Gesundheitsberufen.

Arzthelferinnen stellen einen zweiten Grenzfall dar. Diese zahlenmäßig sehr große Berufsgruppe könnte aus formalen Gründen dem Verwaltungspersonal zugeordnet werden. Obwohl ein beträchtlicher Teil des Berufsalltags der Arzthelferinnen in der Erledigung administrativer Arbeiten besteht, ist aus allen drei Ländern bekannt, daß diese Berufsgruppe in großem Umfang auch direkt in die Patientenversorgung integriert ist. Arzthelferinnen stellen also ein wichtiges personelles Element der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte dar und werden dementsprechend in die Untersuchung einbezogen.

Schließlich bleiben generell alle Auszubildenden von der Betrachtung ausgenommen, da Angaben über diese Beschäftigtengruppe in allen drei Ländern nur sehr unvollständig vorhanden sind. Nun könnte man vermuten, daß durch diese Abgrenzung das Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal substantiell verändert wird. Am Beispiel der Auszubildenden im Pflegebereich sei daher demonstriert, welche Veränderungen sich durch deren Berücksichtigung ergeben würden. Da für die USA hierzu keine Zahlen vorliegen, muß sich dieser Vergleich auf Großbritannien und Deutschland beschränken. Im Jahr 1984 entfielen in Deutschland auf einen Arzt 3,4 nichtärztliche Personen. In Großbritannien betrug diese Zahlenrelation im selben Jahr 1:6,5. Rechnet man nun für beide Länder die Auszubildenden in den Pflegeberufen hinzu, so verändert sich die Verhältniszahl zwar in beiden Fällen beachtlich, und zwar in Deutschland auf 1:5,5 und in Großbritannien auf 1:8,7. Stabil bleiben hingegen die *Abweichungen* zwischen beiden Ländern, und dieser Differenz gilt das Interesse der vorliegenden Untersuchung. Da zu vermuten steht, daß auch eine Einbeziehung der Auszubildenden im amerikanischen Fall keine Veränderung im Abstand zwischen den drei Ländern bewirken würde, ist die Ausklammerung der Auszubildenden gerechtfertigt.

2.2 Probleme der Datenerfassung und -analyse

Das Beispiel der OECD-Daten hat bereits unterstrichen, daß der – keineswegs selbstverständliche – quellenkritische Umgang mit den verwendeten Daten unentbehrlich ist, um die Gefahr von Artefakten zu reduzieren. Dieses Problem läßt sich zwar nicht vollständig ausschalten, zumindest können aber einige Qualitätskriterien angelegt und auf deren Einhaltung geachtet werden. Am schwierigsten zu überprüfen und zu korrigieren ist dabei die *Verlässlichkeit* der Daten. Kontrolliert werden kann dieses Kriterium eigentlich nur durch den Vergleich verschiedener Datenquellen⁵ oder durch Plausibilitätsüberlegungen, anhand derer sich zum Beispiel extreme Ausschläge in einer Zeitreihe beurteilen lassen. Wichtig ist es außerdem, auf den Wechsel von Datenquellen zu achten, da hierdurch die Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes durchbrochen werden kann.

Die Anpassung an die tatsächlich existierenden Berufe beziehungsweise Tätigkeitsfelder stellt ein generelles Problem der Berufsstatistik dar. Im Grunde besteht ein permanenter Aktualisierungsbedarf, da fortwährend neue Berufe entstehen oder alte aussterben. Die amtliche Statistik hat sich hier aus nachvollziehbaren Gründen immer schwer getan, was unter anderem daran abgelesen werden kann, daß die letzte Anpassung der bundesdeutschen Berufssystematik noch immer aus dem Jahr 1975 stammt. Reklassifikationen werfen stets komplizierte Probleme der Vergleichbarkeit mit älteren Erhebungen auf (Stoß 1977: 86; Stoß/Saterdag 1979: 53). So erklärt sich das abrupte zahlenmäßige Absinken oder Ansteigen mancher Berufsgruppe schlichtweg mit Veränderungen in der Statistik. Die Feststellung von Stoß und Saterdag (1979: 53), »statistische Meßergebnisse können ... vielfach auf Scheineffekten beruhen, die aus der Anlage der Berufsklassifizierung, der Art der Datenerhebung oder der Aggregation, die der Analyse zugrundeliegt, resultieren«, trifft im Prinzip auch auf die britischen und amerikanischen Daten zu. Insbesondere ist das Wachstum der nichtärztlichen Gesundheitsberufe – zumindest partiell – ein Resultat ihrer verspäteten statistischen Erfassung. Eine wichtige Konsequenz aus der mit dem zeitlichen Abstand anwachsenden Selektivität der erfaßten Berufsgruppen besteht darin, daß Da-

5 Die allerdings nur in wenigen Fällen tatsächlich verfügbar sind, da grundsätzlich eher von einem »Datennotstand« auszugehen ist. Zudem tritt bei einem Vergleich verschiedener Datenquellen das Problem auf, daß man über deren Zuverlässigkeit urteilen muß und dabei möglicherweise über keine ausreichenden Qualitätsindikatoren verfügt. Vgl. dazu Nahr (1991).

ten aus der Zeit vor dem 2. Weltkrieg, von einigen Ausnahmen abgesehen, keine Verwendung finden. Denn aufgrund ihrer Unvollständigkeit vermögen sie die hier interessierende Verhältniszahl nicht zuverlässig wiederzugeben.

Die *Vollständigkeit* der Daten ist ein zweiter Qualitätsmaßstab, der insbesondere bei einer Zeitreihenanalyse von Bedeutung ist. Alle hier verwendeten Statistiken weisen mehr oder weniger große Erfassungslücken auf, entweder weil Angaben zu einzelnen Jahren oder gar längeren Zeiträumen fehlen oder weil einzelne Berufsgruppen nicht durchgängig erfaßt sind. Ergänzungen aus anderen statistischen Quellen sind zwar möglich, allerdings insofern nicht unproblematisch, als dann auch andere Erfassungskriterien und -systematiken wahrscheinlich sind. Daher dürfen Ergänzungen nur sehr vorsichtig und unter Berücksichtigung wechselnder Klassifikationen vorgenommen werden. Eine weitere Möglichkeit zur Überbrückung von Datenlücken, die hier genutzt werden soll, ist die Ergänzung des sogenannten Stützbereichs der vorhandenen Daten durch gleitende Mittelwerte (Näheres dazu bei Thome 1992).

Schließlich muß die *Vergleichbarkeit* der Daten in hinreichendem Maße gewährleistet sein. Im Idealfall sind Beobachtungs- beziehungsweise Meßeinheiten valide innerhalb eines Systems (daß heißt zumeist eines Landes) und äquivalent im Systemvergleich (Przeworski/Teune 1970: 114 ff.). Die Kunst besteht also darin, Merkmale der untersuchten Variablen zu finden, von denen zuverlässig angenommen werden kann, daß sie in verschiedenen Kontexten das gleiche Phänomen abbilden. Im vorliegenden Fall trifft dieses Problem vor allem die abhängige Variable, also die von nationalen Beschäftigungsstatistiken erfaßten und wiedergegebenen Gesundheitsberufe und ihr zahlenmäßiges Mischungsverhältnis. Augenfällig sind hierbei die Differenzen in den Berufssystematiken. Während sich die Berufsklassifikation der deutschen Statistik stark an der Existenz von Berufsgesetzen orientiert, sind die britischen Daten hauptsächlich nach Hierarchiestufen und Beschäftigungsort untergliedert, so daß außer festgefügten Berufsbildern auch Funktionsgruppen in Erscheinung treten. In der amerikanischen Statistik schließlich wird die Klassifizierung von Berufen nach dem »Labor-force«-Konzept vorgenommen, bei dem die geleistete Arbeitszeit eine wichtige Rolle spielt (Hohls 1991: 325). Dies wirkt sich zum Teil so aus, daß nur Tätigkeitsgebiete und keine Gesundheitsberufe ausgewiesen sind, also zum Beispiel »physical therapy« und nicht »physical therapists«. In solchen Fällen sind dann auch nicht näher spezifizierte Hilfskräfte in die Zählung aufgenommen.

Die wirkungsvollste Methode zur Herstellung von Äquivalenz besteht in der Reklassifikation der Daten nach einem einheitlichen Kriterienkatalog. Diese Möglichkeit kann hier jedoch nur in sehr begrenztem Maß genutzt werden, da sie eine weitergehende Disaggregierbarkeit der Daten voraussetzt, die mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht möglich ist. Allein im britischen Fall kann der Umfang einzelner Berufsgruppen aus der Addition von Zahlenangaben aus unterschiedlichen Tätigkeitsorten errechnet werden. Die Vergleichbarkeit läßt sich lediglich durch den Versuch erhöhen, die abhängige Variable möglichst konsistent zu halten, also durch Ausgrenzung von Randbereichen beziehungsweise Konzentration auf den Kernbereich der Gesundheitsberufe den möglichen Fehlerumfang zu reduzieren. Zudem ist eine Beschränkung der Datenanalyse auf jene Untereinheiten erforderlich, bei denen mit einiger Sicherheit ein vergleichbarer Inhalt unterstellt werden kann. Worin sich die hier benutzten Datenquellen unterscheiden und auf welche Problemzonen daher zu achten ist, veranschaulicht die nun folgende Beschreibung.

2.2.1 Bundesrepublik Deutschland

Betrachtet man die Datenlage im deutschen Fall im Hinblick auf die Anforderungen der hier verfolgten Fragestellung, dann kann die statistische Erfassung der Gesundheitsberufe als befriedigend bis gut bezeichnet werden.⁶ Aus den vorfindlichen Datenquellen läßt sich eine relativ lückenlose Zeitreihe für die Gesundheitsberufe erstellen, die die Jahre 1952 bis 1984 umfaßt. Zu diesem Zweck wird auf die vom Statistischen Bundesamt (StBA) herausgegebenen Reihen zurückgegriffen. Für die Jahre 1952 bis 1958 handelt es sich um die Reihe *Gesundheitswesen – Statistische Ergebnisse*, ab 1959 um die *Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7: Gesundheitswesen*, die schließlich ab 1975 als *Fachserie 12* mit der Untergliederung *Reihe 5: Berufe des Gesundheitswesens* und *Reihe 6: Krankenhäuser* fortgeführt wurde. Ergänzungen stammen aus der vom Bundesgesundheitsminister herausgegebenen Reihe *Daten des Gesundheitswesens*, die im wesentlichen auf den

⁶ Diese Bewertung soll allerdings nicht so verstanden werden, als sei die deutsche Statistik nur geringfügig verbesserbar – ganz im Gegenteil. Auf die zahlreichen Schwächen hat Nahr (1991) bereits eindrücklich hingewiesen. Die einigermaßen positive Bewertung der deutschen Statistik ergibt sich im vorliegenden Fall aus dem Vergleich zu anderen Berichtssystemen, insbesondere in den USA.

Angaben des StBA basiert, allerdings auch andere Datenquellen heranzieht (Näheres zum statistischen Berichtssystem bei Kube/Spree 1991).

Die Grundlage für die Datenerhebung durch das StBA bildet die 3. Durchführungsverordnung vom 30. März 1935 zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (Reichsministerialblatt I S. 327), wonach die Gesundheitsämter alle Personen zu registrieren haben, die selbständig oder in angestellter Position mit der medizinischen Versorgung oder Pflege von Patienten befaßt sind. Für die relative Vollständigkeit der Angaben war die Tatsache verantwortlich, daß die Gesundheitsämter ihre Karteien mit Hilfe der Einwohnermelderegister aktualisieren konnten. Infolge des Melderechtsrahmengesetzes des Bundes vom 16.8.1980 (BGBl. I: 1429) untersagten die in der Folge verabschiedeten Landesmeldegesetze diese Praxis, so daß das Statistische Bundesamt nunmehr auf andere Datenquellen angewiesen ist (Kube/Spree 1991: 300). Seit 1985 liegt der Reihe Berufe des Gesundheitswesens die EG-Arbeitskräftestichprobe zugrunde, die aber nicht nur eine sehr viel größere Berufsklassifikation verwendet als das StBA, sondern deren Stichprobengröße überdies so gering ausfällt, daß eine trennscharfe Erfassung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausgeschlossen ist.⁷ Der Meßzeitraum für den bundesdeutschen Fall endet daher im Jahr 1984.

Die Statistik des StBA konzentriert sich auf die »bundeseinheitlich geregelten« Berufe, ohne daß klar wird, warum die landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufe nur lückenhaft Berücksichtigung finden. Bis auf eine Ausnahme handelt es sich hierbei um zahlenmäßig sehr kleine Berufsgruppen, die oftmals nur einige hundert Personen umfassen und daher das Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und den nichtärztlichen Assistenzberufen kaum beeinflussen. Die Ausnahme bilden die Sprechstundenhelferinnen, die erstmals 1985 in der Reihe Berufe des Gesundheitswesens auftauchen. Für die davor liegenden Jahre stammen die einzig regelmäßig erhobenen Daten von den Landesärztekammern, die allerdings nur die Ausbildungsverhältnisse registriert haben. Diese Datenlücke ist deshalb von einiger Bedeutung, weil Sprechstundenhelferinnen – bezogen auf 1985 – nach den Krankenschwestern die zahlenmäßig zweitgrößte Gruppe der nichtärztlichen Ge-

7 Von dieser drastischen Verschlechterung der Datenlage nicht betroffen sind die Angaben über Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, da sie von den jeweiligen Kammern erhoben und an das StBA weitergeleitet werden. Ebenso unberührt von dieser Entwicklung blieben die Daten über das Krankenhauspersonal, deren Angaben über die Zahl der angestellten Personen nicht den oben genannten datenschutzrechtlichen Restriktionen unterliegen.

sundheitsberufe darstellen. Da eine Nichtberücksichtigung der Sprechstundenhelferinnen also zu erheblichen Verzerrungen führen würde, ist es notwendig, zur Ergänzung auf andere Datenquellen zurückzugreifen.

Eine alternative Datenquelle bieten die Volks- und Berufszählungen, deren Ergebnisse vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) für ausgewählte Berufsgruppen und einige Meßzeitpunkte veröffentlicht wurden (IAB 1971). Für die Sprechstundenhelferinnen liegen Zahlen aus den Jahren 1950, 1961 und 1967 vor. Da die Berufsklassifikation des StBA dieser Berufsgruppe damals allerdings noch eine nicht weiter auflösbare vierstellige Berufsklasse (8157) zuordnete, sind nur die Gesamtzahlen der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen wiedergegeben. Eine aufgegliederte Datenangabe liegt nur in der (ab 1975) erschienenen *Reihe 1.6.1, Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten*, die wiederum Bestandteil der *Fachserie 2, Unternehmen und Arbeitsstätten* ist, eine erstmals 1950 und seit 1959 in vierjährigem Abstand erhobene repräsentative Stichprobe vor, in der nach Facharztgruppen untergliederte Angaben über das Praxispersonal beinhaltet sind. Aus dieser Kostenstrukturstatistik läßt sich, wenn auch mit einer gewissen Fehlertoleranz behaftet (näheres bei Sahner/Röhnau 1991: 48–51), die Gesamtzahl der Arzthelferinnen hochrechnen.

2.2.2 Großbritannien

Ähnlich wie für die Bundesrepublik kann die Datenlage im britischen Fall als befriedigend bis gut eingestuft werden. Der Grund für die vergleichsweise vollständige statistische Erfassung der Gesundheitsberufe ist zweifellos in der Tatsache zu finden, daß der National Health Service (NHS) nicht nur als einheitliche Finanzierungsinstitution, sondern darüber hinaus auch als Arbeitgeber der meisten Gesundheitsberufe fungiert, so daß die Zahl der Beschäftigten gut dokumentiert ist (vgl. allgemein Alderson 1974). Die nachfolgende Analyse beruht auf der seit 1972 in zweijährigem Abstand erscheinenden Reihe *Health and Personal Social Services Statistics for England* (HPSSS), die vom Gesundheitsministerium herausgegeben wird. Diese Daten umfassen den Zeitraum von 1949 bis 1991. Für die Zeit vor der Einführung des NHS liegen kaum verwendbare Daten vor. Lediglich in der allgemeinen Reihe *Annual Abstract of Statistics* finden sich in einigen Jahrgängen die nicht weiter aufschlüsselbaren Sammelkategorien »medical and

dental staff« sowie »nursing and midwifery staff«, die für die vorliegenden Zwecke zu wenig trennscharf sind.⁸

Nicht erfaßt sind in den HPSSS-Daten nur die Beschäftigten in privaten Krankenhäusern und den Privatpraxen niedergelassener Ärzte. Diese Erfassungslücke fällt aufgrund der geringen Größe des privaten Sektors jedoch kaum ins Gewicht. Die Zahl jener niedergelassenen Ärzte, die ausschließlich Privatpatienten behandeln, dürfte wenige Hundert nicht übersteigen (näheres bei Döhler 1990: 165). Auch die Zahl privater Krankenhäuser fällt im Vergleich zu den NHS-Krankenhäusern sehr niedrig aus. Seit Mitte der achtziger Jahre stagniert ihre Zahl bei rund 200 mit ca. 10.000 Betten (Döhler 1990: 245–249), denen 1987/88 insgesamt 1.737 öffentliche Krankenhäuser mit 297.342 Betten gegenüberstanden (DHSS 1989: Table 4.2). Außer durch ihre Beschränkung auf den staatlichen Gesundheitssektor weichen die britischen Daten in ihrer geographischen Abgrenzung von der Bundesrepublik und den USA ab. Von 1949 bis 1971 gelten die HPSSS-Daten für England und Wales, ab 1972 ausschließlich für England. Wenn nachfolgend von »Großbritannien« die Rede ist, so bezieht sich dies nur auf England, nicht auf das gesamte Königreich.

Auch die HPSSS-Daten sind nicht frei von Erfassungslücken. So fehlen Angaben für den Zeitraum zwischen 1949 und 1959 gänzlich, ohne daß die Gründe dafür in irgendeiner Kommentierung oder Datenbeschreibung angegeben werden. Eine weitere Leerstelle bilden die in der Praxis der niedergelassenen Ärzte (general practitioners – GPs) beschäftigten Hilfskräfte. Diese Beschäftigten sind in den HPSSS-Daten vermutlich deshalb nicht aufgeführt, weil sie keine Angestellten des NHS sind, sondern in einem Arbeitsverhältnis zu dem jeweiligen GP stehen. Verlässliche Angaben über das Praxispersonal (ancillary staff) gibt es erst ab 1976, da seit diesem Zeitpunkt eine gesonderte Erhebung über die Beschäftigungssituation in den Arztpraxen durchgeführt wird.⁹ Die dort erhobenen Zahlen ähneln den Angaben aus der bundesdeutschen Kostenstrukturstatistik insofern, als sie ebenfalls eine funktionale Aufgliederung zwischen Verwaltungspersonal (secretaries, receptionists) und dem in der Patientenversorgung tätigen Personal (nurses, dispens-

8 Nähere Informationen zur Datenlage vor 1948 finden sich bei Hollingsworth/Hollingsworth (1985) und Pinker (1966).

9 Dabei handelt es sich um die vom Gesundheitsministerium herausgegebene Reihe *Statistics for General Medical Practitioners in England and Wales*, die bisher zweimal (1988 und 1991) erschienen ist und – mit einigen Lücken – den Zeitraum von 1976 bis 1989 umfaßt (Statistische Quellen GB/3, GB/5).

ers) erlauben. Ebenso wie in den beiden anderen Ländern wird das offenkundig mit reinen Schreib- und Verwaltungstätigkeiten betraute Personal nicht mitberechnet.

Eine spezifische Schwäche der britischen Statistik besteht in den mehrfachen Wechseln zwischen absoluten Zahlen (»numbers«) und den sogenannten »whole time equivalents« (WTEs), also einer Umrechnung der Beschäftigten auf Vollzeitstellen. Für einige Berufsgruppen beziehungsweise Jahrgänge sind beide Darstellungsformen verfügbar. Wo immer möglich, werden Angaben in WTEs übernommen, da der Umfang der Teilzeitbeschäftigung ständig wächst und absolute Zahlen daher an Aussagekraft über den tatsächlichen Beschäftigungsumfang verlieren. Zudem muß bedacht werden, daß rund die Hälfte der Krankenhausärzte ohnehin auf Teilzeitbasis im NHS tätig ist, um die verbleibende Zeit der lukrativen Versorgung von Privatpatienten widmen zu können (Döhler 1990: 241; Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 594). Vollständig ausgleichen läßt sich diese Schwäche der Statistik nicht, da in älteren Ausgaben der Statistikreihe keine WTEs angegeben sind und die wichtige Berufsgruppe der GPs ausnahmslos in Form absoluter Zahlen wiedergegeben ist.

Eine Möglichkeit diese Verzerrungen zu verringern, könnte darin bestehen, die Zahlenangaben über diese Berufsgruppe in Vollzeitstellen umzurechnen. Aus einem Vergleich der Angaben über einige Berufe, für die sowohl absolute Zahlen wie auch Vollzeitstellen vorhanden sind, läßt sich entnehmen, daß WTEs durchschnittlich 80 bis 85 Prozent der absoluten Zahlen ausmachen. Da allerdings keine Angaben über den Umfang beziehungsweise den Zuwachs der Teilzeitbeschäftigung im Zeitverlauf vorhanden sind, würde eine Umrechnung vermutlich größere Verzerrungen produzieren als zu beheben, so daß auf diese Rechenoperation verzichtet wurde. Anzumerken bleibt lediglich, daß die Verhältnisziffer bei einer statistischen Erfassung der GPs in Vollzeitstellen noch stärker zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausfallen würde.

2.2.3 Vereinigte Staaten von Amerika

Im Vergleich zur Datenlage im deutschen und im britischen Fall ist die amerikanische Statistik der Gesundheitsberufe gleich in mehrfacher Hinsicht mit Mängeln behaftet. Annähernd zuverlässige und vollständige Daten, die die Erstellung einer durchgängig konsistenten Zeitreihe erlauben, existieren

nur für die Ärzteschaft. Und selbst bei dieser vergleichsweise gut erfaßten Berufsgruppe besitzt die Statistik ihre Tücken. Zunächst differieren schon Angaben, die aus der gleichen Quellen stammen und sich nur durch das Veröffentlichungs- beziehungsweise Erhebungsdatum unterscheiden, da – wie in allen US-Personalstatistiken – mitunter nachträgliche Berichtigungen vorgenommen werden. Aus diesem Grund wird jeweils den neuesten verfügbaren Datenquellen der Vorzug gegeben. Uneinheitlich sind zudem die Erfassungskriterien, die zwischen berufstätigen Ärzten (»active«), der Gesamtzahl aller Ärzte (»total«), Schulmediziner (als »MDs«, das heißt Medical doctors, oder »physicians« gekennzeichnet) und osteopathischen Ärzten (»DOs«, das heißt Doctors of osteopathy) schwanken. So reicht die Spannbreite der Angaben über die Zahl der berufstätigen Ärzte für 1985 von 497.140 (Statistische Quellen USA/5: Table 201A) bis zu 512.900 (Statistische Quellen USA/9: 132), ohne daß ersichtlich ist, woraus diese Unterschiede resultieren. Um überhaupt zur Abbildung einer vollständigen Zeitreihe zu gelangen, mußte hier auf amtliche Statistiken zurückgegriffen werden, in denen die Gruppe der DOs nicht beinhaltet sind. Diese holistische und auf nicht-invasive Behandlungsformen ausgerichtete Richtung der Medizin, die in früheren Jahrzehnten gewisse Ähnlichkeit zur Naturheilkunde aufwies, hat sich mittlerweile der Schulmedizin soweit angenähert, daß sie von deren Interessenvertretung anerkannt wurde (Raffel/Raffel 1989: 51–53) und die DOs durchaus den Ärzten als Berufsgruppe zugerechnet werden könnten. Da ihr Anteil an den berufstätigen Ärzten nur rund 5 Prozent ausmacht, entstehen durch das Weglassen der DOs keine wesentlichen Verzerrungen.

Noch gravierender sind die Mängel in der Erfassung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, für die erst seit 1965 eine spezielle und regelmäßig veröffentlichte Berufsstatistik vorhanden ist. Für die Erstellung einer historisch weiter zurückreichenden Zeitreihe muß daher auf die Reihe *Health Manpower Source Book*¹⁰ zurückgegriffen werden, der ein noch gröberes Klassifikationsraster zugrundelag als den zwischen 1965 und 1977 im jährlichen

10 Dies ist der Obertitel einer zwischen 1952 und 1970 in unregelmäßigen Abständen vom Public Health Service (Publ. No. 263) herausgegebenen Reihe, deren Einzelhefte nur jeweils gesonderte Aspekte, wie einzelne Berufsgruppen, deren regionale Verteilung und ähnliches, zum Gegenstand hatten. Hier wird Bezug genommen auf eines der wenigen Hefte, das sich mit allen nichtärztlichen Gesundheitsberufen beschäftigt: *Health Manpower Source Book 21 – Allied Health Manpower Supply and Requirements: 1950–80* (Statistische Quellen USA/4).

Abstand veröffentlichten *Health Resources Statistics*, die einen – wenn auch lückenhaften – Gesamtüberblick über *alle* Gesundheitsberufe zum Ziel hatte, so daß für diesen Zeitraum sowohl das Gesamtbeschäftigungsvolumen wie auch die Veränderungen bei den zahlenmäßig ins Gewicht fallenden Berufsgruppen ermittelt werden können. Nach der Veröffentlichung der Ausgabe von 1976/77 wurde das Erscheinen dieser Reihe aufgrund des hohen Arbeitsaufwandes sowie interner Umstrukturierungen des Ministeriums eingestellt (Pearce 1986: 41). Ein Mitte der siebziger Jahre initiiertes Versuchsprojekt des National Center for Health Statistics die Datenlage durch das »Cooperative Health Statistics System« zu verbessern, wurde 1980 im Zuge von Sparmaßnahmen ebenfalls eingestellt (Pearce 1986: 42).

Eine regelmäßige statistische Erfassung der Gesundheitsberufe wurde dem Department of Health & Human Services (DHHS) erst 1979 durch den Health Professions Education Assistance Act (Public Law 94–484) zur Pflicht gemacht, diesmal allerdings mit einer selektiven Ausrichtung. Im seit 1978 in zweijährigem Abstand erscheinenden *Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel* sind nur noch ausgewählte Gesundheitsberufe berücksichtigt, so daß aus dieser Quelle allein keine Gesamtbeschäftigungsvolumina und Verhältnisangaben errechnet werden können. Daher muß zur Ergänzung auf andere Datenquellen zurückgegriffen werden (vgl. dazu das Verzeichnis der verwendeten statistischen Quellen).

Zu dem Problem, daß im amerikanischen Fall die Berufsstatistik im Grunde drei Meßzeiträume (1940–1964; 1965–1977; 1980–1988) mit wechselnden Klassifikations- und Selektionskriterien aufweist, tritt als komplizierender Umstand hinzu, daß die statistische Erfassung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den USA auf Daten von unterschiedlicher Herkunft und Qualität beruht. Schwankungen der Angaben von einem Jahr zum anderen sind daher vielfach einem quellenbedingten Wechsel der Erfassungskriterien geschuldet. Anders als in Deutschland und Großbritannien bedienen sich die Verfasser amtlicher Beschäftigungsstatistiken in den USA aus Datenquellen ganz unterschiedlicher Art.¹¹ So heißt es etwa im Vorwort zur letzten Ausgabe der *Health Resources Statistics*:

11 Für Berichte zur neueren Datenlage vgl. Albertini (1986: 2). Im wesentlichen greifen die amtlichen Statistiken auf drei Datenquellen zurück: 1. Zensusdaten, 2. die Beschäftigungsstatistik des Department of Labor und 3. Schätzungen beziehungsweise Surveys, in denen die Zahl der Beschäftigten auf der Basis von Mitgliedszahlen in Berufsverbänden sowie von Personen, aufgrund erteilter Berufsausübungslizenzen und Absolventenzahlen aus Ausbildungseinrichtungen, zu ermitteln versucht wird.

Health Resources Statistics utilizes the best available information on health manpower and health facilities, from whatever source. The resulting data thus represent a rather heterogeneous assortment of survey findings, actual counts, and estimates derived on the basis of best professional judgement.

(U.S. Department of Health, Education and Welfare 1979: 1–2)

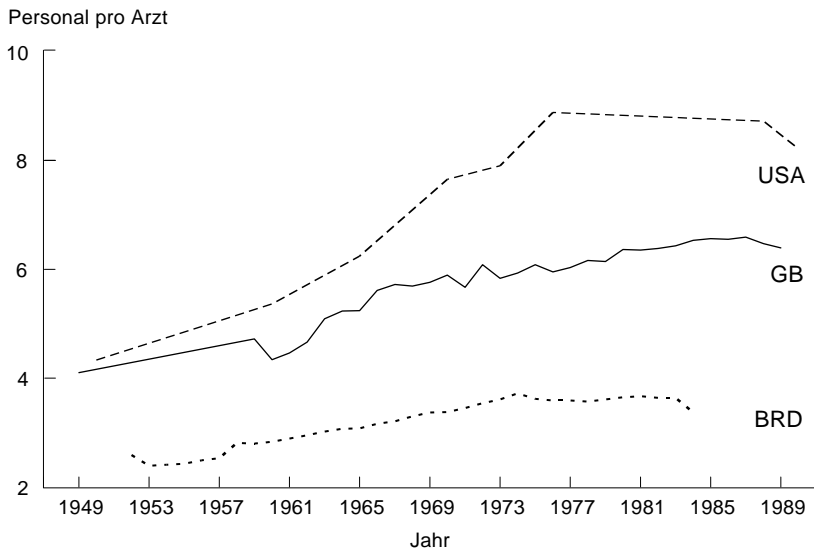
Dies gilt zwar nicht für alle Berufsgruppen, allerdings zwingen die daraus resultierenden Einschränkungen der Datenqualität dazu, daß den Berechnungen von Gesamtbeschäftigungsvolumina und Verhältnisziffern im amerikanischen Fall grundsätzlich nur der Charakter von Schätzwerten zugemessen werden kann. Die Gefahr statistischer Artefakte ist zwar auch für Großbritannien und Deutschland nicht auszuschließen, aber doch sehr viel geringer, da sie primär von der Aus- beziehungsweise Abgrenzung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe herrühren können, während in den USA bereits die Angaben über einzelne Berufsgruppen Anlaß zu Zweifeln über die Datenvalidität geben. Trotz aller Mängel der amerikanischen Daten sind zumindest Aussagen über allgemeine Entwicklungstendenzen der Personalstruktur im Gesundheitswesen möglich.

2.3 Nationale Beschäftigungsstrukturen im Vergleich

Abbildung 2-2 gibt auf der höchstmöglichen Aggregatebene Auskunft über die Entwicklung des Zahlenverhältnisses zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal. Bevor diese Daten interpretiert werden können, gilt es zu klären, inwieweit die abgebildeten Entwicklungstrends mit Brüchen oder Reklassifikationen der jeweiligen Statistik zusammenhängen.

Es kann als Zeichen für die Schwierigkeiten der Erstellung einer Zeitreihe gesehen werden, daß sich die kurzfristigen Sprünge in Abbildung 2-2 größtenteils auf die Statistik zurückführen lassen. Das zwischen 1952 und 1958 beobachtbare leichte Absinken der Verhältnisziffer im deutschen Fall kann zwar teilweise tatsächlich auf die geringen Zuwachsraten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zurückgeführt werden. Allerdings resultiert der sprunghafte Anstieg von 1957 auf 1958 vor allem daraus, daß 1958 zu der Kategorie »sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung« andere Berufsgruppen hinzugerechnet wurden, die zuvor separat erfaßt waren. Ganz ähnlich verhält es sich im britischen Fall. Auch hier beruhen die Wellenbewegungen zwischen 1959 und 1963 sowie zwischen 1970 und 1972 nicht auf

Abb. 2-2 Nichtärztliches Gesundheitspersonal pro Arzt in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den USA



Quellen: USA/1, USA/2, USA/4, USA/5 USA/9, USA/11, GB/1, GB/4, GB/5, GB/6, GB/7, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/6, BRD/7, BRD/11, BRD/12, BRD/13 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

realen, sondern auf Statistikveränderungen. Erstere Wellenbewegung kommt dadurch zustande, daß im entsprechenden Zeitraum für mehrere Berufsgruppen, unter anderem Health visitors und Remedial gymnasts keine Zahlenangaben vorliegen, während letzte durch die Umstellung der geographischen Abgrenzung der HPSSS-Daten (bis 1971 England und Wales, ab 1972 nur noch England) entsteht. Im amerikanischen Fall wird die kontinuierliche Aufwärtsentwicklung mit einem abrupten Absinken der Verhältnisziffer im Jahr 1976 beendet. Auch dieser Trendbruch hat seine Ursachen im Datenmaterial. Denn 1976 war das letzte Jahr, in dem eine amtliche Vollerhebung des Gesundheitspersonals durchgeführt wurde. Alle nachfolgenden Daten beziehen sich nur noch auf ausgewählte Berufsgruppen. Sieht man von diesen zeitlich begrenzten Brüchen in der Statistik ab, dann können folgende Langfristtrends hervorgehoben werden.

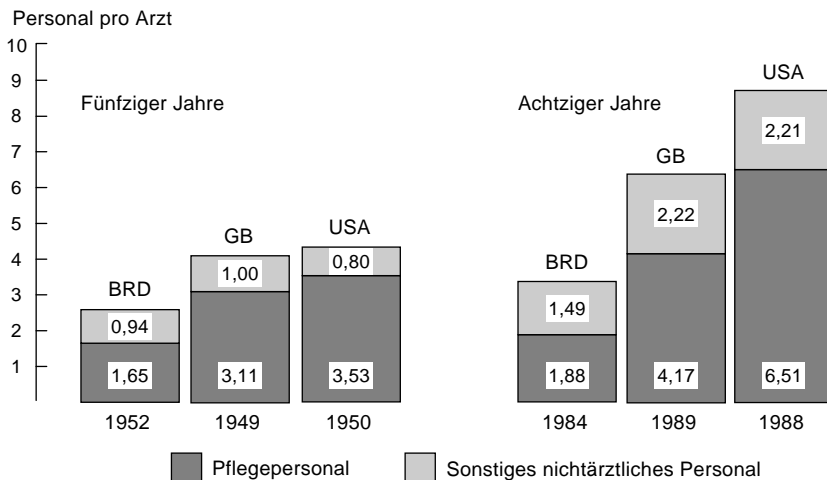
Als auffällig erweist sich in Abbildung 2-2 zunächst der Umstand, daß in Großbritannien (1949) und den USA (1950) schon unmittelbar nach dem

Zweiten Weltkrieg ein Zahlenverhältnis von 1:4,1 (GB) beziehungsweise 1:4,3 (USA) anzutreffen ist, während in der Bundesrepublik (1952) auf einen Arzt nur 2,6 nichtärztliche Beschäftigte entfielen. Diese ursprünglichen Niveauunterschiede zwischen der Bundesrepublik einerseits und den USA sowie Großbritannien andererseits nehmen dann im Zeitverlauf weiter zu. Ein Personalzuwachs bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist – in unterschiedlicher Intensität – zwischen den frühen fünfziger Jahren und Mitte der siebziger Jahre beziehungsweise in Großbritannien bis in die frühen achtziger Jahre hinein festzustellen. Seither stagniert das Zahlenverhältnis in allen drei Ländern. Vergleicht man die Veränderung im Zahlenverhältnis zwischen den nichtärztlichen Gesundheitsberufen und der medizinischen Profession (vgl. Abbildung 2-3) in Prozent, dann weist die Bundesrepublik mit 30 Prozent gegenüber 55 Prozent in Großbritannien und 101 Prozent in den USA die geringste Veränderung auf. Dieser Befund muß zwar aufgrund des kürzeren Beobachtungszeitraumes für die Bundesrepublik relativiert werden, läßt aber dennoch den Schluß zu, daß die Wachstumsdynamik der nichtärztlichen Gesundheitsberufe hierzulande deutlich geringer ausgefallen ist als in den beiden Vergleichsfällen.

Unterscheidet man zwischen den Pflegeberufen und den sonstigen nichtärztlichen Gesundheitsberufen, tritt ein weiterer Aspekt hervor, der den Befund der Arztlastigkeit im deutschen Fall bestärkt. Bemerkenswert ist bei den sonstigen nichtärztlichen Berufen wiederum der geringe Anstieg im deutschen Fall. Kam 1952 auf einen Arzt knapp eine nichtärztliche Arbeitskraft, so hat sich diese Relation seit Mitte der siebziger Jahre nur auf 1:1,5 verschoben, wohingegen in Großbritannien seit 1982 stets mehr als zwei auf einen Arzt kamen. Den stärksten Anstieg konnten die sonstigen nichtärztlichen Berufe in den USA verzeichnen, wo sie zwischen 1950 und 1990 von nur 0,8 pro Arzt auf jeweils mehr als zwei pro Arzt seit Mitte der siebziger Jahre anwachsen. In Prozent ausgedrückt bedeutet dies ein Wachstum von 59 Prozent in der Bundesrepublik, von 122 Prozent in Großbritannien und von 176 Prozent in den USA.

Bei einer genaueren Analyse der deutschen Daten zeigt sich, daß die Zunahme der nichtärztlichen Gesundheitsberufe vor allem auf das überproportionale Wachstum einer einzigen Berufsgruppe zurückzuführen ist, nämlich der Arzthelferinnen. Ihr Anteil am Gesamtvolumen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe betrug 1952 knapp 13 Prozent. 1984 hatte sich dieser Anteil auf rund 26 Prozent erhöht. Würde man den ursprünglichen Anteil von 13 Prozent konstant halten, so bliebe das Verhältnis zwischen Ärzten und Assi-

Abb. 2-3 Nichtärztliches Gesundheitspersonal pro Arzt in der Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und den USA, unterschieden nach Pflege- und sonstigem Personal



Quelle: USA/1; USA/2; USA/4; USA/5; USA/9; USA/11; GB/1; GB/4; GB/5; GB/6; GB/7; BRD/2; BRD/3; BRD/4; BRD/6; BRD/7; BRD/11; BRD/12; BRD/13 (siehe Verzeichnis der statistischen Quellen).

stanzberufen fast vollkommen stabil. Diese Überlegung ist deshalb von Bedeutung, weil sich die Zunahme der nichtärztlichen Gesundheitsberufe weder in Großbritannien noch in den USA in ähnlicher Weise auf eine einzelne Berufsgruppe zurückführen läßt, sondern auf breiter Front erfolgte. Das Beispiel der Arzthelferinnen, die kaum als Speerspitze der Professionalisierung der Assistenzberufe gelten können, zeigt, daß das zahlenmäßige Wachstum einer Berufsgruppe allein noch wenig über die tatsächlichen Professionalisierungserfolge aussagt (Näheres dazu in Kapitel 3). Das Wachstum der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in einem Land kann daher eine ganz andere Qualität besitzen als anderswo.

Die Unterscheidung zwischen Pflegepersonal und anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen macht auf eine naheliegende Erklärung der Niveauunterschiede in der Beschäftigungsstruktur und deren Vergrößerung im Zeitverlauf aufmerksam. Abbildung 2-3 verdeutlicht nämlich, daß in allen drei Ländern die Krankenschwestern beziehungsweise – unter Einschluß der ver-

schiedenen Qualifikationsstufen – das Pflegepersonal die mit Abstand größte Beschäftigtengruppe bilden. Die zahlenmäßigen Differenzen in der Personalstruktur erklären sich demnach zu rund zwei Dritteln aus der unterschiedlich starken Besetzung der Kategorie der Pflegekräfte. Daraus könnte nun der forschungsstrategisch naheliegende Schluß abgeleitet werden, daß es aufgrund der überragenden quantitativen Bedeutung vollkommen ausreicht, sich auf das Krankenpflegepersonal zu konzentrieren. Denn von ihrem Umfang her könnten die anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufe vernachlässigt werden. Es sprechen allerdings verschiedene Überlegungen dagegen, die Pflegeberufe in den Mittelpunkt der Untersuchung zu rücken.

Ein wichtiger Einwand besteht darin, daß das Pflegepersonal nicht als repräsentativ für die Professionalisierungserfolge beziehungsweise -mißerfolge anderer Berufsgruppen betrachtet werden kann. Denn das würde voraussetzen, daß die Pflegeberufe dieselben kategorialen Merkmale besitzen wie die Mehrzahl der anderen nichtmedizinischen Berufe. Das gilt jedoch weder für den Umfang der medizinischen Kompetenzen noch für die Dauer der Ausbildung oder für den Status gegenüber der medizinischen Profession. Daher steht zu erwarten, daß die Regulierung der Professionsgrenzen beim Pflegepersonal durch Faktoren erfolgt, die bei den anderen Assistenzberufen in dieser Kombination nicht anzutreffen sind.

Des weiteren würde die Ausblendung zahlenmäßig kleiner Berufsgruppen die zweite Stufe der Erklärung nationaler Unterschiede, nämlich die Frage nach den Ursachen für Stabilität oder Veränderung der Marktregulierung, erschweren. Denn es ist teilweise zu beobachten, daß einzelnen Berufsgruppen spektakuläre Einbrüche in ärztliche Kompetenzdomänen gelungen sind und aus diesem Grund das Verhalten der medizinischen Profession gegenüber anderen Gesundheitsberufen geprägt wurde – entweder im Sinne eines Professionstraumas, dessen Wiederholung es zu vermeiden gelte, oder aber als positive Erfahrung, aus der eine erhöhte Akzeptanz gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen erwächst.¹² Bei einer Konzentration auf die Pflegeberufe müßten so verursachte Verhaltensmuster unberücksichtigt bleiben. Aus diesen Gründen bilden die Pflegeberufe analytisch hier nur eines von vielen Elementen der Personalstruktur. Zudem kann auf zwei parallele Forschungsprojekte verwiesen werden (Haug 1994; Rothgang 1994), in de-

12 Dieses Argument hat natürlich auch in der entgegengesetzten Richtung seine Bedeutung: Eine aus der Sicht der Ärzteschaft besonders gelungene Subordination eines Assistenzberufes kann genauso Vorbildcharakter für den Umgang mit anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen erlangen.

nen das Verhältnis zwischen Ärzten und Pflegepersonal unter derselben Fragestellung beleuchtet wurde, wie sie auch der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegt.

Angesichts der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes ist es nützlich, die zu erklärenden beziehungsweise erklärbaren Tatbestände in mehrere Komponenten zu zerlegen und gegebenenfalls voneinander abzugrenzen. In Anlehnung an Stinchcombe (1968) erscheint dafür eine Unterscheidung zwischen der *Grundstruktur*, also jenes Zustandes, in dem sich die abhängige Variable (das heißt die jeweilige Verhältnisziffer) zu Beginn des statistisch erfaßten Zeitraumes befand, und der *Entwicklungsdynamik* sinnvoll, also jenes Prozesses, der die Grundstruktur im Verlauf des Beobachtungszeitraumes verändert beziehungsweise stabilisiert hat.

Zwar kann nicht erwartet werden, daß diese temporale Unterscheidung auch eine Trennung der Erklärungsfaktoren in jene erlaubt, die »historisch« (zum Zeitpunkt t_0) die Grundstruktur (t_1) hervorgebracht haben, und jene, die für die Prozeßdynamik und ihr letztendliches Resultat (t_2) verantwortlich sind. Manche der historisch »ererbten« Faktoren behalten ihre Wirksamkeit, andere werden sie verlieren, und neue werden hinzukommen. Allerdings kann durch die Zweiteilung insofern größere Klarheit geschaffen werden, als sie den fallweisen Erklärungsbedarf präzisieren hilft. Dabei sollte aber auch bedacht werden, daß auf den historischen Zeitpunkt bezogene Erklärungen insofern problematisch sind, als sich vermutete Wirkungszusammenhänge aufgrund fehlender Daten nicht mit statistischen Veränderungen der Personalstruktur belegen lassen. Da aber gerade die Verursachungszusammenhänge für wesentliche Teile der abhängigen Variable in der Vorkriegszeit angesiedelt sind, kann auf diese – gezwungenermaßen nur auf Plausibilitätsüberlegungen begründbaren – Erklärungsfaktoren nicht verzichtet werden.

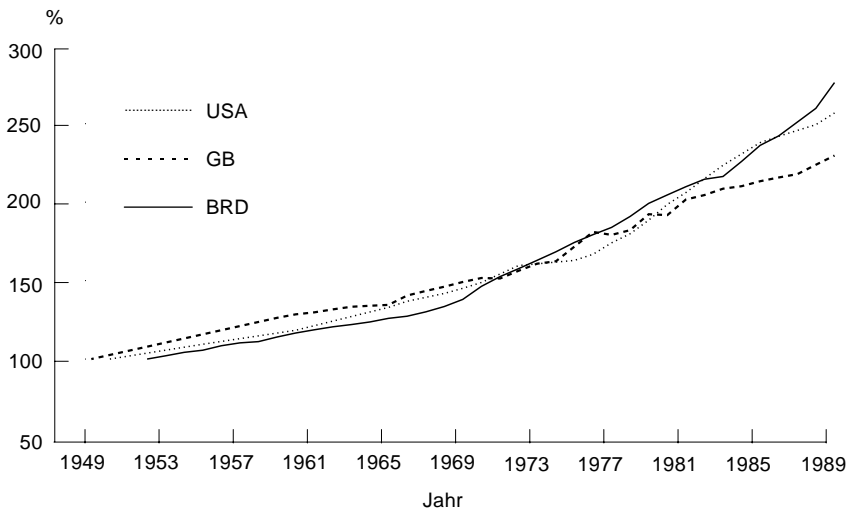
Die t_0 -Faktoren sind besonders für den deutschen Fall wichtig. Denn ruft man sich die Entwicklung der Verhältnisziffer noch einmal in das Gedächtnis (Abbildung 2-3), dann tritt der Sinn obiger Differenzierung deutlich hervor. Die im Vergleich zu Großbritannien und vor allem den USA deutlich geringere Zunahme des nichtärztlichen Personals pro Arzt in der Bundesrepublik läßt den Schluß zu, daß hier historisch sehr früh eine Expansionsbremse vorhanden war, die zudem im Zeitverlauf kaum an Wirksamkeit eingebüßt hat. Zweifellos können die t_0 -Faktoren auch in den beiden anderen Ländern ihre Erklärungskraft besitzen, allerdings hat sich dort die Grundstruktur so weit verändert, daß vor allem eine Analyse der Prozeßdynamik und ihrer Verursachungsfaktoren den zentralen Erklärungswert besitzt.

Auch ohne genauere Kenntnisse des länderspezifischen Kontextes, innerhalb dessen sich die Personalstrukturen herausgebildet haben, drängen sich an dieser Stelle mehrere Erklärungsvarianten auf, die sich aus der rein datenmäßigen Erfassung der abhängigen Variable ableiten lassen. Wie in der Einleitung bereits angedeutet, könnten die national variierenden Verhältnis-ziffern als Ausfluß unterschiedlicher Wachstumsraten der Ärzteschaft erklärt werden.

Die Daten machen allerdings deutlich, daß diese naheliegende Vermutung keine Bestätigung findet. Betrachtet man den Zeitraum zwischen 1952 und 1984, dann hat die Zahl der berufstätigen Ärzte in Deutschland um 126 Prozent, in Großbritannien um 110 Prozent und in den USA um 131 Prozent zugenommen. Das heißt, daß es auf der einen Seite zwar unterschiedliche Zuwachsraten gab, die Differenzen auf der anderen Seite jedoch zu gering ausfielen, um die Unterschiede in der Relation Ärzte/nichtärztliche Gesundheitsberufe zu erklären. Wie gering der Einfluß der Wachstumsdifferenzen auf die Verhältnis-ziffer ausfällt, läßt sich anhand einer fiktiven Berechnung zeigen. Wäre die Zahl der deutschen Ärzte wie in Großbritannien nur um 110 Prozent angestiegen, so würde dies das Zahlenverhältnis von nichtärztlichem Personal pro Arzt nur von 3,4 auf 3,6 verändern. Der Abstand zwischen den beiden Vergleichsfällen wäre kaum tangiert. Die hohe Übereinstimmung der Ärztezuzuwachses kann auch graphisch dargestellt werden. Wie Abbildung 2-4 zeigt, wuchs die Zahl berufstätiger Ärzte bis zu Beginn der achtziger Jahre in allen drei Ländern fast parallel zueinander.

Eine weitere Erklärung könnte im Anstieg des Gesamtbeschäftigungsvolumens gesucht werden, da hohe Wachstumsraten Spielräume für Veränderungen in der Personalstruktur eröffnen. Tatsächlich bestehen diesbezüglich sehr deutliche Unterschiede. Der mit 175 Prozent geringste Anstieg ist in der Bundesrepublik (1952–1984) zu beobachten. Auch wenn der um drei Jahre längere Beobachtungszeitraum relativierend ins Gewicht fällt, liegt der Anstieg im britischen Fall mit 210 Prozent (1949–1984) doch sichtlich darüber. Die USA schließlich heben sich mit 355 Prozent (1950–1988) Zuwachs beim Gesundheitspersonal insgesamt nochmals klar von den beiden anderen Ländern ab. Angesichts der enormen Steigerung kann für den amerikanischen Fall die These aufgestellt werden, daß sich die Verschiebung der Verhältnis-ziffer quasi unter dem »Schutzschirm« eines hohen Personalwachstums vollzog, unter Bedingungen also, unter denen die Wahrscheinlichkeit von interprofessionellen Konflikten gering ist, da die Verteilung von Wachstumsdividenden im Vordergrund steht. Damit allein ist die Entwicklungsdynamik

Abb. 2-4 *Prozentuales Wachstum der Ärzteschaft in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland*



Quellen: USA/3, USA/4, USA/6, USA/8, USA/9, GB/6, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/5, BRD/6, BRD/7 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

in den USA zwar nicht erklärbar, aber immerhin kann darin eine wichtige Voraussetzung für die Verschiebung der Verhältniszahl gesehen werden.

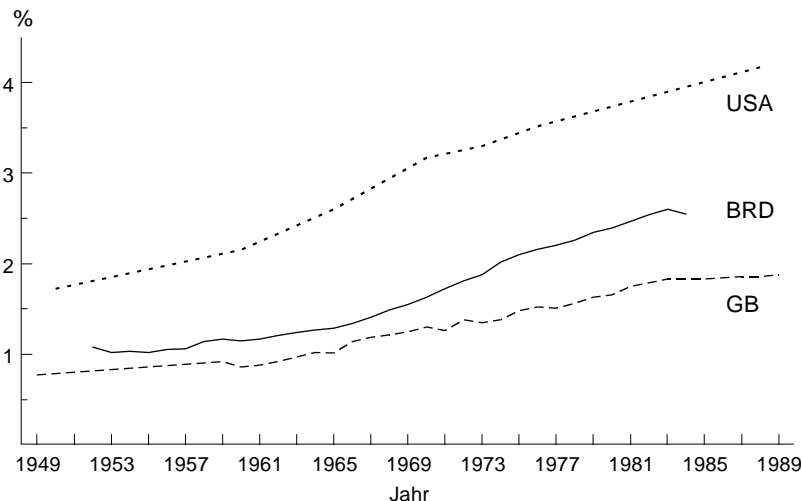
Ähnlich ließe sich im Hinblick auf den Anteil des Gesundheitspersonals am Gesamtvolumen der Erwerbsbevölkerung argumentieren: Ein hoher Anteil der Gesundheitsberufe an der Erwerbsbevölkerung müßte die Ausweitung der Beschäftigung des nichtärztlichen Personals erleichtern, da das Umverteilungsvolumen größer ist und somit weniger Widerstände auf seiten der Ärzte hervorgerufen werden. Ein Vergleich der drei Länder in Abbildung 2-5 zeigt zwar, daß dieses Argument für die USA zutreffen scheint, da der Anteil des Gesundheitspersonals (in diesem Fall Ärzte plus nichtärztliche Gesundheitsberufe) erkennbar höher liegt als in Deutschland mit seiner arztlastigen Personalstruktur. Die Grenzen der Reichweite dieser Erklärung werden jedoch im britischen Fall deutlich, wo der Anteil des Gesundheitspersonals am Gesamtbeschäftigungsvolumen stets geringer ausfällt als in der Bundesrepublik, so daß es notwendig wird, nach weiteren Faktoren Ausschau zu halten, die die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bestimmen.

In der bisherigen Betrachtung – sieht man einmal von der Differenzierung zwischen Pflegepersonal und sonstigen ab – wurden Ärzte sowie nicht-ärztliche Gesundheitsberufe als Einheit behandelt. Es sind aber auch Erklärungselemente denkbar, die auf der Ebene der *horizontalen* Differenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe angesiedelt sind. Diese zusätzliche Dimension länderspezifischer Berufsstrukturen ist bereits deshalb relevant, weil die drei Länder auch hier deutlich kontrastieren. Zudem ist – wie in der Einleitung angedeutet – ein Zusammenhang zwischen vertikaler und horizontaler Differenzierung sehr wahrscheinlich. Denn je größer die Chancen zur Herausbildung neuer Tätigkeitsfelder für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in einem Land entwickelt sind, um so wahrscheinlicher ist es, daß deren personelle Besetzung einen Mengeneffekt bewirkt, der dann wiederum das vertikale Zahlenverhältnis zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verändert. Eine Vermessung der horizontalen Differenzierungsebene trägt also nicht nur zur präziseren Erfassung der abhängigen Variable bei, sondern könnte auch ein Erklärungspotential für die vertikale Differenzierungsebene besitzen.

Die horizontale Ausdifferenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist insgesamt weniger gut zu quantifizieren als die vertikale Ebene, da die Untersuchungseinheit »Beruf(sgruppe)« je nach Land unterschiedlich definiert beziehungsweise teilweise sogar gänzlich unbestimmt bleibt. So ist das für den deutschen Fall relevante Kriterium des »anerkannten Ausbildungsberufs«, der auf einer gesetzlichen Grundlage basiert, für Großbritannien und die USA nicht anwendbar, da es in beiden Ländern unüblich ist, Ausbildungsberufe in Gesetzes- oder Verordnungsform zu definieren. Vielmehr können Berufe auch dann als »anerkannt« gelten, wenn sie über berufsqualifizierende Abschlüsse auf privater Basis verfügen oder sich als spezielle Qualifikationsform auf dem Arbeitsmarkt durchsetzen. Daher wird zunächst für alle drei Fälle von den in der Statistik wiedergegebenen Berufen ausgegangen, da diese als »etabliert« gelten können.

Aufgrund ihrer groben Klassifikationsschemata vermag aber auch die Statistik die reale Ausdifferenzierung der Gesundheitsberufe nur unvollständig zu vermitteln. Im Unterschied zu Deutschland und den USA sind zwar die einzelnen Gesundheitsberufe in den britischen Daten relativ gut, aber auch nicht vollständig erfaßt. Eine wesentliche Ursache ist darin zu sehen, daß neue Berufe nicht automatisch als gesonderte Kategorien aufgenommen werden, sondern nur bei den unregelmäßig stattfindenden Reklassifikationen eine Chance erhalten, auch statistisch in Erscheinung zu treten.

Abb. 2-5 Anteil des Gesundheitspersonals an der Erwerbsbevölkerung 1949–1989 in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland



Quellen: USA/1, USA/2, USA/4, USA/5, USA/9, USA/11, GB/1, GB/4, GB/5, GB/6, GB/7, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/6, BRD/7, BRD/11, BRD/12, BRD/13 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

Für den deutschen Fall ist die Identifikation jener nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die als etablierte Berufe gelten können, relativ einfach. Denn zu diesem Zweck kann auf das jährlich vom Bundesinstitut für Berufsbildung herausgegebene »Verzeichnis der anerkannten Ausbildungsberufe« zurückgegriffen werden. In diesem amtlichen Verzeichnis werden alle bundes- beziehungsweise landesgesetzlich geregelten Ausbildungsberufe und die dazugehörigen Weiterbildungs- beziehungsweise Spezialisierungsmöglichkeiten mit formellem Abschluß aufgeführt. Da weder für den britischen noch für den amerikanischen Fall auf ähnliche Verzeichnisse zurückgegriffen werden kann, entsteht ein Äquivalenzproblem, weil für die Erfassung der horizontalen Differenzierung in einzelne Berufsgruppen kein einheitliches Kriterium verfügbar ist.¹³ Daraus folgt die Notwendigkeit, auf andere, aber »logisch invariante« Operationalisierungen zurückzugreifen.

13 Dies stellt ein generelles Problem der Komparatistik dar, das allzu gern vernachlässigt wird. Da andererseits aber auch keine allgemein gültige Lösung für die Herstellung von Äquivalenzproblemen existiert, sind auch rigorose Methodiker schlichtweg zu einer Lok-

Im Rahmen der Professionsforschung sind eine Reihe von Indikatoren herausgestrichen worden, anhand derer sich der Reifungsprozeß des Untersuchungsobjektes »Beruf« nachzeichnen läßt, etwa die Entstehung der ersten Ausbildungseinrichtungen und Universitätsstudiengänge, die Gründung von Berufsverbänden oder die Verabschiedung einer Berufsordnung (Wilensky 1964: 143; Abbott 1991). Diese Indikatoren sind allerdings erkennbar auf Professionen zugeschnitten, da eine akademische Ausbildung und spezielle Berufsordnungen keine typischen Merkmale nichtärztlicher Berufe darstellen. Auch die Existenz einer organisierten Interessenvertretung ist noch kein Beleg für die Herausbildung einer neuen Berufsgruppe, da Berufsverbände nicht selten nur deshalb entstehen, um aus einem »embryonalen« Tätigkeitsfeld einen vollwertigen Beruf entwickeln zu können. Entsprechend der Abgrenzung des Untersuchungsgegenstandes erscheint es sinnvoll, die Kriterien für die Existenz eines nichtärztlichen Gesundheitsberufs eher eng zu fassen. Ein vergleichsweise hartes Kriterium ist neben der statistischen Erfassung ein formeller, wenn auch nicht unbedingt staatlich anerkannter Berufsabschluß, der eine inhaltlich und zeitlich festgelegte Ausbildung beinhaltet. Wendet man dieses Kriterium auf die USA und Großbritannien an, läßt sich ein gewisses Maß an Äquivalenz zum deutschen Fall herstellen. Als Quelle ist dafür im deutschen Fall außer dem erwähnten Verzeichnis die von der Bundesanstalt für Arbeit herausgegebene Reihe »Blätter zur Berufskunde« ausgewertet worden. Für Großbritannien erwiesen sich die Health and Personal Social Services Statistics, ergänzt um einige Informationen aus Stocking (1979), als ausreichend. Die amerikanischen Daten entstammen im wesentlichen dem »Health Careers Guidebook« (U.S. Departments of Labor and Health, Education and Welfare 1979) und dem von der American Medical Association herausgegebenen Handbuch der von ihr anerkannten Ausbildungsprogramme für Assistenzberufe (Gupta/Hedrick 1990). Basierend auf diesen Selektionskriterien und einschließlich der weiter oben vorgenommenen Eingrenzung des Untersuchungsgegenstandes stellt sich die horizontale Differenzierung der Assistenzberufe wie folgt dar.

Die in den Übersichten 2-1 bis 2-3 aufgelisteten Berufe repräsentieren eine »konservative« Schätzung, die als Untergrenze der tatsächlich vorhan-

kerung der Anforderungen übergegangen. So etwa auch Przeworski/Teune (1970: 111): »What is important about equivalence in cross-system research, however, is the *invariance of the logical value* of the measurement statements understood in probabilistic terms, not the exact comparability of the obtained scores« (Hervorhebung d. Verf.).

Übersicht 2-1 Nichtärztliche Gesundheitsberufe in den USA
(Dauer der Ausbildung in Jahren)

Anesthesiologist's Assistant (2)	Nurse Aide (0–1)
Art Therapist (4–6)	Nurse Anesthetist (4)
Cardiology Technologist/ Technician (1,5–2)	Nurse Midwife (4–4,5)
Cardiopulmonary Technologist/ Technician (2–4)	Nurse Practitioner (4–4,5)
Cardiovascular Technologist (1–4)	Occupational Therapist (4)
Certified Laboratory Assistant (1)	Occupational Therapy Assistant (2)
Chiropractor (6)	Operating Room Technician (1–2)
<i>Chiropractor Orthopedist</i>	Ophthalmic Medical Assistant (2)
<i>Chiropractor Roentgenologist</i>	Optometric Assistant (1)
Clinical Chemist (8)	Optometric Technician (2)
Corrective Therapy (4)	Optometrist (6)
Cytotechnologist (3)	Orthoptist (4)
Diagnostic Medical Sonographer (1–2)	Perfusionist (1–2)
<i>Abdominal Sonographer</i>	Physical Therapist (4–6)
<i>Doppler Technologist</i>	Physical Therapist Assistant (2)
<i>Echocardiographer</i>	Physician Assistant (2)
<i>Encephalographer</i>	<i>Child Health Associates Work</i>
<i>Obstetrical/Gynecological Sonographer</i>	<i>Orthopedic Physician Assistant</i>
<i>Ophthalmic Sonographer</i>	<i>Urologic Physician Assistant</i>
Dialysis Technician (0–1)	<i>Surgeon Assistant</i>
Dietetic Assistant (1)	Podiatrist (6)
Dietetic Technician (2)	Podiatric Assistant (1)
Dietitian ^a (2)	Prosthetist (4)
Electroencephalograph Technician (0–0,5)	Radiation Therapy Technologist (2–3)
Electroencephalograph Technologist (1–2)	Radiologic Technologist (2)
Electroneurodiagnostic Technologist (1–2)	<i>Computerized Tomographer</i>
Emergency Medical Technician (0–1)	<i>Diagnostic Medical Sonographer</i>
<i>Non-Ambulance</i>	<i>Mammographer</i>
<i>Ambulance</i>	<i>Thermographer</i>
<i>Paramedic</i>	<i>Xeroradiographer</i>
Histological Technician (1)	Recreation Therapist (4–4,5)
Licensed Practical Nurse (1–1,5)	Registered Nurse (2–4)
Medical Assistant (1–2)	Respiratory Therapist (2)
Medical Illustrator (6–6,5)	Respiratory Therapy Technician (1)
Medical Laboratory Technician (2)	Specialist in Blood Banking Technology ^a (1)
Medical Record Administrator (4–4,5)	Speech Pathologist and Audiologist (6)
Medical Record Technician (2)	Surgeon Assistant
Medical Technologist (4)	Surgical Technologist (0,75–2)
Nuclear Medicine Technologist ^a (1–2)	Vocational Rehabilitation Counsellor (6)

a Ausbildung einschließlich Bachelor of Arts-Studium.

Übersicht 2-2 Nichtärztliche Gesundheitsberufe in Großbritannien
(Dauer der Ausbildung in Jahren^a)

Ambulance Officer	Midwife (2)
Art and Music Therapist	Occupational Health Nurse ^b (0,5)
Artificial Kidney Assistant	Occupational Therapist (3)
Cardiographer	Operating Department Assistant
Child Psychotherapist	Optician (ophthalmic) (3)
Chiropodist (3)	Orthoptist (3)
Dark Room Technician	Physicist
Dietitian (3)	Physiotherapist (3)
District Nurse ^b (0,25)	Physiological Measurement Technician
Enrolled Nurse (2)	<i>Audiology</i>
Health Visitor ^b (1)	<i>Cardiology</i>
Hearing Therapist	<i>Neurophysiology</i>
Helper in:	Post Mortem Room Technician
<i>Occupational and Industrial Therapy</i>	Psychologist
<i>Physiotherapy</i>	Radiographer (2–3)
Medical Laboratory Assistant	<i>Diagnostic</i>
Medical Artist	<i>Therapeutic</i>
Medical Laboratory Scientific Officer (2)	<i>Radiographic Helper</i>
Medical Physics Technician	Registered Nurse (3)
Medical Photographer	Speech Therapist

a Sofern bekannt.

b Nur nach abgeschlossener Schwesternausbildung.

denen Anzahl nichtärztlicher Gesundheitsberufe angesehen werden muß. Während aber die Abweichungen nach oben im britischen und im deutschen Fall gering ausfallen dürften, gilt für die USA, daß den Angaben – ebenso wie bei den Daten zum nichtärztlichen Personal – nur ein Schätzcharakter zugemessen werden darf. In den USA wird mitunter von über 150 Gesundheitsberufen ausgegangen (NCAHE 1980: 227; ähnlich Torrens/Lewis 1980: 257), wobei aber nicht selten Glossare von Berufsbezeichnungen gleichgesetzt werden mit der Herausbildung neuer Berufe, so daß die tatsächliche Zahl deutlich niedriger liegen dürfte. In einer kürzlich durchgeführten Erhebung (McTernan 1987: 2) wird zuzüglich der Pflegeberufe die Zahl von 85 nichtärztlichen Ausbildungsberufen genannt, was als sehr viel realistischer erscheint. Eine weitergehende Präzisierung ist an dieser Stelle nicht erforderlich. Für die vorliegende Fragestellung ist die Feststellung ausreichend, daß die Zahl der Gesundheitsberufe in Deutschland und Großbritannien einen ähnlichen Umfang besitzt und – wie in Kapitel 7 näher ausge-

Übersicht 2-3 Nichtärztliche Gesundheitsberufe in der Bundesrepublik Deutschland (Dauer der Ausbildung in Jahren)

Analytische/r Kinder- und Jugend- psychotherapeut/in (4)	Medizinisch-technische/r Laboratoriums- assistent/in (2)
Arzthelfer/in (3)	Medizinisch-technische/r Radiologie- Assistent/in (2)
Beschäftigungs- und Arbeits- therapeut/in (3)	Medizinische/r Sektions- u. Präpa- rations-Assistent/in (0,5)
Desinfektor (0,25)	Medizinische/r Dokumentar/in (3)
Diplom-Kunsttherapeut/in (4)	Medizinische/r Dokumentations- assistent/in (2–3)
Diplom-Motologe ^a (2)	Medizinische/r Fußpfleger/in (2)
Diätassistent/in (2)	Medizintechniker/in (2)
Entbindungspfleger/Hebamme (3)	Morphologie-Assistent/in (2)
Gesundheitsaufseher/in (0,75–2)	Motopäde/Motopädin/Moto- therapeut/in (1)
Heilerzieherin/pfleger (2–3)	Neuro-otologische/r Assistent/in (3)
Heilerziehungspflegehelfer/in (1–2)	Orthoptist/in (3)
Heilpädagogin ^b (1,5–2)	Rettungsassistent/in (2)
Heilpraktiker/in (0–3)	Sozialmedizinische/r Assistent/in (1)
Kinderkrankenschwester/ Kinderkrankenschwester (3)	Sprachtherapeut/in (3)
Krankengymnast/in (3)	Staatlich geprüfte/r Augenoptiker/in (2–2,5)
Krankenpflegehelfer/in (1)	Zytologie-Assistent/in (1–2)
Krankenpfleger/schwester (3)	
Logopäde/in (3)	
Masseur/in und medizinische/r Bademeister/in (2,5)	

^a Nur als Aufbaustudium.

^b Als Diplom-Heilpädagogin 3–4 Jahre.

führt – nur wenige neue Berufsgruppen entstehen. In den USA hingegen ist nicht nur der Grad der horizontalen Ausdifferenzierung größer, sondern es kann auch eine beständige Zunahme neuer nichtärztlicher Gesundheitsberufe beobachtet werden. Welche Bedeutung diesem Befund für die Erklärung der Verhältniszahl zukommt, wird in Kapitel 7 diskutiert. Stellt man neben der vertikalen Expansionsdynamik der nichtärztlichen Gesundheitsberufe auch die horizontale Ebene in den Mittelpunkt, dann lassen sich die Ergebnisse der vorangegangenen Analyse folgendermaßen zuspitzen.

Die für die Fragestellung relevanten Dimensionen beziehen sich nur auf die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, da genügend viele Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die *Veränderung* der jeweiligen Verhältniszahl nicht durch unterschiedliche Wachstumsraten der Ärzteschaft verursacht wurde. Das rechtfertigt freilich keine Ausblendung der medizinischen Profession,

Abb. 2-6 Die Expansionsdynamik der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Vergleich



die auch über solche Faktoren auf die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe einwirken dürfte, die keiner einfachen zahlenmäßigen Erfassung zugänglich sind. Festzuhalten ist an dieser Stelle vor allem eine Präzisierung der Fragestellung dergestalt, daß neben der variierenden Verhältniszahl in den achtziger Jahren auch die Frage nach der länderspezifischen *Expansionsdynamik* (vgl. Abb. 2-6) der nichtärztlichen Gesundheitsberufe als besonders erklärungsbedürftig erscheint.

Kapitel 3

Forschungsstand und Perspektiven

Dem methodischen Postulat »replacing proper names of systems by the relevant variables« (Przeworski/Teune 1970: 30) folgend, soll in diesem Kapitel ein knapper Überblick über den Forschungsstand vermittelt werden, um jene Faktoren herauszuheben, die einen Beitrag zur Erklärung der national variierenden Personalstruktur leisten können. Schon bei einer ersten Betrachtung fällt auf, daß die Frage nach der Personalzusammensetzung gerade in der vergleichenden Gesundheitssystemanalyse (als Überblick vgl. Döhler 1990: 40–50), also jenem Forschungszusammenhang, von dem man ehesten Antworten auf die hier interessierenden Fragen erwarten müßte, kaum in Erscheinung tritt.¹ Gleichwohl sind einzelne Aspekte des Problems durchaus behandelt worden, wenn auch aus sehr unterschiedlicher Perspektive.

Auf die Probleme von Datensammlungen und statistischen Analysen ist bereits im vorangegangenen Kapitel eingehend hingewiesen worden. Im Hinblick auf diesen Typ von Analysen ist hier lediglich festzuhalten, daß zur Personalstruktur als abhängiger Variable kaum quantitative Untersuchungen vorhanden sind. Die wenigen zu diesem Gegenstand vorliegenden Analysen beschränken sich in der Regel auf die Ärzteschaft (etwa Viefhues 1988), wobei der Berechnung des *Ärztbedarfs* ein besonderes Interesse gilt (zum Beispiel Stambler 1979; Eberle/Geißler 1978). Ausnahmen von diesem Interessenschwerpunkt bilden die bereits erwähnten WHO-Studien von Hogan (1979), Doan (1980, 1984) und Bankowski/Mejia (1987), in denen aber nicht die Erklärung des Zustandekommens von Personalstrukturen im Mittelpunkt steht, sondern lediglich deren quantitative Erfassung. Der heuristi-

1 Für eine der wenigen Ausnahmen vgl. die Arbeit von Roemer/Roemer (1981), die allerdings nur deskriptive Ziele verfolgt.

sche Wert dieser Arbeiten für kausale Zusammenhänge ist eher gering, so daß sich an dieser Stelle eine nähere Betrachtung erübrigt.

3.1 Arbeitsmarkt, Technikentwicklung und Organisation des Gesundheitswesens

Eine erste Gruppe von Analysen mit – bezogen auf die hier interessierende Frage unterschiedlich stark ausgeprägtem – Erklärungsanspruch kann unter den Stichworten Arbeitsmarkt, Technik und Organisation zusammengefaßt werden. Die Betrachtung des Gesundheitswesens in seiner Eigenschaft als Arbeitsmarkt hatte häufig zum Ziel, dessen Beschäftigungseffekte abzuschätzen (Scheffler 1974; Albrecht-Richter/Kasten 1984; Schröder et al. 1986; Eichhorn 1987), positiv hervorzuheben (Eberle/Geißler 1978; Goeschel 1984) oder den Einfluß staatlicher Regulierungen beziehungsweise verbandlicher Einflußversuche auf die Beschäftigungssituation und -chancen zu untersuchen (Neubauer 1987; Schulenburg 1987; Landenberger/Goeschel/Watzlawczik 1991). Erklärungselemente für das Zustandekommen einer spezifischen Personalstruktur sind nur in letzterem – in Deutschland noch jungen – Analysetypus² zu finden.

Landenberger et al. (1991: 205) sind in diesem Zusammenhang zu dem Schluß gelangt, daß die für die Bundesrepublik charakteristische Arztlastigkeit durch die staatliche Kostendämpfungspolitik noch verstärkt worden sei. Besonders hervorhebenswert ist dabei die Vermutung, daß diese »asymmetrische Beschäftigungsentwicklung« (Landenberger/Goeschel/Watzlawczik 1991: 205) vor allem durch das unterproportionale Wachstum der Pflegeberufe im Krankenhaus hervorgerufen wird. Die gleichzeitig stattfindende Ausdehnung des nichtärztlichen Personals in den Praxen niedergelassener Ärzte vermag den Beschäftigungseffekt des stationären Sektors auf der Ebene der Gesamtbeschäftigung nicht aufzuwiegen. Interessant erscheint hierbei vor allem die Überlegung, daß der Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe durch eine – nicht näher spezifizierte – »institutionelle« Überformung«

2 Der Einfluß staatlicher Maßnahmen auf die Beschäftigungsmöglichkeiten von Ärzten ist hingegen für alle drei Länder des öfteren untersucht worden. Da diese Arbeiten kaum Erklärungsansätze für die Struktur des Gesamtpersonalvolumens anstreben, werden sie hier nicht weiter behandelt.

(Landenberger/Goeschel/Watzlawczik 1991: 198) gekennzeichnet sei, die das Personalwachstum relativ unabhängig von Angebots- und Nachfragefaktoren bestimmt. Als ein Element der institutionellen Beeinflussung von Arbeitsmärkten sticht hierbei besonders die – nur im deutschen Fall geltende – strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung hervor, die verhindert, daß zum Beispiel den Krankenhäusern eine personalintensive Expansion in das Marktsegment der niedergelassenen Ärzte offensteht. Daraus kann gefolgert werden, daß Organisationsgrenzen zwischen Versorgungssektoren und deren mehr oder weniger ausgeprägte Durchlässigkeit als Einflußfaktoren für das Personalwachstum Beachtung finden sollten.

Auf einen anderen Aspekt der Arbeitsmarktregulierung im bundesdeutschen Gesundheitswesen, nämlich die zugunsten der Ärzteschaft ausgelegten Restriktionen des Marktzutritts, hat insbesondere Neubauer (1987) hingewiesen. Es bereitet allerdings kaum große Mühe zu erkennen, daß die medizinische Profession häufig zu ihren Gunsten ausgelegte Regeln des Marktzutritts herbeiführen konnte (siehe Abschnitt 3.2). Die Frage kann daher sinnvoller Weise nicht lauten, *ob* Marktzutrittsbarrieren in einem Land anzutreffen sind, sondern vielmehr welche relative – also an den Vergleichsfällen gemessene – Bedeutung die Institutionen der Marktregulierung für die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe besitzen. Inwieweit diese Faktoren tatsächlich als Elemente eines Erklärungsmodells nutzbar sind, soll im weiteren Verlauf der Untersuchung noch eingehender geprüft werden.

Eine zweite Gruppe von Analysen, die das Verhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen mehr oder minder explizit zum Gegenstand haben, konzentriert sich auf die Rolle medizinisch-technischer Innovationen. Obwohl dieser Faktor als Triebfeder vielfältiger Entwicklungen innerhalb des Gesundheitssektors auch in Großbritannien und Deutschland diskutiert worden ist, liegt der Diskussionsschwerpunkt nicht ohne Grund in den USA. Dort hat man das starke Wachstum der nichtärztlichen Berufsgruppen während der sechziger Jahre auf den enormen Anstieg neuer Diagnose- und Therapieformen zurückgeführt, die für die medizinische Profession in wachsendem Umfang die Hinzuziehung von spezialisiertem Hilfspersonal erforderlich werden lassen (Rayack 1967: 60; Reiser 1983; Bruhn/Philips 1985). Dieses Argument basiert unausgesprochen auf der Vorstellung einer funktionalen Differenzierung des medizinischen Berufsfeldes, bei der insbesondere der Einsatz neuer Technologien zur Entstehung spezialisierter Assistenzberufe führt.

Die Generalisierbarkeit dieser These ist allerdings dadurch begrenzt, daß die Intensität, mit der sich hochspezialisierte Assistenzberufe herausgebildet haben, ein Spezifikum des amerikanischen Falles darstellt, was die Vermutung nahelegt, daß dort die Voraussetzungen für die Herausbildung neuer Gesundheitsberufe sehr günstig sind und sich daraus möglicherweise Erklärungselemente für die Struktur des Personalkörpers ableiten lassen. Viele Untersuchungen zeigen mehr oder minder explizit, daß wachsender Technikeinsatz lange Zeit mit einer Zunahme des technischen Personals verbunden war. Daß dieser Mengeneffekt aber möglicherweise auf die Bedingungen eines entsprechend steigenden Finanzvolumens beschränkt ist, macht die Untersuchung von Brehm und Moulton (1989) deutlich, die das erstmalige Absinken der Gesamtbeschäftigung in US-Krankenhäusern zwischen 1983 und 1985 darauf zurückführen, daß der zunehmende Technikeinsatz unter den Bedingungen knapper Finanzen in beschäftigungsmindernde Rationalisierungen umgeschlagen ist. Bis weit in die siebziger Jahre hinein dürfte allerdings das Technikwachstum eher personalexpansive Effekte verursacht haben. Andere Untersuchungen, in denen technologische Innovationen für die Entwicklung interprofessioneller Beziehungen eine Rolle spielen (zum Beispiel Barley 1986; Halpern 1992), haben vor allem den Aspekt der professionellen Herrschaft über das nachgeordnete Personal hervorgehoben,³ ohne aber der Frage nach den quantitativen Auswirkungen besondere Beachtung zu schenken.

Eher beiläufig taucht in einigen Untersuchungen der Hinweis auf die Bedeutung von Organisationsformen der medizinischen Versorgung für die Personalzusammensetzung auf. Reiser (1978: 144–157) etwa analysiert den Einfluß von neuen Technologien auf die Organisation der Versorgung, insbesondere die zunehmende Bedeutung des Krankenhauses und die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsteilung. Inwiefern dadurch die Personalzusammensetzung berührt ist, kann allerdings nur implizit geschlossen werden. Insgesamt wird die Variable »Organisation« eher synonym für andere Wirkungsfaktoren verwendet. Ein Beispiel dafür stellt die Hypothese dar, daß die Dominanz ärztlich produzierter Leistungen bei einer stärkeren organisatorischen Integration von präventiven, sozialen und psychotherapeutischen Leistungsangeboten zurückgedrängt wird, weil diese Versorgungsformen schwer in das kurativ-technische Weltbild der Schulmedizin inte-

3 Greer (1984) weist hingegen darauf hin, daß keineswegs grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, daß die Ärzteschaft allein das medizintechnologische Wachstum steuert.

grierbar sind und daher nichtärztlichen Gesundheitsberufen größere Entfaltungschancen bieten (so in der Tendenz Litschauer/Stagel 1988). Dieser Wirkungszusammenhang beschränkt sich freilich nicht auf die Organisationsebene, sondern kann generell als Frage nach den Personaleffekten national variierender »Medizinstile« oder Therapiestandards formuliert werden.

3.2 Professionsforschung

Den größten Anteil an Forschungen über die Gesundheitsberufe haben ohne Zweifel die Professionstheorien, in denen vor allem die Entstehung, definitorische Abgrenzung und Errichtung einer Machtposition einzelner Professionen, insbesondere der Ärzte und Juristen, im Mittelpunkt steht. Ähnlich wie bei den vorher dargestellten Untersuchungen kann man auch in diesem Forschungsfeld keine direkten Antworten auf die hier interessierenden Fragen finden. Allerdings bieten die in der Professionsforschung entwickelten Frageperspektiven durchaus Anhaltspunkte für mögliche Wirkungszusammenhänge, die die Personalstruktur betreffen. Typisch für die Professions-
theorie ist eine Perspektive, bei der staatliche Interventionen, Marktstrukturen und Regulierungsinstanzen in erster Linie als Reaktionen auf die Dynamik des Professionalisierungsprozesses verstanden werden. Professionen sind also »prime movers«, aus deren Handlungen sich alle nachfolgenden Entwicklungen ableiten und erklären lassen. Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe werden »nur als passive Manövriermasse ärztlicher Interessen« (Haug 1995: 7) angesehen. So ist es kaum verwunderlich, daß sich die in der Professionsforschung vorherrschende Sichtweise über die Beziehungen zwischen Ärzten und nichtmedizinischem Personal als *Dominanzmodell* charakterisieren läßt.

Der einflußreichste Vertreter des Dominanzmodells, gleichzeitig Urheber des Begriffs »professional dominance«, ist der amerikanische Soziologe Eliot Freidson, der die Autonomie und damit die gesellschaftliche Autorität des Ärztestandes partiell in der Herrschaft der Profession über das System der medizinischen Arbeitsteilung, also über die nachgeordneten Gesundheitsberufe, begründet sah (Freidson 1970: 136–137, 143–145). Diese aus der heutigen Sicht kaum bemerkenswerte Feststellung stellte seinerzeit in bewußter Absetzung von der funktionalistischen und durchweg unkritischen

Professionstheorie eine kritische Gegenposition dar. Noch 1970 wurden nichtärztliche Gesundheitsberufe als Beispiel für eine »subprofessionalization« (Moore 1970: 175) behandelt, ohne daß der hierarchische Charakter des Systems der medizinischen Arbeitsteilung dabei eine besondere Rolle spielte. Die Herrschaft über die Assistenzberufe als »Machtquelle« der medizinischen Profession war auch bei Freidson noch eher abwägend dargestellt worden; doch inmitten einer auf Medizinkritik ausgerichteten Diskussionsphase ging vom Begriff der professionellen Dominanz eine so enorme Attraktivität aus, daß er sich rasch zu einem »Catch-all«-Terminus verselbständigte, in dem die ursprüngliche, durchaus analytisch gemeinte Intention verblaßte.⁴ Seither wurde die Dominanz der Ärzteschaft über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe vielfach als universell gültiges – auch auf Arzt-Patient-Beziehungen und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse anwendbares – Professionsattribut behandelt, dessen Existenz nicht mehr geprüft, sondern allenfalls noch an speziellen Beispielen bestätigt werden brauchte.

So beherrscht die Dominanzperspektive einen großen Teil der Arbeiten, die interprofessionelle Beziehungen und Konflikte zum Gegenstand haben. Die zentrale, in vielen Varianten wiederholte Botschaft lautet dabei: »Physicians wrote the rules and also served as referees« (Light 1988: 217). In diesem Denkmodell geht es im wesentlichen um die Darstellung jenes Domänenbildungsprozesses, in dessen Verlauf die Ärzteschaft eine Monopolstellung für die Ausübung der Heilkunde erlangen konnte, von der aus dann einzelne Tätigkeitsfelder – freilich unter ärztlicher Kontrolle – an nachgeordnete Berufsgruppen delegiert worden sind. Das Schicksal der sich parallel zum ärztlichen Professionalisierungsprozeß herausbildenden nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist in dieser Perspektive nahezu vorprogrammiert: es endet regelmäßig in der Subordination unter die dominante Profession (Stacey et al. 1977; Zeller/Beck 1980; Larkin 1983; Ovretveit 1985; Birenbaum 1990; Zussman 1990).

Man würde dieser Variante der Professionsforschung aber sicher nicht gerecht werden, wenn man ihren Ertrag allein auf die apodiktische Feststellung zuspitzen wollte, daß eine Dominanzbeziehung zugunsten der Ärzteschaft existiert. Die teilweise sehr verwickelten Prozesse und Mechanismen, die der

4 Eine Parallele dazu läßt sich bei dem von Irving K. Zola ebenfalls Anfang der siebziger Jahre geprägten Begriff der »Medikalisierung« beobachten, der heute ebenfalls nur noch eine der Selbstvergewisserung dienende *façon de parler* darstellt, die mangelnde analytische Klarheit und theoretische Fundierung zu überdecken sucht.

Ärztenschaft die Sicherung ihrer hervorgehobenen Stellung in der Hierarchie der Gesundheitsberufe erlauben, sind des öfteren nachgezeichnet worden (zum Beispiel Larkin 1983; Turner 1985), wobei aus jenen Faktoren, die den »occupational imperialism« (Larkin 1983: 14) des Ärztestandes begründen, speziell die erfolgreiche Arbeitsmarktschließung als »Mega-Variable« hervorzuheben ist.⁵ Die Wege und Mechanismen, die eine Marktschließung überhaupt erst ermöglichen, sind dann wiederum äußerst vielgestaltig. So hat die medizinische Profession die Definitionshoheit über Ausbildungsinhalte, Tätigkeitsfelder und den praktischen Einsatz vieler nichtärztlicher Gesundheitsberufe erlangt, indem sie in den dafür zuständigen staatlichen oder nichtstaatlichen Regulierungsinstanzen eine Veto- oder gar Kontrollposition etablieren konnte. In ähnlicher Weise sieht man den direkten ärztlichen Zugriff auf andere Berufsgruppen auch innerhalb von Organisationen, vor allem dem Krankenhaus, durch die Besetzung strategisch wichtiger Positionen gesichert.

Als nicht minder bedeutsam gilt die Einflußnahme auf politische Entscheidungsprozesse (Wirt 1981), die berufliche Kompetenzen in rechtlicher und finanzieller Hinsicht festlegen. Als typisch hierfür kann die Untersuchung von Feldstein (1977) gelten, die bereits im Titel eine von allen Gesundheitsberufen ausgehende »Nachfrage nach Gesetzen« unterstellt, die auf eine Marktschließung abzielt. Feldstein hat als Akteure die jeweiligen Berufsverbände im Auge, was insofern bemerkenswert ist, als die Verbände der nichtärztlichen Gesundheitsberufe kaum einmal zum Untersuchungsgegenstand der sozialwissenschaftlichen Forschung wurden. In den wenigen Ausnahmen (z.B. Schulenburg 1987) gilt das Interesse mehr der abstrakten Einordnung in Verbände- oder Verhaltenstypologien und weniger deren tatsächlichen Aktivitäten in der Berufs- beziehungsweise Gesundheitspolitik.

Nicht grundlos heben viele Analysen die Rolle des Staates in besonderer Weise hervor. Denn gänzlich ohne flankierende staatliche Maßnahmen scheint kaum ein Marktschließungs- oder Professionalisierungsprozeß abzulaufen. Allerdings ist damit über die Bedeutung des Staates noch nicht viel gesagt. Stellt man die Professionalisierung der Ärzteschaft in den Mittelpunkt, dann zeigt sich, daß sie sowohl als »staatsnaher« wie auch als »staatsferner« Prozeß stattfinden kann (vgl. insbesondere Rueschemeyer 1976, ferner Johnson 1972; Heidenheimer 1989; Burrage/Jaraus/Siegrist 1990).

5 Da sich die beiden folgenden Kapitel mit den vielfältigen Formen der Marktschließung und -segmentierung beschäftigen, wird hier auf die Nennung entsprechender Literatur verzichtet.

Das schließt die Hypothese nicht aus, daß Staatsnähe eine Determinante für spezifische Personalstrukturen darstellen könnte. Operationalisiert man Staatsnähe durch den staatlichen Organisationsanteil an der Gesundheitsversorgung, dann kann im vorliegenden Ländersample kein linearer Zusammenhang beobachtet werden. Der Befund Arztlastigkeit der Personalstruktur müßte dann entweder mit zunehmender oder mit abnehmender Staatsnähe korrelieren. Aber weder die USA noch Großbritannien als Antipoden auf dem Staatsnähe-Kontinuum weisen dieses Merkmal auf.

Angesichts der rapiden Zunahme staatlicher Eingriffe in den Gesundheitssektor drängt sich dennoch die Frage auf, ob die Personalstruktur nicht analog zur Kostenproblematik ebenfalls in das Visier staatlicher Steuerungsbemühungen geraten und darin eine Erklärung für national variierende Personalstrukturen liegen könnte. Im vorliegenden Fall ist es allerdings schon problematisch, überhaupt von staatlicher Steuerung im engeren Sinne zu sprechen, weil das einen auf bestimmte Wirkungen hin orientierten einheitlichen Steuerungswillen zur Voraussetzung hätte, der deshalb unwahrscheinlich ist, weil sich die Personalstruktur aus der staatlichen Perspektive gar nicht als zusammengehöriges »Steuerungsobjekt« darstellt, sondern als Konglomerat unterschiedlicher Berufs- und Dienstleistungsgruppen, die allenfalls in ihrer Zugehörigkeit zum Gesundheitssektor ein gemeinsames Merkmal aufweisen. Da mit Ausnahme der Ärzte der Zusammenhang zwischen Personalstärke und Kostenentwicklung unklar ist, läßt sich daraus auch kaum staatlicher Handlungsbedarf ableiten. Staatliche Interventionen sollen damit als Einflußfaktor nicht ausgeklammert werden. Da sie aber höchstens punktuell auf einzelne Segmente des Gesundheitspersonals abzielen und damit in ihrer Wirkung äußerst begrenzt sind, erscheint es wenig sinnvoll, staatliches *Steuerungshandeln* als Erklärungsdimension in den Vordergrund zu rücken. Daneben gilt es aber zumindest staatliche Organisationshilfen als expansionsfördernde Faktoren zu berücksichtigen, da auch die Professionalisierungsbestrebungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe auf institutionell fixierte Rechte und Kompetenzdomänen abzielen, die ohne staatliche Flankierung nur schwer zu etablieren sind. Insgesamt sind Zweifel darüber angebracht, ob – wie unter dem Eindruck des Dominanzmodells geschehen – staatliche Interventionen überwiegend zugunsten der Ärzteschaft wirken.

Im Rahmen des Dominanzmodells ist zwar auch eingeräumt worden, daß die medizinische Profession Kompromisse eingehen mußte, die ihre Herrschaft über andere Gesundheitsberufe relativieren. Mit Blick auf den britischen Fall hat zum Beispiel Larkin festgestellt: »Concessions in occupa-

tional practice are part of medicine's ascendancy. The medical profession had to shape its practice or ›favorable jurisdiction‹ within the health field to conform with broader requirements of the capitalist division of labor« (Larkin 1983: 194–195). In Ermangelung komparativer Vergleichsmaßstäbe werden aus dieser Einsicht jedoch keine Konsequenzen gezogen. Am Ende steht im Dominanzmodell wiederum nur eine modifizierte Form der hierarchischen Arbeitsteilung, in der lediglich die Mechanismen der Herrschaft der medizinischen Profession gewechselt haben, zum Beispiel indem private Kontrolle durch staatliche ersetzt wird oder sich Autonomieräume für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe herausbilden, die aber keine Abstriche an der professionellen Dominanz bewirken (zum Beispiel Ovretveit 1985: 91–92; Birenbaum 1990: 156–166).

Die Dominanzperspektive kann für sich unbestreitbar ein hohes Maß an Plausibilität reklamieren, da kaum Zweifel daran bestehen, daß die medizinische Profession in beträchtlichem Umfang konkurrierende Berufsgruppen auszuschalten oder unter ihre Kontrolle zu bringen vermochte. Es stellt sich allerdings die Frage, ob nicht schon die empirische Ausgangsbeobachtung der vorliegenden Arbeit eine Problematisierung oder gar eine Einschränkung von Dominanz als Professionsattribut erforderlich werden läßt. Dies setzt die Annahme voraus, daß das Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen einen möglichen Indikator für professionelle Dominanz darstellt. Dann würden die hier beobachteten nationalen Unterschiede auf eine nach Ländern variierende Geltungskraft des Dominanzmodells hindeuten, die zu einer kritischeren Betrachtung dieses Modells interprofessioneller Beziehungen Anlaß geben müßten. Inwieweit ein derartiges Verhalten der medizinischen Profession der Realität entspricht, müßte freilich näher geprüft werden.

Die Dominanzperspektive ist in der Professionsforschung nicht unwidersprochen geblieben. Ein Alternativmodell bildet die *Konkurrenzperspektive*, die – obgleich in vielen Fällen vom Dominanzmodell kaum zu trennen – zumindest die Infragestellung professioneller Herrschaft über ein Tätigkeitsfeld und damit auch die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zum Gegenstand hat. Im Mittelpunkt der Analysen, die dieser Perspektive verpflichtet sind, steht häufig der Domänenkonflikt zwischen der Ärzteschaft einerseits und einer auf Kompetenzerweiterung abzielenden nichtärztlichen Berufsgruppe andererseits – ein Vorgang der häufig mit dem Begriff des »boundary encroachment« beschrieben wird (Goode 1969; Kro-

nus 1976; Begun/Lippincott 1987; Light 1988; Haug 1995).⁶ Auch wenn diese »turf battles« in aller Regel zugunsten der Ärzteschaft entschieden werden, wird im Konkurrenzmodell immerhin konzidiert, daß selbst erfolgreiche Prozesse der Marktschließung keinen Endpunkt im Sinne eines dauerhaft gesicherten Professionsterrains darstellen müssen: »An occupation's position may never really achieve a state of consolidation. Instead, consolidating involves numerous activities in the service of the strategic problem of continuing to secure institutional niches« (Bucher 1988: 141; ähnlich Light 1988: 206).

Für die vorliegende Untersuchung ist die Konkurrenzperspektive insofern von Bedeutung, als in ihr – wenngleich nur implizit – ein Phasenmodell der Professionsentwicklung enthalten ist, in dem Dominanz nicht umstandslos als Professionsattribut vorausgesetzt wird. Konkurrenz entsteht in dieser Sichtweise überwiegend zwischen einer etablierten Berufsgruppe, die den Professionalisierungsprozeß bereits erfolgreich beendet hat, und einer »emergenten« Berufsgruppe, die diesem Vorbild folgend nach eigenen Zuständigkeits- und Autonomieräumen strebt, und dies potentiell zu Lasten der schon etablierten Profession. Daraus ließe sich die Vermutung begründen, daß es historisch abgrenzbare Entwicklungsstadien in der Herausbildung von Gesundheitsberufen mit einem Einfluß auf die Personalstrukturen gibt, der davon abhängt, wie weit der Professionalisierungsprozeß der Ärzteschaft, speziell die Marktschließung gegenüber konkurrierenden Berufsgruppen, vorangeschritten ist. Es erscheint daher durchaus plausibel, daß – wie zum Beispiel Light (1988: 206–207) betont hat – die privilegierte Position der Ärzteschaft nicht als invarianter Dauerzustand begriffen werden kann. Sich ändernde Rahmenbedingungen, etwa der Aufstieg des »Gesundheits-Managements« in den USA oder die Entstehung eines staatlichen Interesses an der Personalzusammensetzung im Dienst der Kostendämpfung (zum Beispiel Boase 1990), können nichtärztlichen Berufen die Chance eröffnen, als billigere Alternative zu reüssieren.

6 Diese Perspektive hat neuerdings durch originelle Konzepte wie Abbotts Modell einer »Professionsökologie«, in der sich Grenzkonflikte zwischen zwei Professionen wellenförmig auf andere Professionen fortpflanzen (Abbott 1988), oder Halperns Koalitionsbildungshypothese, derzufolge die Subordination einer nichtärztlichen Berufsgruppe eine Koalitionsbildung zwischen mehreren Segmenten der dominanten Profession bedarf (Halpern 1992), eine erhebliche Bereicherung erfahren. Allerdings ist auch bei diesen beiden Autoren kein Ansatz zur Quantifizierung vorhanden.

Die dritte Variante interprofessioneller Beziehungsmuster wird durch das *Tauschmodell* repräsentiert, das allerdings kaum als eigenständige Analyseperspektive, sondern mehr als impliziter Bestandteil von Untersuchungen über den Gesundheitssektor anzutreffen ist, die teilweise gar keine Berührungspunkte zu den Professionstheorien aufweisen (zum Beispiel Herder-Dorneich 1987: 245). Es dürfte auch kein Zufall sein, daß die einzig explizite Ausformulierung der Tauschperspektive nicht dem Kontext der Professionsdebatte entstammt, sondern von einem Autorenteam mit einem netzwerktheoretischen Hintergrund herausgearbeitet wurde.

Der Ausgangspunkt von Cook/Morris/Kinne (1982) ist zwar noch die Konkurrenzperspektive, wobei insbesondere die typischen Konflikte im Vordergrund stehen, die sich während der Entstehung neuer Gesundheitsberufe entzünden. Das Interesse von Cook et al. gilt den unterschiedlichen Tauschbeziehungen zwischen Gesundheitsanbietern und Klienten sowie zwischen den Anbietern untereinander, die sich jeweils im Anschluß an die Etablierung eines neuen Berufsbildes entwickeln. Neben den als »disconnected networks« bezeichneten Arrangements, in denen sich aufgrund des Differenzierungsmodus (zum Beispiel klientelorientierte oder funktionale Differenzierung) keine irgendwie geartete »exchange relationship« zwischen den Gesundheitsberufen, sondern nur zwischen Leistungsanbieter und Konsumenten ergibt, heben Cook et al. ein als »connected network« bezeichnetes Set von Beziehungsmustern hervor. Außer dem bereits angesprochenen Konkurrenzmodell wird unter dem Begriff »nested differentiation« die Variante eines eher symbiotischen Beziehungsmusters zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichem Personal behandelt, in dem ein Teilbereich ärztlicher Tätigkeiten an einen Assistenzberuf delegiert wird (Cook/Morris/Kinne 1982: 8–12). Das Tauschelement ergibt sich in diesem Beziehungsmodus daraus, daß die Aufgabendelegation auf der einen Seite dem Arzt eine Produktivitätserhöhung erlaubt, für den Assistenzberuf auf der anderen Seite die Gewährung eines Autonomie- und Verantwortungsbereichs beinhaltet, die nur durch enge Bindungen an die dominante Profession möglich wird.

Bis dahin birgt das Tauschmodell keinerlei überraschende Einsichten. Es wäre sogar unplausibel, davon auszugehen, daß die Erhöhung des nichtärztlichen Personalanteils für die medizinische Profession keine attraktive Strategie darstellt; einmal um unliebsame Tätigkeiten abzuwälzen und zum anderen um Produktivitätsgewinne zu erzielen, die solange unwahrscheinlich sind, wie der Arzt delegierbare Tätigkeiten selbst ausführt. Interessant wäre es nun, wenn man dem Tauschmodell Beschäftigungseffekte zuordnen könn-

te, die im Kontrast zum Dominanzmodell stehen. Auf den ersten Blick ist kaum auszumachen, welche potentiellen Mengeneffekte von beiden Beziehungsmustern auf das nichtärztliche Personal ausgehen. Betrachtet man einige der von Cook et al. genannten Bedingungen, die eine Tauschbeziehung begünstigen beziehungsweise behindern (Cook/Morris/Kinne 1982: 18–23), lassen sich verschiedene Mengeneffekte ausloten.

Als eine wesentliche Randbedingung wird die organisatorische Einbindung der Ärzteschaft herausgestrichen. Ist ein Arzt in einer Einzelpraxis tätig, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, daß der direkte Kontakt zu den Patienten zum »Betriebskapital« gehört und nicht beliebig durch die Delegation auf anderes Personal unterbrochen werden kann. Diese Restriktion besteht nach Cook et al. für angestellte Krankenhausärzte nicht. Daher müßte der Umfang der auf nichtärztliches Personal delegierbaren medizinischen Leistungen in diesem Organisationszusammenhang größer sein als im ambulanten Sektor. Dafür spräche auch die von Cook et al. (1982: 20–23) erwähnte Problematik der juristischen Haftung. Ein allein praktizierender Arzt – so die Annahme –, der dem vollen Haftungsrisiko ausgesetzt ist, wird eher zur strikten Kontrolle über sein medizinisches Assistenzpersonal neigen und aufgrund begrenzter Monitoring-Kapazitäten den Mitarbeiterstab gering halten, während diese Restriktion in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Großeinrichtungen entfällt, die als Institution das Haftungsrisiko tragen. Diese Beispiele schreiben dem Tauschmodell im stationären Sektor eher eine personalerhöhende Wirkung zu.

Die allgemeine Reichweite dieser Annahmen erweist sich jedoch als sehr begrenzt, wenn die Einflüsse von variierenden Kontextbedingungen auf die Wirkungsrichtung der verschiedenen Modelle interprofessioneller Beziehungen bedacht werden. So ließe sich gegen die These organisationsbedingter Unterschiede in der Delegation ärztlicher Leistungen einwenden, daß ökonomische Anreize genau in die entgegengesetzte Richtung weisen. Angestellte Ärzte im Krankenhaus hätten demnach weit weniger Motive zur Delegation als ihre niedergelassenen Kollegen, da sie ihr feststehendes Gehalt dadurch nicht verbessern können. Genau diese Möglichkeit müßten hingegen niedergelassene Ärzte extensiv nutzen, da sie das Leistungsvolumen und damit ihr Einkommen durch die Verlagerung von medizinischen Leistungen auf nichtärztliches Praxispersonal erhöhen können. Hinzu kommt das Problem der kausalen Zuordnung von verschiedenen Beziehungsmodellen und den von ihnen ausgehenden Beschäftigungseffekten. So erscheint ohne weiteres plausibel, daß auch in einem überwiegend von Dominanzbeziehungen

geprägten Land ein vergleichsweise hoher Anteil nichtärztlicher Gesundheitsberufe tätig ist, aber zum Kreis des »dominierten« Hilfspersonals gehört. Diese Überlegungen veranschaulichen, daß sich weder aus dem Tauschmodell noch aus den anderen beiden Modellen eindeutige und von institutionellen Anreizstrukturen abstrahierbare Aussagen über Mengeneffekte ableiten lassen.

Gleichwohl ist das Tauschmodell der interprofessionellen Beziehungen eine wichtige inhaltliche Weiterentwicklung der vorherrschenden Dominanzperspektive, die eine ihrer zentralen Schwächen deutlich hervortreten läßt. Die im Dominanzmodell implizierte Annahme, jedwede Handlung der medizinischen Profession als Nullsummenspiel zu Lasten anderer Berufsgruppen zu interpretieren, erweist sich als wenig tragfähig, wenn eine kontextbedingte Anreizstruktur es für die medizinische Profession als vernünftig und wünschenswert erscheinen läßt, eine andere Berufsgruppe zu fördern oder ihr sogar einen Teil des eigenen Tätigkeitsfeldes abzutreten, etwa um daraus finanziellen Nutzen zu ziehen oder um unliebsame Arbeiten abzuwälzen. Es kann also nicht generell von der Annahme ausgegangen werden, daß die Subordination nichtärztlicher Gesundheitsberufe immer und überall das oberste Handlungsziel der Ärzteschaft darstellt. Vielmehr bilden Kontextfaktoren wie unterschiedliche Entwicklungsstadien beziehungsweise wechselnde funktionale Anforderungen und länderspezifische Perzeptionen von der funktional und normativ »richtigen« Arbeitsteilung die wesentlichen Determinanten des ärztlichen Verhaltens.

Umgekehrt muß dann auch gefragt werden, ob bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen grundsätzlich von einem zahlenmäßigen Expansionsstreben ausgegangen werden kann. Daß die Professionalisierungsstrategien von Berufsgruppen oder -verbänden Mengeneffekte besitzen, ist zwar plausibel, ob dabei allerdings das Motiv der Angebotsverknappung für die eigene Berufsgruppe dominiert oder aber der Versuch, in neue Tätigkeitsfelder vorzudringen, muß jeweils empirisch beantwortet werden. Daß Expansionsbestrebungen einerseits und das Ziel der Arbeitsmarktschließung andererseits häufig parallel als Elemente einer beruflichen Strategie beobachtet werden können,⁷ unterstreicht die eingangs aufgestellte These, daß sich die Suche nach *intendierten* Mengeneffekten auf die Personalstruktur als analy-

7 In Anlehnung an Huerkamp und Spree (1982: 86 ff.) könnte man auch von einer phasenspezifischen Strategieorientierung ausgehen: Das Ziel der Angebotsverknappung wird erst in späteren Phasen der Professionsentwicklung relevant, nachdem eine expansive, auf Markteroberungen ausgerichtete Phase abgeschlossen ist.

tische Sackgasse erweisen wird und anstelle dessen das Augenmerk auf jene Instanzen der Marktregulierung zu richten ist, die auf andere Ziele gerichtetes Handeln beziehungsweise nichtintendierte Nebeneffekte kanalisieren. Ebenso wäre es eine Überinterpretation, würde man jede zahlenmäßige Expansion einer Berufsgruppe umstandslos als deren strategischen Erfolg bewerten.

3.3 Folgerungen für die weitere Vorgehensweise

Die hier referierten Arbeiten weisen nur wenige systematisch nutzbare Ansatzpunkte für die Erklärung von Personalstrukturen auf, was in Anbetracht der Spezifik der hier verfolgten Fragestellung aber kaum verwundern kann. Was kann aus der Durchsicht des bisherigen Forschungsstandes für die Formulierung einer eigenen Frageperspektive abgeleitet werden? Es ist offensichtlich nicht möglich, eine oder auch mehrere Faktoren in isolierter Form als Erklärung für national variierende Personalstrukturen heranzuziehen – und das nicht nur, weil sich deren Wirkungsrichtung erst aus der jeweiligen Kontexteinbettung rekonstruieren läßt, sondern bereits deshalb, weil Wirkungszusammenhänge, die sich auf das Zustandekommen der Personalstruktur beziehen, ganz generell diffusen Charakter besitzen. Dies hängt unter anderem mit der eingangs erwähnten Problematik zusammen, daß die Expansionschancen beziehungsweise -hindernisse der nichtärztlichen Gesundheitsberufe von keinem universell gültigen Mechanismus bestimmt werden, sondern eine Reihe ganz unterschiedlicher Kräfte am Werke sind.

Dies wirft nun die Frage auf, wie sich damit die eingangs angedeutete Konzentration auf die Instanzen der Marktregulierung als zentraler Erklärungsdimension konzeptionell vereinbaren läßt. Im wesentlichen hängt das von der Definition dessen ab, was hier unter Marktregulierung verstanden werden soll. Hierzu ist vorzuschicken, daß Marktregulierung nicht als spezifische, gar unabhängige Variable verstanden werden darf, die ohne weitere Präzisierungen bereits einen Erklärungsanspruch erheben könnte, sondern vielmehr im Sinne einer Analyseperspektive gemeint ist, aus der Erklärungen für die variierenden Personalstrukturen erst abgeleitet werden müssen. Daher macht es Sinn, Marktregulierung in Anlehnung an die »Governance«-Diskussion relativ breit als sektorales Regelungsgefüge zu definieren,

und zwar als »the totality of institutional arrangements – including rules and rule-making agents – that regulate transactions inside and across the boundaries of an economic system« (Hollingsworth/Schmitter/Streeck 1994: 5). Hier geht es zwar nicht – wie in der Governance-Diskussion – um die ökonomische Koordination eines Industriesektors, aber das nicht per se auf wenige Elemente beschränkte Konzept von Governance kommt den Anforderungen an den hiesigen Untersuchungsgegenstand sehr entgegen. Eine weitere Eingrenzung des Governance-Konzeptes wird im vorliegenden Fall dadurch erzielt, daß Marktregulierung als Gesamtmenge jener Regeln und Institutionen verstanden wird, die die *Öffnung* beziehungsweise *Schließung* des Marktzutritts für die Gesundheitsberufe bewirken. Im Unterschied zur – vom Dominanzmodell beherrschten – Professionstheorie wird hier nicht mit der Unterstellung einer per se erfolgreichen Marktabschottung durch die Ärzteschaft gearbeitet, sondern die Frage nach den Entwicklungschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wird als offen behandelt.

Um nun dem Problem der unvollständigen Erklärung angemessen Rechnung zu tragen, ist eine genetische Analyse der Marktregulierungsstrukturen wohl ein notwendiger Schritt, um Aufschlüsse über deren Stabilität beziehungsweise Veränderbarkeit zu erhalten, aber nicht hinreichend, um diese Frage auch befriedigend zu erklären. An dieser Stelle kommt die Motivlage der beteiligten Akteure als zweite Stufe der Erklärung ins Spiel. Es dürfte kaum zweifelhaft sein, daß die Entstehung und Weiterentwicklung von Marktregulierungsstrukturen in enger Verbindung mit den Professionalisierungsbestrebungen der Ärzteschaft sowie der nichtärztlichen Gesundheitsberufe steht. Da allerdings – wie in den nachfolgenden Kapiteln eingehend dargestellt – kein einheitliches Modell der Marktregulierung entstanden ist, müßten sich jeweils unterschiedliche Professionalisierungsstrategien beobachten lassen. Vorausgesetzt es existieren tatsächlich derartige Strategievarianten, könnte man – wie Haug (1995) dies tut – von unterschiedlich ausgeprägten Durchsetzungspotentialen einzelner Berufsgruppen ausgehen, die sich dann in variierenden Professionalisierungsstrategien niederschlagen. Diese auf die Widerstände gegenüber den Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe konzentrierte Perspektive impliziert allerdings, daß die Nachahmung des von der Ärzteschaft vorexerzierten Professionsmodells ein dauerhaftes und invariantes Ziel der nichtärztlichen Gesundheitsberufe darstellt. Die intuitive Plausibilität dieser Annahme wird zumindest durch die nicht minder plausible Überlegung relativiert, daß Akteure schwer erreichbare Ziele oftmals gar nicht erst anstreben, sondern sich auf dem Wege der

»adaptiven Präferenzbildung« (Elster 1987: 211–226) mit den einfacher realisierbaren Alternativen zufriedengeben. Es muß also damit gerechnet werden, daß bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen sowohl ein aggressiver Wille zur Annäherung an den Professionsstatus als auch apathische Selbstbescheidung anzutreffen sind. Das heißt, daß nicht nur die Hürden für eine Marktexpansion von Bedeutung sind, sondern auch der Wille, sie zu überwinden, als restriktive beziehungsweise expansive Größe einkalkuliert werden muß.

Darum wird hier von einer anderen Reihenfolge ausgehend argumentiert. Die Grundannahme lautet dabei, daß die Durchsetzungspotentiale der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gegenüber der Ärzteschaft in der Herausbildung spezifischer *interprofessioneller Beziehungen* begründet sind, die entscheidend auf die Genese von »Regimen« der Marktregulierung eingewirkt haben und auch deren Stabilität beziehungsweise Wandel erklären können. In dieser analytischen Perspektive bewirkt Professionalisierung eine berufsspezifische Identitätsbildung, die für die Formulierung strategischer Zielsetzungen von erheblicher Bedeutung ist. Interprofessionelle Beziehungen können institutionell bedingte Handlungsmuster für den Umgang beider Seiten miteinander nicht außer Kraft setzen, aber sie können sie begrenzen beziehungsweise ihnen eine spezifische Richtung verleihen. Ob zum Beispiel Expansion zum strategischen Ziel eines Assistenzberufes wird, hängt ab von der Art der interprofessionellen Beziehungen und den Schlußfolgerungen, die beide Seiten daraus ziehen. So ist zum Beispiel denkbar, daß der Grad, bis zu dem die Ärzteschaft eine nachrückende Professionalisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe akzeptiert, im Ländervergleich erkennbare Unterschiede aufweist, die nicht allein aufgrund institutionell variierender Handlungschancen entstanden sind, sondern auch einen bestimmten Typ interprofessioneller Beziehungen widerspiegeln. Diese länderspezifischen Typen werden im Kapitel 7 identifiziert.

Die naheliegende Frage nach dem genauen Verhältnis der beiden Erklärungsdimensionen zueinander läßt sich nicht eindeutig beantworten. Denn es ist sowohl plausibel, daß zum Beispiel für die Assistenzberufe günstige Marktzutrittsregeln auch deren Professionalisierungsbestrebungen unterstützen, als auch umgekehrt denkbar, daß ein professionsnaher Status den nichtärztlichen Gesundheitsberufen erst eine erfolgreiche Einflußnahme auf die Strukturen der Marktregulierung ermöglicht. Marktregulierung und interprofessionelle Beziehungsmuster stehen demnach in einer wechselseitigen Einflußbeziehung zueinander. Diese Aussage ist sicherlich nicht vollends be-

friedigend, da sie klare Kausalzusammenhänge eher im unbestimmten beläßt. Möglicherweise kann aber eine metaphorische Parallele zum Verständnis beitragen: Marktregulierung kann auch als »Hardware« für Expansionschancen beziehungsweise -hemmnisse gelten, während die interprofessionellen Beziehungen die »Software« für den strategischen Umgang der Akteure mit den harten Faktoren bilden.

Kapitel 4

Die Entwicklung der Marktregulierung im historischen Längsschnitt

Die breite Definition von Marktregulierung als Regeln und Institutionen, die die Bedingungen des Marktzutritts für die Gesundheitsberufe bestimmen, erfordert für Analysezwecke eine ordnende Strukturierung, die hier durch eine Trennung zwischen historischem Längsschnitt und vergleichendem Querschnitt erzielt werden soll. Während die Analyse der historischen Formierung von Institutionen und Verfahren in chronologischer Reihenfolge zentrale Elemente der Marktregulierung herausarbeitet, sollen in der daran anschließenden Querschnittsanalyse jeweils einzelne Ebenen der Marktregulierung auf ihre personalbeeinflussenden Wirkungen hin beleuchtet werden.

4.1 Die historische Entwicklung in Deutschland

Das deutsche Modell der Marktregulierung wird bis zum heutigen Tag von einem spezifischen Regelungsdualismus geprägt: zum einen dem *Berufsrecht*, das die Bedingungen für die Ausübung »heilkundlicher Tätigkeiten« unter einer bestimmten Berufsbezeichnung festlegt, und zum anderen vom *Sozialrecht*, das mit Hilfe eines sozialversicherungsrechtlichen Krankheits- und Leistungsbegriffs die erstattungsfähigen medizinischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und anderer Finanzierungsträger definiert und damit den Marktzutritt für die Gesundheitsberufe steuert. Im Prinzip läßt sich ein ähnlicher Regelungsdualismus auch andernorts antreffen. Aber nur im deutschen Fall erlangte dieser Regelungsdualismus eine überragende Bedeutung für die Expansionschancen der Gesundheitsberufe. Dabei sollte sich vor allem die historische Reihenfolge als wichtig erweisen, in der sich beide Rechtsgebiete herausbildeten.

4.1.1 Von der Gewerbeordnung zur Reichsversicherungsordnung

Das Jahr 1869 markiert das erste zentrale Datum für die Organisation des Marktes für medizinische Dienstleistungen, nämlich die Einführung der Gewerbeordnung im Norddeutschen Bund. Das Prinzip der Gewerbefreiheit fand »auf Betreiben der ärztlichen Abgeordneten« (Huerkamp 1985: 254) auch Anwendung auf die medizinische Profession. Dies bedeutete die Einführung der »Kurierfreiheit«, das heißt, die zuvor geltende Beschränkung heilkundlicher Tätigkeit auf approbierte Ärzte, die dem Arztberuf eine Sonderstellung zuwies, entfiel nunmehr. Daß die Ärzteschaft hier für eine Regelung eintrat, die anscheinend im Gegensatz zu ihren Interessen stand, wird verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Kurierfreiheit nicht aus ideologischer Affinität zum Marktliberalismus befürwortet wurde, sondern um staatlicher Reglementierung zu entfliehen. Seit Beginn des 19. Jahrhunderts war die Ärzteschaft disziplinarrechtlich den Beamten gleichgestellt (Huerkamp 1985: 241–243). Der Berufseid wurde auf den preußischen König geschworen und implizierte unter anderem die Verpflichtung zur unentgeltlichen Behandlung von zahlungsunfähigen Patienten sowie zur Sanitätsberichterstattung gegenüber der zuständigen Medizinalbehörde. Das – durchaus nicht vom gesamten Berufsstand getragene – Votum für die Kurierfreiheit sorgte nun zwar für eine größere »Staatsferne«, dafür stellten sich verschärft die Probleme der gestiegenen »Marktnähe«.

Das zentrale Problem der Professionspolitik bestand fortan in der unliebsamen Konkurrenz zu den Laienmedizinern. Inwiefern es die Gewerbefreiheit dem nichtapprobierten Heilpersonal tatsächlich erlaubte, mit der Ärzteschaft in ernsthafte Konkurrenz zu treten, läßt sich kaum abschätzen, da zu dieser Personengruppe nur wenige verlässliche Daten vorliegen (Huerkamp/Spre 1982: 92). Sicher ist lediglich, daß die Inanspruchnahme von approbierten Ärzten im Krankheitsfall noch keineswegs selbstverständlich war und daß sich die Laienmedizin bis in das 20. Jahrhundert hinein in der Bevölkerung großer Beliebtheit erfreute. Noch im Jahr 1900 standen den 31.864 Ärzten im Deutschen Reich rund 12.000 bis 13.000 »Kurfuscher« gegenüber (Tennstedt 1976: 388). Trotz mehrfacher Anläufe der Ärzteschaft zur gesetzlichen Verankerung eines »Kurfuschereiverbotes« wurde die Kurierfreiheit erst 1939 aufgehoben (Näheres dazu weiter unten). Das Verhältnis der Ärzteschaft zu den »Kurfuschern« sollte allerdings nicht gleichgesetzt werden mit den heutigen Beziehungen zum nichtärztlichen Personal. Damals handelte es sich um eine wechselseitig ausschließende Konkurrenz,

da eine Aufgabendelegation von professionellen zum Laienmediziner nicht möglich war.

Auch die Einführung der GKV brachte keine schlagartige Monopolisierung des Gesundheitsmarktes zugunsten der medizinischen Profession, sondern vielmehr eine langsame »Umformung des Arbeitsmarktes« (Huerkamp 1987: 78). Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1883 verfügte zwar, daß die Kassen ihren Mitgliedern »freie ärztliche Hilfe« (§ 6 KVG) zu gewähren hatten, ohne aber genau zu definieren, wer zu diesen Leistungen berechtigt war. Außer in den Ländern Bayern, Hessen und Baden konnten die Krankenkassen auch Honorarforderungen und Behandlungskosten übernehmen, die durch Laienmediziner veranlaßt waren (Tennstedt 1976: 388). Daß die Krankenkassen vielerorts auch die Versorgung durch nichtmedizinisches Heilpersonal finanzierten, wurde 1887 durch den preußischen Staatsminister des Inneren, K.H. von Boetticher, ausdrücklich für Rechens erklärt (Göckenjan 1985: 352). Auch im sächsischen Innenministerium wurde 1892 die Auffassung vertreten, daß in – nicht genau definierten – Ausnahmefällen der Versicherte zur erstattungspflichtigen Inanspruchnahme einer »nicht-approbierten Person« berechtigt sei, soweit er dafür zuvor die Erlaubnis des Kassenvorstandes eingeholt hatte (Stier-Somlo 1915: 181). Ermöglicht wurde die Inanspruchnahme nichtmedizinischer Heilberufe vor allem durch die seinerzeit verbreitete Leistungsform der Barzahlung (in Form eines erhöhten Krankentagegeldes), die es dem Versicherten freistellte, ob er sich im Krankheitsfall an einen Arzt oder an einen Laienmediziner wendete. Diese Praxis wurde erst durch eine KVG-Novelle im Jahr 1892 zunehmend verdrängt, da das von dort an geltende Sachleistungsprinzip die Krankenkassen verpflichtete, ihren Versicherten medizinische Versorgung in natura, das heißt als Sach- und nicht als Barleistung, zur Verfügung zu stellen (Göckenjan 1985: 343). Ziel dieser Regelung war allerdings nicht die Privilegierung des Ärztestandes. Die Beseitigung der Barzahlung war in erster Linie als Schlag gegen die sozialdemokratisch beherrschten Hilfskassen gedacht.

Von besonderer Bedeutung für den deutschen Fall war nun der Umstand, daß die sozialrechtliche Regelung des Marktzutritts für nichtärztliche Gesundheitsberufe vor der Kodifizierung einzelner Berufsgesetze stattfand. In der Reichsversicherungsordnung (RVO) von 1911 wurde die Kompetenz zur Feststellung des Versicherungsfalles »Krankheit« beziehungsweise »Arbeitsunfähigkeit« ausdrücklich auf approbierte Ärzte beschränkt. Gemäß § 182 Abs. 1a RVO umfaßt die von den gesetzlichen Krankenkassen zu gewährenden Krankenpflege »insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung«.

Die hervorgehobene Position des Arztes ergibt sich aus der Definition des Begriffs »ärztliche Behandlung«, die »durch approbierte Ärzte« (§ 122 Abs. 1 RVO) zu erfolgen hat. Leistungen von anderen Gesundheitsberufen dürfen nur dann gewährt werden, »wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann« (§ 122 Abs. 1 RVO). Damit wurde auch die in einzelnen Ländern des Kaiserreichs geübte Praxis hinfällig, die Behandlungskosten durch nichtapprobierte Personen zu erstatten (Stier-Somlo 1915: 181–180). Auch wenn damals erst 34 Prozent der Bevölkerung in der GKV versichert waren (Alber/Bernardi-Schenkluhn 1992: 42), entwickelte sich die sozialrechtliche Privilegierung der medizinischen Profession dennoch sehr bald zu einem wirksamen Mechanismus der Marktschließung.

Es könnte nun die Frage auftreten, wie diese Weichenstellung konkret gewirkt hat, denn im stationären Sektor besaßen sozialrechtliche Vorschriften wie der Arztvorbehalt zu keinem Zeitpunkt Geltung. Diesbezüglich muß man sich zunächst vor Augen halten, daß die Krankenhauspflege als heute personalintensivster Versorgungsbereich nach dem KVG zunächst nur eine freiwillige Leistung der Kassen war, deren Umfang erst sehr langsam anstieg. 1885 lag der Ausgabenanteil für stationäre Versorgung und Kuren bei nur 8,5 Prozent. Selbst mehr als vier Jahrzehnte später, im Jahr 1929, beanspruchte dieser Leistungsbereich gerade 15 Prozent der GKV-Ausgaben.¹ Dies läßt die Annahme plausibel erscheinen, daß grundlegende Formen der Arbeitsteilung und der interprofessionellen Beziehungen zuerst im ambulanten Sektor entstanden sind und sich diese Personalstrukturmuster später im Krankenhaus repliziert haben, ohne daß dort ein sozialrechtlich kodifizierter Arztvorbehalt wirken mußte. Die Nachfrage nach medizinischem Hilfspersonal konnte sich daher auch aus dem Krankenhaus heraus nicht allein an technischen oder funktionalen Sachzwängen orientieren, sondern war stets vorgeprägt durch die sozialrechtlich verursachte Arztlastigkeit des Personaleinsatzes in der Praxis des niedergelassenen Arztes.

Aus dem Gesamtkontext der RVO-Entstehung kann mit einiger Sicherheit geschlossen werden, daß es sich bei der – später als »Arztmonopol« bezeichneten – Errichtung einer sozialrechtlichen Sonderstellung der medizinischen Profession gegenüber anderen Gesundheitsberufen nicht um einen

1 Zahlen nach Tennstedt (1976: 403). Näheres zum Einfluß des Finanzierungssystems auf die Expansion des Krankensektors in Kapitel 6.

Lobbyingenerfolg der organisierten Ärzteschaft handelte.² Die Motive waren anderer Natur. In erster Linie ging es darum, das Eintreten des »Versicherungsfalles« und damit die Kompetenz zur Konkretisierung des sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriffs einer naturwissenschaftlich begründbaren Standardisierung zu unterwerfen. Zudem spielte die bis heute wichtige Überlegung eine Rolle, daß die Solidargemeinschaft der Versicherten durch Inanspruchnahme unwirksamer Heilmethoden nicht finanziell belastet werden dürfe (mit weiteren Literaturhinweisen Dünnisch 1983: 49). In der Kommentarliteratur wird an vielen Stellen darauf insistiert, daß nur die »notwendige« Behandlung zu gewähren sei (zum Beispiel Stier-Somlo 1915: 373 und passim). Dies impliziert eine restriktive Definition von medizinischer Versorgung, die sich mit der Privilegierung der medizinischen Profession, die ja gleichzeitig die Rationierung nichtärztlicher Versorgungsleistungen bedeutete, erzielen ließ. So gesehen fußte die »Marktreinigung« zugunsten der Ärzteschaft weniger auf deren erfolgreicher Interessenpolitik, sondern ging vielmehr auf einen Regelungsbedarf zurück, der sich aus dem finanziellen Kontrollerfordernis für die Inanspruchnahme von GKV-Leistungen und der Marktöffnung durch die Gewerbeordnung ergab.

In Übereinstimmung mit dieser frühen Weichenstellung entwickelte sich die Berufsgesetzgebung für die Assistenzberufe, die sich implizit stets an der »Nähe« zur Heilkunde (durch approbierte Mediziner) orientierte: je stärker ein Beruf in der Nähe der Heilkundaübung angesiedelt war, desto mehr nahm auch die rechtliche Regelungsintensität zu (Kühne 1976: 30–31). Nach der Jahrhundertwende entstanden eine Reihe gesetzlicher Vorschriften, die das »niedere Heilpersonal« und das »Heilhilfspersonal« betrafen. Auch dieser Regelungsbedarf war eine Spätfolge der Kurierfreiheit, die den Marktzutritt für schlecht oder auch gar nicht ausgebildetes Gesundheitspersonal geöffnet hatte. Die eben erwähnten Rechtsverordnungen galten neben den »Krankenpflegepersonen«, für die erstmals 1907 in Preußen eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung erlassen wurde (die anderen deutschen Länder folgten später), den technischen und den Hilfsberufen sowie insbesondere den in der öffentlichen Gesundheitspflege tätigen Berufen wie Desinfekto-

2 Die RVO hatte zwei politische Ziele: zum einen sollte sie eine Schwächung der sozialdemokratischen Position innerhalb der Kassen bewirken, zum anderen war eine organisatorische Straffung und Vereinheitlichung der drei Sozialversicherungszweige intendiert (Tennstedt 1975). Die speziellen Interessen der Ärzteschaft wurden in der RVO eher verletzt, als daß sie ihr entgegenkamen, zum Beispiel mit einer Regelung, die den Kassen eine Umgehung des Sachleistungsprinzips und damit das Unterlaufen von Ärztestreiks erlaubte.

ren, Gesundheitsaufsehern und -inspektoren, die der Aufsicht des jeweiligen Kreisarztes (heute: Amtsarzt) unterstellt wurden, der auch für die Abnahme von Prüfungen zuständig wurde (Trüb 1964a). Dabei handelte es sich ausnahmslos um Rechtsverordnungen, die den Umgang der Medizinalverwaltung mit den Gesundheitsberufen regelten, und nicht um Gesetze (Trüb 1964b: 147–149), die der jeweiligen Berufsgruppe neue Marktchancen eröffneten, etwa durch die Reservierung eines bestimmten Tätigkeitsfeldes, wie es in Großbritannien und den USA der Fall war.

Für die Zielrichtung dieser Verordnungen, in denen es im wesentlichen um eine staatliche Gefahrenabwehr gegenüber unqualifiziertem – die individuelle Gesundheit gefährdendem – Heilpersonal ging, dürfte auch der Ressortzuschnitt eine Rolle gespielt haben. Für die Regulierung der Gesundheitsberufe war nämlich das Reichsamt des Inneren zuständig, aus dem in der Weimarer Republik das Reichsministerium des Inneren hervorging. In diesem gleichzeitig für die innere Sicherheit verantwortlichen Ressort wurden berufsrechtliche Regelungen als »gesundheitspolizeiliche« Maßnahmen formuliert. Auch die Berufsgesetzgebung im Dritten Reich war von dieser Philosophie geprägt.

Es könnte sich nun die Frage stellen, ob berufsrechtliche Regelungen im deutschen Fall grundsätzlich als zweitrangige Normenkategorie gegenüber dem Sozialrecht mit seinem überlegenen Potential zur Marktöffnung beziehungsweise -schließung gelten müssen. Dies kann eindeutig verneint werden, denn auch für Ärzte existiert ein spezielles Berufsrecht. *Innerhalb* dieser Normenkategorie ist allerdings seit der Gewerbeordnung eine Hierarchisierung entstanden, die eine Abgrenzung zwischen Heilberufen und Heilhilfsberufen vorsieht (Dünisch 1983: 131). Im Unterschied zu den Berufsgesetzen für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte, die jeweils eine Tätigkeitsdomäne errichten, schützt das Recht der Heilhilfsberufe primär eine *Berufsbezeichnung*, indem Voraussetzungen – zumeist in Form von Ausbildungs- und Prüfungsanforderungen – für die Berufszulassung definiert werden, ohne den *Tätigkeitsinhalt* des Berufsbildes genauer zu bestimmen. De facto ist damit die heilkundliche Tätigkeit nur dann an berufsrechtliche Zulassungsregeln gebunden, wenn sie unter einer geschützten Berufsbezeichnung ausgeübt wird (Rupp/Olshausen 1971: 18 ff.). Die unklare Definition der »Heilkunde« (Dünisch 1983: 43 ff.) hat zum einen immer wieder Zweifel darüber laut werden lassen, ob der in der RVO kodifizierte »Arztvorbehalt« (§§ 122 I und 182 I RVO) in der GKV auf alle, auch hochquali-

fizierten Gesundheitsberufe Anwendung finden dürfe.³ Zum anderen bedeutete der Verzicht auf einen gesetzlich abgesicherten *Tätigkeitsvorbehalt* (Näheres dazu in Abschnitt 5.3), daß alle rechtlich geschützten Berufsbilder durch schlechter qualifizierte Hilfskräfte substituiert werden können.

Der erste nichtärztliche Beruf, dessen Regulierung von dieser Regel abwich, war der der medizinisch-technischen Assistentin (MTA), für die erstmals 1921 in Preußen eine Prüfungsordnung erlassen wurde (Götzky 1964). Diese Berufsgruppe dürfte auch die erste gewesen sein, deren Berufsbild in Reaktion auf die rasche *technologische* Veränderung ihres Arbeitsfeldes – Röntgen und Labor – geregelt wurde. Die zeitgleich stattfindende Ausfächerung der Arbeitsanforderungen an die »technische Assistentin an medizinischen Instituten«, wie die MTA zunächst bezeichnet wurde, führte bereits 1928 zu einer funktionalen Differenzierung des Berufsbildes in die Laboratoriums- beziehungsweise Röntgenassistentin (Götzky 1964: 173). Neben die *funktionale* Differenzierung trat zusätzlich eine *hierarchische* Differenzierung des Tätigkeitsfeldes in einfache, routinisierbare Tätigkeiten einerseits sowie anspruchsvollere Aufgabenabläufe andererseits, die die beiden Assistentinnenberufe jedoch in unterschiedlichem Maße betraf. Einem wachsenden Überangebot an Laboratoriumsassistentinnen stand ein Mangel im Röntgenbereich gegenüber. Da seinerzeit nur wenige Ärzte über die notwendigen röntgenologischen Fachkenntnisse verfügten, erwies sich der Mangel an qualifiziertem Personal als zunehmend problematisch. Das Ungleichgewicht resultierte aus den geringeren Anreizen zur Röntgen-Ausbildung, die die Gesundheitsgefahren dieser Technik mit sich brachten, und der stärker ausgeprägten Substituierbarkeit des qualifizierten Personals durch billigere Hilfskräfte im medizinischen Labor (Kirchberger 1986: 206). Um das Personaldefizit im Röntgenbereich auszugleichen, wurden die beiden Assistentinnenberufe 1941 auf dem Verordnungswege wieder zu einem gemeinsamen Berufsbild zusammengefaßt, die Ausbildungsdauer von drei auf zwei Jahre reduziert und die – nach einer einjährigen Ausbildung erwerbbar – Zwischenqualifikation der medizinisch-technischen Gehilfin eingeführt. Für beide Qualifikationsstufen wurde erstmals auch ein *Tätigkeitsvorbehalt* eingeführt, der verhindern sollte, daß nur ungeprüftes Personal eingestellt wird. Dieser *Tätigkeitsvorbehalt* trat allerdings nie in Kraft.

3 Siehe hierzu weiter unten die seit Mitte der siebziger Jahre schwelende Kontroverse um das Berufsbild des Psychotherapeuten.

Es ist charakteristisch für die Entwicklung der Marktregulierung im deutschen Fall, daß die im Sachleistungsprinzip der GKV sukzessive verankerte Vorrangstellung der Ärzteschaft durch später erlassene Berufsgesetze nicht mehr erschüttert werden konnte. Daher liegt es nahe, in dieser frühen Weichenstellung einen wesentlichen Grund für die ausbleibende Mengenexpansion der nichtärztlichen Berufe zu sehen. Denn der Marktzutritt war durch sozialrechtliche Normen frühzeitig zulasten der nichtärztlichen Berufe verengt worden, so daß Berufsgesetze keine Öffnungsfunktionen für den wichtigen GKV-Markt entfalten konnten. Diese Konstellation sollte den zentralen Kern des deutschen Modells der Marktregulierung bilden, an das sich im Zeitverlauf zwar weitere Elemente anlagerten, ohne allerdings die Grundstruktur entscheidend zu verändern.

4.1.2 Das Dritte Reich

Gänzlich unangefochten blieb aber auch dieses Modell nicht. Die während des Dritten Reichs erlassenen gesetzlichen Regelungen wiesen zwar keine eindeutige Richtung zugunsten oder zulasten der nichtärztlichen Berufe auf, sondern beinhalteten fallweise variierende Konsequenzen für die interprofessionellen Beziehungen. Entscheidend aber war, daß auch Vorteile, die einzelne Assistenzberufe in dieser Zeit für sich verbuchen konnten, das arztzentrierte Modell der Marktregulierung eher festigen als erschüttern sollten.

Eher negativ für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe wirkten sich das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) vom 3.6.1935 (RGBl. I: 531) und seine Durchführungsverordnungen aus. Zwar wurde das eigenständige Berufsbild der Gesundheitsfürsorgerin geschaffen, allerdings nicht ohne sie der Aufsicht des Amtsarztes zu unterstellen. Freiräume, die das Fürsorgepersonal im öffentlichen Gesundheitsdienst zuvor besaß, wurden dadurch beseitigt (Labisch/Tennstedt 1985: 349–350). Ebenso wie andere Berufsgesetze der NS-Zeit behielt auch das GVG in der Bundesrepublik seine Geltung. Dies hängt damit zusammen, daß die während des Dritten Reichs in Kraft gesetzten Regelungen über Gesundheitsberufe keiner einheitlichen, typisch nationalsozialistischen Ideologie folgten (vgl. zum Beispiel Hüttenberger 1981: 442 ff.). Vielfach spiegelten sie einen Frontverlauf wider, der durch jahrzehntelange Auseinandersetzungen schon vorgezeichnet war. Dies galt sowohl für Konflikte zwischen Zahnärzten und Dentisten (Hüttenberger 1981: 435–441) als auch zwischen Ärzten und Hebammen

oder Ärzten und Heilpraktikern. Da die widerstreitenden Interessen gleichermaßen in der Lage waren, Teile des NS-Partei- oder Staatsapparates für sich zu mobilisieren, kam es mehrfach zu gesetzlichen Regelungen, die auch die Existenzberechtigung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe unterstrichen. Hier ist zum Beispiel das Hebammengesetz von 1938 (RGBl. I: 1893) zu nennen, das der Ärzteschaft die bis heute gültige »Hinzuziehungspflicht« auferlegte, die es jedem Arzt zur Pflicht macht, bei einer Entbindung eine Hebamme hinzuzuziehen.⁴

Von besonderer Tragweite war das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung vom 17.2.1939 (RGBl. I: 251). Dabei war es weniger der spezifische Regelungsgehalt des Heilpraktikergesetzes (HPG), der seine Bedeutung ausmachte, als vielmehr der Umstand, daß – entgegen den ursprünglichen Intentionen – einer nichtärztlichen Berufsgruppe der Einbruch in ärztliches Terrain gelang und diese Erfahrung innerhalb der medizinischen Profession »stilbildend« für den Umgang mit anderen Berufsgruppen wirkte. Kurioserweise stellte das HPG anfänglich sogar einen Erfolg in den lange Zeit erfolglosen Bemühungen der Ärzteschaft gegen das »Kurfuschertum« dar. Während die Heilpraktiker vom Markt der kassenärztlichen Versorgung seit Einführung der RVO ausgeschlossen waren, blieben sie im Marktsegment der Privatpatienten, das in den dreißiger Jahren immerhin noch rund ein Drittel der Bevölkerung umfaßte (vgl. Alber 1982: 26), eine ernstzunehmende Konkurrenz. Seit Beginn der dreißiger Jahre wurde die Heilpraktikerbehandlung von den meisten privaten Krankenversicherungen – mit ausdrücklicher Billigung des Reichaufsichtsamtes für Privatversicherung – erstattet, und nach Inkrafttreten des HPG wurde sie sogar beihilfefähig (Arndt 1985: 25–26).

Das HPG hob die seit der Gewerbeordnung geltende Kurierfreiheit auf, indem die Ausübung der Heilkunde ohne Approbation unter den »Erlaubnisvorbehalt« (§ 1 Abs. 1 HPG) des zuständigen Gesundheitsamtes gestellt wurde (Arndt 1985: 34–35). Dem Gesetz war eine langwierige Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft, Heilpraktikern und NS-Größen wie dem Führerstellvertreter Rudolf Heß (pro Heilpraktiker) und dem Reichsärztesführer Gerhard Wagner (contra Heilpraktiker) vorausgegangen, aus dem die medi-

4 Vgl. Zimmermann (1964: 112). Die höhere Autonomie des Hebammenberufs stellt allerdings keine Ausnahme von der Regel sozialrechtlich bestimmter Handlungsspielräume der nichtärztlichen Gesundheitsberufe dar, sondern eher eine Bestätigung. Weil Schwangerschaft und Entbindung nicht als Krankheiten im Sinne der RVO qualifiziert wurden, konnte hier auch kein »Arztvorbehalt« (§ 122 RVO) greifen.

zinische Profession als »Punktsieger« hervorging (Wuttke-Groneberg 1982). Ein direktes Verbot des Heilpraktikerberufs hatte sich aufgrund der Parteinahme wichtiger Teile der NS-Polykratie für die Naturheilkunde als politisch nicht durchsetzbar erwiesen. Dafür war in das HPG ein »Aussterbemechanismus« (Kühne 1976: 31) eingebaut worden, der mit Hilfe eines Verbots der Heilpraktikerausbildung und einer zukünftig restriktiv zu handhabenden Erlaubnis zur Berufsausübung zum langsamen Aussterben dieser Berufsgruppe führen sollte.

Das HPG blieb in wesentlichen Teilen nach der Gründung der Bundesrepublik gültig. Nun kollidierten allerdings diejenigen Vorschriften, die auf eine Beseitigung des Heilpraktikerberufs abzielten, etwa das Verbot zum Betrieb von Ausbildungsstätten, mit dem in Artikel 12 Abs. 1 des Grundgesetzes verankerten Prinzip der Freiheit der Berufswahl. Die diesem Verfassungsprinzip entgegenstehenden Vorschriften des HPG und seiner Durchführungsverordnungen wurden daher für nichtig befunden, so daß das HPG einen bemerkenswerten konstraintentionalen Bedeutungswandel erfuhr:

Aus einer Regelung, deren längerfristiges Ziel es war, den Berufsstand der Heilpraktiker zu beseitigen und für die Ausübung der Heilkunde das Ärztemonopol einzuführen ..., wurde eine Berufsordnung und Berufszulassungsregelung für einen freien Beruf. (Arndt 1985: 64)

Insbesondere veränderte sich die vom Gesundheitsamt durchzuführende Überprüfung angehender Heilpraktiker. Entsprechend dem ursprünglichen Gesetzeszweck galt diese Überprüfung *nicht* den medizinischen Fachkenntnissen des Antragstellers, da Neuzulassungen gar nicht vorgesehen waren, sondern nur die bereits praktizierenden Heilpraktiker sollten zwecks Besitzstandswahrung eine nachträgliche Erlaubnis zur Berufsausübung erhalten. Da im Geltungsbereich des Grundgesetzes aber auch Berufsanfänger unter diese Regelung fallen, blieben nur noch einige »kaum erträgliche Minimalforderungen« (Rupp/Olshausen 1971: 25) für die Erlaubniserteilung übrig, wie eine abgeschlossene Volksschulbildung, die Vollendung des 25. Lebensjahres sowie körperliche und sittliche Zuverlässigkeit. Es geht heute also lediglich noch um eine Gefahrenabwehr oder wie es ein Gesetzeskommentar formuliert: »Der zu Überprüfende muß wissen, wie er als Heilpraktiker seinen Patienten nicht schadet, nicht aber, wie er ihnen nutzt« (zit. nach Arndt 1985: 82).

Die Folge war, daß die Heilpraktiker – zumindest steuer- und berufsrechtlich – in den Stand eines dem Ärztestatus entsprechenden »freien Berufes« aufstiegen. Vergegenwärtigt man sich, daß die Heilpraktiker bis zum heuti-

gen Tag nicht nur eine wichtige Konkurrenz im Kampf um die finanziell einträglichen Privatpatienten geblieben sind,⁵ sondern durch ihre Nähe zur Naturheilkunde zudem eine Trutzburg gegen die Versuche der medizinischen Profession bilden, die »Schulmedizin« als einzig legitime Medizinphilosophie zu etablieren, dann wird plausibel, daß die Genese des Heilpraktikerberufes bei der Ärzteschaft eine weit über die Größenordnung dieser Berufsgruppe hinausreichende Resonanz finden mußte. Vertreter der Ärzteschaft gehen bis heute übereinstimmend davon aus, daß »es keinerlei Berechtigung für einen zweiten Heilberuf« gebe (so ein Vertreter der Bundesärztekammer gegenüber der Ärzte-Zeitung vom 22.3.1990: 1). Das für den deutschen Fall so charakteristische Pochen der medizinischen Profession auf den »Arztvorbehalt« dürfte im HPG eine seiner wesentlichen Quellen haben.

Das HPG kann darüber hinaus als typisch für den Regelungsgehalt jener Berufsgesetze angesehen werden, die den Heilhilfsberufen gelten. Da das HPG im Grundsatz für alle Gesundheitsberufe gilt, die unter den vage formulierten Begriff der Heilkunde⁶ fallen, kann vermutet werden, daß das hier angelegte »Mißverhältnis zwischen Erlaubnispflicht einerseits und den undifferenzierten und unqualifizierten Anforderungen andererseits« (Schulte/Trenk-Hinterberger 1979: 323) generell zu einer skeptischen Betrachtungsweise der Qualifizierungsfunktion von Berufsgesetzen beigetragen hat. Sowohl das HPG wie auch alle nachfolgend verabschiedeten Berufsgesetze haben im wesentlichen die Funktion einer »Bezeichnungsschutzregelung« (Neubauer 1982: 173), das heißt, ihr Sanktionspotential beschränkt sich darauf, die heilkundliche Betätigung unter einer bestimmten Berufsbezeichnung zu untersagen. Sie sind im strengen Sinne also keine Zulassungsgesetze, wie sie in Großbritannien und den USA auch für die Assistenzberufe üblich sind. Anders als die gesetzlichen Bestimmungen, die den Arztberuf regeln, kennen die Gesetze für die Heilhilfsberufe konsequenterweise auch keine Berufsordnung, deren Einhaltung von einer Kammer überwacht wird (Dünisch 1983: 131–132). Dieser Umstand unterstreicht die weiter oben formulierte These von der geringen Marktöffnungskapazität der Berufsgesetze, die von

5 Und davon auch im Mengenwachstum profitiert haben: Während die Zahl der berufstätigen Ärzte zwischen 1952 und 1984 um 226 Prozent anstieg, verzeichneten die Heilpraktiker einen Zuwachs von 328 Prozent.

6 »Ausübung der Heilkunde im Sinne des Gesetzes ist jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird« (§ 1 Abs. 2 HPG).

der zeitlich vorgelagerten Etablierung einer sozialrechtlichen Zugangsbarriere zur GKV als Hauptmarkt für medizinische Dienstleistungen herrührt.

Die Frühgeschichte der Bundesrepublik änderte daran kaum etwas. Die sozialrechtlich begründete Dominanz der medizinischen Profession erfuhr durch das Gesetz über Kassenarztrecht von 19.8.1955 (BGBl. I: 513) eine weitere Festigung. Seit Inkrafttreten dieses Gesetzes beschließt der paritätisch besetzte Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien über »die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln« (§ 368p Abs. 1 RVO; jetzt § 92 Abs. 1 SGB V).⁷ Das bedeutet, daß die medizinischen Assistenzberufe aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, Umfang und Inhalt dessen zu beeinflussen, was im Rahmen der Leistungspflicht der GKV als »ausreichend und zweckmäßig« (§ 182 Abs. 1 Satz 2) zu betrachten ist. Der finanzielle Aufwand, den die Kassen für den Leistungssektor Heil- und Hilfsmittel zu betreiben hatten, blieb allerdings lange Zeit sehr klein – er betrug 1960 gerade 2,3 Prozent der Gesamtausgaben der GKV (BMJFG 1980: 205) –, so daß auch sein gesundheitspolitischer Stellenwert gering war.

Die Berufsgesetzgebung der Nachkriegszeit läßt sich nur schwer auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Der Entstehungshintergrund verschiedener Gesetze bietet aber immerhin Anlaß zu der Vermutung, daß hierbei weniger die Interessen einzelner Berufsgruppen beziehungsweise ihrer Verbände wirksam wurden, als vielmehr das staatliche Interesse an einer bundeseinheitlichen Berufsgesetzgebung.⁸ Dies änderte sich erst in den siebziger Jahren. Seither sind es vor allem die Berufsverbände, die eine bundesgesetzliche Regelung anstreben.

Als Bestätigung der schwachen Marktöffnungsfunktion der Berufsgesetzgebung kann das MTA-Gesetz vom 21.12.1958 (BGBl. I: 981) gewertet werden, das eine klare Niederlage gegenüber der medizinischen Profession bedeutete. Zwar fand sich in diesem Gesetz ein Tätigkeitsvorbehalt, der allerdings dadurch außer Kraft gesetzt wurde, daß Hilfskräfte für die der MTA vorbehaltenen Tätigkeiten dann eingesetzt werden dürfen, wenn sie unter Aufsicht und Verantwortung eines Arztes stehen (Kirchberger 1986: 205–

7 Zur Bedeutung der Richtlinien des Bundesausschusses siehe weiter unten die Diskussion der Psychotherapie-Richtlinien sowie allgemein Döhler/Manow-Borgwardt (1992b).

8 Diese Begründung gibt zum Beispiel Trüb (1964b: 149, 166) sowohl für das Gesetz über die Ausübung der Kranken- und Kinderkrankenpflege vom 15.7.1957 wie auch für das Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten vom 21.12.1958 (BGBl. I: 847). Das Argument ist auch heute noch aktuell.

215). Schwerwiegender noch war das – lediglich durch eine Klausel zur Besitzstandswahrung abgemilderte – Verbot freiberuflicher Tätigkeit für die MTA, die seither nur noch im Auftrag eines Arztes tätig werden darf. Der Hintergrund dieser Regelung ist in der seit Beginn der fünfziger Jahre wachsenden ökonomischen Bedeutung der Labordiagnostik für die Ärzteschaft zu sehen, die erst 1956 die Einführung des Facharztes für Laboratoriumsmedizin beschlossen hatte. Da in diesem wie auch in allen anderen Berufsgesetzgebungsprozessen die Bundesärztekammer als Partei wie auch als Instanz des medizinischen Sachverständigen eine wichtige Rolle spielte, muß diese Einschränkung der Berufsfreiheit der MTA als typischer Fall von Verdrängungswettbewerb betrachtet werden.

4.1.3 Emanzipationsbestrebungen in der sozialliberalen Ära

Eine neue Entwicklungsphase wurde 1969 mit dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) eingeleitet, das mit der intensiver werdenden Debatte um »Bildung als Bürgerrecht« zusammenfiel. Hier wurde die Ausbildungsebene erstmals Gegenstand breiter Diskussionen, während vorher Berufszulassung und Marktzutritt im Vordergrund standen. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurde das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) in Berlin geschaffen, das seither als Beratungsinstanz unter anderem für die Erarbeitung bundesweit gültiger Ausbildungsverordnungen zuständig ist, die vom jeweils zuständigen Bundesministerium in Kraft gesetzt werden. In die Tätigkeit des BIBB wurden – insbesondere von gewerkschaftlicher Seite – große Hoffnungen gesetzt, die allerdings sehr rasch enttäuscht wurden. Für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe blieb das BBiG insgesamt von untergeordneter Bedeutung.

Ausschlaggebend dafür war die Definition des sogenannten »dualen« Systems der beruflichen Bildung. Soweit die Ausbildung für einen Beruf dual, das heißt schulisch *und* betrieblich erfolgt, hat der Bund nach dem BBiG das Recht zum Erlaß von Ausbildungsordnungen. Wird die Ausbildung hingegen allein als schulisch eingestuft, liegt die Zuständigkeit beim jeweiligen Länderministerium. Mit Ausnahme der drei Helferberufe (Arzt-, Zahnarzt- und Tierarzhelferinnen) wurde die Ausbildung aller anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufe pauschal⁹ als schulisch qualifiziert und

9 Diese Kategorisierung ist nicht unumstritten (vgl. zum Beispiel Bergmann-Kraus/Spree

damit dem Geltungsbereich des BBiG entzogen. Dies – so die Kritiker – habe den Trägerorganisationen der Schulen des Gesundheitswesens eine hohe Gestaltungsautonomie belassen, die die Ausbildungsinhalte aufgrund fehlender gesetzlicher Anforderungen den Interessen der Träger unterwerfen, also vor allem Krankenhäusern, Kirchen und Ländern. Die Trägerinstitutionen sind aus finanziellen Erwägungen heraus in der Regel eher an eng spezialisierten, wenig mobilen und damit billigen Berufsbildern interessiert (Arbeitsgruppe Bildungsbericht 1990: 360). Wird die Berufsausbildung als Länderkompetenz definiert, erwachsen den Trägern der Ausbildungsstätten daraus erhebliche Vorteile: Sie müssen keine tarifvertraglich geregelte Ausbildungsvergütung zahlen, sondern dürfen im Gegenteil sogar ein Schulgeld erheben; es gibt keine arbeitsrechtliche Absicherung der Auszubildenden; die Anwendung des Betriebsverfassungs- und des Personalvertretungsgesetzes entfällt; die staatliche Schulaufsicht ist auf ein Minimum reduziert und eine strenge Kontrolle von qualitativen Mindeststandards der Ausbildung findet nicht statt (Meifort 1985: 66–69).

Selbst dort, wo eine Zuständigkeit des Bundes vorlag, erwies sich das Verfahren zur Erarbeitung von Ausbildungsordnungen als »äußerst kompliziert und langwierig, da in der Regel eine große Zahl von Beteiligten mit zum Teil gegensätzlichen Ansichten zu einem Konsens hinsichtlich eines umfangreichen Kataloges an regelungsbedürftigen Sachverhalten kommen muß« (Hilbert/Südmersen/Weber 1986: 39). Eine Bestätigung findet dieses Urteil im Fall der Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen, die erst 1985 im Anschluß an eine 12 Jahre (!) währende Diskussion in Kraft trat.¹⁰ Wichtiger noch als die Behäbigkeit des Verfahrens erscheint der Umstand, daß die betroffenen Berufsgruppen in den diversen Gremien des BIBB nicht direkt, sondern nur mittelbar über die Gewerkschaften vertreten sind (Näheres dazu bei Hilbert/Südmersen/Weber 1986: 32–39). In den drittelparitätisch mit Arbeitgebern, Gewerkschaften und staatlichen Vertretern besetzten Gremien waren im Fall der Arzthelferinnen die Ärzte als Arbeitgeber vertreten, die ihren Einfluß gegen eine breitere und damit teurere Ausbildung, wie sie die Gewerkschaften forderten, geltend machen konnten. Der systematisch zu beobachtende Ausschluß der nichtärztlichen Berufe aus allen wichtigen Ent-

1980: 10; Arbeitsgruppe Bildungsbericht 1990: 359–360), zumal in § 107 Abs. 2 BBiG ausdrücklich die Heilhilfsberufe erwähnt werden.

10 Näheres zum Entscheidungsprozeß und den Interessengegensätzen findet sich aus ärztlicher Sicht in Bundesärztekammer (1988: 383–392); zum BIBB-internen Arbeitsprozeß siehe Ronge/Heine (1986).

scheidungsinstanzen ist insbesondere im Vergleich zu Großbritannien auffällig, wo die Repräsentation dieser Berufsgruppen in wichtigen Beratungs- und Entscheidungspunkten die Regel ist. Soweit die Ausbildungsgesetzgebung einen Einfluß auf die berufspolitische Durchsetzungsfähigkeit ausgeübt hat, wird man sicherlich von einer zuungunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausfallenden Wirkung ausgehen müssen.

Unabhängig von der begrenzten Reichweite des BBiG setzte in den siebziger Jahren eine Tendenz zur Ablösung landesrechtlicher durch bundesrechtliche Regelungen ein. Diese Entwicklung scheint in einem Zusammenhang mit der Personalstärke der jeweiligen Berufsgruppe zu stehen: Alle Gesundheitsberufe, die mehrere tausend Mitglieder zählen, sind durch Bundesrecht erfaßt (Bachmann 1979: 704). Dies läßt sich durch die Regelungen des Artikel 72 Abs. 2 Grundgesetz begründen. Demnach kann der Bund von seiner Gesetzgebungskompetenz immer dann Gebrauch machen, »soweit ein Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung besteht«, oder »die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse über das Gebiet eines Landes hinaus sie erfordert.« Diese Bedingungen scheinen stets dann erfüllt, wenn eine Berufsgruppe quantitativ ins Gewicht fällt und eine rein landesrechtliche Anerkennung zum Mobilitätshindernis zu werden droht. Nachdem die Länder bis weit in die siebziger Jahre hinein mit eigenen Berufsgesetzen häufig den Anlaß für eine bundesgesetzliche Regelung schufen, die der Herstellung einheitlicher Rechtsverhältnisse diene, zeichnet sich seit Beginn der achtziger Jahre eine – auch von Bedenken gegenüber zu großer Spezialisierung getragene – Skepsis gegenüber weiteren Berufsgesetzen ab, die die horizontale Differenzierung erhöhen würden.¹¹

Eine wichtige Ausnahme von der Tendenz zur Ausweitung bundesrechtlicher Gesetzgebungskompetenzen stellte das Facharzturteil des Bundesverfassungsgerichts von 1972 dar, in dessen Folge den Ländern, und nicht dem Bund, die Kompetenz für die gesetzliche Regelung der Ärztekammern zugewiesen wurde (Häberle 1972; Starck 1972). Neben dieser Zuständigkeitsfrage ist der Facharztbeschuß für den vorliegenden Zusammenhang deshalb erwähnenswert, weil er die Satzungsautonomie öffentlich-rechtlicher Körperschaften, in diesem Fall der Ärztekammern, unterstreicht, also – lediglich einer Rahmengesetzgebung folgende – Selbstverwaltungsrechte für die Ärz-

¹¹ Vgl. etwa die Äußerungen des bayerischen Innenstaatssekretärs Neubauer (1982: 168–174). Näheres zur Problematik der Spezialisierung in Kapitel 5.

teschaft fest schreibt, die in Deutschland keine den Heilhilfsberufen zugeordnete Berufsgruppe im Gesundheitswesen besitzt.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die wiederholt erhobenen Forderungen nach einer »Verkammerung« der nichtärztlichen Gesundheitsberufe,¹² selbst wenn sie bislang ohne Konsequenzen blieben. Dabei ist nicht so sehr von Belang, ob diese Überlegung nun ordnungspolitisch motiviert war oder berufspolitischen Strategien entsprang. Wichtig ist vor allem der Umstand, daß diese Forderung auf einen institutionellen Vorsprung des Arztberufs hindeutet, der die Privilegierung der medizinischen Profession nicht unwesentlich mitverursacht und stabilisiert hat. Plausibel erscheint diese Annahme auch deshalb, weil mit einer Verkammerung Kompetenzen zur autonomen Festlegung des beruflichen Handlungsfeldes verbunden sind, die in der Regel konkretisiert werden durch Kontrollmöglichkeiten über den Marktzutritt, Definitions Kompetenzen über den Ausbildungsinhalt und die Festlegung sowie Überwachung einer Berufsordnung. In der Tat besteht eine Eigenheit des deutschen Falles darin, daß eine derartige Form der Institutionalisierung von Selbstverwaltungsrechten allein der Ärzteschaft vorbehalten ist, wohingegen den nichtärztlichen Gesundheitsberufen in Großbritannien und den USA teilweise die Nachahmung ärztlicher Organisationsmodelle gelang. Darin könnte man einen Erfolgsindikator für das Fortschreiten des Professionalisierungsprozesses sehen.

Anfang der siebziger Jahre begann eine »euphorische« Phase für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die eine Ablösung der ärztlichen Vormachtstellung in den interprofessionellen Beziehungen möglich erscheinen ließ. Vor dem Hintergrund einer allgemeinen Kritik an der Gesundheitsversorgung und der Politik der ärztlichen Standesorganisationen (Deppe 1987: 175 ff.) wurde auch die »Monopol- und Vormachtstellung des Arztberufs« (Hoffmann et al. 1982: 15) im Diagnose- und Therapiegeschehen in Frage gestellt. Die Forderung nach einer Aufwertung der medizinischen Assistenzberufe galt als Teil einer notwendigen »Demokratisierung« des Gesundheitswesens. Durchaus programmatischen Charakter hatte etwa die

12 Erstmals in die Diskussion gelangte dieser Typ von Reformvorschlägen Ende der sechziger Jahre durch Philipp Herder-Dorneich, der unter anderem die Einrichtung von »Krankenhausschwesterlichen Vereinigungen« (Herder-Dorneich 1970: 79–80) propagiert hatte. Aus neuester Zeit vgl. zum Beispiel Deneke (1990, dort »Kassenpharmazeutischen Vereinigungen«); Meyer et al. (1991: 118, dort »Psychotherapeutenkammern« und »kassenpsychotherapeutische Vereinigungen«) und Kellnhauser (1994, dort »Krankenpflegekammern«).

Vorstellung, daß die »Therapie in steigendem Maße nicht mehr ein ärztliches Privileg sein dürfte«, wie es der politisch keineswegs der Linken zurechenbare Heidelberger Sozialmediziner Hans Schaefer 1974 formulierte (zit. nach Schipperges et al. 1975: 274). Als zwangsläufige Reaktion auf veränderte Anforderungen der medizinischen Versorgung, aber gleichzeitig auch als positive Entwicklung wurde die Herausbildung neuer Gesundheitsberufe gesehen (Rosenberg 1975: 62–67; Schipperges et al. 1975: 31–47), deren spezielle heilkundliche Qualifikation als wichtige Ergänzung zur ärztlichen Versorgung zunehmend Beachtung fand. Die hierarchische Beziehung zwischen medizinischer Profession und anderen Gesundheitsberufen sollte im Krankenhaus wie auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes durch kooperative Teamarbeit ersetzt werden (Hoffmann et al. 1982).

In diesem Zusammenhang sind auch die Bemühungen um eine »Akademisierung« nichtärztlicher Gesundheitsberufe zu sehen, die auf der Basis zweier Empfehlungen des Wissenschaftsrates in den Jahren 1970 und 1973 in Gang kamen (Wissenschaftsrat 1970: 229–241, 1973). Um den gestiegenen Anforderungen an die Leistungsfähigkeit der nichtärztlichen Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen, schlug der Wissenschaftsrat die Einrichtung von dreijährigen Modellstudiengängen vor, die zum Abschluß des Diplommediziners mit drei Spezialisierungsmöglichkeiten für die Bereiche Technik, Labor und Pflege führen sollten (Wissenschaftsrat 1973: 9). Die Anregungen der Bildungsplaner stießen allerdings auf den Widerstand fast aller davon betroffenen Interessengruppen: die Ärzteschaft lehnte die dreijährigen Studiengänge als »Schmalspurausbildung« und Gefährdung der Einheitlichkeit des Arztberufs ab, die Berufsverbände und die Gewerkschaften befürchteten eine Abwertung der bestehenden nichtakademischen Ausbildung (Grauhan 1979: 24), und die Gesundheitsminister der Länder machten schließlich Kapazitätsprobleme an den Universitäten geltend und lehnten 1974 die Einführung dreijähriger Studiengänge der Medizin ab (Hopf 1975: 110–112).¹³ Damit war das Projekt einer Akademisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu deren Aufwertung geführt hätte, für lange Zeit gescheitert. Auch darin hebt sich der bundesdeutsche

13 Lediglich für Lehrkräfte in der Krankenpflege kam es zu Modellversuchen, zum Beispiel an der Freien Universität Berlin (Grauhan 1979), die aber die Dominanz der schulischen Ausbildung im Pflegebereich in keinsten Weise tangierten. Der FU-Versuch wurde 1982 eingestellt. Das dauerhafte Interesse an der Problematik akademischer Ausbildungschancen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe zeigt die kürzlich erschienene Denkschrift der Robert Bosch Stiftung (1992).

Fall sowohl von den USA wie auch von Großbritannien ab, wo für verschiedene Gesundheitsberufe seit Jahrzehnten eine College- oder sogar Universitätsausbildung existiert. Obwohl die Emanzipation des nichtärztlichen Gesundheitspersonals, im Unterschied zu vielen anderen Ländern, in Deutschland ein weitgehend uneingelöster Anspruch blieb (Kosanke/Geiger/Neuhaus 1981; Kosanke 1985), besaß diese Diskussion ab Mitte der siebziger Jahre Auswirkungen auf die Wahrnehmung des »natürlichen Monopols« der medizinischen Profession.

Die erste Hälfte der siebziger Jahre war durch eine beträchtliche Leistungsexpansion der GKV geprägt, die auf der einen Seite die Integration weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht umfaßte, auf der anderen Seite neue Leistungsbereiche, insbesondere die Prävention und die Rehabilitation, zu einer Pflichtleistung der GKV machte (Siebeck 1989: 97). Im Fahrwasser dieser Leistungsexpansion verbesserten sich auch die Marktchancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. In diesem Zusammenhang ist zum Beispiel das Gesetz über den Beruf des Diätassistenten vom 17.7.1973 (BGBl. I: 853) zu sehen, ein typischer Präventionsberuf, dessen Aufgabenschwerpunkt heute in der Ernährungsberatung liegt. Ähnliches gilt für das Gesetz über den Beruf des Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten vom 25.5.1976 (BGBl. I: 1246), das offenkundig eine Reaktion auf das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7.8.1974 (BGBl. I: 1881) darstellte. Durch dieses Gesetz wurde der § 182 Abs. 1 RVO dahingehend modifiziert, daß »Krankenpflege ... insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung« umfaßt. Die Einfügung des Wortes »insbesondere« sollte verdeutlichen – so die Gesetzesbegründung –, »daß die als Krankenpflege zu gewährenden Leistungen nicht abschließend im Gesetz aufgezählt sind und auch andere auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Leistungen zur Erkennung, Behandlung oder Heilung einer Krankheit zur Krankenpflege gehören können« (zit. nach Seewald 1981: 2494). Darin wurde ein Beleg dafür gesehen, daß die RVO für die Begründung eines Arztmonopols keine Grundlage bietet (zum Beispiel Seewald 1981: 2499). Diese Auffassung fand unter anderem durch ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 9.8.1974 eine Bestätigung. Das BSG hatte dabei der Klage einer im Laborbereich selbständig tätigen MTA stattgegeben, die die Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung gefordert hatte. Diese Beteiligung müsse von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gewährt werden, wenn Versorgungslücken drohen (Schimmelpfeng 1976: 2294; Schneider 1983: 81–82). Da es seither aber nicht nur zu einer fast vollständigen Besei-

tigung von Versorgungslücken kam, sondern auch eine Beteiligung nicht-approbierter Gesundheitsberufe im Ermessen der jeweiligen KV liegt (anders Schimmelpfeng 1976: 2296), hat dieses Urteil keine weitergehenden Wirkungen hinterlassen.

Charakteristisch für die damalige Stimmungslage war die Erwartung, »daß der Arzt – noch mehr als es bisher schon der Fall ist – zu einem Koordinator der Gesundheit wird« (Schimmelpfeng 1976: 2293), der einem wachsenden Ensemble nichtärztlicher Gesundheitsberufe vorsteht, jedoch nicht länger in einem hierarchischen Sinne. Denn »etliche dieser Berufe lösen sich zunehmend aus der ärztlichen Gesamtverantwortung« (Dünisch 1983: 47), so daß nicht länger von einem »Unterordnungsverhältnis«, wie es das Bundesverwaltungsgericht formuliert hatte, die Rede sein könne. Die abnehmende Kompetenz der medizinischen Profession gegenüber den neuen Gesundheitsberufen wurde unter anderem auf jenes »Vakuum« zurückgeführt, »das die Ärzteschaft selbst hat entstehen lassen, indem sie sich etwa einem sozialmedizinischen sozialtherapeutischen Auftrag weitgehend verschließt oder indem sie sich nach wie vor hauptsächlich als Vertreter der Körpermedizin versteht und darüber die Seelenmedizin zu kurz kommen läßt« (Dünisch 1983: 125).

Daß durch die Leistungsexpansion der GKV die Monopolstellung des Arztes erstmals auf relativ breiter Front in Frage gestellt wurde, hatte einen wesentlichen Grund in der Expansionsrichtung. Sowohl Prävention als auch Rehabilitation stellen Leistungsbereiche dar, in denen sich die Hegemonieansprüche der medizinischen Profession nicht mit demselben Automatismus durchsetzen lassen, wie es lange Zeit für den klassischen Versicherungsfall »Krankheit« der Fall war. Es könnte daher erwartet werden, daß die Unschärfe des Arztvorbehalts in diesen – für den Gesundheitsmarkt neu erschlossenen – Leistungssektoren auch Expansionschancen für Berufsgruppen eröffnet hat, deren Leistungsprofil auf diese Tätigkeitsfelder zugeschnitten ist. Betrachtet man den personellen Zuwachs jeweils fünf Jahre vor und nach der Verabschiedung eines Berufsgesetzes, zeigen sich jeweils nur geringe Veränderungen: bei den Diätassistenten steigt die jährliche Zuwachsrate von durchschnittlich 3,4 auf 4,3 Prozent, bei den Beschäftigungstherapeuten von 13,7 auf 14,6 Prozent (Statistische Quellen BRD/2).

Wenn die »Gunst der Stunde« von den Assistenzberufen nicht für eine Ausweitung des eigenen Handlungsterrains genutzt werden konnte, so hing dies auch mit der fehlenden staatlichen Unterstützung zusammen. Anders als in Großbritannien und besonders den USA gab es in der Bundesrepublik

selbst am Zenit der Planungseuphorie zu Beginn der siebziger Jahre keinerlei Ansätze zu einer Personalplanung für die medizinischen Assistenzberufe (vgl. etwa Krysmanski 1972). Weder von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Verbände noch von der staatlichen Gesundheitspolitik gingen Versuche zur Beeinflussung der Personalstruktur aus. In den USA setzten hingegen schon zu Beginn der sechziger Jahre Bestrebungen ein, durch eine gezielte Ausbildungsförderung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals zu verändern. Daß derartige Ansätze hierzulande nie relevant wurden, hängt zunächst mit der – sozialrechtlich stabilisierten – Wahrnehmung zusammen, daß die ambulante *medizinische* Versorgung mit *ärztlicher* Versorgung gleichzusetzen ist. Da die Verantwortung für die ambulante Versorgung zudem den kassenärztlichen Vereinigungen obliegt, die diesen »Sicherstellungsauftrag« stets eiferschützig gehütet haben, wird verständlich, warum die medizinischen Assistenzberufe im gesundheitspolitischen Kalkül lediglich als Anhängsel der Ärzteschaft in Erscheinung traten. Daher ist es kaum bemerkenswert, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe im Rahmen der Bedarfsplanungsdiskussion keine Erwähnung finden. Dies gilt insbesondere für die 1977 eingeführte kassenärztliche Bedarfsplanung, deren Ziel eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens war (Matzke/Schirmer 1977). Offenbar ging man implizit stets davon aus, daß dort, wo sich Ärzte niederlassen, automatisch auch die erforderliche Anzahl nichtärztlicher »Zuarbeiter« folgen würde. Da es nie zu ernstlichen Versorgungsproblemen bei diesen Gesundheitsberufen kam, fand die arztzentrierte Haltung in der Bedarfsplanungsdiskussion eine wichtige Bestätigung. Auch die Krankenhausplanung blieb stets auf eine »Objektplanung« beschränkt, in der medizinisches Personal als gesonderte Größe gar nicht in Erscheinung trat.

4.1.4 Stabilisierung der interprofessionellen Beziehungen

Die bereits mehrfach angesprochene Problematik der Beteiligung nichtärztlicher Gesundheitsberufe an der kassenärztlichen Versorgung beziehungsweise ihres Zugangs zu ihr wurde im Verlauf der siebziger Jahre zum Gegenstand einer bis heute nicht abschließend geregelten Kontroverse, in deren Mittelpunkt die psychotherapeutisch tätigen Psychologen stehen. Die Frage, in welcher Form psychotherapeutisch aus- oder weitergebildete Psychologen an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden sollen, stellte sich für die GKV

erstmalig seit der 1972 zwischen den Krankenkassen und der Kassennärztlichen Bundesvereinigung ausgehandelten »Psychotherapie-Vereinbarung«, die unter bestimmten Voraussetzungen auch die Hinzuziehung nichtärztlicher Psychotherapeuten vorsah (Schulte/Trenk-Hinterberger 1979: 322–323). Der Modus der Beteiligung wurde unter dem Begriff des »Delegationsverfahrens« 1976 in den »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie« (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung von 27.1.1976 (Bundesanzeiger Nr. 176) dahingehend festgelegt, daß nichtärztliche Psychotherapeuten nur auf Anordnung eines Arztes hinzugezogen werden dürfen (Näheres in Weidner 1977: 11–16; Meyer et al. 1991: 108–113). Die inhaltliche Ausgestaltung des Delegationsverfahrens sieht eine vollständige Abhängigkeit des hinzugezogenen Therapeuten vom Kassenarzt vor, die bis in den Bereich der Abrechnung hineinreicht, da der Vergütungsanspruch nur gegenüber dem verordnenden Arzt besteht (Weidner 1977: 13). Aus der herrschenden Rechtsperspektive ist die Situation eindeutig: »Die Anordnung der Hilfeleistung hat die Unselbständigkeit der die Leistung verabreichenden Heilperson zur Folge. Auch das Hinzuziehen eines nichtärztlichen Psychotherapeuten bedeutet nichts anderes als eine besondere Form der Anordnung« (Rosenthal 1988: 43).

Die Berufsverbände der Psychotherapeuten haben die Praxis des Delegationsverfahrens seither wiederholt durch Gutachten kritisieren lassen (Kühne 1976; Weidner 1977; Bieback/Schaller 1989), und mehrfach sind auch Klagen gegen die Rechtmäßigkeit der Psychotherapie-Richtlinien angestrengt worden. Sie haben allerdings dem Bundesverfassungsgericht 1982 lediglich zu Zweifeln darüber Anlaß gegeben, ob »das derzeit praktizierte Delegationsverfahren die Einbeziehung psychotherapeutischer Leistungen von Diplom-Psychologen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung befriedigend gelöst hat« (zit. nach Meyer et al. 1991: 111).

In der Diskussion um den Berufsstand der (nichtärztlichen) Psychotherapeuten wird von seiten der Psychotherapeuten eine Forderung erhoben, die auf ein intuitives Verständnis der nichtärztlichen Gesundheitsberufe für den institutionellen Vorsprung der Ärzteschaft hindeutet. So unterbreiteten die von den Psychotherapeuten beauftragten Gutachter verschiedentlich den Vorschlag, eine exakt der medizinischen Profession nachgebildete Organisationsstruktur und Berufsordnung einzuführen (Kühne 1976: 66–71; Meyer et al. 1991). Anfänglich stieß diese Überlegung auch im zuständigen Bundesministerium auf Interesse. Am 12.7.1978 legte das Bundesministerium

für Jugend, Familie und Gesundheit den »Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten« vor, der das Berufsbild des Psychotherapeuten mit *Kassenzulassung* vorsah. Der Entwurf wurde aber aufgrund heftiger Kritik zurückgezogen (Arndt/Ebsen 1985: 1377), womit auch die Bemühungen um eine rechtliche Absicherung des Berufsbildes für nahezu ein Jahrzehnt ad acta gelegt wurden (Zipperer 1991: 337).

Mit Hilfe der Berufsgesetze versuchen die Assistenzberufe also vereinzelt, eine weitergehende Integration in das Leistungsrecht der GKV zu schaffen. Denn es gibt nur wenige Ausnahmen, bei denen die GKV-Versicherten zur *direkten* Inanspruchnahme eines nichtärztlichen Gesundheitsberufs berechtigt sind, ohne daß zuvor das Nadelöhr der kassenärztlichen Verordnung durchlaufen werden muß. Dies gilt zum Beispiel für Hebammen oder für Augenoptiker, die unter bestimmten Voraussetzungen eine Sehschärfenbestimmung durchführen können (Rosenthal 1988: 155–156). Bezeichnenderweise wird unter Juristen eine Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung in starker Abhängigkeit davon gesehen, ob »die in Betracht kommenden nichtärztlichen Leistungserbringer in irgendwie vergleichbarer Weise wie die Kassenärzte verfaßt und diszipliniert sind« (Dünisch 1983: 118). Das heißt, daß artzähnliche Organisationsformen eine besondere Vertragswürdigkeit gegenüber den Kassen begründen. Bislang ist es jedoch keiner nichtärztlichen Berufsgruppe gelungen, eine artzanalogue Verkörperschaftlichung durchzusetzen.

Es entspricht durchaus der Logik des in Deutschland eingeschlagenen Entwicklungspfad, daß sich an den Arztvorbehalt aus dem Sachleistungsprinzip weitere institutionalisierte Marktvorteile zugunsten der Ärzteschaft angelagert haben. Hierzu zählen ohne Zweifel die zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgehandelten Richtlinien des Bundesausschusses, die unter anderem bestimmen, wie die Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln, also auch die Möglichkeit zur Inanspruchnahme der darunter fallenden Leistungserbringer, zu erfolgen hat (§ 368p Abs. 1 RVO; jetzt § 92 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Ärzte und Krankenkassen verfügen damit über ein gemeinsames Instrument, um ihrer Abneigung gegen eine direkte Zulassung nichtärztlicher Gesundheitsberufe zur kassenärztlichen Versorgung Nachdruck zu verleihen. Schon anlässlich des Entwurfs zum Psychotherapeutengesetz in den siebziger Jahren waren die Kassen aufgrund der befürchteten Mehrkosten nicht sonderlich begeistert von der Aussicht, daß nichtärztlichen Leistungsanbietern auch außerhalb des Delegationsverfahrens der Zugang zur

kassenärztlichen Versorgung eröffnet werden könnte.¹⁴ Der Bundesausschuß und seine Kompetenz zur Konkretisierung von Leistungen innerhalb der kassenärztlichen Versorgung sichert also eine Koalitionsbildung institutionell ab, die den arztzentrierten Modus des Marktzutritts stabilisieren half.

Aus der Grundarchitektur der GKV, die eindeutig die Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Ärzteschaft in das Zentrum rückt (Döhler/Manow-Borgwardt 1992a), ist nicht nur die »Räuberkoalition« zwischen diesen beiden Akteuren gegenüber anderen Leistungsanbietern im Bundesausschuß erklärbar, sondern auch der Ausschluß nichtärztlicher Gesundheitsberufe aus gesundheitspolitischen Entscheidungsinstanzen, insbesondere der für die Ressourcensteuerung so wichtigen gemeinsamen Selbstverwaltung (für die Pflegeberufe vgl. Bräutigam 1995: 23–25). So ist es kaum verwunderlich, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe auch in der 1977 eingerichteten Konzierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) bis vor kurzem *nicht* vertreten waren. Das Gesundheitsstrukturgesetz sieht seit 1993 zwar eine Erweiterung der KAiG um sieben Verbände vor (§ 141 Abs. 3 SGB V), zu denen auch die Pflegeberufe gehören. Ob darin allerdings eine Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gesehen werden kann, ist zweifelhaft. Denn die Initiative zur Erweiterung der KAiG ging von der CDU-Mittelstandsvereinigung aus, die den Gesundheitshandwerkern und den Heilmittelerbringern den Mitgliedsstatus sichern wollte. Aus Gründen der Repräsentationssymmetrie setzte sich das Bundesgesundheitsministerium daraufhin erfolgreich für die Berücksichtigung der Pflege-, Behinderter- und Verbraucherverbände ein.

Seit Ende der siebziger Jahre wurde die Notwendigkeit zur Schaffung neuer Gesundheitsberufe von unterschiedlichen Seiten eher skeptisch beurteilt. Erstmals in diese Richtung äußerte sich 1978 der Bundesgesundheitsrat (BGR)¹⁵ in einem Beschluß, in dem es heißt: »Die Zusammenfassung

14 Vgl. Neubauer (1987: 212); zuletzt: Ärzte-Zeitung vom 9./10.11.1990. Und dort, wo die Kassen aus den arztzentrierten Vertragsbeziehungen auszubrechen versuchten, wurden sie gerichtlich gebremst. Dies betraf zum Beispiel die Techniker-Krankenkasse, die mit dem Bundesverband Deutscher Psychologen vertraglich eine generelle Leistungszusage vereinbart hatte, die auf dem Wege der Kostenerstattung abgegolten werden sollte. Dagegen legte die Kassenärztliche Bundesvereinigung erfolgreich Klage ein (Die Neue Ärztliche vom 9./10.3.1990).

15 Der Bundesgesundheitsrat, der 1963 durch einen Beschluß der Bundesregierung gebildet wurde (Gemeinsames Ministerialblatt vom 15.3.1963, S. 142), »hat die Aufgabe, die Bundesregierung in Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege und der Gesundheitstechnik, insbesondere zur Vorbereitung von Gesetzen auf diesen Gebieten, zu beraten« (§ 2 Abs. 2 Beschlüsse des Bundesgesundheitsrates). Die Mitglieder werden auf Vorschlag des Ge-

berufsrechtlicher Regelungen in einem gemeinsamen Gesetz wird bejaht, soweit es Ausbildungsziele und Ausbildungsinhalte zulassen.« Zudem hielt der BGR »eine einheitliche Grundbildung für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe für wünschenswert« (Bundesgesundheitsrat 1979: 274) und warnt »vor einer Zersplitterung der nichtärztlichen Heilberufe« (Bundesgesundheitsrat 1979: 275). Diese gegen eine weitergehende Spezialisierung gerichteten Bedenken, die offenbar auf einer Initiative der ÖTV-Vertreter im BGR basierten (Andersch 1990: 185), wurden seither von verschiedener Seite wiederholt (Neubauer 1982: 170; Meifort 1983: 171; Arbeitsgruppe Bildungsbericht 1990: 360). Insbesondere ist an den – häufig auf Länderebene geregelten – Ausbildungsberufen kritisiert worden, daß es *zu viele* Ausbildungsberufe gebe und die starke Spezialisierung einen beruflichen »Sackgassencharakter« aufweise, da die »Verwendungsvielfalt« (Meifort/Paulini 1983: 172) auf dem Arbeitsmarkt eingeschränkt werde.

Dieser Blickwinkel signalisierte einen Wandel in der Betrachtungsweise der medizinischen Assistenzberufe und den ihnen geltenden Regelungen. Im Unterschied zu den siebziger Jahren, wo die funktionalen Anforderungen einer komplexer werdenden medizinischen Versorgung neue Gesundheitsberufe als positive Reaktion auf den säkularen Trend zu gleichzeitig spezialisierter wie kooperativer Berufsausübung im Gesundheitswesen erscheinen ließen, rückte unter dem Einfluß wachsender gewerkschaftlicher Organisation des Krankenhauspersonals (zum Beispiel Andersch 1990: 139 ff.) der Aspekt der *Arbeitsmarktchancen* in den Vordergrund.¹⁶ Anders als beim Arztberuf, der unabhängig von einer später erworbenen Spezialisierung auf einer breiten und einheitlichen Ausbildung fußt, wird bei den – häufig auf Landesebene geregelten – nichtärztlichen Gesundheitsberufen die Tendenz zu einer schon früh im Ausbildungsverlauf einsetzenden Spezialisierung beklagt, die eine flexible Anpassung an die Erfordernisse des Arbeitsmarktes behindere. Aus verständlichen Gründen streben daher viele Berufsgruppen bundesweite Regelungen an, die häufig auf die Verlängerung der Ausbildungsdauer und erweiterte Ausbildungsinhalte abzielen, um so ihre Arbeits-

sundheitsministers berufen. Laut Geschäftsordnung bildet der BGR ständige Ausschüsse, u.a. einen Ausschuß für Heilberufe und Krankenhauswesen (§ 9 I Geschäftsordnung des Bundesgesundheitsrates).

16 Daß insbesondere die Politik der ÖTV auf eine Integration der Gesundheitsberufe und gegen eine weitere Fragmentierung gerichtet ist, basiert teilweise auch auf einem spezifisch gewerkschaftlichen Organisationsinteresse, nämlich der Überwindung des »Berufsgruppen-Egoismus« (Andersch 1990: 95).

marktchancen zu erhöhen. Das dafür zuständige Ressort konnte berufs-spezifischen Interessen gegenüber bislang eher offen sein, da Kostenfragen im Gesundheitsministerium bis in die jüngere Vergangenheit¹⁷ keine hervorgehobene Rolle gespielt haben. Fallstudien zu Gesetzgebungsprozessen zeigen allerdings auch, daß die Verbände der medizinischen Assistenzberufe daraus nur selten Vorteile schöpfen konnten (vgl. zum Beispiel Kirchberger 1986; Kalteyer 1990).

Die institutionelle und vor allem rechtliche Privilegierung der medizinischen Profession gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen hat sich bis heute kaum abgeschwächt. Als charakteristisch für die ärztliche Interessenposition kann die 1991 von der Bundesärztekammer eingerichtete *Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen* gelten, deren Zweck eine bessere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen sein soll. In den von der Bundesärztekammer entworfenen Thesen findet sich zwar die gewundene Formulierung, daß »es angezeigt sein [kann], daß der Arzt im Rahmen seiner Gesamtverantwortung und unter angemessener Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation eines Patienten beziehungsweise des vorliegenden Grades an Hilfsbedürftigkeit/Selbständigkeit Teilbereiche anderen fachkompetenten Berufsgruppen mit anerkanntem Bildungsabschluß eigenverantwortlich überträgt« (Bundesärztekammer 1991: 2–3). Dieses scheinbare Zugeständnis ist allerdings eingerahmt von zwei Thesen, denen zufolge der Arzt »gehalten« sei, »eine federführende, koordinierende Funktion im Rahmen der Zusammenarbeit wahrzunehmen« (Bundesärztekammer 1991: 2), und in der Feststellung mündet: »Das Postulat der Kooperation darf nicht dazu führen, daß beispielsweise in die Zuständigkeit und Verantwortung des Arztes für die Anordnung beziehungsweise Verordnung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen eingegriffen wird« (Bundesärztekammer 1991: 3). Gegen diese Formulierungen gab es zwar »scharfe Kritik« (Deutsches Ärzteblatt 1991: B-508) von den Pflegeverbänden, und im gemeinsam verabschiedeten Thesenpapier wurden einige Spitzen geglättet. Das bedeutete allerdings keinerlei materielle Zugeständnisse, so daß sich an der insgesamt schwachen Position der nichtärztlichen Gesundheitsberufe nichts änderte.

Man mag in dieser Stelle noch nicht davon überzeugt sein, daß die Eigenheiten des deutschen Modells der Marktregulierung eine Erklärung für länderspezifische Mengenrelationen bilden. Vollends verständlich wird die-

17 Erst Anfang 1991 wurde im Zuge einer Kabinettsumbildung die für die Krankenversicherung und damit auch für Kostenfragen zuständige Abteilung aus dem Arbeits- in das Gesundheitsministerium verlagert.

ser Zusammenhang auch erst durch den Vergleich mit den beiden anderen Fällen, der zeigt, daß ein solch wirksamer Marktschließungseffekt zu Lasten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und darauf aufbauende interprofessionelle Beziehungen, die eine Veränderung dieser Konstellation verhindert haben, tatsächlich ein Spezifikum des deutschen Modells der Marktregulierung darstellen. Versucht man diesen Befund zu präzisieren, dann ragt zunächst jener Regelungsdualismus zwischen Sozial- und Berufsrecht hervor, der die GKV als Domäne der medizinischen Profession reserviert und alle über eine berufsrechtliche Anerkennung ablaufenden Professionalisierungsbestrebungen nichtärztlicher Gesundheitsberufe in ihrer Wirksamkeit beschränkt. Als wichtige Ursache für die vergleichsweise arztlastige Personalausstattung ist vor allem der Umstand zu nennen, daß den Assistenzberufen eine zur Ärzteschaft analoge Verkammerung versagt blieb. Denn die Etablierung von Selbstverwaltungsrechten und damit einhergehende Kompetenzen zur eigenständigen Definition medizinischer Tätigkeitsfelder, wie sie mit einer Verkammerung verbunden sind, hätte unweigerlich die Frage nach einer »arztfreien« Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in die GKV aufgeworfen und deren Chancen zur Mengenexpansion verbessert.

4.2 Die historische Entwicklung in Großbritannien

Der für den deutschen Fall charakteristische Regelungsdualismus zwischen Sozial- und Berufsrecht fehlt im britischen Gesundheitssektor. Die hier allein dominierende Form der Marktregulierung ist die »state registration«, die die gesetzliche Anerkennung einer Berufsgruppe bewirkt. Dieser Regulierungsmodus weist gewisse Ähnlichkeiten mit der deutschen Berufsgesetzgebung auf, ihm kommt allerdings eine sehr viel weiterreichende Bedeutung zu, da die Registrierung in ihrer direkten Regulierungswirkung nicht nur auf den Bezeichnungsschutz beschränkt ist. Zunächst wird ihr ein hoher symbolischer Gehalt beigemessen (CPSM 1980: 4), da es sich um eine arztanaloge Regelungsform handelt, die für den jeweiligen Assistenzberuf ein »sign of professional maturity« ausweist. Zudem sieht man in der staatlichen Registrierung »an indication to the world at large that the professions which are included within the statutory framework are able to regulate themselves for the protection of their patients« (Finch 1984: 25). Dies unterscheidet die State registration sehr deutlich vom deutschen Berufsgesetz, das für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe keine Selbstverwaltungsrechte beinhaltet.

Auch wenn dies im Einzelfall einer Spezifikation bedarf, so kann generell davon ausgegangen werden, daß die State registration den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein höheres Maß an professioneller Selbstbestimmung und damit auch größerer Autonomie von der medizinischen Profession erlaubt, als dies in Deutschland der Fall ist.

4.2.1 Anfänge der Marktregulierung

Wie kaum anders zu erwarten, war es die medizinische Profession, die mit dem Medical Act von 1858 erstmals eine Registrierung für ihren Berufsstand erreichte. Diese gesetzliche Regelung wies insofern Parallelen zur preußischen Gewerbeordnung von 1869 auf, als sie ebenfalls Restriktionen für die Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten beseitigte. Im Unterschied zur Gewerbeordnung sah der Medical Act die Einrichtung eines – mit Vertretern der Ärzteschaft, der Universitäten und vom König ernannten Honoratioren besetzten – General Medical Council (GMC) vor, der ein Register zu unterhalten hat, in das alle »angemessen qualifizierten« Ärzte aufgenommen werden (Berlant 1975: 153–167). Dem GMC wurde zudem eine Disziplinalgewalt gegenüber den registrierten Ärzten zugewiesen. Der Aufgabenkreis des GMC, der im wesentlichen bis heute Bestand hat, kann durchaus mit dem der deutschen Ärztekammern verglichen werden. Nur die »registered practitioners« besaßen den Status von Ärzten, und nur sie durften im Staatsdienst angestellt werden und rechtmäßig ein Honorar von ihren Patienten verlangen und gegebenenfalls gerichtlich einklagen. Mit der Einführung der Trennlinie zwischen registrierten und nichtregistrierten Practitioners erlangte die Ärzteschaft einen wichtigen Marktvorteil gegenüber Alternativ- und Laienmedizinern (Brown 1991), dessen institutionelle Grundlagen auch für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe zum Vorbild wurden. Hier lassen sich wichtige Unterschiede zwischen der britischen und der deutschen Entwicklung erkennen. Nicht nur, daß die Professionalisierungsbemühungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Großbritannien früher einsetzten und intensiver ausfielen, sie orientierten sich auch hinsichtlich der Art und der institutionellen Ausprägung der Marktregulierung viel enger am Vorbild der Ärzteschaft als in Deutschland.

Die erste Berufsgruppe, der es gelang, dem Regelungsmuster der medizinischen Profession auch in institutioneller Hinsicht zu folgen, waren die Hebammen. Durch den Midwives Act von 1902 wurde das Central Mid-

wives Board eingerichtet, das ebenfalls ein Register zu führen hatte, in das eine Hebamme nach einer bestandenen Prüfung aufgenommen wurde. Diese Regelungen, die im Urteil einer Beobachterin sogar weiter gingen als die der medizinischen Profession (Stevens 1966: 43), führten offensichtlich zu einer Aufwertung des Hebammenberufs, denn die Einführung einer staatlichen Registrierung besaß für andere Gesundheitsberufe eine Art Signalwirkung. 1906 kam es zu ersten größeren Auseinandersetzungen zwischen der British Medical Association (BMA) und der British Optical Association, die erfolglos versucht hatte, eine »royal charter«, die die Rechtsgrundlage für die State registration bildete, vom Privy Council¹⁸ zu erhalten (Larkin 1983: 30–31). Sowohl die BMA wie auch der GMC hatte gegen diese Aufwertung der Optiker votiert.

Im Gegensatz dazu unterstützte die BMA die Bestrebungen der Krankenschwestern nach einer staatlichen Registrierung. Daß es erst 1919 mit dem Nurses Registration Act zu einer gesetzlichen Regelung kam, war im wesentlichen den Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Fraktionen innerhalb der Schwesternschaft geschuldet (Abel-Smith 1960: 80–113). Mit diesem Gesetz erfuhr das bereits bei der medizinischen Profession und den Hebammen eingeleitete Regulierungsmuster eine weitere Festigung. Auch für die Krankenschwestern wurde mit dem General Nursing Council (GNC) eine kammerartige Organisation ins Leben gerufen, die ebenso wie die beiden schon erwähnten Councils als Zulassungsinstanz für den Schwesternberuf fungiert. Eine Registrierung setzte damals eine mindestens dreijährige Berufsausbildung voraus. Dem Regulierungsmuster für die »registered nurses« folgte 1943 die Zulassung der »enrolled nurses«, die nur eine zweijährige Ausbildungsdauer nachweisen müssen, um vom GNC registriert zu werden (Levitt/Wall 1984: 191).

Die 1911 eingeführte National Health Insurance (NHI), eine aus Beiträgen von Arbeitnehmern, Arbeitgebern und Staat finanzierte Pflichtversicherung (Döhler 1990: 71–75), hätte sich nun in Analogie zur deutschen GKV als Instrument der Marktschließung zugunsten der medizinischen Profession

18 Der Privy Council, dessen rund 300 Honoratiorenmitglieder direkt vom König beziehungsweise der Königin ernannt werden, ist de facto der konstitutionelle Vorläufer des heutigen Kabinetts. Er hat seine praktische Bedeutung zwar weitgehend verloren, spielt aber als Rechtssetzungsinstanz für sogenannte »orders in council«, einem Typ von »subordinate legislation« (Finch 1984: 19–20; Bayliss 1987: 35–36), der vergleichbar ist mit der deutschen Rechtsverordnung, oder für die Ernennung der Mitglieder öffentlich-rechtlicher Gremien wie dem GMC noch eine Rolle.

entwickeln können. Das Gesetz sah vor, daß nur beim GMC registrierte Ärzte zur Behandlung der Versicherten in Anspruch genommen werden durften (Green 1985: 43). Dies bedeutete nicht nur einen weiteren Schlag gegen die Alternativ- und Laienmedizin, die vom GMC stets bekämpft wurde, sondern bedrohte auch die Marktposition der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Da aber anders als in der deutschen GKV der Versichertenkreis nicht dynamisch erweitert wurde und zudem Krankenhausaufenthalte von der Erstattung gänzlich ausgenommen blieben, konnte die NHI nicht zum dominanten Marktsegment aufsteigen und folglich auch keine ähnlich tiefgreifende Marktschließung bewirken wie ihr deutsches Vorbild.

Allerdings konnte die Ärzteschaft auch im britischen Gesundheitssektor eine dominierende Position erringen, zu deren Festigung eine enge Bindung an die staatliche Gesundheitsverwaltung beitrug. Die Schaffung des zentralen Ministry of Health im Jahr 1919 wird vielfach als Ausdruck eines intensivierte[n] Verhältnisses zwischen der medizinischen Profession und dem Staat betrachtet (zum Beispiel Larkin 1988: 122). Tatsächlich bildete sich zwischen staatlicher Gesundheitsbürokratie und organisierter Ärzteschaft eine gemeinsame Abwehrfront heraus, die mehrfach Versuche von alternativen beziehungsweise nichtärztlichen Berufsgruppen nach einer staatlichen Registrierung zu Fall bringen konnte. Dies war aber keineswegs nur auf die Gründung des Gesundheitsministeriums zurückzuführen. Die seit Mitte des 19. Jahrhunderts bestehende enge Einbindung der Ärzteschaft in die öffentliche Gesundheitsversorgung sowie die medizinische Versorgung des »poor law« (Brand 1965) hatte zwischen Staat und medizinischer Profession ein Verhältnis geschaffen, das bei allen Differenzen mehr Elemente einer symbiotischen als einer antagonistischen Beziehung aufwies. So waren im britischen Gesundheitsministerium, anders als etwa im deutschen Fall, wo in den für die GKV zuständigen Ministerien stets Juristen dominierten, von Anfang an auch Ärzte in wichtigen und daher meinungsbildenden Positionen beschäftigt. Hierbei ist insbesondere die Position des »chief medical officers« zu nennen, dem bei der Etablierung des Ministeriums die Stelle eines beamteten Staatssekretärs (»permanent secretary«) zugewiesen wurde (MacKenzie 1980: 153).

Im Verlauf der 1920er Jahre bemühten sich mehrere nichtärztliche Gesundheitsberufe um eine staatliche Registrierung. Den gemeinsamen Widerstand von BMA, GMC und Gesundheitsministerium konnten nur die Dentisten, die damals noch über keine akademische Ausbildung verfügten, überwinden. Der Dentists Act von 1921 gilt allerdings als »limited form of

registration« (Larkin 1988: 123), da das Dental Board bis zu seiner organisatorischen Abspaltung im Jahr 1956 eine Unterorganisation des GMC blieb (Bayliss 1987: 24). Zu den nichtärztlichen Berufsgruppen, denen ein ähnlicher Durchbruch aufgrund des Widerstands von Ärzteschaft und Gesundheitsministerium versagt blieb, gehörten unter anderem die »herbalists« (Larkin 1983: 20), die »chiroprodists« (vergleichbar den medizinischen Fußpflegern) und die Optiker, deren Anläufe zu einer Registrierung gleich zweimal hintereinander zu Fall gebracht wurden (Larkin 1983: 137, 42–43). Als besonders alarmierend wurde von der BMA der Umstand wahrgenommen, daß es 1934 den Osteopathen (den deutschen Heilpraktikern vergleichbare Naturheilkundler) gelang, einen Gesetzentwurf über ihre staatliche Registrierung in das Oberhaus einzubringen. Zwar wurde das Gesetz abgelehnt, aber die BMA wollte nun verstärkt durch ein eigenes Board of Registration der Gefahr der staatlichen Anerkennungen für weitere nichtärztliche Gesundheitsberufe vorbeugen (Larkin 1983: 85).

Die spezielle Form der britischen Berufsgesetzgebung stellte die organisierte Ärzteschaft vor eine schwierige Situation. Einerseits lehnte sie eine Ausweitung der State registration auf andere Gesundheitsberufe ab, da die so gewährten Selbstregulierungsrechte einen Kontrollverlust über die medizinische Arbeitsteilung und den Gesundheitsmarkt bedeuteten, andererseits stellte die generelle Ablehnung der Professionalisierungsbestrebungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe keine dauerhaft legitimierbare Lösung dar. Denn mit der Registrierung war auch die Fixierung von Ausbildungs- und Qualitätsstandards verbunden, und diese wiederum bildeten eine Voraussetzung für die Integration neuer Gesundheitsleistungen in die NHI. Dieses Problem stellte sich zum Beispiel, als die BMA gegenüber den Optikern ein Monopol für die Sehschärfenbestimmung durchsetzen wollte, aber gar nicht die notwendige Zahl qualifizierter Ärzte vorhanden war, um den funktionalen Anforderungen dieses Monopolanspruchs genügen zu können (Larkin 1988: 124). Wollte die Ärzteschaft also nicht in direkte Konfrontation mit der wohlfahrtsstaatlichen Leistungsexpansion geraten, so mußte sie selbst eine funktionierende Marktkontrolle und Qualitätssicherung gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen installieren.

Vor diesem Hintergrund ist die Einrichtung des Board of Registration of Medical Auxiliaries (BRMA) durch die BMA im Jahr 1936 zu sehen.¹⁹ Mit

19 Schon 1928 hatte die BMA mit dem »register for medical auxiliaries« einen Vorgänger ins Leben gerufen (Larkin 1983: 70), ohne aber diese zur staatlichen Registrierung äquivalente private Variante mit Nachdruck zu vertreten.

der Gründung dieser Institution verband sich das Kalkül, daß die BMA jenen Gesundheitsberufen, die nach einer Professionalisierung und Aufwertung strebten, eine der staatlichen Registrierung gleichwertige Anerkennung zukommen zu lassen, ohne dabei die Kontrolle über die weitere Entwicklung dieser Berufsgruppen aus der Hand geben zu müssen. Um eine Registrierung vom BRMA zu erhalten, mußte sich ein nichtmedizinischer Gesundheitsberuf den restriktiven Bedingungen der BMA fügen (Larkin 1983: 86). Hierzu gehörte die Verpflichtung, nur auf Anordnung eines Schulmediziners, also eines vom GMC registrierten Arztes, tätig zu werden. Die Ausbildungsgänge der Assistenzberufe bedurften einer Genehmigung durch die BMA, und Eigenwerbung durfte nur in Übereinstimmung mit den eigens dafür geschaffenen Vorschriften des Boards erfolgen. Zudem mußte jeder einzelne Praktiker für die Registrierung eine nicht geringe Gebühr entrichten. Die Gegenleistung bestand in einer Integration in das System der medizinischen Arbeitsteilung, zu dem unter anderem die Patientenüberweisung gehörte. Da innerhalb der organisierten Ärzteschaft jedoch umstritten war, ob den nichtmedizinischen Gesundheitsberufen überhaupt eine derartige Anerkennung zugesprochen werden sollte (Larkin 1988: 124), dürften sich sowohl die Anreize zum Eintritt in das BRMA wie auch die negativen Folgen einer Nichtbeteiligung die Waage gehalten haben.

4.2.2 Der Einfluß des National Health Service

Obwohl sich eine beachtliche Zahl von relevanten Gesundheitsberufen diesen Bedingungen unterwarf²⁰ und das Gesundheitsministerium die BMA-Initiative anfänglich auch begrüßte, verlor das BRMA in den folgenden Jahren die staatliche Unterstützung. Als Achillesferse des BMA-Modells der Marktregulierung erwies sich vor allem die freiwillige Mitgliedschaft, die einer flächendeckenden Integration der nichtärztlichen Gesundheitsberufe entgegenwirkte (Larkin 1988: 125). Im Vorfeld der Planungen für den staatlichen Gesundheitsdienst sank aber gleichzeitig auch die Neigung des Gesundheitsministeriums, weitere Gesundheitsberufe durch eine Registrierung aufzuwerten. Dabei spielten verschiedene Überlegungen eine Rolle, zentral

20 Dabei handelte es sich um folgende Berufsgruppen: »opticians, almoners [eine Art Vorläufer des Krankenhaus-Sozialarbeiters, Anm. d. Verf.], chiropodists, physiotherapists, radiographers, technicians in operating theatres, audiology, and venerology« (British Medical Journal 1982: 680).

dürfte allerdings die Befürchtung gewesen sein, daß man die ohnehin schwierigen Verhandlungen mit der Ärzteschaft nicht durch ein zusätzliches Problem belasten dürfe (Larkin 1983: 154).

Davon unabhängig nahmen die Meinungsverschiedenheiten zwischen der BMA und verschiedenen nichtärztlichen Gesundheitsberufen zu (Larkin 1983: 120 ff.). Zu der umstrittenen Frage nach einer staatlichen Registrierung trat nun noch das Problem der Integration in den National Health Service (NHS) und jenes der Beteiligung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im System der medizinischen Arbeitsteilung hinzu. Die seit Ende der dreißiger Jahre von der BMA favorisierte Lösung, das BRMA zu einer öffentlich-rechtlichen (statutory) Regulierungsinstanz mit Zwangsmitgliedschaft für alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe des NHS aufzuwerten, stieß im Gesundheitsministerium auf wenig Gegenliebe (Larkin 1983: 120, 151). Die staatlichen Steuerungsinteressen blieben inmitten eines noch unübersichtlichen Handlungsbedarfs zunächst noch diffus.

Während der Auseinandersetzungen um die Einführung des NHS stand das Problem der nichtmedizinischen Berufe nur am Rande des Interesses. Innerhalb des Ministry of Health wurde die Prärogative der medizinischen Profession gegenüber anderen Berufsgruppen anerkannt, es mehrten sich aber auch Zweifel, ob die Regulierung durch das BRMA auf Dauer eine tragfähige Lösung darstellen würde. Daß sich überhaupt ein staatliches Regelungsinteresse abzeichnete, wurde unter anderem dadurch hervorgerufen, daß der NHS auch die nichtärztlichen Berufsgruppen finanzieren muß und daher ein Interesse an der Sicherstellung von Qualitätsstandards entstand. Insofern, als diese Situation ein größeres staatliches Regelungsinteresse an der medizinischen Arbeitsteilung hervorbrachte, das auf eine Veränderung des Status quo hinauslief, stellte die Einführung des NHS einen Vorteil für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe dar. Zunächst allerdings führte die Befürchtung, daß eine administrative Beteiligung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Beratungsgremien, insbesondere den Central Health Services Council als oberstes Beratungs- und Repräsentationsgremium der im NHS vertretenen Gesundheitsberufe (Mackenzie 1980: 158–159), zu unhandlich gestalten würde (Larkin 1983: 53), zu einer Vertagung des Problems. Die Einführung des NHS fand statt, ohne daß die Frage nach der Beteiligung und Kontrolle der nichtärztlichen Gesundheitsberufe abschließend geklärt worden war. Lediglich Krankenschwestern und Hebammen erhielten Sitz und Stimme im Central Health Services Council, was auf eine vergleichsweise geringere Statusdifferenz zur medizinischen Profession hin-

deutet. Für die Krankenhausärzte wurde mit dem Joint Consultants Committee, in dem die Royal Colleges und die BMA vertreten sind, zudem ein zentrales Beratungsgremium geschaffen, das den Ärzten auch ein Mitspracherecht über die Personalplanung in staatlichen NHS-Krankenhäusern sicherte (Stevens 1966: 93).

Um die noch offene Frage der Integration der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe in den NHS zu klären, wurde 1949 der Vorsitzende des BRMA, Zachary Cope, vom Gesundheitsminister zum Leiter einer Untersuchungskommission ernannt, die entsprechende Vorschläge entwickeln sollte. Der »Cope Report« erschien 1951 (Larkin 1983: 160 ff.). Die darin unterbreiteten Vorschläge waren jedoch der Position der BMA so ähnlich, daß sie auf heftigen Widerstand bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen stießen. Bereits die Definition der »medical auxiliaries« als »persons who assist the medical practitioner« (zit. nach Armstrong 1976: 157) verdeutlicht die arztfreundliche Konzeption des Cope Report von den interprofessionellen Beziehungen. Da eine Beteiligung der nichtärztlichen Berufsgruppen am NHS nicht erzwungen werden konnte, akzeptierte das Gesundheitsministerium die gegen den Cope Report vorgetragenen Bedenken und setzte erneut eine Arbeitsgruppe ein, diesmal allerdings unter Beteiligung der nichtärztlichen Berufsverbände und *ohne* Vertreter der organisierten Ärzteschaft (Larkin 1983: 170).

Daß das Veto der Assistenzberufe eine derartige politische Wirkung erzielte, darf als überaus bemerkenswert gelten. Denn hätte zum selben Zeitpunkt in der Bundesrepublik eine ähnliche Konstellation bestanden, wäre kaum vorstellbar, daß selbst bei konzertiertem Widerspruch der nichtärztlichen Berufsverbände eine vergleichbare Wirkung hätte erzielt werden können. Die Fähigkeit der Ärzteschaft, ihre professionelle Autorität in politischen Mehrwert umzumünzen, war vermutlich in beiden Ländern ähnlich ausgeprägt. Der Unterschied bestand darin, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe im deutschen Fall aufgrund eines deutlich geringeren professionellen Status kaum eine Chance hatten, als ernstzunehmende gesundheitspolitische Gesprächspartner akzeptiert zu werden. Während es in Großbritannien seit Beginn der fünfziger Jahre eine ganze Serie von amtlichen Untersuchungen über die Rolle der nichtärztlichen Gesundheitsberufe und deren Abgrenzung zur medizinischen Profession gab (näheres bei Armstrong 1976), war diese Thematik im deutschen Fall ein – der geringen gesundheitspolitischen Bedeutung der Assistenzberufe entsprechendes – »non-issue«.

1956 legte die Arbeitsgruppe ein in Absprache mit dem Gesundheitsministerium entwickeltes Konzept für ein einheitliches Regulierungsmodell vor, das in wesentlichen Punkten von den Empfehlungen des Cope Report abwich (Larkin 1983: 172–173). Der Vorschlag sah die Einrichtung eines »Council of Professions Supplementary to Medicine« (CPSM)²¹ vor, der als oberstes Beschlußorgan für sieben (später acht) gesonderte Boards fungieren sollte, in denen die jeweilige nichtmedizinische Berufsgruppe über eine Stimmenmehrheit verfügt. Die Aufgabe der Boards war denen des GMC nachempfunden: der Betrieb eines Berufsregisters, die Definitionskompetenz für Ausbildungsstandards sowie die Überwachung einer Berufsordnung. Der CPSM kann dem Privy Council die Einführung neuer Berufsgruppen vorschlagen und auch die Tätigkeitsfelder und -grenzen definieren oder verändern (Larkin 1983: 172). Da für die Ärzteschaft im Council keine Mehrheit vorgesehen war, hätte dieser Vorschlag die Einführung weitgehender Selbstregulierungskompetenzen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe bedeutet. Entsprechend umstritten waren die Vorschläge innerhalb der BMA.

Inmitten der nun folgenden Diskussion entwarf der Herausgeber der renommierten medizinischen Zeitschrift »Lancet«, Sir Theodore Fox, ein harmonistisches Modell von den Beziehungen zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Fox empfahl seinen Kollegen, das medizinische »Empire« in ein »medical Commonwealth« umzuwandeln, in dem die hierarchische Vorherrschaft der medizinischen Profession durch kollegiale Beziehungen zu den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ersetzt wird: »we should accept the so-called auxiliaries as members of the Greater Medical Profession, and welcome them as colleagues« (Fox 1956: 780). Diese vagen Vorstellungen waren indes nicht ganz so uneigennützig wie es zunächst scheinen mag. Eine »Greater Medical Profession« – so das Kalkül von Fox – würde nicht nur zu einer Reintegration jener Gesundheitsberufe unter ein gemeinsames Dach führen, die sich organisatorisch von der Ärzteschaft abgenabelt und damit auch deren direkter Kontrolle entzogen hatten. Dies galt für die Zahnärzte und die Krankenschwestern. Darüber hinaus könnte ein professionsnaher Status für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe auch verhindern, daß die Dominanz professioneller Werte und Standards im NHS durch eine industrielle Organisationskultur verdrängt wird, die von einer Beherrschung durch »workers, or State employees, whose interests are

21 Diese etwas holprige Sprachregelung ging auf einen Kompromißvorschlag des Ministeriums zurück, welches die Sensibilitäten aller Beteiligten zu berücksichtigen versuchte (Larkin 1983: 172).

looked after by their appropriate union but who have no professional life outside the service« (Fox 1956: 779) bedroht wäre.

Diese Vision einer »erweiterten medizinischen Profession« mag keine unbestrittene Mehrheitsmeinung innerhalb der organisierten Ärzteschaft gewesen sein (so etwa Larkin 1983: 175), aber sie erlangte als Orientierungsmarke für das Verhältnis zwischen den Gesundheitsberufen eine dauerhafte Relevanz (Pickis 1989: 2). Der seinerzeit aufscheinende »wohlwollende Paternalismus« kann auch heute noch als generelles Charakteristikum der interprofessionellen Beziehungen im britischen Fall gelten (Näheres dazu in Kapitel 7).

Nach der Veröffentlichung des Arbeitsgruppenvorschlags vergingen noch vier weitere Jahre, bis 1960 der Professions Supplementary to Medicine Act schließlich das Parlament passierte. Die ursprünglich vorgesehene Struktur des CPSM wurde weitgehend übernommen, allerdings war es der BMA im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens gelungen, die Autonomie der einzelnen Boards zu begrenzen, indem deren Kompetenz zur eigenständigen Regulierung von Ausbildungsinhalten durch ein Vorschlagsrecht ersetzt wurde (Larkin 1983: 177). In den sieben Boards erhielten allerdings die nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Stimmenmehrheit. Das Verhältnis zwischen dem Council und den einzelnen Boards läßt sich in den Begriffen von Legislative und Exekutive beschreiben (Näheres bei Finch 1984: 29–31). Im Council sollten nun jeweils sieben Ärzte, sieben Vertreter der nichtmedizinischen Gesundheitsberufe und sieben neutrale Laien vertreten sein.²² Im Analyseraster der vorliegenden Untersuchung handelt es sich beim CPSM um eine Institution, die sowohl den Marktzutritt reguliert wie auch die Abgrenzung der Tätigkeitseinhalte zwischen Ärzten und der Professions Supplementary to Medicine (PSM-Berufe) am Arbeitsplatz regelt (Näheres dazu in Abschnitt 5.3). Eine strikte Marktschließung war anfänglich mit dem CPSM noch nicht verbunden. Erst 1974 wurde es den Health Authorities²³

22 Nach dem Eintritt der Orthoptisten in den CPSM 1966, der einzigen Berufsgruppe, die neu aufgenommen wurde, erhöhte sich die Zahl der Council-Mitglieder auf jeweils 8, also insgesamt 23 (Finch 1984: 30–31). Hierbei ist erwähnenswert, daß der CPSM die Zahl der Berufe auf 12 ausdehnen kann, also die Möglichkeit zur eigenständigen Modifikation seiner Struktur besitzt.

23 Nach mehreren Organisationsreformen besteht die NHS-Verwaltung heute (Stand: 1993) im wesentlichen aus 192 District Health Authorities sowie 14 ihnen übergeordneten Regional Health Authorities, die direkt dem Gesundheitsministerium gegenüber verantwortlich sind. Diese Verwaltungsbehörden sind vorwiegend für den Krankenhaussektor und die Anstellung des dort tätigen Personals zuständig. Die niedergelassenen Ärzte und Ge-

verbindlich vorgeschrieben, nur noch im CPSM registriertes Personal anzustellen (Finch 1984: 33).

Die Schaffung dieser kammerartigen Institution bedeutete für die medizinische Profession auf der einen Seite einen Kontrollverlust über ein Teilsegment der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, andererseits blieb sie in einer einflußreichen Position (Larkin 1978: 852–853; Larkin 1983: 177), da ihr Wort im Council des CPSM Gewicht behielt und auch außerhalb der PSM-Berufe noch eine Reihe von Gesundheitsberufen, unter anderem Chiroprpodists, Dispensing opticians, Operating theatre technicians, Technicians in venerology, Audiology technicians und Certified ambulance personnel (Levitt/Wall 1984: 223) existierten, für die das von der BMA geführte BRMA als Einrichtung einer freiwilligen Registrierung bis zu seiner Auflösung im September 1975²⁴ bestehen blieb. Gleichwohl sind sich britische Beobachter einig, daß das staatliche Interesse an einem »ordered commonwealth of health occupations« (Larkin 1988: 126), wie es etwa in Gestalt des CPSM und seiner Selbstverwaltungsrechte angestrebt wurde, eine Begrenzung der ärztlichen Kontroll- und Weisungsbefugnisse gegenüber den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen mit sich brachte (Armstrong 1976; Larkin 1988). Daraus – so die im weiteren noch näher zu belegende Hypothese – erlangten die nichtärztlichen Gesundheitsberufe die Chance zu einer Mengenexpansion, die allerdings nicht als explizites Ziel verfolgt wurde, sondern aus der eigenständigen Ausweitung von Tätigkeits- und Kompetenzdomänen resultierte.

Charakteristisch für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sind im britischen Fall mehrere Abstufungen in der Reichweite ihrer Selbstverwaltungsrechte. So wird zum Beispiel festgestellt, die PSM-Berufe hätten »rather less autonomy than some other professions« (British Medical Journal 1982: 681). Zu diesen »anderen Professionen« gehören in Großbritannien zweifellos die Krankenschwestern, für die im Anschluß an den 1966 veröffentlichten Salmon Report als erste Berufsgruppe außer den Ärzten eine eigenständige Verwaltungshierarchie in den NHS eingebaut wurde (Carpenter 1976: 182). Auf den verschiedenen Hierarchiestufen des NHS ist seither neben der Ärzteschaft und der Verwaltung auch ein »nursing officer« vertreten. Damit sind die Krankenschwestern in den Entscheidungsinstanzen vertreten, die

sundheitsberufe stehen in Vertragsbeziehungen zu den 90 Family Health Service Authorities. Näheres zu Aufbau und Funktion der NHS-Authorities in Döhler (1990: 105–111, 282–285) sowie Alber/Bernardi-Schenkluhn (1992: 543–559).

24 Briefliche Mitteilung von M.J. Lowe, Deputy Secretary der BMA, am 11.12.1991.

über die Personalrekrutierung bestimmen (vgl. Haug 1994: 89–97; Rothgang 1994: 241–249). Unterstellt man ein Interesse der Krankenschwestern an einer Stellenausweitung, um die eigene Arbeitsbelastung zu reduzieren oder Tätigkeitsfelder in Besitz zu nehmen, die den eigenen professionellen Aspirationen entsprechen (Näheres dazu bei Rothgang 1994: 245–246, 255–256), ließe sich ihr großer Personalumfang in Großbritannien plausibel aus ihren organisationsbedingten Einflußmöglichkeiten erklären.

Daß das für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe charakteristische Regulierungsmuster der Verkammerung und nachfolgenden Integration in Beratungs- und Entscheidungsgremien des NHS keine vollkommen flächendeckende Ausdehnung erlangen sollte, zeigte sich erstmals im Anschluß an den »Zuckerman Report« von 1968. Das nach seinem Vorsitzenden benannte Committee on Hospital and Technical Services war eingesetzt worden, um Vorschläge für eine Reorganisation der institutionellen Einbindung sowie der Karrieremuster und der Gehaltsstruktur des wissenschaftlich-technischen NHS-Personals²⁵ zu entwickeln. Der zentrale Vorschlag des Zuckerman Report bestand darin, einen einheitlichen »scientific service« zu schaffen, der durch einen National Scientific Council repräsentiert werden sollte (Royal Commission 1979: 245). Zwar stellte die Royal Commission fest, daß ein derartiger Council »logisch« erscheine (Royal Commission 1979: 245) und seine Errichtung daher unterstützt werden solle, zu einer Realisierung dieses Vorschlags kam es jedoch nicht. Als wesentliches Hindernis gilt der Umstand, daß das wissenschaftlich-technische Personal, dessen Qualifikationen vom Ph.D. (zum Beispiel Biochemiker und Medizinphysiker) bis hinab zur Anlerntätigkeit reichen (zum Beispiel bei den Dark room technicians), eine zu große Heterogenität aufweist, als daß sich einheitliche Aufstiegsmöglichkeiten und eine gleichförmige institutionelle Einbindung herstellen ließen. Völlig wirkungslos blieben die Empfehlungen des Zuckerman Report allerdings nicht. In den siebziger Jahren wurden in der Repräsentationsstruktur des NHS spezielle Positionen für das wissenschaftlich-technische Personal geschaffen, so daß auf den verschiedenen Ebenen, bis hinauf zum Gesundheitsministerium, analog zu den Ärzten und Krankenschwestern ein »scientific officer« vertreten ist (Zuckerman Report 1976: 51). Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine mit Verwaltungskompetenzen ausgestattete eigen-

25 Zu dieser Personalgruppe wurden damals rund 20 verschiedene Gesundheitsberufe gerechnet. Eine Auflistung findet sich in Levitt/Wall (1984: 232).

ständige Hierarchie mit direkten Steuerungskompetenzen, sondern lediglich um eine Beratungsposition.

Die Einführung des NHS kann insgesamt als für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe begünstigender Faktor eingestuft werden. Obwohl keine Vergleichsmöglichkeiten zur Personalsituation in der Zeit vor 1948 vorhanden sind, anhand derer ein etwaiger Einfluß der Verstaatlichung auf die Zusammensetzung des Personalkörpers nachgewiesen werden könnte, erscheint die Annahme verbesserter Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe durch den NHS plausibel. Denn die Mitwirkungsrechte an Personalentscheidungen, insbesondere der Krankenschwestern, die Einführung der – wenn auch ärztlich kontrollierten – Selbstverwaltung des CPSM sowie das staatliche Interesse an einer geordneten Form der Arbeitsteilung haben zu einer Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe beigetragen, die ihnen auch die Durchsetzung von Professionalisierungsinteressen erleichtert hat.

4.2.3 Folgen der Reorganisation des National Health Service

1974 fand die erste große Organisationsreform des NHS seit seiner Gründung statt (Ham 1985: 26–30). Diese Reform war ein primär technokratisch inspiriertes Vorhaben, bei dem die Leistungsfähigkeit des NHS durch strukturelle Vereinheitlichung, Stärkung des Managements und die Einführung eines Planungssystems verbessert werden sollte (Allsop 1984: 60; Döhler 1990: 105–111). Für die Marktregulierung beziehungsweise die Expansionschancen der Gesundheitsberufe sind vor allem die beiden letzten Aspekte von Interesse.

In der Folge der 1974er Reform wurde in die Verwaltung der NHS Health Authorities das »consensus management« eingeführt, eine Form der kollegialen Entscheidungsfindung, bei der kein Mitglied der Management teams, denen jeweils ein Vertreter der allgemeinen Verwaltung, der Finanzverwaltung, der Ärzte und der Schwestern angehörte, überstimmt werden durfte, so daß nur Konsensentscheidungen möglich waren. Obwohl dieses kollegiale Entscheidungsverfahren im NHS schon vor 1974 verbreitet war, hatte die erstmals formalisierte Beteiligung der Krankenschwestern an der NHS-Verwaltung eine Statusaufwertung zur Folge, die auch die anderen medizinischen Assistenzberufe nicht unberührt ließ (Ovretveit 1985: 84). Die anschließende Debatte wies durchaus Ähnlichkeit mit den Emanzipations- und Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe in Deutschland

auf: »The 1974 reorganisation gave a boost to professional aspirations towards self-management for many groups within the NHS« (British Medical Journal 1982: 681). Angestrebt wurden dabei vor allem zwei Ziele: erstens eine gesonderte Verwaltungshierarchie, so daß Angehörige des eigenen Berufsstandes in Verwaltungspositionen außerhalb des Krankenhauses, also in die Health Authorities, aufsteigen können,²⁶ und zweitens mehr Autonomie von ärztlichen Weisungen beziehungsweise die Erweiterung der eigenen klinischen Kompetenzen. Die Etablierung berufsspezifischer Verwaltungshierarchien und Repräsentationsrechte in Beratungs- und Entscheidungsgremien des NHS ist seit Mitte der siebziger Jahre (Stocking 1979: 140–148) deutlich vorangeschritten, wobei dies mitunter allerdings nur auf einzelne Regionen beschränkt blieb (Levitt/Wall 1984: 224; Long/Mercer 1987: 107–109).

Darüber hinaus konnten mehrere medizinische Assistenzberufe beachtliche Autonomisierungserfolge im Verhältnis zur Ärzteschaft verzeichnen.²⁷ Bemerkenswert dürfte dies aber nur aus der deutschen Perspektive sein. Denn im Selbstverständnis der britischen Gesundheitsberufe ist die Akzeptanz einer weitreichenden ärztlichen Vorherrschaft über das Diagnose- und – in noch stärkerem Maße – über das Therapiegeschehen weniger stark ausgeprägt als hierzulande. Einen in diesem Zusammenhang erwähnenswerten Fall stellen die in Großbritannien als »remedial professions« bezeichneten Rehabilitationsberufe dar (Occupational therapists, Physiotherapists und Remedial gymnasts). 1977 wurde den Arbeits- und Physiotherapeuten erstmals das Recht zugesprochen, NHS-Patienten ohne Überweisung von einem Arzt zu therapieren (DHSS 1977a). Außerdem dürfen auch Sozialarbeiter oder Health visitors²⁸ Patienten direkt an einen anderen nichtärztlichen Ge-

26 Die mit diesem »self-management« verbundenen Kompetenzen bedeuten unter anderem »the right of a manager or representative of an occupation to put forward proposals and to negotiate with a District Health Authority over particular policies which affect members of the occupation These may be policies relating to study leave, movement of staff, or new service developments« (Ovretveit 1985:81). Eine genaue Funktionsbeschreibung für die Position des »district therapist« findet sich im DHSS (1979: 3).

27 Zu diesen Berufsgruppen gehörten unter anderem die Schwestern und Psychologen. Vgl. DHSS (1977b, 1977c).

28 Voraussetzung für die Tätigkeit als Health visitor ist eine einjährige Zusatzqualifikation, die nur im Anschluß an eine dreijährige Schwesternausbildung erworben werden kann. Der Einsatzbereich dieses Assistenzberufs ist außerordentlich breit und umfaßt neben pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten die Schwangerschafts- und Familienberatung, die Versorgung von chronisch Kranken, die allgemeine Gesundheitsberatung und ähnliches mehr. Näheres bei Jefferys/Sachs (1983: 109–130).

sundheitsberuf überweisen (Stocking 1979: 116–117; Ovreteit 1985: 84–86). Bei dieser Entwicklung ist nicht ganz klar, ob es sich um ein freiwilliges Zugeständnis der Ärzteschaft gegenüber den Assistenzberufen handelt, die den modifizierten »codes of practice« im CPSM zugestimmt hat, oder ob diese Konzession durch das Honorierungsverfahren erzwungen wurde. Letzteres könnte daraus resultieren, daß im NHS auch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe auf Gehaltsbasis beschäftigt sind, so daß die im deutschen System mögliche Kontrolle durch die Einzelleistungsabrechnung entfällt. Die Ausweitung beziehungsweise Verschiebung von medizinischen Handlungskompetenzen zugunsten der medizinischen Assistenzberufe hat zwar keine direkten Auswirkungen auf die Personalzusammensetzung im NHS, aber sie könnte eine Substitution ärztlicher durch nichtärztliche Arbeitskraft fördern.

Einigermaßen überraschend ist das vielerorts festgestellte beziehungsweise bemängelte Fehlen einer Personalplanung im NHS (Royal Commission 1979: 242–243; Tallis 1983: 278; Long/Mercer 1987: 111), die erst im Anschluß an die planungsbeseelte Reorganisation von 1974 zu einem politischen Thema wurde. Weder das Gesundheitsministerium noch die Health Authorities haben in der Vergangenheit ein besonderes Interesse an dieser Problematik gezeigt. Zwar gab es im NHS seit den frühen sechziger Jahren durchaus Planungsansätze, die sich aber fast gänzlich auf die Finanzen konzentrierten. Möglicherweise hängt dies mit der für den NHS typischen Mangelverwaltung zusammen. Die stets knapp bemessenen Finanzzuwächse haben zu der verbreiteten Auffassung geführt, daß keine Notwendigkeit für eine längerfristige Bedarfsermittlung und -befriedung besteht (Tallis 1983: 279–280). Erst seit 1976 existiert ein formales Planungsverfahren, in dem auch die Gesundheitsberufe in Erscheinung treten. Ob damit die Personalzusammensetzung spürbar verändert worden ist, erscheint zweifelhaft, da immer wieder hervorgehoben wird, daß sich die Bedarfsermittlung in hohem Maße an der bestehenden Struktur des Personalkörpers orientiert habe (Long/Mercer 1987: 128, 133). Die seit Mitte der achtziger Jahre praktizierte Personalplanung, die auf der Basis des Arbeitsanfalls (»workload«) der jeweiligen Berufsgruppe funktioniert, dürfte ebenfalls noch kaum Spuren hinterlassen haben.

Die Implementation der 1976 eingeführten Personalplanung, die Bestandteil eines umfassenden Planungssystems war, ging nur sehr langsam voran. Noch 1981 wurde festgestellt: »Manpower planning in the NHS is in its infancy« (Long/Mercer 1981: 151). Das 1984 durch das Gesundheitsmini-

sterium präzierte Personalplanungssystem läßt kaum erkennen, wer auf welcher Verwaltungsebene des NHS tatsächlich eine Änderung der Personalstruktur bewirken kann. Verantwortlich dafür ist das als »top-down bottom-up« bezeichnete Verfahren, bei dem zuerst auf der Ebene der Regional Health Authorities (RHAs) eine »outline strategy« erstellt wird, die der Zustimmung des Gesundheitsministeriums bedarf. Auf dieser Grundlage haben dann die District Health Authorities (DHAs) einen langfristigen »strategic plan« sowie einen kurzfristigen »operational plan« zu entwickeln, der wiederum die Grundlage für einen regionalen Gesamtplan auf der Ebene der RHAs bildet. Diese regionalen »strategic plans« werden dann schließlich an das Department of Health and Social Security (DHSS) übermittelt, das so ein nationales Gesamtbild über den Personalbedarf erhält und daraus seine eigenen Vorstellungen über Umfang und Zusammensetzung des Personals entwickelt (Long/Mercer 1987: 31–32).

Ähnlich wie in der Bundesrepublik hatten die von den Emanzipationsbestrebungen der medizinischen Assistenzberufe geprägten Entwicklungen der siebziger Jahre nur einen indirekten und überdies kaum abschätzbaren Einfluß auf die Marktregulierung. Eine der wenigen meßbaren Verschiebungen innerhalb des NHS-Personalkörpers bestand in der Ausdehnung der höherqualifizierten (»professional«) Gesundheitsberufe zu Lasten der Verwaltung und der technischen Hilfsdienste (Harrison/Pollitt/Hunter 1990: 94). Unterhalb dieses generellen Trends sind kaum Entwicklungen sichtbar, die auf eine veränderte Personalstruktur hindeuten. Nicht wenige Entscheidungen, die im Zusammenhang mit dem Professionalisierungsstreben einzelner Gesundheitsberufe standen und daher zu Spekulationen über deren Expansionschancen Veranlassung gaben, lassen keinen Zusammenhang mit der Personalstruktur erkennen. Hierzu zählt zum Beispiel der Nurses, Midwives and Health Visitors Act von 1979, der für die drei Schwesternberufe einen gemeinsamen United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting vorsieht (Levitt/Wall 1984: 200). Diese organisatorische Konsolidierung zu einer gemeinsamen Kammer für die Pflegeberufe wurde durch Konflikte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ausgelöst (White 1985) und stellte keinen expansiv orientierten Schritt zur Festigung der institutionellen Herrschaft über Ausbildungsinhalte und Kompetenzen der Pflege dar. Gleichwohl bedeutete das aus der Sicht der NHS-Verwaltung eine weitere Statusanhebung der Pflegeberufe (Chaplin 1982: 418). Indizien dafür, daß die Kammern und Berufsorganisationen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe eine bewußt auf den Beschäftigungsumfang ausgerichtete

Politik betreiben, gibt es allerdings nicht. Hierfür kann auf die Aussage der Royal Commission verwiesen werden, »at present the registration Boards and CPSM operate without firm guidance on the numbers needed in the profession for which it is responsible« (Royal Commission 1979: 242). Diese Einschätzung ist wohl ohne Einschränkungen auch auf die Schwesternkammer übertragbar.

4.2.4 Der National Health Service unter Kostendruck

In der ersten Hälfte der achtziger Jahre wurden die Ausgaben für den NHS von der Regierung Thatcher zunehmend kritisch betrachtet. Der schon 1976 unter der Regierung Callaghan eingeleitete Umschwung zu einer primär an Effizienzverbesserung orientierten Gesundheitspolitik betraf nun erstmals auch direkt das NHS-Personal.²⁹ In einem Circular des DHSS vom August 1983 wurden die RHAs angehalten, Einsparungspotentiale zu suchen, die es innerhalb eines Jahres erlauben, den Umfang des Personals insgesamt um 0,75 bis 1 Prozent zu verringern. Dabei war ein nach Beschäftigtengruppen differenzierter Personalabbau intendiert. Um das Gesamtspartziel von einem Prozent zu erreichen, sollte das Verwaltungs- und Dienstleistungspersonal zwischen 1,35 und 1,8 Prozent reduziert werden, so daß die unmittelbar in der Gesundheitsversorgung tätigen Berufe nur geringfügig betroffen sein würden. Die Einführung dieser als »manpower targets« bezeichneten Obergrenzen für den Beschäftigungsumfang im NHS wurden vom Gesundheitsministerium gerechtfertigt als »a necessary response to a failure by Health Authorities to secure adequate manpower planning and control« (zit. nach Long/Mercer 1987: 35). Es bestanden allerdings ebenso daran Zweifel, ob die im Personalbereich anvisierten Kappungsgrenzen tatsächlich würden implementiert werden können (Knights/Moore 1985: 18–22).

Eine potentiell einflußreiche gesundheitspolitische Weichenstellung repräsentierte schließlich der Griffiths Report von 1983 (Döhler 1990: 261–275). Hierbei handelte es sich um eine Untersuchung der Reformmöglich-

29 Das Interesse der Regierung (wie auch der sozialwissenschaftlichen Forschung) hat sich allerdings weniger auf die Gesundheitsberufe konzentriert, sondern vielmehr auf das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal, welches vom »contracting-out« einzelner Dienstleistungskategorien auch in zahlenmäßiger Hinsicht betroffen ist. Vgl. zum Beispiel Pulkingham (1992) und zum allgemeinen Hintergrund der Privatisierung von Serviceleistungen aus dem NHS Döhler (1990: 249–251, 275–282).

keiten der NHS-Verwaltung, mit der die konservative Regierung den Konzernmanager Roy Griffiths betraut hatte. Das Griffiths-Team empfahl der Regierung unter anderem, anstelle der Kollegialverwaltung eigenverantwortliche »general manager« im NHS zu beschäftigen, um auf diese Weise zu schnelleren und kostengünstigeren Entscheidungen zu gelangen. Die Regierung Thatcher folgte den Empfehlungen weitgehend. Mit dem General Management wurde eine vollkommen neue Hierarchielinie in den NHS eingeführt, die nicht nur das Consensus management ablöste, sondern auch die Möglichkeit der zentralen Ebene, also des Gesundheitsministeriums, verbesserte, ihre Prioritäten wirkungsvoller bis an die Peripherie durchzusetzen.

Untersuchungen über den Einfluß des »managerialism« auf den NHS und dessen interne Machtverteilung haben übereinstimmend gezeigt, daß die teils hohen Erwartungen an die Fähigkeit des General Management, mit überkommenen Verhaltensmustern zu brechen, nur zum Teil erfüllt wurden (vgl. dazu umfassend: Harrison et al. 1992). Spürbare Auswirkungen auf die Personalplanung oder -zusammensetzung waren bisher nicht zu verzeichnen, wengleich die Annahme plausibel erscheint, daß das Management unter verstärktem Kostendruck auf einen kostengünstigeren Personalmix hinarbeiten wird. Dies müßte auf mittlere Sicht die Verhältniszahl weiter zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verschieben. Bisher allerdings konzentrierten sich die Sparbemühungen des Managements kaum auf das Gesundheitspersonal (Harrison et al. 1992: 51–73). Mit der jüngsten NHS-Reform sind die Kompetenzen des Managements insbesondere gegenüber der Ärzteschaft nochmals erweitert worden, ohne daß daraus jedoch dramatische Veränderungen in der Personalplanung oder -politik resultierten.

4.3 Die historische Entwicklung in den USA

Kontrastiert man nun den amerikanischen Fall mit dem System der Marktregulierung in der Bundesrepublik und Großbritannien, dann fällt zuerst das Fehlen eines dominanten Strukturelementes ins Auge, wie es mit der GKV oder dem NHS in den Gesundheitssektoren der beiden anderen Länder anzutreffen ist. Dementsprechend wird das amerikanische System der Marktregulierung für die Gesundheitsberufe von einer facettenreichen Regulierungsform bestimmt, die allgemein unter dem Begriff des »credentialing« zusammengefaßt wird (Christoffel 1982: 77–104; Havighurst/King 1983; Freidson

1986: 63–91; Annas et al. 1990: 667–697). Darunter fallen verschiedene Formen von Befähigungsnachweisen, die Individuen oder auch Institutionen bescheinigen, daß sie einem bestimmten Qualitätsstandard genügen. Credentials haben gleichermaßen die Funktion von Marktsignalen wie auch der Marktsegmentierung, ohne zwangsläufig strikte Regeln des Marktzutritts zu schaffen. Obwohl der Sprachgebrauch nicht immer einheitlich ist, lassen sich drei Typen unterscheiden. Die älteste und rechtlich einzig verbindliche Form von Credentials ist das »occupational licensing«. Hierbei handelt es sich um eine Berufszulassung, die nur von staatlicher Seite erteilt werden kann und ohne die die Ausübung vieler, insbesondere medizinischer Berufe nicht gestattet ist. Einer staatlichen Betriebszulassung vergleichbar ist das »facility licensing« (Lander 1980) von Krankenhäusern, Pflegeheimen usw., das auf der Ebene der Einzelstaaten stattfindet. Formal unverbindlich und daher auch freiwillig sind hingegen die von privaten Organisationen getragene »certification« sowie die »accreditation«. Auch hierbei handelt es sich um qualitative »Gütesiegel«. Eine Certification wird vornehmlich an Personen vergeben, während die Accreditation für Institutionen wie Krankenhäuser und Ausbildungseinrichtungen gilt. Diese drei beziehungsweise – betrachtet man die Lizenzierung von Personen und Institutionen als zwei getrennte Formen des Credentialing – vier Regulierungsmodi haben sich seit dem 19. Jahrhundert zu einem ineinander verschachtelten System entwickelt. Im Unterschied zu Großbritannien und der Bundesrepublik haben dabei auch private Organisationen, die Credentials vergeben, eine zum Staat äquivalente Position in der Marktregulierung erlangt.

4.3.1 Grundelemente der Marktregulierung

Die historisch früheste Form der Marktregulierung war in den USA die Lizenzierung von Ärzten, die im wesentlichen der britischen Registrierung durch den General Medical Council beziehungsweise der Erteilung der Approbation in Deutschland entspricht. Die ersten Zulassungen wurden bereits vor Beginn des 19. Jahrhunderts durch medizinische Fakultäten oder lokale Ärztevereinigungen vergeben, die hierzu durch die Einzelstaaten ermächtigt waren (Gross 1984: 53). Im Laufe der populistischen »Jacksonian era« geriet diese Regulierungsform als gildenartige Marktabschottung in Mißkredit, so daß in den 1830er und 1840er Jahren die meisten Zulassungsgesetze wieder aufgehoben wurden (Stevens 1971: 26–27), was praktisch der Gewerbe-

freiheit für medizinische Dienstleistungen entsprach. Erst unter dem Eindruck der völlig unkontrollierten und häufig äußerst mangelhaften Ausbildung in den überwiegend privaten Medical schools, deren Abschlußzertifikate keine umfassende Akzeptanz als Befähigungsnachweise fanden,³⁰ begann im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts eine erneute Phase der staatlichen Berufsgesetzgebung. Zwischen 1873 und 1925 verabschiedeten alle 51 Bundesstaaten Zulassungsgesetze (»medical practice acts«), die die ärztliche Tätigkeit unter den Vorbehalt einer Lizenzierung stellten (Gross 1984: 57–58).

Die Durchführung der Zulassungsgesetze wurde auf neu gebildete State Medical Boards übertragen, deren Mitglieder durch den Gouverneur ernannt werden. Da sich die State boards in der Frühphase häufig nur aus Vertretern jener Berufsgruppe zusammensetzten, für deren Regulierung sie zuständig waren, galten die Boards als Schöpfungen der jeweiligen Berufsgruppe mit entsprechend eigeninteressierter Funktionswahrnehmung (McConnell 1966: 188–189), obwohl auch schon seinerzeit Boards mit gemischter Mitgliedschaft keineswegs eine Ausnahme darstellten (Gilb 1966: 191). Anders als in Deutschland, wo die Zulassung (Approbation) ebenfalls von einer staatlichen Medizinalbehörde erteilt wird, was aber lediglich eine Formalität darstellt, werden in den USA die bereits examinierten Ärzte vom Medical Board nochmals einer gesonderten Prüfung unterzogen. Im deutschen Fall erübrigte sich dies, weil der staatliche Zugriff auf die Universitäten eine qualitätsorientierte Standardisierung der Abschlußprüfungen (*Staatsexamen*) ermöglicht.

Die State boards besitzen kammerähnliche Funktionen und Kompetenzen (Gross 1984: 101–105). Neben den bereits erwähnten Zulassungsprüfungen sind die Boards für die Festlegung von Eingangsqualifikationen der Studienbewerber zuständig, was ihnen auch einen Einfluß auf die Zulassung von Ausbildungseinrichtungen eröffnet. Denn eine Medical school, die auch Studenten ohne die erforderliche Mindestqualifikation aufnimmt, kann dadurch selbst ihre Zulassung verlieren. Schließlich haben sie eine disziplinarische Funktion gegenüber den Professionsmitgliedern wahrzunehmen. Die Boards überwachen die Einhaltung der Berufspflichten, gehen Beschwerden von Patienten nach und können, im Falle der Mißachtung der Berufspflichten, den Entzug der Lizenz vornehmen (Institute of Medicine 1989: 238).

30 Davon ausgenommen war die Medizinerbildung an einigen Elitehochschulen wie Johns Hopkins, Harvard, Yale usw.

Um die Niederlassungsmöglichkeiten der Ärzte nicht durch Unterschiede zwischen den einzelstaatlichen Zulassungsverfahren zu behindern, setzten schon kurz nach der Jahrhundertwende Bemühungen zur Schaffung einheitlicher Prüfungs- und Zulassungskriterien ein, die vor allem durch das 1915 gegründete National Board of Medical Examiners vorangetrieben wurden.³¹ Die ärztliche Tätigkeit ist daher eine der wenigen Ausnahmen, in denen die einzelstaatliche Berufsgesetzgebung weitgehend uniformen Charakter angenommen hat. Da die Kompetenz zur gesetzlichen Regelung der Berufszulassung bei den Einzelstaaten liegt, entstand im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe eine sehr zersplitterte Gesetzgebungslandschaft, so daß im Hinblick auf die regulative Kraft dieser Gesetze vielfach nur Tendenzsagen gemacht werden können.

Ähnlich wie die Registrierung in Großbritannien entwickelte sich die Lizenzierung in den USA zum allgemein akzeptierten Nachweis eines professionellen Status, auch wenn damit noch längst keine Selbstverwaltungskompetenzen oder gar eine Emanzipation gegenüber der Ärzteschaft verbunden waren. Die State boards blieben bis in die 1960er Jahre hinein häufig nur von Ärzten besetzt oder zumindest dominiert. Es entsprach aber durchaus dem höheren Status, den der Krankenschwesternberuf in den USA gegenüber seinem deutschen Pendant besitzt, daß schon 1902 ein erstes Zulassungsgesetz (»Nurse Practice Act«) verabschiedet wurde (Roemer 1980: 110–111) und in den dreißiger Jahren alle Einzelstaaten entsprechende Berufsgesetze erlassen hatten. Die Durchsetzung einer flächendeckenden, also in allen Bundesstaaten geltenden Lizenzierung gelang nicht nur den professionellen Berufsgruppen wie Apothekern, Psychologen und Zahnärzten, sondern auch einigen nichtärztlichen Gesundheitsberufen wie den Physiotherapeuten und den Chiropraktikern (Gross 1984: 39–40). Für diese Berufsgruppen wurden gesonderte State boards errichtet, deren Struktur und Funktion denen der State Medical Boards nachgebildet war.

Gleichwohl blieb die Lizenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe sowohl nach geographischen Kriterien wie auch im Hinblick auf die Zahl der betroffenen Berufsgruppen sehr selektiv. Dieses Regelungsvakuum wurde sowohl innerhalb der Ärzteschaft wie auch bei den medizinischen Assistenzberufen gleichermaßen als veränderungsbedürftig empfunden, wenn auch aus ganz unterschiedlichen Motiven. Für die nichtärztlichen Gesund-

31 Seit 1968 gibt es mit der Federation Licensing Examination (FLEX) eine bundeseinheitliche Zulassungsprüfung, die von der Federation of State Medical Boards entwickelt wurde.

heitsberufe waren Befähigungsnachweise und Zulassungsnormen wesentliche Bestandteile ihrer professionellen Entwicklungs- und Konsolidierungsbemühungen, wohingegen auf seiten der Ärzteschaft eher ein Interesse an der Grenzziehung und Kontrolle des professionellen Handlungsterrains bestand, was seinerzeit durch das Vordringen einzelner Berufsgruppen wie der Röntgentechniker (»x-ray technicians«) oder der Laborassistenten (»medical technicians«) in ärztliche Tätigkeitsfelder bestärkt wurde (Halpern 1992). In den 1920er Jahren setzte daher eine von der Ärzteschaft getragene Gründungswelle privater Lizenzierungsorganisationen ein. Zwei der bekannteren Beispiele sind das 1922 auf Betreiben der (ärztlichen) Radiologen errichtete American Registry of X-Ray Technicians (Fay 1979: 668) sowie das von den Pathologen kontrollierte Registry of Medical Technicians, das 1928 geschaffen wurde (Williams/Lindberg 1975: 16–17). Anders als bei den State boards, die von Vertretern der jeweiligen Berufsgruppe beherrscht werden, waren die eben genannten Organisationen bis in die sechziger Jahre von der medizinischen Profession dominiert. An diesem Punkt weist die Strategie der amerikanischen Ärzte eine gewisse Ähnlichkeit mit der ihrer britischen Kollegen auf. Das BRMA in Großbritannien war ebenfalls aus einer privaten Initiative der BMA hervorgegangen, hatte allerdings eine zentrale Organisation. Anders als in Deutschland, wo eine gewisse Kontrolle der nichtärztlichen Gesundheitsberufe durch den Amtsarzt erfolgte, bildete sich in den USA ein »staatsferner« Regulierungsmodus heraus.

Die privaten und auf Freiwilligkeit basierenden Organisationen etablierten eine Form der Marktregulierung, die als »certification« bezeichnet wird. Im Grundsatz ist die Certification dem Licensing sehr ähnlich, denn in beiden Fällen handelt es sich um den Nachweis eines Qualifikationsstandards, der von einer – zumeist professionsdominierten – Institution entwickelt wurde. Anders als die gesetzliche Lizenzierung erfolgt die Certification aber durch eine private Organisation, so daß sie keine Rechtsverbindlichkeit besitzt. Im Unterschied zur Lizenzierung gilt sie allerdings bundeseinheitlich. Daß auch private Formen der Marktregulierung trotz ihrer Unverbindlichkeit beträchtliche Autorität und Anerkennung entfalten können, indem sie zum Maßstab für gesetzliche Vorschriften erhoben werden, ist eine Eigenheit des amerikanischen Falles, die sich historisch auf den »Flexner Report« von 1910 zurückführen läßt.

Im Auftrag der Carnegie Foundation hatte Abraham Flexner die damals über 130 Medical schools in den USA bereist und dabei die Qualität ihrer Lehre sowie ihrer Ausbildungseinrichtungen kritisch beleuchtet. Die Veröf-

fentlichung seines Berichts markierte einen Wendepunkt in der bis dahin nahezu unregulierten Ausbildungslandschaft für Ärzte. Das in der Folge des Flexner Reports einsetzende Sterben zahlreicher Medical schools, deren »rating« schlecht ausgefallen war, beruhte nicht nur auf dem Ausbleiben von Studenten und privaten Spendengeldern, sondern auch auf der Verschärfung einzelstaatlicher Zulassungsgesetze, die nur noch Absolventen von Medical schools zuließen, die bestimmten wissenschaftlichen Standards entsprachen (Starr 1982: 119–127). Einen wesentlichen Anteil daran hatten die von der American Medical Association (AMA) entwickelten Ausbildungsstandards, für deren nationale Diffusion die 1912 gegründete »Federation of State Medical Boards« sorgte (Starr 1982: 120–121). Die Herausbildung einer privaten Marktregulierung, die später auch auf die Ausbildungseinrichtungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausgedehnt wurde, war keine Besonderheit des Gesundheitssektors, sondern entspricht einem generellen Regulierungsmuster des Bildungswesens in den USA (Wiley/Zald 1968; Freidson 1986: 69–87).

Während sich die durchschlagende Wirkung des Flexner Reports noch in erster Linie der erfolgreichen Propagierung der naturwissenschaftlichen Medizin, also einer ideellen Grundlage verdankte, erlangten die daran anschließenden Bemühungen der AMA zur Kontrolle über die Ausbreitung der Medical schools ihre Wirksamkeit über einen sehr viel direkter wirkenden Mechanismus, nämlich die Verbindung mit der staatlichen Lizenzierung. Immer mehr Zulassungsgesetze der Einzelstaaten sahen vor, daß nur Absolventen einer akkreditierten Medical school die staatliche Zulassung erhalten dürfen, was die AMA-Zulassung zu einem faktischen Zwang werden ließ. Als 1942 unter maßgeblicher Mitwirkung der AMA das Liaison Committee on Medical Education gegründet wurde, war dieser privaten »accrediting agency« das Zulassungsmonopol für medizinische Ausbildungseinrichtungen bereits sicher (Raffel/Raffel 1989: 13–14).

Die sich hier andeutende Vernetzung der privaten Regulierungsnormen mit der Verbindlichkeit staatlicher Regulierungsautorität, wie sie für den amerikanischen Fall heute so charakteristisch ist, fand im Hospital Survey and Construction (Hill-Burton) Act von 1946 (Public Law 79–725) eine wichtige Fortsetzung. Dieses US-Pendant zum deutschen Krankenhausfinanzierungsgesetz knüpfte die Vergabe bundesstaatlicher Finanzmittel für die Erweiterung, Modernisierung und den Neubau von Krankenhäusern an die Einhaltung baupolizeilicher Mindeststandards (Lander 1980: 131). Diese Auflagen fanden auch einen breiten gesetzlichen Niederschlag in der Einfüh-

rung beziehungsweise Novellierung einzelstaatlicher Betriebsverordnungen (»state hospital licensing laws«), die fast ausnahmslos einer Vorlage der American Hospital Association (AHA) folgten.

Nach einem nahezu identischen Muster gestaltet war der 1952 verabschiedete Veterans' Readjustment Assistance Act (Public Law 82-550). Das als »Korean GI Bill« bekannt gewordene Gesetz, dessen Zweck die finanzielle Unterstützung der Aus- und Weiterbildung heimkehrender US-Soldaten war, machte die Förderungswürdigkeit von Ausbildungsstätten abhängig von deren Übereinstimmung mit Mindeststandards, die von einer »nationally recognized accrediting agency or association« (zit. nach Finkin 1973: 346) festgestellt werden müssen. Im Unterschied zum Hill-Burton Act wurde hier wiederum von staatlicher Seite auf *private* Organisationen als Urheber verlässlicher Qualitätsurteile Bezug genommen.

Von noch größerer Tragweite für die Ausdehnung und Festigung quasi-regulativer Kompetenzen privater Organisationen erwies sich die Gründung der Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH). Die JCAH war im Jahr 1952 unter Mitwirkung mehrerer Ärzteverbände, unter ihnen die AMA, und der American Hospital Association als private Organisation entstanden, deren Funktion in der Akkreditierung von Krankenhäusern besteht, die die Mindeststandards der JCAH erfüllen (Jost 1983: 849-852). Diese Standards beziehen sich unter anderem auf die Organisation der Entscheidungsgremien, die apparative Ausstattung, die Datenverwaltung und – für die vorliegende Fragestellung von besonderem Interesse – auf die Personalstruktur eines Krankenhauses. Die dabei zugrundegelegten »staffing guidelines« schreiben nicht nur das Ausbildungsniveau für eine Reihe von Berufsgruppen vor, sondern weisen bestimmte Tätigkeitsfelder exklusiv einer Berufsgruppe zu, so daß ihnen eine nicht zu unterschätzende Wirkung auf die Personalrekrutierung des stationären Sektors zukommt.

Obwohl die JCAH bis zum heutigen Tag eine private Organisation blieb, mit deren Standards Krankenhäuser nur auf freiwilliger Basis übereinstimmen müssen, erlangte die JCAH-Anerkennung eine rasch wachsende Autorität. Dieser Einfluß rührte zunächst daher, daß große Krankenversicherungsgesellschaften, wie etwa Blue Cross, nur mit solchen Krankenhäusern Verträge zur Behandlung ihrer Versicherten abschlossen, die über eine JCAH-Akkreditierung verfügen. Die entscheidende Aufwertung der JCAH resultierte – wie auch schon in den anderen Beispielen privater Marktregulierungsinstanzen – aus der Verabschiedung von Medicare und Medicaid im Jahr 1965 (Lander 1980: 134-135; Jost 1983: 852-854), da die Erstattungs-

fähigkeit von Krankenhauskosten nach diesen beiden großen staatlichen Leistungsprogrammen ebenfalls an die Akkreditierung durch die JCAH gebunden ist. Der finanzielle Umfang, den beide Versicherungsprogramme sehr rasch annahmen – er liegt heute bei rund 40 Prozent aller Krankenhausleistungen –, machte es für die meisten Krankenhäuser unumgänglich, sich den Qualitätsstandards der JCAH zu unterwerfen und damit auch deren Staffing guidelines zu akzeptieren. 84 Prozent aller Krankenhäuser sind heute durch die JCAH zugelassen (Raffel/Raffel 1989: 171). Daher ist einer Einschätzung von Eliot Freidson zuzustimmen, der zu dieser Variante der privaten Marktregulierung feststellte: »In essence, accrediting associations become gatekeepers of extensive federal economic benefits and their clients« (Freidson 1986: 76).

Im Verlauf der siebziger Jahre wurde der staatliche Rückgriff auf die private Regulierung im Gesundheitssektor zum Gegenstand wachsender Kritik,³² die etwa der JCAH eine zu wenig konsequente Durchsetzung ihrer eigenen Qualitätsstandards vorhielt (Alford 1975: 232–233). Generell wurde der Ärzteschaft zum Vorwurf gemacht, daß sie ihre weitgehende Kontrolle über die Mechanismen der Marktregulierung vor allem zum Zweck des Konkurrenzschutzes eingesetzt habe. Die naheliegende Vermutung, daß die medizinische Profession ihre strategisch zentrale Position im System der Marktregulierung genutzt haben könnte, um die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe einzuengen, findet zumindest auf der Basis der Personaldaten keine Bestätigung.³³ Nicht unerwähnt bleiben sollte, daß verschiedene nichtärztlichen Gesundheitsberufe auch »arztfreie« Selbstverwaltungsrechte etablieren konnten. Als Bestandteil des Nurse Training Act (Public Law 88–581) von 1964 wurde etwa die National League for Nursing für die Akkreditierung von Schwesternschulen zuständig (Chambers 1983: 253).

32 Einer der ersten Kritiker des Occupational licensing war Milton Friedman (1962: 137–160), der in dieser Form der Marktregulierung primär ein Wettbewerbshindernis sah, da es der jeweiligen Berufsgruppe ermöglicht werde, den Marktzutritt für neue Wettbewerber einzuschränken.

33 Es gibt andererseits aber auch Hinweise auf eine ärztlich betriebene Marktschließung, bei der die Niederlassung oder der Erwerb von Hospital privileges nichtärztlicher Gesundheitsberufe verhindert wurde (Brown 1973; Jost 1983: 873; s. allgemein Rayack 1967: 241–265).

4.3.2 Die finanzielle Expansionsphase während der sechziger Jahre

In den sechziger Jahren begann in den USA eine massive finanzielle Unterstützung der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, die sich von der staatlichen Ausbildungsfinanzierung in Großbritannien und der Bundesrepublik durch ihre explizite Expansionszielsetzung abhob. Schon mit der erwähnten GI Bill hatte die amerikanische Bundesregierung erstmals – wenn auch unbeabsichtigt – in die Personalstruktur des Gesundheitssektors eingegriffen, da die Ausbildungsförderung, die eigentlich als Kompensation für die Kriegsteilnahme konzipiert war, auch für das Medizinstudium und die fachärztliche Weiterbildung galt. Die staatliche Subventionierung von Studiengebühren und Lebensunterhaltskosten sowie die finanzielle Förderung der Ausbildungseinrichtungen löste auch im Bereich der ärztlichen Weiterbildung eine starke Nachfrage aus und veranlaßte die Lehrkrankenhäuser zu einer Ausweitung ihrer Residency-Positionen, so daß einzelne Facharztgruppen fühlbare Zuwächse verzeichnen konnten (Stevens 1966: 299–300).

Zu Beginn der sechziger Jahre entwickelte sich die Expansion der Ärztezahlen dann zum ausdrücklichen Ziel der staatlichen Gesundheitspolitik. Das staatliche Interesse an der Personalentwicklung des Gesundheitssektors war durch mehrere Untersuchungen ausgelöst worden, die übereinstimmend zu dem Schluß gelangten, daß in den USA eine Unterversorgung mit Ärzten zu beklagen sei. Damit war das Schlagwort von der »doctor shortage« (Fein 1967) geboren, das für die Gesundheitspolitiker bis weit in die siebziger Jahre hinein Anlaß und Legitimation bot, um durch staatliche Finanzhilfen die Zahl der Medizinstudenten, aber auch die anderer qualifizierter Gesundheitsberufe zu erhöhen (Reinhardt 1991: 257–260). Der Health Professions Educational Assistance Act von 1963 (Public Law 88–129) war hierbei nur der Beginn einer ganzen Reihe von Gesetzen, die auf eine Expansion des Gesundheitspersonals, insbesondere der Ärzte, abzielten (Finkin 1973; Wallack 1981). Die in den USA noch bis in die siebziger Jahre hinein vertretene These, die organisierte Ärzteschaft habe durch ihre strategischen Kontrollmöglichkeiten über die Akkreditierung der Medical schools und die Berufszulassung via State Medical Boards die Zahl der praktizierenden Ärzte nach ihrem Belieben steuern können (zum Beispiel Kissam 1975: 15; Goodman 1980), verlor mit diesem Gesetz ihre Grundlage. Verursacht wurde dieser Kontrollverlust durch die Fraktionierung der amerikanischen Ärzteschaft, deren akademischer Flügel, der mit der American Association of Medical Colleges über eine einflußreiche Interessenvertretung verfügt, ein

dringendes finanzielles Interesse an der staatlichen Hochschulsubventionierung hatte (Ginzberg 1990: 195).

Die in den sechziger Jahren einsetzende starke Humankapitalorientierung unterscheidet die amerikanische Gesundheitspolitik insofern deutlich von der in beiden anderen Ländern, als die staatliche Gesundheitsverwaltung in den USA ein explizites Interesse an der zahlenmäßigen Expansion des medizinischen Personals entwickelte. So wurde 1966 innerhalb des Public Health Service, der dem Gesundheitsministerium untersteht, ein spezielles Bureau of Health Manpower eingerichtet, dessen Aufgabe in der Förderung des Gesundheitspersonals bestand. Nur wenige Jahre später wurde dann mit der Division of Allied Health Manpower eine ganz Abteilung geschaffen, die sich speziell der Förderung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe widmete (Ford 1983: 117). Die finanziellen Mittel hierzu wurden durch den Allied Health Professions Personnel Training Act (Public Law 89–751) von 1966 bereitgestellt,³⁴ dem nachgesagt wird, er sei »amazingly effective in achieving the goal of an expansion of the nation's allied health education resources« (McTernan 1987: 3) gewesen. Hinter diesen Bemühungen stand ein Problem, das den finanziellen Zugangsbarrieren zum Medizinsystem lange Zeit fast ebenbürtig gegenüberstand, nämlich die enormen Diskrepanzen in der regionalen Verteilung des medizinischen Versorgungsanbots, die zunächst als generelles *Niveaup*problem und ab der zweiten Hälfte der sechziger Jahre zunehmend als *Verteilungs*problem diskutiert wurden.

Mit dem für den Gesundheitssektor einfluß- und folgenreichsten Gesetzgebungsprozeß der Nachkriegsära, der Einführung von Medicare und Medicaid im Jahr 1965, blieb die US-Regierung insofern einem eingefahrenen Muster der Gesundheitspolitik treu, als auch hier die Erhöhung des staatlichen Finanzengagements im Mittelpunkt stand und nicht dessen Kompetenzen zur Marktregulierung oder -kontrolle. Ganz ohne direkte Auswirkungen auf das System der Marktregulierung blieb dieses Gesetzespaket allerdings nicht. Insbesondere wurden durch die Ausweitung des Kreises der »zahlungsfähigen« Patienten die Marktchancen der Ärzteschaft verbessert, während der direkte Zugang von Medicare- und Medicaid-Patienten zu den medizinischen Assistenzberufen zunächst nicht möglich war (Roemer 1980: 102). Die für die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wichtige Frage der direkten – also nicht von der ärztlichen Überweisung bezie-

34 Zu Umfang und Verwendungszweck dieser Gelder vgl. Wallack (1981: 12–13). Einen knappen Überblick bundesstaatlicher »manpower policies« bieten Bacon/Kotkin (1983: 316–338).

hungsweise Hinzuziehung abhängigen – Erstattungsfähigkeit ihrer Leistungen wurde erst durch die Wahrnehmung von Implementationsproblemen zu einem politischen Thema. Wie aber in Abschnitt 2.2.3 schon deutlich wurde, hat die Medicare/Medicaid-Gesetzgebung für das Gesundheitspersonal insgesamt eine starke Expansion ermöglicht, deren Mengeneffekte vor allem den nichtärztlichen Gesundheitsberufen zugute kamen.

Während mit der Medicare/Medicaid-Gesetzgebung die finanziellen Zugangsbarrieren für eine breite Bevölkerungsschicht erheblich sanken, zeichnete sich bei der regionalen Ungleichverteilung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens nur wenig Besserung ab. Trotz steigender Absolventenzahlen mied die Ärzteschaft nach wie vor die Niederlassung in jenen – häufig ländlichen – Armutsregionen, in denen eine Unterversorgung festgestellt worden war. Neben dem Verteilungsproblem geriet zunehmend auch der *Qualifikationsinhalt* der medizinischen Profession zum Gegenstand der gesundheitspolitischen Diskussion.

In den Mittelpunkt der Kritik gelangte die Neigung der Ärzte, sich in zunehmendem Maße zu spezialisieren und sich dabei immer weiter von den Versorgungsbedürfnissen breiter Bevölkerungsschichten zu entfernen. Die Überspezialisierung der medizinischen Profession und die daraus resultierenden Qualitätsverluste beziehungsweise die Nichtverfügbarkeit primärärztlicher³⁵ Leistungen fand in der zahlenmäßigen Abnahme der praktischen Ärzte, die als Garant einer funktionierenden primärmedizinischen Versorgung galten, ihren deutlichsten Niederschlag (Döhler 1993: 194). Die Ärzteschaft reagierte 1969 auf diese Diskussion mit der Einführung des neuen Fachgebietes »family practice« (kritisch dazu: Riska/Bufferbarger 1982), ohne daß dieser Schritt jedoch als eine ausreichende Antwort auf das primärmedizinische Defizit empfunden wurde. Durch den 1971 verabschiedeten Comprehensive Health Manpower and Training Act (Public Law 92–157) wurde die finanzielle Förderungswürdigkeit von Medical schools unter anderem nach ihrem Engagement in der Ausbildung primärmedizinischer Qualifikationen bemessen (Backup/Molinari 1982: 208; Thompson 1981: 81). Diese Maßnahme galt nicht nur der Medizinerausbildung, sondern gleichzeitig wurden auch Mittel für die Ausbildung medizinischer Assistenzberufe bereitgestellt. Von der staatlichen Ausbildungsförderung ging sicherlich nicht der einzige und auch nicht der wichtigste Impuls für das Personal-

35 Zu den als »primärärztlich« bezeichneten Fachgruppen werden die Allgemeinmedizin, Inneres, Pädiatrie und Gynäkologie gerechnet.

wachstum der Gesundheitsberufe aus. Es erscheint allerdings plausibel, von diesem Finanzfluß eine zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausgerichtete Wirkung zu vermuten. So wuchs zwischen 1966 und 1980 die Zahl von Ausbildungsprogrammen für die nichtärztlichen Berufe von 2.500 auf mehr als 8.000 (Ford 1983: 118), während die Zahl der Medical schools zwischen 1963 und 1980 nur von 87 auf 126 anstieg (Gallagher/Searle 1989: 446; vgl. auch Stambler 1979: 9). Insgesamt dominiert in der amerikanischen Gesundheitsökonomie die Einschätzung, daß von den staatlichen Förderprogrammen ein deutlicher Wachstumsimpuls für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausging (vgl. zum Beispiel Sorkin 1977: 87–105).

4.3.3 Umbrüche auf der horizontalen Differenzierungsebene

Seit Mitte der sechziger Jahre stieg nicht nur der personelle Umfang der nichtärztlichen Gesundheitsberufe stark an, sondern es ist auch eine rapide Zunahme neuer medizinischer Tätigkeitsfelder und Berufsbilder registriert worden, für die sich die Sammelbezeichnung »allied health personnel« eingebürgert hat (gute Überblicke dazu bieten Greenfield 1969; Ford 1983; McTernan 1987 und Institute of Medicine 1989).³⁶ Eine Quantifizierung dieser Entwicklung vorzunehmen, ist – wie in Abschnitt 2.2.3 bereits ausgeführt – nicht ohne weiteres möglich, da die Kriterien für die Definition eines Berufs sehr stark variieren. Vor allem die Heterogenität der Ausbildungseinrichtungen mit sehr unterschiedlichen Leistungsanforderungen und die amerikanische Neigung zur Kreation immer neuer Berufsbezeichnungen erschwerten eine Quantifizierung. Einer von mehreren denkbaren Indikatoren ist die Anzahl der Gesundheitsberufe, für die in einem beziehungsweise mehreren Bundesstaaten eine Lizenzierung erforderlich ist, da dies die voraussetzungsvollste Variante für die Anerkennung eines Berufs darstellt. Deren Zahl stieg zwischen 1952 und 1977 von 20 auf 35 (Gross 1984: 39). Unter Zugrundelegung der hier verwendeten Abgrenzung nichtärztlicher Gesundheitsberufe können insgesamt ca. 58 gesonderte Gesundheitsberufe mit einer formalisierten Ausbildung (ohne Spezialisierungsmöglichkeiten) aufgelistet

36 Die verschiedenen Qualifikationsstufen des Schwesternberufs werden ähnlich wie in Großbritannien als eigenständige »nursing profession« betrachtet. Daneben wird in den USA eine Trennlinie zwischen »nursing« einerseits und »allied health« andererseits gezogen, die in etwa der hierzulande gängigen Trennung zwischen Krankenpflege und anderen nichtärztlichen Berufen entspricht.

werden. Im Vergleich zu Großbritannien und Deutschland weist der amerikanische Fall damit eine rund doppelt so hohe Anzahl von nichtärztlichen Gesundheitsberufen auf (vgl. Übersichten 2-1, 2-2 und 2-3). Diese Entwicklung steht nun insoweit in einem Zusammenhang mit der Marktregulierung, als die rasche Herausbildung vollkommen neuer Gesundheitsberufe eines relativ offenen Systems von Marktzutrittsregeln und Beschäftigungschancen bedarf und daher die horizontale Differenzierungsdynamik Rückschlüsse auf die von der Marktregulierung ausgehenden Expansionschancen beziehungsweise -hemmnisse der nichtärztlichen Gesundheitsberufe erlaubt.

Die Genese neuer Gesundheitsberufe hat in den USA ihren Schwerpunkt zweifellos im Bereich der diagnostisch-technischen Leistungen. Gleichwohl sind für den amerikanischen Fall zwei in den sechziger Jahren entstandene nichtärztliche Berufe besonders charakteristisch, die dem Bereich der primärmedizinischen Versorgung zuzuordnen sind und eine große Nähe zur ärztlichen Tätigkeitsdomäne aufweisen. Die Rede ist hier von den »physician assistants« (PAs) und den »nurse practitioners« (NPs), die auch zusammenfassend als »physician extenders« bezeichnet werden. Seit 1965 existieren für beide Berufe eigenständige Ausbildungsprogramme. Während die Ausbildung zum NP eine Zusatzqualifikation für Registered nurses mit dreijähriger Ausbildung darstellt, die – je nach Ausbildungsstätte – zwischen mehreren Monaten und zwei Jahren dauert, erfordert die Ausbildung zum PA in der Regel ein zwei- bis dreijähriges Studium auf dem College-Niveau, das zumeist mit einem Bachelor of Arts abschließt (Schafft/Cawley 1987: 5–9). Beide Berufsgruppen werden überwiegend in Einrichtungen der ambulanten Versorgung tätig und weisen sehr ähnliche Qualifikationsprofile auf, die von einer großen Nähe zum Arztberuf gekennzeichnet sind. Empirische Studien über die praktischen Einsatzmöglichkeiten sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gelangt, daß NPs und PAs etwa 70 bis 80 Prozent aller ärztlichen Tätigkeiten ausüben können, wobei auch die Verschreibung von Arzneimitteln sowie kleinere chirurgische Eingriffe eingeschlossen sind (Yankauer/Sullivan 1982: 264; Cawley 1985: 87). In der amtlichen Statistik tauchen PAs und NPs nur 1975 und 1976 als getrennte Berufe mit jeweils 2.700 beziehungsweise 3.400 Beschäftigten auf. Danach scheinen die NPs wieder in die Kategorie Registered nurses integriert worden zu sein. Ihr zahlenmäßiger Anstieg dürfte nur geringfügig hinter dem der PAs zurückgeblieben sein.³⁷

37 Die unvermittelt auftretende zahlenmäßige Verdoppelung der PAs von 26.000 im Jahr

Obwohl es neue Berufsgruppen gibt, die ein wesentlich höheres Wachstum verzeichnen konnten,³⁸ galt insbesondere der Physician assistant als »the most exciting health manpower innovation in several decades« (Sadler/Sadler/Bliss 1972: 9), der »a fundamental change in the division of medical labor« (Cawley 1985: 94) bewirken würde. Der gesundheitspolitische Stellenwert dieser neuen Spezies nichtärztlicher Gesundheitsberufe wurde vor allem aufgrund ihrer arzt nahen Qualifikation sehr hoch eingeschätzt: »The new health professionals were expected to reduce the costs of health care, counteract the geographic and specialty maldistribution of physicians, and repair what was seen as a physician shortage« (Yankauer/Sullivan 1982: 269). Nimmt man zu diesen hochgespannten Erwartungen auch noch die Stärkung der primärmedizinischen Versorgung hinzu, dann wird deutlich, daß die Physician extenders in ihrer Bedeutung für die medizinische Arbeitsteilung ohne Beispiel sind, zumal es weder in Großbritannien noch in der Bundesrepublik ähnlich gelagerte Fälle gegeben hat.

Aus der deutschen Perspektive müßte nun vermutet werden, daß neue Berufe mit einem hohen und kostensparenden Substitutionspotential für ärztliche Leistungen von der Ärzteschaft als ernste Bedrohung wahrgenommen und entsprechend bekämpft werden. Interessanterweise war genau das Gegenteil der Fall. Sogar die Einführung der PA-Ausbildungsprogramme ging auf ärztliche Initiativen zurück (Reedy 1978: 15; Cawley 1985: 79–80). Eine wesentliche Rolle spielten dabei die bereits erwähnten regionalen Versorgungsdisparitäten mit Gesundheitspersonal. Bei der Einrichtung der ersten Ausbildungsprogramme war die Idee beherrschend, daß sich mit Hilfe hochqualifizierter Assistenzberufe ein Produktivitätszuwachs in der Praxis des Arztes erzielen ließe und auf diese Weise eine ökonomische Kompensation für die Niederlassung in unterversorgten Regionen entstehen könnte, in denen schlecht oder gar nicht versicherte Patienten überwiegen. Die große Akzeptanz des neuen Gesundheitsberufes innerhalb der Ärzteschaft wurde allerdings auf anderem Wege erreicht: der PA war von Anfang an als ein unter ärztlicher Aufsicht stehender Assistenzberuf konzipiert.³⁹ Die ursprüngliche

1988 auf 53.000 im Jahr 1990 gehört zu den nicht erklärbaren Brüchen und Sprüngen in der US-Statistik (Statistische Quellen USA/5).

38 Hierzu gehören zum Beispiel die der deutschen Arzhelferin vergleichbaren »medical assistants«, deren Zahl sich zwischen 1970 und 1990 von 17.000 auf 165.000 erhöht hat. Ein anderes Beispiel wären die mit den Rettungssanitätern vergleichbaren »emergency medical technicians« (Daten aus Statistischen Quellen USA/8, USA/5).

39 Ein britischer Beobachter hat die unterschiedlichen Berufskonzeptionen von PAs und NPs folgendermaßen auf den Punkt gebracht: Für den PA gelte, »the physician needs help«, für

Vorstellung, derzufolge ein PA als angestellte Assistenzkraft eines niedergelassenen Arztes tätig werden sollte, wird heute jedoch nur noch partiell erfüllt, da weit über zwei Drittel der PAs in Krankenhäusern und größeren ambulanten Versorgungseinrichtungen tätig sind (Cawley 1985: 87), in denen die medizinische Profession nicht allein über den Personaleinsatz entscheidet.

Beträchtlichen Antrieb erhielt die Expansion der PAs auch durch die staatliche Ausbildungsförderung (Sadler/Sadler/Bliss 1972: 10–11) wie den Comprehensive Health Manpower Training Act von 1971 (Public Law 92–152). Mitunter wurde dies als gegen die ärztliche Vorherrschaft gerichtete staatliche Intervention gedeutet (zum Beispiel Krause 1982: 147 ff.) oder mit dem Bestreben nach einer Konkurrenzbelebung des Gesundheitssektors in Zusammenhang gebracht (Congressional Budget Office 1979: 46), wie sie sich schon gegen Ende der Carter-Präsidentschaft abzeichnete (Döhler 1990: 117; 208–210). Zwar bestehen durchaus strategische Übereinstimmungen zwischen dem Ziel der Markt vitalisierung und der Ausbildungsförderung, die allerdings nicht überschätzt werden sollten. Wenn die Stärkung der Marktsituation der Assistenzberufe zum Gegenstand der staatlichen Gesundheitspolitik wurde, so war dies primär durch das fortbestehende Problem der regionalen Unterversorgung motiviert und nicht durch das Bestreben, die Kompetenzdomäne der medizinischen Profession aufzuweichen.

In diesem Sinne ist etwa der Rural Health Clinic Services Act (Public Law 95–210) von 1977 zu deuten, der staatlichen Gesundheitsprogrammen wie Medicare und Medicaid erlaubt, Honorare an Versorgungseinrichtungen zu zahlen, in denen nichtärztliche Berufe ohne direkte ärztliche Kontrolle in der Patientenversorgung tätig sind (Congressional Budget Office 1979: 31).⁴⁰ Zwar trifft es zu, daß von den drei untersuchten Ländern nur in den USA eine öffentliche Debatte über die Substitutionsmöglichkeiten ärztlicher durch nichtärztliche Arbeitskraft stattfand, aber die Ziele der staatlichen Gesundheitsplaner hatten doch eher einen komplementären und weniger einen kompetitiven Charakter. Dafür spricht auch das regelrecht symbiotische Bezie-

den NP hingegen, »people need care« (Reedy 1978: 37). Die stärker auf arztunabhängige Pflegetätigkeiten ausgerichtete Konzeption des NP gilt als wesentliche Ursache für die größeren Etablierungsschwierigkeiten, die dieser neue Beruf bewältigen mußte.

40 Hinsichtlich der realen Loslösung von ärztlicher Kontrolle gehen die Einschätzungen jedoch auseinander. Dolan (1980: 227) spricht zum Beispiel von »extensive physician supervision requirements«, die das Gesetz verlange, während Roemer (1980: 102) ein »greatly lessening of the degree of physician supervision« sieht.

lungsmuster, das sich zwischen Ärzteschaft und PAs herausgebildet hat. Dieser Punkt führt zurück auf die Marktregulierung.

Seit Beginn der siebziger Jahre ist eine Welle einzelstaatlicher Gesetzgebungsaktivitäten zu beobachten, die dem Ziel diene, den Umfang der an die Physician extenders delegierbaren medizinischen Tätigkeitsfelder auszuweiten (Sadler/Sadler/Bliss 1972: 98–103; Kissam 1975: 11, 1977: 120; Rubin 1980: 228 ff.). Daß es sich hierbei um eine explizite Forderung der AMA handelte (Kissam 1977: 127), macht deutlich, daß das strategische Repertoire der amerikanischen Ärzteschaft keineswegs nur auf die möglichst uneingeschränkte Aufrechterhaltung der Dominanzbeziehungen beschränkt ist, wie man es im deutschen Fall mit dem eifersüchtig gehüteten »Arztvorbehalt« beobachten kann. Freilich wurde die Aufwertung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe von der Ärzteschaft nicht aus altruistischen Motiven akzeptiert und gefördert, sondern weil dadurch die Chancen zu produktivitätserhöhender Arbeitsentlastung verbessert werden. Bezeichnenderweise war die Novellierung einzelstaatlicher Lizenzierungsgesetze, die den klinischen Handlungsspielraum der nichtärztlichen Berufe erweitert haben, häufig von einer Regelung begleitet, die die zulässige Zahl der in der Arztpraxis angestellten Assistenzkräfte auf zwei oder drei begrenzte (Dolan 1980: 230–232). Offenbar kalkulierte man einen ökonomisch motivierten übermäßigen Einsatz des nichtärztlichen Personals als arzttypisches Verhalten ein. Zwar vermittelt diese Entwicklung insgesamt den Eindruck, als wäre lediglich die Funktionalisierbarkeit der Assistenzberufe durch die medizinische Profession gesteigert worden, andererseits darf nicht außer acht bleiben, daß die Ausweitung der medizinischen Kompetenzen zu einer Statusaufwertung der Assistenzberufe und damit zu einem merklichen Professionalisierungsschub geführt hat.⁴¹

Immerhin ist die Gefahr, daß sich die neuen medizinischen Assistenzberufe nicht nur als willfähiges Hilfspersonal, sondern auch als potentielle Konkurrenz entpuppen könnten, auch innerhalb der organisierten Ärzteschaft wahrgenommen worden. Derartige Bedenken führten 1967 in der AMA zur Gründung eines »Committee on Emerging Health Manpower«, dessen Funktion darin bestehen sollte, über die Entwicklungsrichtung neuer Gesundheitsberufe ein gewisses Maß an Kontrolle auszuüben. Die Aufgaben

41 Zum Beispiel wurde in mehreren Bundesstaaten auch die Möglichkeit der PAs und NPs zur unabhängigen Praxisausübung – freilich im Rahmen ihrer gesetzlich eingegrenzten Tätigkeitsfelder – verbessert (Kissam 1977: 145). Zur arztunabhängigen Honorierung vgl. Kapitel 6.

wurden von der AMA umschrieben als, »to provide support and professional direction for innovation and experimentation in developing new categories of health manpower« (Points 1971: 5). In eine ähnliche Richtung wies der 1970 veröffentlichte »Himler Report« des AMA Committee on Planning and Development (Berlant 1975: 260 ff.), der unter anderem die Chancen und Gefahren der zunehmenden Differenzierung innerhalb der nichtärztlichen Gesundheitsberufe behandelte. Bezeichnend für die vorherrschende Orientierung innerhalb der Ärzteschaft war die Aussage, »the ›health team‹ ... can increase the amount of wealth coming into the hands of the medical profession – if it can keep the number of physicians relatively low and place them in top positions of control« (Berlant 1975: 271). Seit dieser Zeit konzentriert sich das Interesse der AMA vor allem auf die Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Das speziell dafür eingerichtete Akkreditierungsprogramm (Gupta/Hedrick 1990) hat die Entstehung neuer Berufsgruppen zwar immer kontrollierend, aber kaum hemmend begleitet. Den amerikanischen Ärzten – so ließe sich ihre Haltung umreißen – war und ist nicht an der Unterdrückung neuer Berufsgruppen gelegen, sondern vielmehr an deren arztfreundlicher Integration in das Netzwerk der medizinischen Arbeitsteilung (Kissam 1975: 20).⁴² Wäre darüber eine kollektive Willensäußerung möglich, würden die amerikanischen Ärzte aller Voraussicht nach auch keine restriktivere Form der Marktregulierung anstreben, da darunter die Möglichkeiten zur Funktionalisierung der Assistenzberufe leiden könnten. Dies entspricht im wesentlichen dem Tauschmodell der interprofessionellen Beziehungen.

Die hohe Aufnahmefähigkeit des amerikanischen Systems der Marktregulierung für Innovationen im System der medizinischen Arbeitsteilung geht einher mit einem charakteristischen Problem. Die verschiedenen Institutionen und Ebenen der Marktregulierung stehen in keinerlei systematischer Ordnung zueinander, sie überlappen sich, konkurrieren teilweise in der Zuständigkeit, und dies noch multipliziert durch die föderal bedingte Fragmentierung der Berufsgesetzgebung. Es waren daher weniger grundsätzliche Bedenken gegenüber der Herausbildung neuer Gesundheitsberufe als vielmehr

42 Damit nicht unvereinbar ist aber auch die Feststellung, daß es in nicht wenigen Fällen zu langwierigen Konflikten zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichen Berufsgruppen gekommen ist, möglicherweise sogar kommen mußte. Denn eine so verflüssigte Arbeitsteilung wie sie in den USA besteht – selbst wenn sie häufig der dominanten Profession zugute kommt –, erfordert an vielen Stellen gleichzeitig einen für die beteiligten Akteure akzeptablen Balancezustand (Näheres dazu in Abschnitt 5.1).

ein diffuses Unbehagen an der unübersichtlichen Regulierungslandschaft (Gross 1984: 41), die das Department of Health, Education and Welfare (DHEW) 1971 einer Anregung der AHA und der AMA folgen ließ. In einem Report sprach sich das Ministerium dafür aus, die Lizenzierung neuer Gesundheitsberufe durch einzelstaatliche Gesetzgebung für zwei Jahre lang auszusetzen, um während dieses Zeitraumes eine ausreichende Informationsgrundlage über die Probleme und notwendigen gesetzlichen Maßnahmen zu gewinnen, die aus der rapiden Ausdifferenzierung der Gesundheitsberufe resultieren (Cohen/Miike 1973: 1–10). Zwar gab es auch Befürchtungen innerhalb der Ärzteschaft, daß sich neue Gesundheitsberufe zu einer Domänenbedrohung auswachsen könnten (Cohen/Miike 1973: 33); gleichwohl waren andere Motive für das Moratorium ausschlaggebend, wie etwa die Mobilitätshemmnisse, die für das nichtärztliche Personal aus der Uneinheitlichkeit der einzelstaatlichen Gesetzgebung resultierten (vgl. Cohen/Miike 1973: 29–32), oder das Anliegen der Krankenhäuser, breitere medizinische Kompetenzen (»multiple tasks«) für die Assistenzberufe zu verankern, die einen flexibleren Personaleinsatz im Krankenhaus erlauben würden (Feldstein 1977: 155). Die erhoffte Bremswirkung der DHEW-Initiative blieb aus, in der Folge wurden lediglich in verschiedenen Staaten berufsübergreifende Boards eingerichtet, die für die Regulierung aller nichtärztlichen Gesundheitsberufe zuständig sind, um so der organisatorischen und verfahrensmäßigen Fragmentierung entgegenzuwirken (Roemer 1980: 112–113; McCready 1982). Obwohl die Bemühungen um eine Koordinierung seither spürbar zugenommen haben, blieb der fragmentierte Charakter der Marktregulierung mit seinen – die Expansion der Assistenzberufe begünstigenden – Steuerungsproblemen bestehen.

4.3.4 Marktregulierung in der Ära der Deregulierung

Die Ausdifferenzierung der Gesundheitsberufe auf der horizontalen Ebene hat die Komplexität des Systems der Marktregulierung sogar weiter erhöht. Es entstanden neue Boards für die Lizenzierung, neue Organisationen für die Certification des Gesundheitspersonals, sowie eine Vielzahl neuer Ausbildungsstätten, was wiederum eine derartige Gründungswelle von Akkreditierungseinrichtungen verursachte, daß als Antwort darauf »accreditors of accreditors« und natürlich auch »accreditors of certifiers« als zweite Stufe der Marktregulierung entstanden. Ein Beispiel für letztere Kategorie ist die

1977 auf Empfehlung des Gesundheitsministeriums gegründete »National Commission for Health Certifying Agencies«, die Aktivitäten der zahllosen Zertifizierungsorganisationen koordinieren soll (NCAHE 1980: 37). Ganz ähnliche Überlegungen lagen dem 1975 innerhalb des amerikanischen Erziehungsministeriums geschaffenen Office of Postsecondary Education (OPE) zugrunde, das eine Liste von derzeit rund 40 »approved accrediting bodies« (Havighurst/King 1983: 138; Chambers 1983: 262) veröffentlicht, von deren Anerkennung (»institutional eligibility«) wiederum die Vergabe staatlicher Fördermittel abhängt. Man sollte nun meinen, daß diese klare finanzielle Verbindung dem OPE eine hervorgehobene Position im verschachtelten Anerkennungs- und Zulassungssystem verschaffen müßte. Doch der Fall des explizit als *privates* Gegenstück zum OPE gegründeten »Council on Postsecondary Accreditation«, der mittlerweile 36 Accrediting agencies zugelassen hat, zeigt, daß die staatlichen Ordnungsbemühungen kaum gefruchtet haben (Havighurst/King 1983: 138).⁴³

Als charakteristisch für die Rolle der medizinischen Profession im »crazy-quilt« (Light 1988: 218) der Zulassungs- und Lizenzierungsorganisationen kann der Umstand gelten, daß sie keine institutionelle Hegemonie etablieren konnte. Der Zugriff insbesondere der AMA auf die Marktregulierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe variiert zwar erheblich. Als typisch für die vorherrschende Regelungssituation kann jedoch das 1976 eingerichtete Committee on Allied Health Education and Accreditation (CAHEA) der AMA betrachtet werden, das für die Zulassung der Ausbildungseinrichtungen von 23 nichtärztlichen Gesundheitsberufen zuständig ist, die sämtlich Repräsentanten in das CAHEA entsenden und daher ein Mitspracherecht besitzen (Fauser 1989: 135). Die Integration neuer Berufsgruppen in die Zuständigkeit des CAHEA vollzieht sich auf freiwilliger Basis, meist durch einen Kooperationsantrag der betreffenden Berufsgruppe, deren Ausbildungsstätten durch die CAHEA-Anerkennung dann die Voraussetzung für staatliche Fördermittel erfüllen. Überdies gibt es auch Berufsgruppen wie die Physiotherapeuten oder das Laborpersonal (Arluke/Gritzer

43 Die Gründe für das Scheitern der bundesstaatlichen Initiative liegen offenbar darin, daß die Einzelstaaten Ausbildungseinrichtungen auch auf der Basis einer privaten Akkreditierung zulassen, so daß sich kein nationaler Standard herauszubilden vermochte (Chambers 1983: 235; Freidson 1986: 76–77). Zudem muß daran erinnert werden, daß konkurrierende Zulassungsorganisationen von manchen Wettbewerbsrechtlern als durchaus sinnvolle Arrangements zur Durchsetzung von höheren Qualitätsstandards gesehen werden (vgl. zum Beispiel Havighurst 1989: 24–26).

1985: 125–135; Havighurst/King 1983: 148–149; Havighurst 1989: 24), deren Beispiel zeigt, daß die Verselbständigung gegenüber der Ärzteschaft und selbst eine Konkurrenzbeziehung zwischen ärztlich und nichtärztlich kontrollierten Zulassungsorganisationen einer zahlenmäßigen Expansion der Assistenzberufe nicht hinderlich sein muß.

Mitte der siebziger Jahre erschien den Verfechtern einer Deregulierung selbst diese moderate »Gatekeeper«-Position der medizinischen Profession als Wettbewerbshindernis, das es zu beseitigen gelte. Eine entscheidende Wende vollzog sich im Jahr 1975, in dem ein folgenreiches Urteil des Supreme Court die bis dahin geltende Praxis für rechtswidrig erklärte, derzufolge die »learned professions« von der Geltung des Antitrustrechts ausgenommen waren (Döhler 1990: 206–207). Die spektakulärsten Anwendungsfälle des Wettbewerbsrechts bezogen sich zwar nicht auf die Kontrollmechanismen, die die organisierte Ärzteschaft gegenüber den nichtärztlichen Berufen und damit gegenüber potentiellen Wettbewerbern einsetzen konnte, aber auch dieser Bereich blieb von dem neuen wettbewerbsrechtlichen Rigorismus nicht verschont. Die gegen nahezu alle Formen und Institutionen der Marktregulierung gerichtete Kritik konnte auch ohne unmittelbares (bundes)gesetzgeberisches Echo wirksam werden, und zwar über die Spruchpraxis der Gerichte und der Kartellbehörden.

So hat es in verschiedenen Bereichen der Marktregulierung Versuche oder tatsächlich durchgesetzte Verbesserungen für die Assistenzberufe gegeben (Dolan 1980: 677–683; Kissam 1983: 9; Bezold 1987: 83). Neben der Aufhebung wettbewerbshemmender Regelungen in den staatlichen Licensing laws und diversen Gerichtsverfahren gegen das von den regionalen Medical societies, den Untergliederungen der AMA, ausgesprochene Überweisungsverbot an bestimmte nichtärztliche Berufsgruppen dürften die verbesserten Nutzungsrechte für Krankenhauseinrichtungen die stärksten Auswirkungen auf die Expansionschancen der Assistenzberufe gehabt haben. Unter dem Eindruck schwebender Gerichtsverfahren revidierte die JCAH 1984 ihre Staffing guidelines dergestalt, daß auch nichtärztliche Gesundheitsberufe wie Psychologen, Chiropractors oder Podiatrists Zugang zum Krankenhaus erhalten (Hall/Ellman 1990: 150–151). Hier könnte ebenfalls die Frage aufgeworfen werden, ob es sich um eine gegen die Interessen der Ärzteschaft durchgesetzte Maßnahme oder eher um einen weiteren Schritt in der arztfreundlichen Funktionalisierung des nichtärztlichen Personals handelt. Beide Sichtweisen haben insofern ihre Berechtigung, als die Ärzteschaft in unterschiedlichem Maß betroffen ist. Gegen die Novellierung der JCAH-

Standards opponierte zum Beispiel das American College of Surgeons äußerst heftig, während andere Professionssegmente keinen Widerstand mobilisierten (Ginsberg 1990: 26). Insgesamt erscheint es aber gerechtfertigt, in diesem Schritt ein Element einer fortschreitenden Domänenaufweichung zu sehen, von der nicht nur die Assistenzberufe profitieren, sondern auch die Krankenhäuser und besonders das Krankenhausmanagement, die unter den Bedingungen eines verschärften Wettbewerbs ihre eigenen, teils konträr zur Ärzteschaft liegenden Interessen an einem effizienten und flexiblen Personaleinsatz entwickelt haben.⁴⁴ Dazu gilt es festzustellen, daß sich die Krankenhäuser in den USA in sehr viel stärkerem Maße von der Dominanz durch ärztliche Interessen gelöst und als eigenständiger Akteur etabliert haben als in den beiden anderen Ländern.

Teilweise sind auch die Selbstregulierungsaktivitäten der Assistenzberufe als Versuche der Marktschließung betrachtet worden, was insofern kaum verwundert, als hier ja exakt dieselben institutionellen und prozeduralen Muster der Marktregulierung zur Anwendung gelangen. So wird etwa dem konzertierten Vorgehen der National Association of Respiratory Therapy, die für die Zertifikation zuständig ist, und der für die Akkreditierung verantwortlichen American Association of Respiratory Therapy nachgesagt, »that both groups had been quite successful in regulating every phase of entry into careers by respiratory therapists« (Chambers 1983: 264). Aber selbst wenn die Aussage zutrifft, handelt es sich dabei um alles andere als eine restriktiv wirkende Form der Marktkontrolle. Denn die Berufsgruppe der Atemtherapeuten verzeichnet zwischen 1965 und 1988 mit 1.300 Prozent eine der höchsten Zuwachsraten aller Gesundheitsberufe (Statistische Quellen USA/8, USA/5).

Die Anfechtung der ärztlichen Machtposition im System der Arbeitsteilung durch kartellrechtliche Verfahren hat infolge der vom Kongreß enger gezogenen Spielräume der Federal Trade Commission seit Beginn der achtziger Jahre an Schwungkraft verloren (Döhler 1990: 207). Mit dem Wahlsieg Ronald Reagans setzte dafür eine Verschärfung der Wettbewerbsorientierung der staatlichen Gesundheitspolitik ein, die auf die Organisationsstrukturen, die Eigentumsverhältnisse und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung deutlich spürbare Auswirkungen besaß. Davon ist auch die Entwicklungs-

44 Entscheidend dazu beigetragen hat die Einführung der »Diagnostic Related Groups«, einer Fallpauschalenhonorierung für die stationäre Versorgung, in deren Folge die Position des Managements gegenüber der medizinischen Profession gestärkt wurde (Stevens 1989: 321–365; Döhler 1990: 375–384).

dynamik der Gesundheitsberufe nicht unberührt geblieben. Allerdings erfuhren die hier geschilderten Institutionen und Verfahren der Marktregulierung keine entscheidende Modifikation.

Kapitel 5

Die Ebenen der Marktregulierung im vergleichenden Querschnitt

Die vorangegangene historische Analyse hat aufgezeigt, daß die institutionelle Realität der Marktregulierung – anders als es das verbreitete Dominanzmodell der medizinischen Profession erwarten ließe – keineswegs einen monolithischen Charakter mit arztfreundlicher Schlagseite aufweist. Vielmehr ist von einer Vielfalt von Faktoren auszugehen, die die Expansions- und Beschäftigungschancen der Gesundheitsberufe bestimmen. Das erleichtert die Beantwortung der Frage nach den Ursachen für länderspezifische Personalstrukturen nicht sonderlich. Zwar ist es möglich, die Wirkungen einzelner Regulierungselemente abzuschätzen oder mitunter sogar zu quantifizieren, allerdings läßt sich kein *Aggregateffekt* bestimmen, der die Personalstruktur des Gesundheitssektors auf die eine oder andere Weise beeinflußt – teils aufgrund der gegenläufigen Wirkungsweisen, teils deshalb, weil Wirkungen nur schwer addierbar sind. Eine vergleichende Bewertung der Beschäftigungswirkungen der zahlreichen Regulierungsmechanismen kann also allenfalls Tendenzen aufzeigen. Dafür ist es erforderlich, die in der Reihenfolge ihrer historischen Entstehung dargestellten Faktoren in einzelne Regulierungsebenen zu ordnen, um durch eine systematische Erfassung die Auswirkungen der Marktregulierung auf die Personalzusammensetzung ansatzweise abzuschätzen. Zu diesem Zweck werden drei Ebenen der Marktregulierung unterschieden: die Aus- und Weiterbildung, die Berufszulassung beziehungsweise der Marktzutritt sowie die Tätigkeitskompetenzen bei der Berufsausübung.

5.1 Aus- und Weiterbildung

Betrachtet man die drei Ebenen der Marktregulierung als hintereinander geschaltetes System von Filtern, die die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den relevanten Markt hinein bestimmen, dann bildet die Aus- und Weiterbildung die erste Ebene. Angesichts des hier primär interessierenden Zahlenverhältnisses zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist zunächst zu prüfen, ob das Ausbleiben der Mengenexpansion eines Bestandteils dieser Ziffer für das proportionale Wachstum des anderen Bestandteils verantwortlich ist beziehungsweise inwiefern divergierende Wachstumsraten auf Regulierungswirkungen der Aus- und Weiterbildungsebene zurückführbar sind.

Wie in Kapitel 2 bereits dargestellt, verlaufen die Wachstumsraten der Ärztezahlen in allen drei Ländern lange Zeit fast parallel, erst zu Beginn der achtziger Jahre geht die Entwicklung auseinander. Auch die prozentuale Zunahme weist über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg keine starken Differenzen auf. So geringfügig die Unterschiede auch ausfallen, so sollte doch die Wachstumsdynamik bei den Ärzten nicht außer Acht gelassen werden. Betrachtet man den Zuwachs in Dekadenabständen, dann zeigt sich, daß sowohl in den USA wie auch in der Bundesrepublik seit Beginn der fünfziger Jahren jeweils eine Wachstumsbeschleunigung stattgefunden hat (vgl. Tabelle 5-1).

Obwohl der diskontinuierliche Verlauf im britischen Fall nicht unbedingt den Eindruck eines steuernden Zugriffs erweckt, ist zumindest der Umstand, daß in Großbritannien keine »Ärztenschwemme« beklagt wird, ein Indikator für die bessere Kontrolle über die Mediziner Ausbildung. In Deutschland und in den USA wird hingegen seit der zweiten Hälfte der siebziger Jahre über ein Überangebot an Ärzten geklagt, dem man mit Hilfe der Ausbildungsfinanzierung beziehungsweise einer verschärften Zugangskontrolle zum Medizinstudium Herr zu werden versucht. Tatsächlich bestehen in Großbritannien die vergleichsweise besten Möglichkeiten zur Mengensteuerung der Medizinstudenten. Im Unterschied zu Deutschland und den USA kann das britische Department of Health in Zusammenarbeit mit dem Erziehungsministerium und dem für die Hochschulfinanzierung zuständigen University Grants Committee (UGC) die Zahl der Medizinstudenten über die Finanzzuweisungen an die Hochschulen steuern. Zwar sind die Hochschulen in ihrer Mittelverwendung nicht restringiert, aber in der Regel folgen sie den Ausgabenempfehlungen des UGC (Long/Mercer 1987: 40, 59; Abrams

*Tabelle 5-1 Prozentualer Ärztezuwachs 1950–1989
in der Bundesrepublik Deutschland,
Großbritannien und den USA*

	1950–1960	1960–1970	1970–1980	1980–1989
BRD	16,46 ^a	15,59	39,92	35,00
GB	28,40 ^b	18,04	26,46	19,79
USA	18,30	25,72	33,48	29,36

a 1952–1960.

b 1949–1960.

Quellen: USA/3, USA/4, USA/6, USA/8, USA/9, GB/6, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/5, BRD/6, BRD/7 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

1983). Dies ist nicht der einzige Faktor, der das Medizinerangebot bestimmt, daneben wäre zum Beispiel die Zuwanderung von Ärzten aus Commonwealth-Staaten zu nennen, aber insgesamt hat das zentralisierte System der Ausbildungsfinanzierung eine vergleichsweise gute Kontrolle über das Mengenwachstum von Absolventen des Medizinstudiums hervorgebracht. Daß sich der Zuwachs an Ärzten zwischen den drei Ländern nur wenig unterscheidet, läßt allerdings den Schluß zu, daß die in Großbritannien vorhandenen Instrumente zur Steuerung der Ärztezahlen keine hervorhebenswerte Rolle beim Zustandekommen der Personalstruktur gespielt haben.

Auf der Ebene der Aus- und Weiterbildung können auch bei den nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen nur wenige Differenzen mit Auswirkung auf deren Expansionschancen ausfindig gemacht werden. Unterteilt man diese Ebene der Marktregulierung in die Zulassung von Ausbildungseinrichtungen auf der einen und die Mengensteuerung der Absolventen auf der anderen Seite, dann stellt sich die Situation wie folgt dar:

In den USA und Großbritannien können die mit Selbstverwaltungskörperschaften ausgestatteten Gesundheitsberufe auf die Zulassung von Ausbildungseinrichtungen einwirken. Während die State boards in den USA dies nur indirekt über die Qualifikationsvoraussetzungen für die Lizenzierung tun können (Gross 1984: 102–103),¹ besitzen die britischen Körperschaften wie der CPSM oder der Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting

¹ Es ist allerdings an die Akkreditierungsorganisationen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zu erinnern, die einen direkten Einfluß auf Ausbildungsinhalte und die Zulassung von Schulen sichern.

direkte Genehmigungsrechte für Ausbildungsstätten (Bayliss 1987: 48–49). Zwar sind damit keine echten Hebel zur Mengensteuerung gegeben, allerdings bedeutet der Zugriff auf die Ausbildungsinhalte, daß die Einsatzreichweite und damit die Arbeitsmarktchancen eines nichtärztlichen Berufes durch eine Verbreiterung der Qualifikationsinhalte verbessert werden können.

Obwohl es in den USA zum gängigen Argumentationsrepertoire gehört, der organisierten Ärzteschaft eine nahezu vollständige Kontrolle über die Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zuzuweisen, kann diese These hier nicht bestätigt werden. So erlauben zum Beispiel die internen Verfahrensweisen des AMA Committee on Allied Health Education and Accreditation den Assistenzberufen eine Mitsprache, so daß kaum von einer ärztlichen Allmacht über die Definition von Ausbildungs- und Qualifikationsinhalten auszugehen ist. Im Hinblick auf die Akkreditierung von Ausbildungseinrichtungen für nichtärztliche Gesundheitsberufe ist der ärztliche Durchgriff zudem durch die Existenz *konkurrierender* Organisationen begrenzt, weil etwa bei einer Weigerung des CAHEA, eine Ausbildungsstätte zu akkreditieren, ein anderer »approved accrediting body« in Anspruch genommen werden kann. Im deutschen Fall bestehen keine vergleichbaren Selbstregulierungsrechte, was primär mit der Disjunktion zwischen Gesundheitsberufen und Ausbildungsträgern zusammenhängt. Letztere werden von kirchlich-wohlfahrtsverbandlichen Trägern sowie den Krankenhäusern dominiert, das heißt, daß entweder das Ethos religiös motivierter Dienstgesinnung oder die Qualifikationsanforderungen des Arbeitgebers im Vordergrund stehen (Meifort/Paulini 1984: 20 ff.), zwei Interessenkalküle, von denen man schwerlich eine Unterstützung oder Förderung von Professionalisierungsbestrebungen erwarten darf.

Eine regulative Mengensteuerung ist für die Ausbildung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in keinem der drei Länder möglich. Dies gilt sogar für den britischen NHS, in dem man noch am ehesten ein entsprechendes Steuerungsinstrumentarium erwarten müßte. Über die Zahl der Schwestern-, Hebammen- und Health-visitor-Schülerinnen wird dezentral verfügt, das heißt je nach lokalen Bedürfnissen. Soweit die Nursing schools von den DHAs betrieben und finanziert werden, entscheiden sie in Kooperation mit den Regional Nurse Training Committees über die Zahl der Auszubildenden (Long/Mercer 1987: 40–41). Bei anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist dies wesentlich komplizierter, da die Ausbildung von einer Anlernzeit im Krankenhaus, über private Ausbildungsangebote bis hin zur Hochschulausbildung (z.B. für Dietitians und Medical scientific laboratory officers)

reicht, so daß eine Vielzahl verschiedener Institutionen auf die Ausbildungszahlen einwirkt (Stocking 1979: 89; Harrison 1981: 90–92; Chaplin 1982: 424). Trotz der umfassenden staatlichen Finanz- und Organisationskompetenz für den NHS und der für fast alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe beklagten Rekrutierungsprobleme (Long/Mercer 1987: 146) läßt sich in Großbritannien kein besonderes politisches Interesse an einer Steuerung der Ausbildungszahlen beobachten (Stocking 1979: 93, 100).² Allein in den USA ist über die finanzielle Unterstützung von Ausbildungseinrichtungen beziehungsweise die individuelle Ausbildungsförderung eine staatliche Steuerungsintention erkennbar, die eine – in Grenzen – expansive Auswirkung auf die nichtärztlichen Gesundheitsberufe besaß.

5.2 Berufszulassung und Marktzutritt

Eine eindeutige Trennung der beiden Regulierungsebenen Berufszulassung und Marktzutritt kann nicht ohne weiteres vorgenommen werden, da die Berufszulassung meist gleichbedeutend ist mit dem Zutritt zu den wesentlichen Marktsegmenten. Die begriffliche Trennung hilft allerdings den Blick auf eine Besonderheit des deutschen Falles zu lenken, die die Fähigkeiten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zur Marktdurchdringung beeinträchtigt hat. Zunächst kann davon ausgegangen werden, daß die Berufsgesetzgebung aus der Sicht der betroffenen Berufsgruppe in allen drei Ländern die gleiche Funktion besitzt: Sie schafft eine gesetzliche Anerkennung und häufig auch den Schutz eines Berufstitels, sichert den Anspruch (wohlgemerkt: nicht den exklusiven Zugriff) auf ein abgegrenztes Tätigkeitsfeld, sie erhöht den Status und bildet damit häufig die Plattform für eine spätere Domänenenerweiterung. In welchem Maße die Berufsgesetzgebung sich nicht allein auf die Berufszulassung beschränkt, sondern gleichzeitig auch den Marktzutritt eröffnet, hängt ab von ihrem eigenen Marktöffnungspotential sowie der Wirksamkeit der ihr nachgelagerten Mechanismen der Marktregulierung.

In Abschnitt 4.1 wurde bereits auf einen für den deutschen Fall charakteristischen Regelungsdualismus zwischen Sozialrecht einerseits und Berufs-

2 Wohl aber ist in einzelnen Fällen ein professionelles Interesse vorhanden. Sowohl den Chiropraktikern wie auch den Radiographen ist nachgesagt worden, daß sie über zahlenmäßige Einschränkungen der Auszubildenden eine Marktschließung zu erzielen versuchen (Royal Commission 1979: 99; Harrison 1981: 83).

gesetzgebung andererseits aufmerksam gemacht. Zwar bildet die Berufsgesetzgebung auch im britischen und im amerikanischen Fall nicht die einzige Hürde, die die nichtärztlichen Gesundheitsberufe überwinden müssen. Aber weil sich in Deutschland die sozialrechtliche Marktschließung zugunsten der Ärzteschaft vollzog, *bevor* die nichtärztlichen Gesundheitsberufe mit Hilfe von Berufsgesetzen eine professionelle Konsolidierung erzielen konnten, besitzt die deutsche Berufsgesetzgebung einen deutlich geringeren Marktöffnungseffekt, als dies in Großbritannien und den USA der Fall ist.

Auf den ersten Blick erscheint der materielle Regelungsgehalt der deutschen, der britischen und der amerikanischen Berufsgesetzgebung sehr ähnlich. Festgelegt werden die für das Führen einer Berufsbezeichnung erforderlichen Eingangsqualifikationen zur Ausbildung, deren Inhalte und Dauer sowie die Prüfungsfächer und -modalitäten. Ähnlichkeiten bestehen auch hinsichtlich der Tatsache, daß die Berufsgesetzgebung den Assistenzberufen keine Tätigkeiten exklusiv zuweist. Für alle drei Länder gilt vielmehr: Der Arzt darf alles. Darüber hinaus sind Regelungen, die bestimmte Tätigkeitskataloge einer oder mehreren (gesetzlich verfaßten) Berufsgruppen reservieren, so durchlässig, daß sie problemlos unterlaufen werden können. Das gilt auch für die auf den Bezeichnungsschutz begrenzte Regelungsreichweite der Berufsgesetze. Ebenso wie in der Bundesrepublik wird in Großbritannien lediglich der Berufstitel geschützt, nicht aber die Ausübung entsprechender Tätigkeiten unter anderer Bezeichnung. Eine gegenüber dieser »indicative closure« verschärfte »functional closure«, die auch die Berufsausübung auf das geprüfte Personal beschränken würde, ist von den Interessenvertretungen der Assistenzberufe bisher vergeblich gefordert worden (Finch 1984: 32–35). Auch in den USA gibt es eine vergleichbare Unterscheidung zwischen »voluntary« und »mandatory licensing« (Roemer 1980: 108–109), wobei letztere Variante dominiert. Dabei gilt es allerdings zu bedenken, daß die Frage, wie »dicht« die Berufsgesetze eine Marktschließung gegenüber potentiellen Konkurrenten machen, für die Erklärung der Personalstruktur als nachrangig betrachtet werden kann. Entscheidend sind vielmehr jene Faktoren, die die mengenmäßigen *Expansionschancen* der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bestimmen.

Daß die deutschen Berufsgesetze – unter dem Gesichtspunkt des Marktzutritts – »weniger wert« sind als die Lizenzierung beziehungsweise die Registrierung in Großbritannien respektive den USA läßt sich folgendermaßen begründen: Betrachtet man die mit der Berufsgesetzgebung einhergehende Institutionalisierung von Selbstregulierungsrechten, dann wird sehr

rasch ein Rückstand der deutschen gegenüber den amerikanischen und britischen Assistenzberufen deutlich. Sowohl die Licensing boards in den USA als auch die Colleges beziehungsweise Councils in Großbritannien bilden körperschaftlich verfaßte Formen der Organisation eines Berufsstandes. Auch wenn sich beide Modelle nochmals voneinander unterscheiden, so heben sie sich vom deutschen Fall dadurch ab, daß sie den nichtärztlichen Gesundheitsberufen direkte und damit bessere Einflußmöglichkeiten auf die Gestaltung des eigenen Handlungsterrains einräumen. Der britische CPSM sowie der Central Council stellen die diesbezüglich am weitesten entwickelten Körperschaftsmodelle dar. Nicht nur, daß beide Institutionen die Ausbildungsinhalte der in ihnen verkammerten Berufsgruppen bestimmen können, hinzu kommt, daß sie auch disziplinarrechtliche Kompetenzen für die Einhaltung einer Berufsordnung besitzen.³ Hier könnte nun – wie in der amerikanischen Diskussion üblich (vgl. Kaplin 1976: 711) – eingewandt werden, daß damit weniger die Expansionschancen verbessert werden, sondern daß die Kontrollrechte über den eigenen Berufsstand umgekehrt eher zur Marktschließung anreizen müßten. In der Tat wird der institutionelle Reifungsprozeß einer Berufsgruppe von der Gleichzeitigkeit zweier Prozesse begleitet, die quantitativ gegenläufig wirken, nämlich Abschottung nach »unten« beziehungsweise nach »außen« und Expansion nach »vorne«. Der hier unterstellte Wirkungszusammenhang zwischen Institutionalisierungsgrad und verbessertem Marktzutritt setzt also voraus, daß man den Expansionschancen gegenüber der Marktschließung den bedeutsameren Mengeneffekt zumißt.

Eine einfache quantitative Überprüfung dieser Hypothese ist schon deshalb sehr schwierig, weil die kausale Wirkung anderer Faktoren nicht mit Sicherheit von der der Verkammerung zu trennen ist. Hinzu kommt im amerikanischen Fall, daß die für die Assistenzberufe zuständigen Licensing boards vielfach nur in einem Teil der Bundesstaaten bestehen.⁴ Insgesamt kann eine

3 Verstöße können bei gravierenden Fällen mit dem Entzug der Registrierung beziehungsweise in den USA mit dem Entzug der Lizenz geahndet werden. Auch in Deutschland kann berufsunwürdiges Verhalten wie unlauterer Wettbewerb zur Anzeige gebracht werden, allerdings nur bei der für die Erlaubniserteilung (zum Führen eines gesetzlich geschützten Berufstitels) zuständigen Landesbehörde. Die Berufsverbände selbst verfügen aufgrund ihres fehlenden Körperschaftsstatus über keine eigenen disziplinarrechtlichen Befugnisse. Wohl aber sind sie teilweise in die Rolle von Funktionsträgern hineingewachsen, etwa als Verhandlungspartner bei den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen (Rosenthal 1988: 112 ff.).

4 Eine flächendeckende Lizenzierung gilt nur für die folgenden nichtärztlichen Berufe: Chi-

Verkammerung nur als notwendige, aber noch nicht als hinreichende Bedingung für eine erfolgreiche Expansion gelten, zumal Mengeneffekte sich nicht allein aus der Existenz und auch noch nicht aus der Wahrnehmung von Selbstverwaltungsrechten ergeben. Entscheidend dürfte vielmehr sein, daß die erfolgreiche Nachahmung ärztlicher Organisationsmodelle die Statusdifferenz zur dominanten Profession reduziert und damit eine höhere Legitimität für die Ausübung »arztnaher« beziehungsweise autonomer Tätigkeiten entsteht.

Die darin beinhaltete Unterstellung, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Großbritannien und den USA über mehr arztnahe beziehungsweise nicht von der Ärzteschaft kontrollierte (»arztfreie«) Kompetenzen verfügen als hierzulande, kann in der vorliegenden Untersuchung empirisch nicht belegt werden.⁵ Womöglich wäre das aber auch gar nicht sinnvoll. Denn selbst wenn sich ein »Pool« ärztlicher und nichtärztlicher Tätigkeiten rekonstruieren ließe, wären damit noch längst keine Aussagen über die davon ausgehenden Mengeneffekte möglich, da nationale »Behandlungsstile« beziehungsweise Wahrnehmungen dessen, was als originäre ärztliche Aufgabe gilt, als Störvariablen für das Zustandekommen der Personalstruktur einkalkuliert werden müßten. Daher beschränkt sich die nachfolgende Diskussion auf probabilistische Aussagen über die Wirkung der verschiedenen Ebenen der Marktregulierung.

In Deutschland sind die nichtärztlichen Gesundheitsberufe gegenüber der medizinischen Profession in mehrfacher – ihre Expansionschancen und -fähigkeiten beeinträchtigenden – Weise ins Hintertreffen geraten. Weil das Sozialrecht unter medizinischer Versorgung primär *ärztliche* Leistungen versteht, ist allen nichtärztlichen Leistungen prinzipiell erst der Filter der ärztlichen Ver- beziehungsweise Anordnung vorgeschaltet. Eine der daraus resultierenden juristischen Skurrilitäten bestand darin, daß bestimmte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, insbesondere Krankengymnasten, Masseur sowie Sprach- und Bewegungstherapeuten, gemäß § 182 Abs. 1 Satz 1b RVO lange Zeit als »Heilmittel« eingestuft wurden. Da Heilmittel vom Arzt verordnet und kontrolliert werden müssen, sind »höherqualifizierte und stark

ropractors, Optometrists, Physical therapists, Podiatrists, Registered und Practical nurses (vgl. Gross 1984: 39–40; Institute of Medicine 1989: 237).

5 Und zwar vor allem aufgrund des enormen Untersuchungsaufwandes. Für einige der wenigen Arbeiten, die dies bisher überhaupt geleistet haben, vgl. die Untersuchung von Orzack/Calogero (1990) über die Hebammen sowie den Vergleich von Haug (1994: 160–195) über die Krankenschwestern.

spezialisierte nichtärztliche Therapeuten ... nicht in das Leistungssystem der GKV integrierbar« (Bieback 1984: 301). Denn ihre professionelle Unabhängigkeit vom Arzt kollidiert mit der tradierten Definition von medizinischer Versorgung und der darin beinhalteten Kontrollfunktion des Arztes. Diese sozialrechtliche Privilegierung hat auch die institutionelle Sonderstellung der medizinischen Profession legitimiert. Wäre eine nichtmedizinische Berufsgruppe auf ähnliche Weise verfaßt wie die Ärzteschaft, dann wären weitergehende Ansprüche wie die Kassenzulassung oder auch eine Ausweitung der klinischen Kompetenzen auf Dauer kaum abzuwehren, und dies ist vermutlich auch einer der unausgesprochenen Gründe dafür, warum das Gesundheitsministerium einer Verkammerung der Psychotherapeuten lange Zeit ablehnend gegenüberstand.

Nicht unerheblich an den sozialrechtlichen Beschränkungen beteiligt war jene Koalition aus Kassen und Ärzten, die mit dem Bundesausschuß über ein traditionsreiches Instrument der Marktschließung zu Lasten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verfügt.⁶ Neben den erwähnten Psychotherapie-Richtlinien beinhalten auch die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien Regelungen, die in Art und Umfang der von den nichtärztlichen Berufen am Patienten zu erbringenden Leistungen eingreifen (in der Fassung vom 4.12.1990, Bundesarbeitsblatt 2/1991: 31). Dies betrifft zum Beispiel die physikalische Therapie sowie die Sprach- und die Beschäftigungstherapie, deren abrechnungsfähige Leistungen zum Teil durch die Richtlinien des Bundesausschusses bestimmt werden. Das Interesse der Krankenkassen an einer Beschränkung auf die »ärztliche« Versorgung hat nicht nur mit der Furcht vor kostentreibenden Kumulationseffekten zu tun, sondern auch mit der Dominanz von Krankheit als zu versicherndem Risiko. Präventive und rehabilitative Leistungen, die die Inanspruchnahme nichtärztlicher Gesundheitsberufe eher angezeigt erscheinen lassen, sind von den Kassen stets zögerlich und zudem als arztzentrierte Leistungsbereiche behandelt worden. Damit erklärt sich auch, warum die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Deutschland trotz verbesserter Marktchancen, die ihnen aus der Berufs-

6 Schon während der Weimarer Republik wurde mit Hilfe der Richtlinien des Reichsausschusses in die Kompetenz der nichtärztlichen Berufe eingegriffen. Zu diesem Vorläufer des Bundesausschusses vgl. allgemein Döhler/Manow-Borgwardt (1992b: 575–580). Die »Richtlinien für die Tätigkeit von Krankenschwestern« beispielsweise untersagten »jede selbständige Beratung zum Zwecke der Behandlung von Kranken« sowie »selbständige Hilfeleistungen, abgesehen von Notfällen« (zit. nach Richter/Sonnenberg 1926: 231).

gesetzgebung erwachsen, eine geringere Mengenexpansion als in den beiden Vergleichsfällen durchliefen.

Der Verweis auf die restriktive Wirkung des Sozialrechts in Deutschland allein ist noch nicht ausreichend, um eine Differenz zu den beiden anderen Fällen zu begründen. Wenn das Kernargument zutrifft, daß die Marktöffnungseffekte der amerikanischen und der britischen Berufsgesetzgebung den nichtärztlichen Gesundheitsberufen bessere Expansionschancen bieten, dann dürften die der Lizenzierung beziehungsweise Registrierung nachgelagerten Instrumente der Marktregulierung keine wesentlichen Einschränkungen mehr bewirken. Andernfalls könnten die britische und die amerikanische Berufsgesetzgebung einschließlich ihres institutionellen Niederschlags nicht mehr als expansionsfördernd betrachtet werden.

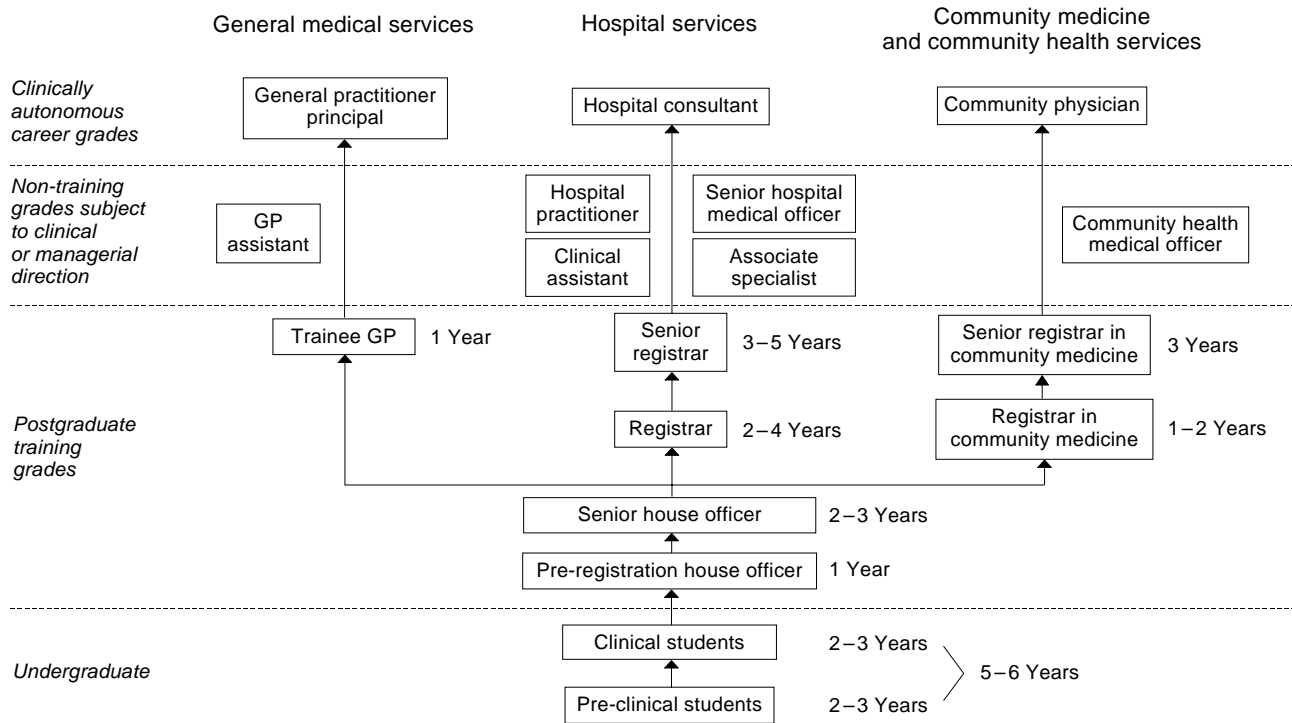
Der im britischen Fall logische Ansatzpunkt für die Steuerung des Marktzutritts im Anschluß an die Berufszulassung ist die Personalpolitik des NHS, also die Anstellung im beziehungsweise die vertragliche Bindung an den staatlichen Gesundheitsdienst. Auch hier könnte zunächst eine erfolgreiche Mimese der für die medizinische Profession gültigen Regelungen durch die nichtärztlichen Gesundheitsberufe vermutet werden. Diese Vermutung findet allerdings keine Bestätigung. Sowohl die Zahl der niedergelassenen GPs wie auch die der angestellten Krankenhausärzte wird in Großbritannien zentral gesteuert. Während für die Niederlassung das Medical Practices Committee zuständig ist, einer der »independent bodies« innerhalb des NHS, der außer der Gesamtzahl auch die regionale Verteilung der Niederlassung steuern kann (Levitt/Wall 1984: 176), liegt die zahlenmäßige Festlegung der Beschäftigung von Krankenhausärzten direkt in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums, das über eine ganze Batterie an finanziellen, rechtlichen und planerischen Instrumenten zur Festlegung der Ärztezahlen verfügt (Dowie 1987: 41). Ob dieses Instrumentarium in Richtung »viele« oder »wenige« Ärzte wirkt, läßt sich aus dessen Existenz allein nicht ergründen. Vielmehr müssen die hinter der Mengensteuerung wirkenden Interessenkalküle berücksichtigt werden.

Grob gesprochen handelt es sich um ein Gemisch aus versorgungspolitischen Zielen, die vom Gesundheitsministerium und den Health Authorities verfolgt werden, und den Interessen der Krankenhausärzte, die nur aus der NHS-spezifischen Berufssituation verständlich werden (vgl. dazu ausführlich Rothgang 1994: 182–240). Während das Krankenhaus in der Karriereplanung bundesdeutscher Ärzte vornehmlich eine Durchgangsstation auf dem Weg zur Niederlassung darstellt, gabelt sich der Karriereweg des angehenden

britischen Arztes schon vor der Facharztausbildung zwischen Krankenhauslaufbahn einerseits und der Niederlassung andererseits (vgl. Abbildung 5-1). Die Niederlassung im Anschluß an eine beendete Facharztausbildung ist nicht nur unüblich, sondern auch finanziell wenig lukrativ. Um nun den dauerhaft an das Krankenhaus gebundenen Ärzten eine angemessene Berufskarriere zu ermöglichen, bedarf es einer spezifischen Zusammensetzung zwischen »career« und »training grades«. Damit die Mehrzahl der individuellen Karrierepläne befriedigt werden kann, dürfen nicht zu viele Training grades besetzt werden, da ansonsten »Beförderungsstaus«⁷ drohen. Ein wichtiges Steuerungsinstrument ist hierbei das 1972 gegründete Central Manpower Committee (Harrison/Hunter/Pollitt 1990: 110–112; Parkhouse 1979: 22–32), welches dem Gesundheitsministerium, dessen Zustimmung für die Schaffung neuer Stellen erforderlich ist, die Zahl der Consultants, Senior registrars und Registrar-Positionen empfiehlt. Da bisher alle Regierungen die Entscheidung über die Schaffung von Arztstellen stets in enger Kooperation mit den ärztlichen Organisationen gesucht haben, kommt den Empfehlungen des Gremiums eine zentrale Bedeutung zu (Harrison/Hunter/Pollitt 1990: 113). Obwohl aus der Sicht der Krankenhausärzte das Gesamtvolumen der verfügbaren Stellen eine weitaus geringere Bedeutung besitzt als die Zusammensetzung des Stellenkegels, sind davon durchaus Mengeneffekte zu erwarten. Da es in erster Linie um die Sicherung von Aufstiegschancen geht, war für die Ärzte stets von Interesse, daß genügend Consultant-Positionen verfügbar sind. Da deren Umfang jedoch innerhalb der finanziellen Grenzen des NHS nicht beliebig erweiterbar ist, haben die Krankenhausärzte, vor allem die Consultants, ebenso ein Interesse an der Begrenzung der »Junior«-Positionen, so daß Karriereengpässe erst gar nicht entstehen können. Dies legt die Vermutung nahe, daß der »Knappheitsmechanismus« für Krankenhausärzte einen mengenbegrenzenden Effekt besitzt. Die eingehende Analyse bei Rothgang (1994: 234–240) stützt diese Vermutung und gelangt zu dem Ergebnis, daß ohne das ärztliche Interesse an der Stellenbegrenzung ein höherer Beschäftigungsstand im Krankenhaus sehr wahrscheinlich gewesen wäre. Der Knappheitsmechanismus für Krankenhausärzte kann also als ein Erklärungselement für den vergleichsweise hohen Anteil an nichtärztlichen Gesundheitsberufen im britischen NHS gelten.

7 Auf die nächst höher liegende Stelle der siebenstufigen Krankenhauslaufbahn gibt es freilich keinen Anspruch. Vielmehr werden die Stellen zur Bewerbung ausgeschrieben und nach fachlicher Qualifikation besetzt.

Abb. 5-1 Karriereweg britischer Ärzte



Quelle: Dowie (1987: 22).

Gestützt wird diese Hypothese durch den Umstand, daß im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe keine Instrumente zur Mengensteuerung vorhanden sind, der Marktzutritt also lediglich durch die generellen Finanzrestriktionen des NHS begrenzt ist und so ein kompensatorischer Personaleinsatz ermöglicht wird. Auf das ungleich größere Gewicht, das die Finanzplanung gegenüber der Personalplanung im NHS besitzt, wurde bereits hingewiesen. Diese Feststellung ist insofern von Interesse, als sie auf das Fehlen planerischer Restriktionen für die Personalrekrutierung aufmerksam macht, die man eigentlich in einem staatlichen Gesundheitsdienst erwarten sollte. Sieht man einmal vom kurzfristigen Personalbedarf ab, den Krankenhäuser und Health Authorities als Beschäftigungsort beziehungsweise Arbeitgeber ad hoc befriedigen, sind keine klaren Kriterien für die Rekrutierung des paraprofessionellen Personals vorhanden (Long/Mercer 1987: 95–111). Selbst für die Krankenschwestern als größte Beschäftigtengruppe fehlen nationale Vorgaben. Das Gesundheitsministerium hat zwar verschiedentlich Empfehlungen über »staffing ratios« und »manpower targets« ausgesprochen, ohne daß sich dadurch allerdings etwas an der Dominanz lokaler Interessen in der Personalrekrutierung geändert hätte (Long/Mercer 1987: 79–80). Im Rahmen der finanziell gesetzten Ausgabegrenzen besitzt die Personalpolitik der Health Authorities große Freiräume (Harrison 1981: 86), so daß es keiner besonderen Expansionsbestrebungen auf seiten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bedarf, um einen hohen Beschäftigungsstand zu erreichen. Denn der Knappheitsmechanismus für Krankenhausärzte erzeugt im Zusammenspiel mit der geringen Begrenzungswirkung, die die lokalen, Humankapitalbedürfnissen folgenden Rekrutierungsmuster ausüben, einen »Beschäftigungssog«, der einen beträchtlichen Anteil am Zustandekommen der NHS-typischen Verhältniszahl besitzt.

Auch der potentiell von der Verkammerung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausgehende Einfluß auf den Marktzutritt läßt kaum restriktive Effekte erkennen. Die britischen Health Authorities dürfen seit 1974 zwar nur noch registrierte Mitglieder eines PSM-Berufs beschäftigen (Finch 1984: 54–55), was auf eine überaus wirksame Form der Marktschließung hindeuten könnte. Allerdings werden die realen Auswirkungen dieser Regelung gleich mehrfach gemindert. Zum einen gelten großzügige Übergangsfristen für die bereits im Staatsdienst beschäftigten unregistrierten Personen. Zum anderen blieben die sogenannten »Fringe-employment«-Positionen fortbestehen (Finch 1984: 34). Hierunter fallen erstens dem NHS nicht zugeordnete Gesundheitseinrichtungen, zum Beispiel Gefängniskrankenhäuser

oder Universitätslaboratorien, und zweitens alle nicht direkt von einer Health Authority angestellten Personen. Da insbesondere die Chiroprodists und die drei Rehabilitationsberufe zu einem substantiellen Teil als »independent contractors« für den NHS tätig sind, geht die Pflicht zur Registrierung an ihnen vorbei. Schließlich gibt es bei Verstößen gegen diese Vorschrift kaum Sanktionsinstrumente gegen die Health Authorities, so daß eine Mißachtung der Marktschließungsregel nur schwer korrigiert werden kann (Finch 1984: 56).

Von jenen Mechanismen, die in den USA der Lizenzierung durch die State boards nachgelagert sind, wird immer wieder der Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH; seit 1987: Healthcare Organizations) besondere Bedeutung beigemessen. Da in den Führungsgremien die Vertreter der Ärzteschaft dominieren, wird häufig unterstellt, daß die Standards der JCAH für die Organisation und den Betriebsablauf stationärer Einrichtungen eine zugunsten der medizinischen Profession ausgerichtete Selektionswirkung entfaltet haben (Brown 1973: 440; Jost 1983: 873–874, 909). De facto waren eine Reihe medizinischer Assistenzberufe, die in Konkurrenz zur Ärzteschaft stehen, insbesondere Psychologen, Chiropraktiker, Hebammen und Nurse practitioners, durch die JCAH-Standards entweder von der Krankenhausnutzung gänzlich ausgeschlossen oder durften, wie im Falle der Podiatrists, nur unter Aufsicht eines Arztes tätig werden.

Wie bereits erwähnt, wurden diese restriktiven Bedingungen erst 1984 aufgehoben. Die unterdurchschnittlichen Wachstumsraten einiger davon betroffener nichtärztlicher Gesundheitsberufe⁸ könnten darauf hindeuten, daß die JCAH-Standards tatsächlich eine wirksame Marktzutrittsbarriere bilden. Auch wenn dies für die genannten Berufe plausibel erscheinen mag, so können die JCAH-Marktzutrittsregelungen insgesamt nicht als Hemmnis für die erfaßten Berufsgruppen gelten. Im wesentlichen beruht dies auf der Durchlässigkeit der Normen. So schreibt die JCAH für alle Abteilungen und Funktionsbereiche eines Krankenhauses vor, daß die dort tätigen Assistenzberufe einen Mindestausbildungsstandard (zumeist eine Certification) zu erfüllen haben (JCAH 1989; Havighurst/King 1983: 156), der aber lediglich in Form einer fünfstufigen Rangordnung der Übereinstimmung festgelegt ist, die von »noncompliance« bis »substantial compliance« (JCAH 1989: xi) reicht. Die Wachstumsraten der betroffenen Berufe deuten darauf hin, daß

8 Während das Gesamtbeschäftigungsvolumen zwischen 1950 und 1988 um 355 Prozent anstieg, verzeichneten zum Beispiel die Chiropraktiker oder die Podiatrists nur einen Zuwachs von 90,1 beziehungsweise 80 Prozent (Statistische Quellen USA/4, USA/5).

die Ausbildungsanforderungen weniger zu einer Marktschließung als vielmehr zu einer Anhebung des Qualifikationsniveaus und daher zu breiteren Einsatzmöglichkeiten geführt haben. Insgesamt kann der Tätigkeit der JCAH – bis auf die genannten Ausnahmen – kein hemmender Einfluß auf die zahlenmäßige Expansion des nichtärztlichen Krankenhauspersonals nachgewiesen werden.

5.3 Regelungen von Tätigkeitsinhalten am Arbeitsplatz

Folgt man der hier vorgenommenen analytischen Trennung der Marktregulierung in ein System von hintereinander gelagerten Filtern, die die Beschäftigungs- und Expansionsmöglichkeiten der Gesundheitsberufe beeinflussen, dann bildet die Festlegung von Tätigkeitsinhalten am Arbeitsplatz die abschließende Ebene dieses Filtersystems. Wenn diese Regulierungsebene nur schwer erkennbar ist, so dürfte dafür weniger ihre geringe Bedeutung für das Zustandekommen der Personalstruktur verantwortlich sein, als vielmehr der Umstand, daß die Grenzziehung zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten – auch wenn berufsrechtliche Vorschriften vorhanden sind – vorwiegend auf informellem Wege erfolgt. Der Umfang ärztlicher Tätigkeiten ist in keinem der hier untersuchten Länder positiv, das heißt abschließend in Form eines Kataloges von allein dem Arzt vorbehaltenen Leistungen geregelt.⁹ Vielmehr existiert eine große Zahl negativer Abgrenzungen, in denen fallweise medizinische Verrichtungen entweder nur dem Arzt oder einem nichtärztlichen Gesundheitsberuf mit speziellen Qualifikationen erlaubt sind.

Diese negativen Abgrenzungen können natürlich nur einen Bruchteil aller medizinischen Leistungen umfassen, so daß für die reale Arbeitsteilung zwischen der medizinischen Profession und den Assistenzberufen routinisierte Gewohnheitsrechte ausschlaggebend sein dürften. Selbst im stark verrechtlichten deutschen Fall lassen sich die allgemeinen Grenzen der Arbeitsteilung nur durch Faustregeln ermitteln wie zum Beispiel: »je geringer die theoretische und praktische Gefährdungsmöglichkeit des Behandelten ist,

⁹ Nur am Rande sei darauf verweisen, daß zum Beispiel in Österreich eine Legaldefinition des ärztlichen Tätigkeitsbereichs existiert, die die Abgrenzungsprobleme erheblich verringert. Vgl. Hahn (1981a: 21).

desto eher darf der Arzt nichtärztliche Mitarbeiter mit der Durchführung der Maßnahme betrauen« (Hahn 1981: 1981). Aufgrund der ausgeprägten Fallspezifik und Informalität der Grenzziehungen zwischen jenen Tätigkeiten, die allein dem Arzt vorbehalten sind, und jenen, die an einen Assistenzberuf delegiert werden können, ist es kaum möglich, aus der Tätigkeitszuweisung resultierende Mengeneffekte anzugeben. Allerdings kann sich diese Regulierungsebene als aufschlußreicher Indikator für die interprofessionellen Beziehungen erweisen.

Die Dominanz haftungsrechtlicher Aspekte in der Betrachtung ärztlicher Tätigkeiten hat in allen drei Ländern zu einer ähnlichen Konstellation geführt: Diejenigen Leistungen, die von nichtmedizinischen Berufen erbracht werden, gelten überwiegend als vom Arzt delegiert, und zwar unabhängig davon, ob dies der historischen Reihenfolge der Aneignung von medizinischen Tätigkeiten tatsächlich entspricht. Da – wie ausgeführt – der Umfang der an nichtärztliche Gesundheitsberufe delegierten Tätigkeiten kaum quantifizierbar ist, können jene Mechanismen, die eine Verschiebung im Umfang delegierbarer Tätigkeiten regeln, als Indiz für die Expansionschancen der nichtärztlichen Berufe in neue Tätigkeitsbereiche herangezogen werden.

In Deutschland ergibt sich der Umfang jener Tätigkeiten, die entweder eigenständig oder auf Veranlassung eines Arztes von einem nichtärztlichen Gesundheitsberuf ausgeübt werden dürfen, durch die von der Rechtsprechung präzisierende Definition der »Ausübung der Heilkunde«, die sich nicht etwa in der ärztlichen Berufs- oder Approbationsordnung findet, sondern ausgerechnet in der »gesetzgeberische[n] Mißgeburt« (Hahn 1981a: 24) des Heilpraktikergesetzes. Die Ausübung der Heilkunde »liegt nur dann vor, wenn die Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung *ärztliche Fachkenntnisse voraussetzt*, sei es im Hinblick auf das Ziel, die Art oder die Methode der Tätigkeit oder für die Feststellung, ob im Einzelfall mit der Behandlung begonnen werden darf« (Narr 1989: Rz 29 – Hervorh. im Original).¹⁰ Eine wesentliche Präzisierung besteht darin, daß die Heilkundeausübung speziell dann vorliegt, wenn die Behandlung mit einer gesundheitlichen Gefährdung verbunden ist (Narr 1989: Rz 29). Den Tätigkeiten, die zulässigerweise von den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ausgeführt werden dürfen, fehlt entweder dieses Gefährdungselement, oder aber ihre Durchführung erfolgt –

10 Die oben erwähnte Sehschärfenbestimmung durch den Augenoptiker zum Beispiel ist deshalb zulässig, weil sie juristisch nicht als Ausübung der Heilkunde, sondern als »Brillenglasbestimmung« mit primär handwerklichem Charakter gewertet wird (Narr 1989: Rz 30).

unter Berücksichtigung der medizinischen Befähigung des Assistenzberufes – auf Veranlassung und unter Kontrolle eines Arztes. Da die Berufsgesetze bis auf zwei Ausnahmen¹¹ keine ausdrücklichen Tätigkeitszuweisungen für die nichtmedizinischen Berufe enthalten (Bachmann 1986), gilt für den deutschen Fall, daß die Festlegung der medizinischen Arbeitsteilung von der Arztseite her erfolgt. Der regulative Mechanismus dazu ist die Rechtsprechung der Gerichte.

Anders stellt sich die Situation in den USA dar. Das Recht der Ärzteschaft zur Heilkundeausübung (»Practice of medicine«) ist in den einzelstaatlichen Lizenzierungsgesetzen festgeschrieben (Kissam 1975; Roemer 1980: 115–116). Aus diesen Gesetzen ergibt sich auch das grundsätzliche Recht des Arztes, medizinische Tätigkeiten an einen anderen Gesundheitsberuf zu delegieren. Umfang und Inhalt des Delegationsmöglichkeiten stehen damit aber noch nicht fest, sie ergeben sich erst aus den Lizenzierungsgesetzen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, die im Unterschied zu Deutschland regelmäßig eine Definition des Tätigkeitsfeldes beinhalten. Diese Festlegungen sind nicht immer sehr präzise, können teilweise aber gerade deshalb ein sehr breites Kompetenzterrain abstecken. Als Beispiel sei hier die entsprechende Passage des Nurse Practice Act von Colorado zitiert, der im übrigen große Übereinstimmung mit der bereits 1955 von der American Nursing Association verabschiedeten Modelldefinition für pflegerische Tätigkeiten aufweist (Moloney 1992: 239):

»Practice of professional nursing« means the performance of both independent nursing functions and delegated medical and dental functions, including the initiation and performance of nursing care through prevention, diagnosis, and treatment of human disease, ailment, pain, injury, deformity, or physical or mental condition which require such specialized knowledge, judgement, and skill involving the application of principles of biological, physical, social and behavioral sciences. (zit. nach Bullough 1984: 385)

In der Praxis hat die legislative Verankerung von Handlungskompetenzen dazu geführt, daß die Ausweitung delegierbarer Kompetenzen die Novellierung der Berufsgesetze der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zur Voraussetzung hat. In großem Umfang war dies zum Beispiel nach der Entstehung

11 Und zwar der bereits erwähnte Katalog »vorbehaltener Tätigkeiten« in § 9 des Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin in der Fassung vom 8. September 1971 (BGBl. I: 1515) sowie in § 4 des Gesetzes über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspfleger in der Fassung vom 4. Juni 1985 (BGBl. I: 902).

der PAs und NPs Mitte der siebziger Jahre der Fall (Hall 1977), deren klinische Kompetenzen ja weit in den Bereich ärztlicher Tätigkeiten hineinreichen. Aber auch die »nurse practice acts« sind beständig auf einen erweiterten Kompetenzrahmen hin verändert worden (Bullough 1984; Moloney 1992: 239). Die Frage ist nun, welchen Unterschied dies im Hinblick auf den in der Bundesrepublik vorherrschenden Modus der Festlegung von Tätigkeitsinhalten macht.

Die entscheidende Differenz dürfte darin zu suchen sein, daß das Zustandekommen beziehungsweise die Novellierung von Practice acts ein gesundheitspolitisch relativ offener Prozeß ist, bei dem nicht von vornherein feststeht, welche Interessen an einer engen oder weiten Definition von Tätigkeitsinhalten sich durchsetzen. Bereits die Anwendung der Lizenzierungsgesetze impliziert, daß die betroffene Berufsgruppe über die Boards Selbstverwaltungsrechte erhält und damit per se größere Autonomieräume der nichtärztlichen Gesundheitsberufe anerkannt werden als in Deutschland, wo verbindliche Selbstverwaltungskompetenzen gar nicht vorgesehen sind. Auch in den USA ist der Einfluß der nichtärztlichen Gesundheitsberufe auf die Formulierung und Implementation der Lizenzierungsgesetze erst seit den sechziger Jahren gewachsen und hat sich in den siebziger Jahren weiter verstärkt, da die Konsumentenbeteiligung im Gesetzgebungsverfahren wie auch in der Besetzung der Boards zugenommen hat (Roemer 1980: 109; Institute of Medicine 1989: 238). Damit sind die Durchsetzungschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zwar noch nicht automatisch größer geworden, aber die Möglichkeiten zur Überwindung von Widerständen sind gestiegen, da die Interessen von Assistenzberufen und Konsumentenvertretern häufig gleichgelagert sind.

Anders als in der Bundesrepublik, wo die medizinische Profession eine geschlossene Abwehrhaltung gegenüber Versuchen nichtärztlicher Gesundheitsberufe einnimmt, ihr Tätigkeitsfeld zu erweitern, zeigt sich in den USA kein einheitliches Bild. Gegenüber einzelnen Assistenzberufen ist sogar die Bereitschaft der Ärzte vorhanden, ein gesteigertes Maß an klinischer Autonomie einzuräumen. So wirkt die von der AMA vertretene Forderung, daß nichtärztliches Personal im primärmedizinischen Bereich, also einer besonders sensiblen Stelle für eine Substitution, den Arzt »nicht ersetzen« soll, seltsam zurückgenommen, zumal gleichzeitig akzeptiert wird, daß etwa PAs und NPs zur Korrektur (!) ärztlicher Diagnosen und Therapiemaßnahmen berechtigt sind (Kissam 1977: 135–136). Deutlichen Widerstand gab es hingegen bei den Augenärzten gegen die – in wenigstens 20 Staaten erfolgrei-

chen – Bestrebungen der Optometrists, fachspezifische Arzneimittel zu verordnen und abzugeben (Rubin 1980: 228 ff.). Ebenso ist bekannt, daß die Berufsverbände der Physio- und der Arbeitstherapeuten auf eine Lizenzierungsgesetzgebung hinarbeiten, die ihnen erlaubt, Patienten auch ohne ärztliche Überweisung zu behandeln (Hershey 1989: 52), und dies in einzelnen Bundesstaaten bereits durchsetzen konnten. Auch wenn es in derartigen Fällen zu spürbaren Konflikten gekommen ist, kann nicht von einer prinzipiellen ärztlichen Ablehnungsfront gesprochen werden.

Während in den USA die Verschiebung von Tätigkeitsinhalten sowohl in Form von Interessenkonflikten als auch in Form freiwilliger, von ärztlichen Funktionalisierungserwägungen motivierter Domänenabtretung stattfindet, ist dies im britischen Fall durchweg ein konsensbetonter Prozeß. Die Kompetenzfestlegung findet überwiegend auf informellem Wege statt, wobei – etwa bei den Pflegeberufen – keine Festlegungs»akte« wie Verhandlungen oder ähnliches beobachtet werden können, Tätigkeitsgrenzen und berufsspezifische Kompetenzen sich vielmehr im klinischen Alltag herausbilden (für den stationären Sektor vgl. Haug 1994: 45–49). Die bereits erwähnten Circulars des Gesundheitsministeriums, in denen für einige nichtärztliche Gesundheitsberufe Empfehlungen über »clinical roles« beziehungsweise interprofessionelle Beziehungen ausgesprochen werden, haben keine Rechtsverbindlichkeit erlangt.¹² Aus der vergleichenden Perspektive sind die Regelungen des CPSM von besonderem Interesse.

Für die PSM-Berufe bestehen sogenannte »scope rules«, die die medizinischen Handlungskompetenzen der jeweiligen Berufsgruppe umschreiben (Finch 1984: 26–28). Diese Verhaltensrichtlinien werden von jedem Board für die jeweilige Berufsgruppe ent- beziehungsweise weiterentwickelt. Obwohl die medizinische Profession im CPSM auch als stimmberechtigte Partei vertreten ist, lassen die Scope rules den Assistenzberufen größeren Spielraum als der Arztvorbehalt im deutschen Fall. Zwar besteht auch dort die Maßgabe, daß Patienten im Regelfall nur auf ärztliche Überweisung behandelt werden dürfen. Während aber die Tätigkeitsgrenzen für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe hierzulande von der Arztseite her definiert sind, konstruieren die Scope rules die Handlungsgrenzen von der anderen Seite her: Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe sollen jene diagnostisch-

12 Zu einem dieser Circulars heißt es: »The circular did little more than recognize what many consultants and remedial therapists had been doing for a long time and acknowledged the fact that increasing specialisation makes it even harder for one professional to specify in detail the work of another« (British Medical Journal 1982: 681).

therapeutischen Tätigkeiten unterlassen, für die sie *nicht ausgebildet* wurden (Finch 1984: 28). Damit sind die medizinischen Kompetenzen der PSM-Berufe nicht nur weniger defensiv umrissen, als dies bei den entsprechenden deutschen Berufsgruppen der Fall ist, sondern überdies repräsentiert der CPSM »a forum within which the boundaries between medicine and the supplementary professions can be renegotiated« (British Medical Journal 1982: 681). Das heißt, die Grenzen zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen können auf dem Verhandlungswege verschoben werden (Finch 1984: 30).¹³ Dabei gibt es offenbar die Tendenz, daß die PSM-Berufe aufgrund zunehmender Hochschul- oder Fachhochschulausbildung in vormalig ärztlich beherrschte Arbeitssphären vordringen können (Pickis 1989: 4; Stoking 1979: 99). Von einzelnen Fachgruppen innerhalb der Ärzteschaft wird dies sogar ausdrücklich unterstützt, wie etwa im Fall der orthopädischen Chirurgen, die ein Interesse daran haben, daß Chiropraktiker kleinere chirurgische Eingriffe selbständig vornehmen dürfen, ohne daß eine ärztliche Diagnose und Überweisung erforderlich ist (British Medical Journal 1982: 681).

Legt man als Kriterium für die Relevanz dieser letzten Ebene der Marktregulierung die jeweiligen Chancen zur eigenständigen Veränderung der Tätigkeitsdomäne an, dann treten folgende Unterschiede hervor: Grundsätzlich steht den nichtärztlichen Gesundheitsberufen zwar in allen drei Fällen die Möglichkeit offen, die eigenen Kompetenzdomänen zu verändern beziehungsweise auszuweiten. Allerdings dürfte dies in Deutschland am schwierigsten sein. Obwohl der Weg zur Aneignung neuer Kompetenzen über die Gerichte keine höhere Hürde bildet als der Gesetzgebungsprozeß, hat der Rechtsweg für die ehemals wenig konfliktfreudigen bundesdeutschen Assistenzberufe als Regulierungsinstanz kaum eine Bedeutung erlangt. Demgegenüber stellen sowohl die Scope rules als auch die Practice acts quasi systeminterne Regularien dar, bei denen die Veränderbarkeit von Tätigkeitsgrenzen schon impliziert ist und die so den nichtärztlichen Gesundheitsberufen weitaus bessere Expansionschancen eröffnen.

13 Der Umstand, daß die Funktionsbeschreibung für Gesundheitsberufe teilweise Gegenstand gewerkschaftlicher Vereinbarungen (»whitley agreements«) ist (Harrison 1981: 85), kann als Indiz für die generelle Verhandelbarkeit von Professionsgrenzen betrachtet werden.

5.4 Zwischenbilanz

Vergleicht man die Struktur der Marktregulierung, dann verfestigt sich der Eindruck, daß die erfolgreiche Nachahmung ärztlicher Organisationsmodelle ein entscheidender Schlüssel zum Verständnis national variierender Personalstrukturen darstellt. Wie weiter oben bereits angesprochen, hat eine arztähnliche Institutionalisierung deshalb expansionsfördernde Wirkungen, weil sie den nichtärztlichen Gesundheitsberufen die Fähigkeit zur Selbstverwaltung und damit zur Beeinflussung von Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalten eröffnet und zu einem Statusgewinn beziehungsweise der Reduktion von Statusdifferenzen zur medizinischen Profession beiträgt. Folgt man dieser Argumentation, dann wird plausibel, daß die Verschiebung von Professionsgrenzen zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im amerikanischen und britischen Fall kein besonders schwieriges Unterfangen darstellt, wohingegen das deutsche System der Marktregulierung in dieser Hinsicht eine schwer überwindbare Hürde bildet.

Die Übernahme ärztlicher Organisationsmodelle verlief in den beiden erstgenannten Ländern nicht als zwangsläufiger Prozeß. Aus der zeitlichen Abfolge der Verkammerung nichtärztlicher Berufe lassen sich sowohl in Großbritannien wie auch in den USA »Vorreiter« identifizieren, deren Erfolge Präzedenzcharakter besaßen: in Großbritannien die Hebammen, deren Central Midwives Board 1902 gegründet wurde, und in den USA die Krankenschwestern, deren erstes Nursing board im selben Jahr entstand. Beide Fälle waren als Initialzündungen wichtig, aber es bedurfte jeweils unterstützender Bedingungen, um den institutionellen Isomorphismus zwischen der medizinischen Profession und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen voranzutreiben. In den USA wurde die Diffusion des Board-Modells vor allem durch die Fragmentierung des Regulierungssystems ermöglicht, das nicht nur ein Gemisch aus staatlichen und privaten Organisationen beinhaltet, sondern zudem durch föderale Vielfalt gekennzeichnet ist. Diese Uneinheitlichkeit eröffnet den nichtärztlichen Gesundheitsberufen bei der Berufsgesetzgebung partielle Durchsetzungschancen, da es relativ leicht ist, eine Bresche in die einzelstaatliche Regulierung zu schlagen und von daher einen »Aufrolleffekt« der Berufsgesetzgebung bis hin zu einer weitgehenden nationalen Vereinheitlichung zu erreichen. Bei einer Gesetzgebung auf der nationalen Ebene wie in Großbritannien ist das sehr viel schwieriger. Soweit es die landesrechtliche Berufsgesetzgebung betrifft, kann man den Aufrolleffekt auch in Deutschland beobachten, allerdings mit zwei wichtigen

Unterschieden: Zum einen besitzen die Berufsgesetze einen geringeren Marktöffnungseffekt, da sie die bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Restriktionen nicht überlagern können, zum anderen ist der Fortbestand landesspezifischer Berufsgesetze, die kaum eine Chance auf eine bundesweite Ausdehnung besitzen, ein klares Indiz für die begrenzte Generalisierungsfähigkeit punktueller berufsgesetzlicher Initiativen.¹⁴

Ein wesentlicher Unterschied zur deutschen und britischen Situation liegt darin, daß den nichtärztlichen Gesundheitsberufen in den USA eine private, selbstorganisierte Form der Marktregulierung offensteht. Man wird zwar in vielen Regulierungsbereichen der AMA eine dominante Rolle zubilligen müssen. Aber die Handlungschancen der Assistenzberufe sind in den USA deutlich weiter entwickelt als in den beiden anderen Fällen, wo alle Ebenen der Marktregulierung zumindest unter Beteiligung staatlicher Institutionen organisiert sind, also eine auf Eigeninitiative der Assistenzberufe beruhende private Marktkontrolle nicht mit den etablierten Regelungstechniken zu vereinbaren ist.

In Großbritannien war das staatliche Interesse an einer organisatorisch gleichwertigen Einbindung der Assistenzberufe vor 1948 nicht sonderlich ausgeprägt. Es wurden sogar mehrfach die Anläufe zu einer Registrierung nichtärztlicher Gesundheitsberufe zu Fall gebracht. Das von der BMA zum Zweck der Marktregulierung und Qualitätskontrolle geschaffene BRMA wies zunächst eine gewisse Ähnlichkeit zum amerikanischen Fall mit seinem institutionellen »public/private mix« auf. Erst der NHS, mit dem eine staatliche Gesamtverantwortung für alle Gesundheitsberufe entstand, verschaffte den nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine stärkere Verhandlungsposition, die unter anderem die Errichtung des CPSM möglich machte. Aber anders als in den USA, wo seit Beginn der sechziger Jahre ein explizites staatliches Interesse an der Personalstruktur des Gesundheitswesens zu beobachten war, ist die Personalzusammensetzung im britischen Fall selbst nach der Verstaatlichung nie ausdrückliches Ziel staatlicher Gesundheitspolitik gewesen. Die Einführung des NHS stellte für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe

14 Dies gilt etwa für den als »Neuro-Otto« bespöttelten Neuro-otologischen Assistenten – ein Beruf, der 1983 in Hamburg auf der Basis einer Ausbildungsverordnung kreiert wurde (Meifort/Paulini 1983: 176). Hinter solchen regionalen Sonderentwicklungen lassen sich plausibel parteipolitische Motive vermuten (so zum Beispiel Bräutigam 1995: 21). Während SPD und Grüne einer Professionalisierung nichtärztlicher Gesundheitsberufe recht offen gegenüberstehen, können Union und FDP als Verfechter des – die Ärzteschaft begünstigenden – Status quo gelten.

lediglich eine verbesserte Expansionsbasis dar. Im deutschen Fall hingegen kann die staatliche Einwirkung auf die Zusammensetzung des Personalkörpers als status-quo-orientierte Sicherung der ärztlichen Vormachtstellung verstanden werden.

Die Differenzen in der Ausgestaltung der Marktregulierung zeigen eine in der Grundtendenz mit den Daten kompatible Wirkungsweise an, insbesondere stimmen die ungünstigen Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe im deutschen Fall mit der arztlastigen Beschäftigungsstruktur überein. Die Institutionen und Verfahren der Marktregulierung können zwar die Expansionschancen der Gesundheitsberufe hinreichend plausibel machen, aus der vergleichenden Perspektive drängt sich nun aber die Frage auf, warum die nichtärztlichen Gesundheitsberufe nur im deutschen Fall keine professionsanaloge Institutionalisierung von Selbstverwaltungsrechten angestrebt haben. Das naheliegende Argument, daß die Organisationsschwäche etwa der Krankenschwestern, aber auch anderer Gesundheitsberufe der berufspolitischen Durchsetzung im Wege stand, vermag nicht vollständig zu befriedigen (vgl. dazu Andersch 1990: 89–99). Womöglich wären damit gescheiterte Versuche einer Domänenenerweiterung erklärbar, aber kaum deren vollständiges Fehlen.¹⁵ Plausibler erscheint es, von einer grundsätzlichen, auch durch erfolgreiche Verbandspolitik nur schwer veränderbaren Vorstrukturierung des berufspolitischen »Möglichkeitsraumes« auszugehen. So zeigt der Verlauf der berufspolitischen Diskussion im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, in der körperschaftliche Organisationsformen für Assistenzberufe nicht auftauchen, daß die Errichtung von Schwestern- oder Physiotherapeutenkammern wohl keinem Beteiligten in den Sinn gekommen wäre, und zwar weniger aufgrund einer ärztlichen Dominanz, als vielmehr in Folge der Inkompatibilität mit tradierten berufsständischen Mustern der Institutionalisierung von Berufsbildern. Das Organisationsmodell der Kammer setzt entweder einen akademischen oder einen handwerklichen Hintergrund voraus, was beides für die damals schon existierenden Assi-

15 Die seit kurzem zu beobachtenden Bestrebungen vor allem aus den Reihen der Pflegeberufe, durch die Etablierung der akademischen Disziplin »Pflegerwissenschaft« (Robert Bosch Stiftung 1992) und die Errichtung von Krankenpflegekammern (zu dieser Diskussion vgl. Kellnhäuser 1994; Haug 1995) zu einer nachholenden Professionalisierung zu gelangen, stehen nicht im Widerspruch zu der hier behaupteten Wirkungsweise des bundesdeutschen Systems der Marktregulierung. Vielmehr handelt es sich um die internationale Diffusion (vgl. Moers/Schaeffer 1993) einer Berufsbildmodernisierung, die gerade auf die Überwindung bestehender Restriktionen im System der Marktregulierung abzielt (siehe dazu auch Bräutigam 1995).

stanzberufe nicht zutraf. Demgegenüber waren weder die Registrierung in Großbritannien noch die Lizenzierung in den USA auf einen bestimmten Berufstyp beschränkt.

Auch wenn man damit die Ursache für den institutionellen Vorsprung der medizinischen Profession im deutschen Fall in der fehlenden Verfügbarkeit arztähnlicher Institutionen verorten kann, so bleibt dennoch die Frage nach den Ursachen für die Dauerhaftigkeit dieses Zustands offen. Wie eingangs schon angedeutet, läßt sich in den Beziehungsmustern zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine plausible Erklärung dafür vermuten. Dieser Frage wird in Kapitel 7 nachgegangen. Zuvor sollen aber noch jene Faktoren Erwähnung finden, die sich nicht eindeutig unter der Kategorie Marktregulierung einsortieren lassen.

Kapitel 6

Die Bedeutung organisatorischer und finanzieller Faktoren

Gemäß der Definition von Marktregulierung, die sich an die »Governance«-Diskussion anschließt (vgl. Abschnitt 3.3), sind in der bisherigen Analyse vor allem Regeln und Institutionen behandelt worden, die den Marktzutritt für Gesundheitsberufe öffnen oder schließen. Wenn nachfolgend auf Organisations- und Finanzierungsstrukturen als weitere, für das Zustandekommen der Personalstruktur relevante Faktoren eingegangen wird, so ist damit keine Relativierung der zentralen Erklärungsdimension beabsichtigt, sondern eine Ergänzung, die sich auf zweierlei Weise begründen läßt. Zum einen steht dahinter das Bemühen, ein »conceptual stretching« (Sartori) zu vermeiden und Erklärungsfaktoren, die sich nicht ohne weiteres unter Marktregulierung subsumieren lassen, ihrem Eigengewicht entsprechend gesondert zu betrachten.

Zum anderen beinhalten die vorangegangenen Ausführungen einige Hinweise darauf, daß die Effekte der Marktregulierung nicht in allen Bereichen der medizinischen Versorgung gleichermaßen zum Tragen kommen. In der Regel ist zwar davon auszugehen, daß Ausbildungsstandards, Marktzutrittsregeln oder rechtlich fixierte Tätigkeitsdomänen für alle im Gesundheitswesen beschäftigten Personen gleichermaßen gelten. Es zeigen sich aber dennoch gewisse Unterschiede, insbesondere zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Die weiter oben erwähnten Mindestausbildungsstandards der JCAH sind im ambulanten Sektor der USA ohne Pendant. Ebenso findet die Personalrekrutierung in britischen NHS-Krankenhäusern unter anderen Bedingungen statt als im Bereich der ambulanten Versorgung. Auch in der Bundesrepublik bestehen sektorale Unterschiede. So findet zum Beispiel der sozialrechtlich definierte Arztvorbehalt aus dem ambulanten Sektor im Krankenhaus keine Anwendung, da hier andere Finanzierungsregeln gelten. Es ist also zu prüfen, inwiefern die Unterschiede in den orga-

nisatorischen Anforderungen und den finanziellen Anreizen zwischen ambulantem und stationärem Sektor die Marktregulierungseffekte beeinflussen.

Unter Organisation der medizinischen Versorgung wird hier im wesentlichen die Struktur der Leistungserbringung verstanden, wobei die Schnittstellenproblematik zwischen ambulantem und stationärem Sektor von besonderer Bedeutung ist. Der Aspekt der Finanzierung wird beschränkt auf jene monetären Anreize, die direkt oder indirekt auf die Personalstruktur einwirken. Beide Faktorenbündel können sehr weitgehend in den Mikrobeereich aufgelöst werden. Da ihnen in der vorliegenden Arbeit zwar ein eigenständiger, aber gemessen an der Marktregulierung nur ergänzender Stellenwert zukommt, ist für die nachfolgenden Ausführungen ein mittleres Auflösungs-niveau ausreichend. Es wird also kein umfassender Überblick über Organisations- und Finanzierungsstrukturen angestrebt, sondern entsprechend der Fragestellung erfolgt eine selektive Auswahl jener Elemente, von denen ein Effekt auf die Personalstruktur erwartet werden kann. Da die Organisations- und die Finanzierungsstrukturen oftmals sehr eng miteinander verknüpft sind, werden beide Faktorenbündel jeweils für den ambulanten und den stationären Sektor gemeinsam behandelt. Dem seien einige generelle Beobachtungen vorangestellt.

Die Struktur der medizinischen Dienstleistungsproduktion in den drei Untersuchungsfällen weist schon auf den ersten Blick eine Reihe von charakteristischen Unterschieden auf, die sich für die jeweiligen Personalstrukturen als bedeutsam erweisen könnten. Auffällig ist weniger der stationäre Sektor, obwohl auch hier Unterschiede bestehen, als vielmehr die ambulante Versorgung und ihre Verknüpfung mit dem Krankenhausbereich. Während im britischen National Health Service ebenso wie in den USA eine problemlose Integration und Kooperation zwischen ambulanten Behandlungseinrichtungen und dem Krankenhaus stattfindet, gehört die fehlende »Verzahnung« dieser Schnittstelle nach wie vor zu den am häufigsten beklagten Defiziten der deutschen Gesundheitsversorgung. Die Zusammenarbeit zwischen beiden Sektoren ist trotz vielfältiger Reformversuche (Rosewitz/Webber 1990: 31–95) vor allem aufgrund des weitgehenden Ausschlusses der Krankenhäuser von der ambulanten Versorgung, die in die alleinige Kompetenz der niedergelassenen Ärzte fällt, deutlich schlechter als in den meisten anderen Ländern. Eine transsektorale Kooperation ist hingegen in den USA schon allein aufgrund der besonderen Bedeutung, die die »hospital privileges« für die niedergelassenen Ärzte besitzen, sehr viel ausgeprägter. Die Praxen amerikanischer Ärzte sind im Durchschnitt technologisch weniger »hochgerüstet«

als hierzulande. Dafür besitzt fast jeder niedergelassene Arzt das Recht zur Bettenbelegung in einem und nicht selten mehreren Krankenhäusern (Reiser 1978: 156). Die Bedeutung des Krankenhauses als verlängerte Arztpraxis ist so groß, »that a physician without hospital staff privileges is like a fish out of water« (Hirsh 1988: 47). Auf die Mengeneffekte, die dieses Organisationsmodell hervorbringt, wird noch näher einzugehen sein. Im staatlichen Gesundheitsdienst Großbritanniens wird die sektorale Kooperation vor allem dadurch hergestellt, daß es im NHS keine niedergelassenen Fachärzte gibt, so daß die Überweisung in das Krankenhaus auch zur ambulanten Weiterbehandlung eine Routineangelegenheit darstellt.

Nicht zuletzt aufgrund der lange Zeit sehr strikt durchgehaltenen Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor hat sich in Deutschland die Figur des allein praktizierenden Kassenarztes (seit 1.1.1993: Vertragsarzt) weitaus stärker als in den beiden anderen Ländern zum Normalfall der ambulanten Versorgung entwickelt, was weitreichende rechtliche und ökonomische Ausstrahlungseffekte besitzt. Das für den deutschen Fall charakteristische Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzte ist ein Resultat des lang anhaltenden historischen Konflikts um die Stellung des Kassenarztes, der 1955 mit der Verabschiedung des Kassenarztgesetzes einen – zumindest juristischen – Abschluß fand. Seither obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung des sogenannten »Sicherstellungsauftrages« (§§ 72–75 SGB V), der die gesamte Bandbreite ambulanter Versorgungsleistungen umfaßt. Auf der Basis dieser schon seit 1931 gültigen Rechtslage waren alternative Organisationsmodelle der ambulanten Versorgung weitgehend ausgeschlossen (Näheres bei Pott 1991; Schönbach 1982). Selbst betriebswirtschaftlich sinnvolle Organisationsformen wie Gruppenpraxen waren bis in die jüngste Vergangenheit durch zahlreiche juristische Hürden in ihrer Ausbreitung behindert beziehungsweise stießen aufgrund ihrer vermeintlichen Nähe zur »sozialisierten Medizin« sowohl beim einzelnen Arzt wie auch bei den Standesorganisationen auf spürbare Distanz. Noch immer bedürfen Gemeinschaftspraxen, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen praktizieren, einer Genehmigung durch die zuständige Ärztekammer, die unter anderem eine Reihe von Bedingungen im internen Betriebsablauf voraussetzt, die sich leicht gegenüber der Einzelpraxis nachteilig auswirken können. Eine Zusammenarbeit zwischen Kassenarzt und anderen Versorgungseinrichtungen ist mit Ausnahme des Krankenhauses nicht vorgesehen und entsprechend schwierig.

Seinen historischen Ursprung findet dies in den Verteilungskonflikten zwischen Ärzte- und Kassenverbänden, an deren Zenit in den 1920er Jahren die Krankenkassen gegen die im Streik befindlichen Kassenärzte an mehreren Orten eigene Ambulatorien errichteten, in denen festangestellte Mediziner die Versorgung der Versicherten übernahmen. Seither sorgte allein der Begriff »Ambulatorium« zuverlässig für gereizte Reaktionen bei der Ärzteschaft. Bis in die jüngste Vergangenheit bildete diese Aversion, von der auch andere kollektive Modelle der Arbeitsorganisation in der ambulanten Versorgung nicht verschont blieben, einen festen Bestandteil des professionellen Kollektivgedächtnisses.¹

Zwar konnten sich alternative Organisationsmodelle auch in den beiden anderen Ländern nur allmählich gegen den traditionellen »solo practitioner« durchsetzen. Aber die Ausbreitung von Gruppenpraxen war weder in Großbritannien noch in den USA von ähnlich intensiven ideologischen Konflikten begleitet wie in Deutschland. Im britischen Fall war die Förderung von Gesundheitszentren, in denen die ambulante medizinische Versorgung und die Gemeindeggesundheitsdienste integriert sind, ein fester, wenn auch mit wechselnder Intensität verfolgter Bestandteil der staatlichen Gesundheitspolitik (Hall et al. 1975: 277–310), der seit Ende der sechziger Jahre zu einem raschen Wachstum von größeren Arbeitseinheiten führte. 1989 waren von den 27.239 niedergelassenen General practitioners (GPs) nur noch 11,2 Prozent in der Einzelpraxis tätig, wobei über die Hälfte der Gruppenpraxen zwischen zwei und fünf Ärzte umfassen und der Trend klar in Richtung größerer »partnerships« mit bis zu einem Dutzend beschäftigter Ärzte geht (Zahlen aus: Department of Health 1991).

Ein gegenüber dem deutschen Fall nochmals stärker ausdifferenziertes Bild ist in den USA anzutreffen, wo nicht nur große Gesundheitszentren und Gruppenpraxen, wie die renommierte Mayo Clinic mit mehreren Hundert Ärzten, große Verbreitung gefunden haben, sondern seit Ende der siebziger Jahre auch eine massive Kommerzialisierung aller medizinischen Versorgungsstufen mit erheblichen Folgen für die Organisationsstrukturen eingesetzt hat (Döhler 1990: 348–359). Sowohl im Unterschied zu Deutschland wie auch zu Großbritannien ist im ambulanten Sektor der USA eine Vielzahl von hybriden Angebotsformen entstanden, die die ohnehin wenig konturierten Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung noch wei-

1 Zur »Ambulatorienfrage« im deutsch-deutschen Vereinigungsprozeß, die zu einer weitgehenden Auslöschung dieser Einrichtungen in den fünf neuen Bundesländern führte, vgl. ausführlich Manow (1994: 137–149).

ter auflösen. Neben den mittlerweile auch hierzulande bekannt gewordenen »Health Maintenance Organizations« (HMOs) handelt es sich etwa um chirurgische Tageskliniken oder Unfallambulanzen (»surgery« beziehungsweise »urgent care centers«, »walk-in clinics«), die teilweise als ausgelagerte »Feeder«-Systeme von Krankenhäusern auf kommerzieller Basis betrieben werden. Bezeichnenderweise ist es nur im amerikanischen Fall üblich, die Organisationsstruktur der Gesundheitsversorgung in der Terminologie der Industrieökonomie zu beschreiben (so zum Beispiel Starr 1982: 429). Wichtig für den vorliegenden Zusammenhang ist dabei die Tatsache, daß die wachsende Konversion von ehemals eigenständigen Versorgungseinrichtungen einschließlich der Arztpraxen in Bestandteile konzernartig strukturierter Großunternehmen auch zu einer Veränderung der Entscheidungskompetenzen beiträgt. Die tradierte Vorherrschaft der medizinischen Profession über die Arbeitsteilung und -organisation wird kontinuierlich zugunsten betriebswirtschaftlicher Kalküle des Gesundheits-Managements zurückgedrängt.

Diese kursorischen Beobachtungen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß in den drei Gesundheitssystemen jeweils andere Mechanismen für die Herausbildung grundlegender Strukturmuster dominieren. Während in Deutschland der auf Domänensicherung fixierte Kassenarzt nicht nur Kristallisationspunkt für die Rechtsentwicklung war, sondern auch die Arbeitsteilung zwischen den Versorgungssektoren maßgeblich beeinflusst, hat der niedergelassene Arzt im britischen NHS eher die Position einer Filterinstanz, so daß das Schwergewicht der Organisationsentwicklung eindeutig auf dem Krankenhaus lag. In den USA hat demgegenüber das Fehlen einer strukturbildenden Finanzierungsinstanz der von Marktkräften und technologischen Entwicklungen vorangetriebenen Diversifizierung der Organisationsmodelle freien Lauf gelassen, und diese ist vom Aufstieg des »medizinisch-industriellen Komplexes« nochmals intensiviert worden. Welche Beschäftigungseffekte von den Organisations- und Finanzierungsstrukturen ausgingen, soll nun nach Versorgungssektoren getrennt untersucht werden.

6.1 Der Bereich der ambulanten Versorgung

Da sich das zahlenmäßige Wachstum der Ärzte in den drei Untersuchungsfällen nur geringfügig unterscheidet, ist es gerechtfertigt, sich auf jene Faktoren zu konzentrieren, die besonders den Einsatz der nichtärztlichen Gesund-

heitsberufe beeinflussen. Bei einer Konkretisierung der abstrakten Faktoren Organisation und Finanzierung zeichnen sich für den ambulanten Versorgungssektor drei potentielle Wirkungsmechanismen ab. Erstens ist die Frage zu prüfen, welchen Einfluß unterschiedliche Organisationsmodelle auf den nichtärztlichen Personaleinsatz besitzen. Die beiden Gegenpole wären dabei die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes einerseits und große Organisationseinheiten wie Gesundheitszentren oder Gruppenpraxen auf der anderen Seite. Zweitens ist von Interesse, welche Mengeneffekte von unterschiedlichen Zielorientierungen der ambulanten Versorgung ausgehen. Diese – am ehesten der Organisationssphäre zurechenbare – Frage bezieht sich vor allem auf die Rolle, die den öffentlichen beziehungsweise Gemeindegesundheitsdiensten (»public« beziehungsweise »community health«) eingeräumt wird. Drittens schließlich läßt sich fragen, inwiefern finanzielle Anreize, insbesondere der zulässige Umfang arztfrei erbrachter Leistungen, eine Autonomisierung von ärztlicher Kontrolle bewirkt und damit Expansionschancen für die Assistenzberufe eröffnet haben.

6.1.1 Der Einfluß verschiedener Organisationsmodelle

In Deutschland bildet die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes nach wie vor die wichtigste und für die Beschäftigung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zentrale Organisationsform der ambulanten Versorgung. Zwar stieg nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Zahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Ärzte von 6.399 im Jahr 1981 auf 13.341 im Jahr 1989 (Statistische Quellen BRD/1: A 23), was einem Anteil von 10,2 beziehungsweise 18,6 Prozent der niedergelassenen Ärzte entspricht. Aber selbst dieser gewachsene Anteil fällt im Vergleich zu den beiden anderen Ländern sehr niedrig aus, insbesondere wenn man bedenkt, daß ca. 44 Prozent dieser Gemeinschaftspraxen zwischen Ehepartnern und Verwandten bestehen (Andersen/Schulenburg 1990: 67) und nur selten die Zahl von zwei Praxisinhabern überschritten wird. Der Anteil von Gemeinschaftspraxen ist für die vorliegende Fragestellung aber nur dann von Bedeutung, wenn von dieser Organisationsform andere Beschäftigungseffekte ausgehen als von der Einzelpraxis. Aus einer 1987 durchgeführten Ärztebefragung geht hervor, daß für die Zahl der nichtärztlichen Beschäftigten in einer deutschen Arztpraxis weniger die Zahl der dort tätigen Ärzte als vielmehr das jeweilige Fachgebiet ausschlaggebend ist (Andersen/Schulenburg 1990: 74–

75). Radiologen, Orthopäden und Chirurgen gehören zu den Fachgruppen, die überproportional häufig mehr als 6 Mitarbeiter beschäftigen, wobei Ende der achtziger Jahre die durchschnittliche Zahl von nichtärztlichen Beschäftigten bei ca. vier pro Arzt² gelegen hat.

Dieses Ergebnis deutet zunächst darauf hin, daß von größeren Organisationseinheiten nicht unbedingt bessere Beschäftigungschancen für die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu erwarten sind. Möglicherweise verfügen aber die hierzulande vorherrschenden Zwei-Mann-Gruppenpraxen noch gar nicht über die notwendige Größe, um einen entsprechenden Beschäftigungseffekt zu bewirken. Für diese These sprechen einige – wenn auch nur sehr vage – Hinweise aus den USA, die sich auf den Personaleinsatz in HMOs beziehen.³ Daß die Organisationsstruktur allein noch kein hinreichender Faktor für den vermehrten Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe bildet, läßt sich am englischen Beispiel ablesen. Ende der sechziger Jahre arbeitete der durchschnittliche britische GP noch im wahrsten Sinne des Wortes als »single-handed practitioner«, der – wenn überhaupt – nur auf die stundenweise Unterstützung durch die Ehefrau rechnen konnte (Jefferys/Sachs 1983: 93). 1979 entfielen dann auf einen GP immerhin schon 1,5 Mitarbeiter, und bis 1989 erhöhte sich deren Zahl auf durchschnittlich 2,3 (Department of Health 1991: 17). An dieser Entwicklung hatte zweifellos die Zunahme von Gruppenpraxen und Gesundheitszentren einen wesentlichen Anteil. Der Grund für den gestiegenen Einsatz von nichtärztlichem Personal könnte im britischen Fall tatsächlich auf organisationsspezifische Beschäftigungseffekte zurückgeführt werden, da Gruppenpraxen nachweislich einen entsprechenden Beschäftigungsumfang besitzen. Es scheinen allerdings eher finanzielle Faktoren hinter dieser Entwicklung zu stehen. Denn seit den achtziger Jahren wurde der Arztpraxis in der staatlichen Gesundheitspolitik nicht mehr allein die Rolle der Filterinstanz zugewiesen. Durch gezielte Honoraranreize wurde der Versuch unternommen, den Umfang präventiver und

2 Diese Angaben beinhalten allerdings auch Schreib- oder Reinigungskräfte, die hier als »Nicht-Gesundheitsberufe im Gesundheitssektor« außer Betracht bleiben.

3 Es handelt sich um Erhebungen des Gesundheitsministeriums, aus denen hervorgeht, daß in Arztpraxen nur 0,07 Physician assistants beziehungsweise Nurse practitioners pro Arzt tätig sind, während diese Zahl in HMOs bei 0,44 liegt (Congressional Budget Office 1979: 33; Dolan 1980: 680). Allerdings sind nur rund ein Drittel der HMOs als Gruppenpraxen (»staff model« beziehungsweise »group model«) organisiert. Zumeist bleiben die auf dem Vertragsweg an die HMO gebundenen Ärzte in ihrer Praxis (»independent practice association«), so daß dort eher finanzielle Anreize und weniger organisatorische Faktoren für die verbesserten Beschäftigungschancen der Assistenzberufe zu vermuten sind.

primärmedizinischer Leistungen zu erhöhen, und für diese Aufgabe waren Gruppenpraxen und Gesundheitszentren nicht nur von der Arbeitsorganisation, sondern auch von der Auslastung her besser gerüstet als die Einzelpraxis.

6.1.2 Der Einfluß verschiedener Zielorientierungen

Die Frage, inwiefern die Organisation der ambulanten Versorgung Mengeneffekte für das nichtärztliche Personal besitzt, kann allein mit Blick auf die Größe der Versorgungseinrichtungen nicht beantwortet werden. Zumindest ebenso wichtig ist die medizinische Zielperspektive, durch die sich die verschiedenen an der ambulanten Versorgung beteiligten Einrichtungen auszeichnen. So läßt sich vermuten, daß eine besondere Konzentration der ambulanten Versorgung auf psychosoziale oder Public-health-Aspekte auch zu besseren Beschäftigungschancen für die Assistenzberufe führt. Denn dann sind eher Qualifikationen gefragt, in denen die nichtärztlichen Gesundheitsberufe traditionell eine starke Position besitzen, wie etwa sozialtherapeutische und pflegerische Dienstleistungen oder Gesundheitsberatung und Prävention. Diese Leistungsbereiche unterscheiden sich von der medizinischen Versorgung im engeren Sinne dadurch, daß sie auch ohne ärztliche Anweisung und Kontrolle selbständig von den Assistenzberufen erbracht werden können.

Es ist kaum überraschend, daß die Bundesrepublik auch in dieser Hinsicht durch eine äußerst markante Arztzentrierung gekennzeichnet ist, die die Entwicklung einer über die somatischen Krankheitsaspekte hinausgehenden Versorgungsstruktur und den Expansionspielraum der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in engen Grenzen hielt. Bereits in den »Saalfelder Richtlinien« von 1929 war es den Verbänden der niedergelassenen Ärzte in Verhandlungen mit den kommunalen Spitzenverbänden gelungen, eine Arbeitsteilung zwischen kassenärztlicher Versorgung und kommunaler Gesundheitsfürsorge festzuschreiben, bei der letztere von der kurativen Patientenversorgung ausgeschlossen wurde (Labisch/Tennstedt 1985: 83). Die nachfolgende Geschichte der öffentlichen Gesundheitspflege, von deren einstmaligem Status als »dritter Säule« der medizinischen Versorgung heute kaum noch etwas übrig geblieben ist, gleicht einem »Rutschbahneffekt«, bei dem eine einmal eingeleitete Kompetenzverschiebung zugunsten der niedergelassenen Ärzte immer weitere Kompetenzverluste nach sich zieht. Dies

wird unter anderem daraus ersichtlich, daß sich das sozialversicherungsrechtliche Verständnis von Prävention als *individueller* Prophylaxe gegenüber der *kollektiven* Vorsorge durch die Instanzen der öffentlichen Gesundheitspflege durchsetzte und im Aufgabenkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt wurde (vgl. Rosewitz/Webber 1990: 97–163; Labisch/Tennstedt 1991). Auch ein Autorenteam aus dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung gelangt zu dem Schluß: »Der Gedanke der Gemeindemedizin, der psychosozialen Bedingtheit von Krankheit, ist unter der klaren Konzeption der in der kassenärztlichen Versorgung zu behandelnden individuellen somatischen Krankheit verloren gegangen« (Kosanke/Geiger/Neuhaus 1981: 22).

Die kommunale beziehungsweise öffentliche Gesundheitspflege gehört zwar auch in den USA und – zumindest zeitweise – in Großbritannien zu den marginalisierten und personell stagnierenden beziehungsweise rückläufigen Versorgungssektoren, ohne aber daß dort die für den deutschen Fall charakteristische scharfe Ausgrenzung aus der allgemeinen medizinischen Versorgung anzutreffen ist. Für die britischen »local health authorities« (seit 1974: »community health services«), die traditionell eine wichtige Rolle in der medizinischen Versorgung von Schwangeren, Säuglingen, geistig und körperlich Behinderten sowie in der Altenpflege und der Bekämpfung von Infektionskrankheiten inne hatten, bedeutete die Einführung des NHS im Jahr 1948 zunächst einen deutlichen Kompetenzverlust, da ein großer Teil der eben genannten Aufgaben in die Krankenhäuser verlagert wurde (Webster 1988: 373–375). Als wesentliche Aufgabe blieb den lokalen Gesundheitsbehörden die Verantwortung für die Hauskrankenpflege, die auch die Nachsorge von Krankenhauspatienten einschließt (Levitt/Wall 1984: 194–195) und den »district nurses« obliegt. Die zweite personalstarke Gruppe der kommunalen Gesundheitspflege bilden die Health visitors, die bei den NHS-Distriktverwaltungen (DHAs) angestellt sind. Die Arbeitsteilung zwischen den drei Versorgungsbereichen Arztpraxis, Krankenhaus und Gemeindegesundheitspflege blieb in den fünfziger Jahren zunächst noch unscharf. Als unzureichend wurde aber schon damals die fehlende Koordination empfunden. Seit den frühen sechziger Jahren setzte daher eine Phase der staatlichen Gesundheitspolitik ein, die diese Abstimmungsprobleme zu verbessern suchte. Hebammen, Health visitors und District nurses wurden in zunehmendem Maße einer Arztpraxis zugeordnet und je nach Bedarf in der Betreuung der Praxispatienten eingesetzt (Lewis 1986: 72–73). Ihre Bezahlung erfolgte auch weiterhin durch die Gesundheitsbehörden beziehungsweise bei

den Hebammen durch das Krankenhaus. Die Bemühungen, die kommunale Gesundheitsversorgung mit der ambulanten medizinischen Versorgung des NHS zu verzahnen, wurden speziell durch die NHS-Reorganisation von 1974 vorangetrieben, die der Gemeindemedizin eine hervorgehobene Rolle in der Versorgung von bestimmten Patientengruppen zuwies. Anders als in der Bundesrepublik ist die ambulante medizinische Versorgung, nicht zuletzt aufgrund der staatlichen Förderung der kommunalen Gesundheitspflege (Ham 1985: 72–75), daher nie als alleinige Aufgabe der niedergelassenen Ärzte definiert worden. Wie sich am Zahlenwachstum der Health visitors ablesen läßt, hat diese sektorübergreifende Aufgabenstellung zwar nur ein leicht unterdurchschnittliches Personalwachstum erlaubt,⁴ dieses wäre bei einer fehlenden Verzahnung mit der Arztpraxis aber vermutlich noch niedriger ausgefallen.

Während die kommunale Gesundheitspflege in Großbritannien durch ihre staatlich angeleitete Verzahnung mit den Praxen niedergelassener Ärzte nicht nur einen eigenständigen gesundheitspolitischen Stellenwert, sondern auch einen vergleichsweise beachtlichen Personalumfang erreichen konnte, deutete sich in den USA seit der Nachkriegszeit ein ähnliches Schicksal für die »community medicine« an, wie sie es in Deutschland erfahren hatte. Eine der wesentlichen Ursachen für den personellen und ideellen Niedergang der Gemeindemedizin lag in der Umorientierung der staatlichen Gesundheitsausgaben, die seit den vierziger Jahren bevorzugt für den Krankenhausbau und die medizinische Forschung eingesetzt wurden (Fee 1991: 14–16). Erst zu Beginn der sechziger Jahre gelang eine Revitalisierung der kommunalen Gesundheitsversorgung, die vor allem mit dem »war on poverty« der Johnson-Präsidentschaft und den daraus hervorgegangenen staatlichen Förderprogrammen verbunden war. Besonders erwähnenswert ist das Neighborhood (später Community) Health Centers Program, das seit 1966 vom Office of Economic Opportunity finanziell gefördert wurde (Starr 1982: 370–374). Die Community health centers hatten die Aufgabe, eine umfassende ambulante Versorgung für die Bevölkerung in Armutsregionen bereitzustellen. Eine nicht zuletzt aus der Not geborene Besonderheit war der starke Rückgriff auf nichtärztliches Personal, da sich nur wenige Mediziner für diese Einrichtungen anwerben ließen. Die Zahl der Gemeindegesundheits-

4 Während das gesamte Gesundheitspersonal zwischen 1949 und 1989 um 233 Prozent anwuchs, wiesen die Health visitors nur eine Zuwachsrate von 189 Prozent auf. Da die District nurses nur diskontinuierlich in der Statistik auftauchen, können zu dieser Berufsgruppe keine derartigen Angaben gemacht werden (Statistische Quellen GB/6).

zentren wuchs sehr rasch an und erreichte zu Beginn der achtziger Jahre mit 872 Einheiten ihren Höhepunkt (Andersen/Mullner 1989: 150). Ihre Zahl blieb zwar zu klein, als daß man davon einen spürbaren Beschäftigungseffekt für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe erwarten könnte, gleichwohl haben die Community health centers die Position der Assistenzberufe auf zweifache Weise gestärkt. Zum einen konnten die nichtärztlichen Gesundheitsberufe, vor allem Nurse practitioners und Physician assistants, unter Beweis stellen, daß sie als funktionales Äquivalent zum niedergelassenen Arzt eingesetzt werden können. Die Statusdifferenzen zur medizinischen Profession verringerten sich dadurch. Zum anderen hat diese Erfahrung zu einer Liberalisierung der Kostenerstattungsregeln staatlicher Gesundheitsprogramme geführt. Wie in Kapitel 4 bereits erwähnt, erlaubt zum Beispiel der Rural Health Clinic Services Act von 1977, daß Medicare und Medicaid Erstattungen an Physician assistants beziehungsweise Nurse practitioners durchführen, auch wenn deren Leistungen nicht unter der Kontrolle eines Arztes erbracht wurden (Roemer 1980: 102).

Wenn die Gemeindeggesundheitspflege in den USA einen breiteren Raum einnimmt als hierzulande, dann auch deshalb, weil dieser Sektor sehr stark mit der medizinischen Versorgung der Armutsbevölkerung befaßt ist. Die niedergelassenen Ärzte, die in den USA nicht weniger intensiv für die Sicherung ihrer Kompetenzdomänen gekämpft haben als in Deutschland, konnten sich gut mit diesem Versorgungssegment arrangieren. Denn die Versorgung von nichtversicherten und zahlungsschwachen Patienten ist wenig attraktiv, so daß nur wenige Ärzte zur Niederlassung in den nicht selten ländlichen Armutsregionen zu bewegen waren, in denen die Community health centers ihren Schwerpunkt haben. Konkurrenz ist daher kaum aufgekommen.

6.1.3 Der Einfluß finanzieller Anreize

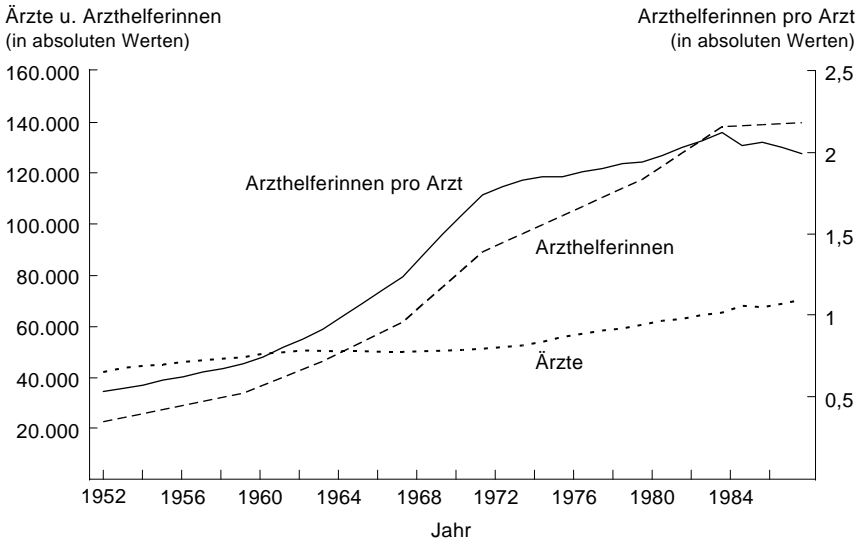
Während in Großbritannien und den USA die Praxis des niedergelassenen Arztes weder die einzig zulässige Organisationsform der ambulanten Versorgung darstellt, noch die Herausbildung einer gemeindemedizinischen Orientierung verhindern konnte, ist die in der Bundesrepublik durchgängig zu beobachtende Fixierung auf den niedergelassenen Kassenarzt auch im Hinblick auf die Autonomisierbarkeit der nichtärztlichen Gesundheitsberufe anzutreffen. Da die leistungsauslösende Diagnose ausschließlich durch einen Arzt erfolgen kann, haben sich auch jene nichtärztlichen Gesundheitsberufe,

denen die selbständige Niederlassung möglich ist, stets in enger Abhängigkeit von den ärztlichen Verordnungsgewohnheiten entwickelt. Dies hängt unter anderem mit der Art der Honorierung zusammen. Denn erst in dem Moment, in dem eine medizinische Leistung nicht mehr von der Ärzteschaft beansprucht wird, kann sie in das Leistungsverzeichnis⁵ eines nichtärztlichen Berufes aufgenommen werden. Überspitzt formuliert leben die selbständig tätigen nichtärztlichen Gesundheitsberufe also von jenen »Abfallprodukten« des ärztlichen Leistungsspektrums, die sich für den niedergelassenen Arzt nicht mehr rechnen und daher bei den periodisch stattfindenden Anpassungen aus der ärztlichen Gebührenordnung herausfallen. Kosanke et al. weisen zu Recht darauf hin, daß die Einzelleistungsvergütung eine wichtige Ursache für die Arztzentrierung der GKV darstellt. Denn »dieses System begünstigt Behandlungsmethoden, die einer klaren und knappen Definition zugänglich sind« (Kosanke/Geiger/Neuhaus 1981: 25), wie sie für die somatisch orientierte Medizin typisch sind, so daß sich auch die Ausweitung des Leistungskataloges der GKV zum großen Teil in Form einer Expansion des ärztlichen Leistungsspektrums vollzog. Während die Einzelleistungsvergütung also insgesamt ein Hindernis für die zahlenmäßige Expansion der Assistenzberufe darstellt, gibt es mit den Arzthelferinnen eine wichtige Ausnahme. Wie aus Abb. 6-1 ersichtlich, beschleunigte sich deren zahlenmäßiges Wachstum ab Mitte der sechziger Jahre, also zu jenem Zeitpunkt, an dem sich in der kassenärztlichen Versorgung der Übergang von der Fallpauschale zur Einzelleistungshonorierung vollzog (Webber/Rosewitz 1990: 235). Offensichtlich läßt sich die Arzthelferin universell in die von zunehmender Mengenproduktion gekennzeichnete ambulante Versorgung integrieren beziehungsweise kann sogar als Voraussetzung für die Zunahme ärztlicher Einzelleistungen betrachtet werden. Bei anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist dies offenbar in weitaus geringerem Maße der Fall.

Sogar das Recht zur selbständigen Niederlassung liegt nicht im eigenen Ermessen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe, sondern ist teilweise durch das kassenärztliche Vertragsrecht geregelt. Daran wird erneut deutlich, welche bedeutsame Rolle das Sozial- beziehungsweise das Kassenarztrecht in Deutschland für die Expansionsbegrenzung der Assistenzberufe darstellt.

5 Diese Leistungs- beziehungsweise Heilmittelverzeichnisse sowie deren Bewertung in Form von Gebühren sind Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Heil- beziehungsweise Hilfsmittelerbringer (§§ 125–128 SGB V). Vgl. dazu ausführlich Rosenthal (1988).

Abb. 6-1 Niedergelassene Ärzte und Arzthelferinnen in der Bundesrepublik Deutschland 1953–1987



Quelle: BRD/4, BRD/11, BRD/13 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

Gemäß § 2 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä), der den Umfang der erstattungsfähigen kassenärztlichen Versorgung bestimmt, können Masseure/medizinische Bademeister, Krankengymnasten, Hebammen, Kranken- und Hauspfleger, Krankenschwestern sowie Atem- und Sprachtherapeuten ihre Leistungen auch in der eigenen Praxis anbieten; nur in der Praxis des Arztes, also unselbständig, können hingegen Sprechstundenhilfen, medizinisch-technische Assistenten, Röntgenassistenten, Orthoptisten, Beschäftigungstherapeuten, Psychagogen und sogar nichtärztliche Psychotherapeuten⁶ tätig werden (Liebold/Zalewski 1993: Rz. H 16), was durchaus nicht in jedem Fall nachvollziehbar ist.

Aber auch alle Leistungen von nichtärztlichen Gesundheitsberufen, die sich in der selbständigen Niederlassung befinden, müssen ausnahmslos das

6 Nichtärztliche Psychotherapeuten können allerdings im Rahmen des bereits erwähnten »Delegationsverfahrens« Patienten in ihren eigenen Praxisräumen behandeln.

Nadelöhr der kassenärztlichen Ver- beziehungsweise Anordnung durchlaufen, um abrechnungsfähig zu sein. Durch den 1959 erstmals zwischen Kassenverbänden und Kassenärztlicher Bundesvereinigung ausgehandelten Bundesmantelvertrag werden sämtliche Leistungen, die durch nichtärztliche Gesundheitsberufe erbracht werden, ausdrücklich als nicht der kassenärztlichen Versorgung zugehörig deklariert (§ 3 BMV-Ä). Dies führt zu der bereits erwähnten Merkwürdigkeit, daß Leistungen durch selbständige Assistenzberufe als vom Arzt verordnetes »Heilmittel« gelten, während Leistungen durch angestelltes Praxispersonal als »Sachleistung« gewertet werden. Diese Regelung hat vor allem bei Gesundheitszentren, die durch die Anstellung von Sozialarbeitern und Psychologen eine breitere Betreuung erzielen wollten, zu vielfältigen Abrechnungsproblemen geführt (Hoffmann et al. 1982). Insgesamt war und ist der Kassenarzt damit eine für die Kooperation ungeeignete »stand alone solution«, die die Beschäftigungsschancen der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe begrenzt hat.

Diese Situation ist immer wieder als Beleg für die überlegene Durchsetzungsfähigkeit der Ärzteschaft gegenüber den Kassen und als Indikator für ihre Machtstellung insgesamt interpretiert worden. Daß die Kassenarztfixierung der Rechts-, Vergütungs- und Vertragspolitik sich mit den finanziellen Interessen und den professionellen Aspirationen der Ärzteschaft im Einklang befindet, ist kaum bestreitbar. Dabei sollte aber auch nicht vergessen werden, daß die Krankenkassen dieses System aus ihrem Eigeninteresse heraus unterstützten und ein »Sieg« der Ärzteschaft in vielen Bereichen gar nicht erforderlich war (Kosanke/Geiger/Neuhaus 1981: 22–24). Die enge Krankheitsdefinition etwa entspringt nicht nur dem Interesse an einer Begrenzung der zur kassenärztlichen Versorgung zugelassenen Gesundheitsberufe und den Forderungen von Versicherten, sondern fungierte auch als – höchst wirksame – Abwehr gegenüber Leistungsansprüchen aus anderen Zweigen der Sozialversicherung, wie der Renten- und der Unfallversicherung, die als Kostenträger der beruflichen und gesundheitlichen Rehabilitation die Kassen nur allzugern mit in die finanzielle Pflicht nehmen würden.

Der Anteil selbständig niedergelassener Assistenzberufe dürfte im britischen Fall erheblich niedriger liegen als in der Bundesrepublik, da im NHS auch die niederlassungsfähigen Assistenzberufe überwiegend im Krankenhaus tätig sind. Dies ist allerdings nicht durch ärztliche Interessenpolitik bewirkt worden, die aufgrund mangelnder finanzieller Konsequenzen dieser Frage gegenüber eher indifferent eingestellt ist. Genaue Zahlen zum Niederlassungsumfang liegen nicht vor (einige Hinweise in Stocking 1979; Con-

sumers' Association 1983). Auch für den amerikanischen Fall läßt die unzureichende Datenlage keine näheren Angaben zu. Ein Vergleich zwischen den hier zusammengestellten Zahlen zur Gesamtbeschäftigung des Gesundheitspersonals und einer nur auf das Krankenhaus bezogenen Erhebung der American Hospital Association (Statistische Quellen USA/10: 9)⁷ erlaubt immerhin die Aussage, daß der Anteil des im ambulanten Sektor tätigen Assistenzpersonals nicht selten bei 50 Prozent einer Berufsgruppe liegt. Dieser hohe Anteil deutet aber keineswegs auf eine selbständige Niederlassung hin, sondern spiegelt lediglich das Vorhandensein von sehr großen Gruppenpraxen, Gesundheitszentren, Labors und anderen Versorgungseinrichtungen außerhalb des stationären Sektors wider, in denen entsprechend viele nichtärztliche Berufsgruppen im Angestelltenverhältnis beschäftigt sind.

Die Autonomisierung der Assistenzberufe durch die Abnabelung von ärztlicher Kontrolle findet naturgemäß nicht allein auf der organisatorischen Ebene statt, sondern ist ebenso mit der Frage nach der Erstattungsfähigkeit »arztfrei« erbrachter Leistungen durch den (beziehungsweise die) Finanzierungsträger verbunden. Nicht selten basieren derartige Erstattungsregeln auf berufsrechtlichen Ermächtigungen, so daß die Trennlinie zur Marktregulierung hier besonders schwer zu ziehen ist. Hierzu gilt es grundsätzlich festzustellen, daß auch in Großbritannien und den USA in der Regel die ärztliche Diagnose am Beginn eines medizinischen Behandlungsvorganges steht. In beiden Ländern können nichtärztliche Gesundheitsberufe aber in größerem Umfang als hierzulande auch ohne vorherige Überweisung durch einen Arzt in Anspruch genommen werden.

Im britischen NHS sind in den »scope rules« des Council of Professions Supplementary to Medicine (vgl. Abschnitt 5.3) berufsrechtliche Vorschriften für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe beinhaltet, die den ärztlichen Überweisungszwang festlegen, wenn auch nicht immer sehr präzise. In der Regel sollen die PSM-Berufe keine Patienten ohne vorherige Überweisung durch einen Arzt behandeln. Diese Regelung wird jedoch nicht stringent durchgehalten. In den Scope rules für Dietitians heißt es zum Beispiel: »they shall not *habitually* treat any patient therapeutically without instructions given by a registered medical or dental practitioner« (Finch 1984: 27; Chaplin 1982: 410–411). Ebenso ist es üblich, daß General practice nurses, die in einer Arztpraxis oder einem Gesundheitszentrum angestellt sind,

7 Eine naheliegende systematische Subtraktion der Zahlen zur Krankenhausbeschäftigung von den Daten zur Gesamtbeschäftigung ist aufgrund der größtenteils anders geschnittenen Berufskategorien nur für ausgewählte Berufe möglich.

Hausbesuche durchführen und dann über die medizinische Weiterbehandlung selbst entscheiden. Ähnliches gilt für Arbeits- und Physiotherapeuten, die die Behandlung von Langzeitpatienten ohne ärztliches Zutun durchführen können (Ovretveit 1985: 88). Andere nichtärztliche Berufe wie die Health visitors oder die Speech therapists können nicht nur ohne ärztliche Überweisung in Anspruch genommen werden, sondern dürfen sogar selbst Überweisungen vornehmen (Stocking 1979: 118; Long/Mercer 1987: 109). Wenn im NHS keine dem deutschen Arztvorbehalt vergleichbaren Kontrollmechanismen entwickelt wurden, hängt dies sowohl mit dem höheren Professionsstatus der Assistenzberufe (Näheres dazu in Kapitel 7) wie auch mit dem Angestelltenstatus der medizinischen Leistungserbringer zusammen. Da die Honorierung sowohl der Ärzte wie auch der Assistenzberufe auf Gehaltsbasis erfolgt, fehlen die finanziellen Anreize zu einer Leistungsausweitung, so daß der Kontrollaspekt der ärztlichen Überweisung nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Geht man von der naheliegenden Annahme aus, daß der Honorierungsmodus einen wichtigen Faktor in der Gestaltung der Überweisungsabhängigkeit der Assistenzberufe darstellt, dann müßte man in den USA eine ähnliche Konstellation erwarten wie in der Bundesrepublik, da dort ebenfalls die Einzelleistungsvergütung dominiert und die Kostenträger dementsprechend ein dringendes Interesse an der Schaffung einer Mengenbegrenzung der Verordnungstätigkeit haben müßten. Gleichwohl finden sich in den USA eher »britische Verhältnisse«, das heißt, daß die direkte Inanspruchnahme nichtärztlicher Gesundheitsberufe weit mehr als eine Ausnahmeerscheinung darstellt. Bereits angesprochen wurden die Great-Society-Programme beziehungsweise ihre Nachwehen in den siebziger Jahren, die eine Finanzgrundlage für die Beschäftigung außerhalb traditioneller Strukturen der Arbeitsteilung geschaffen haben. Eine der ersten großen nichtärztlichen Berufsgruppen, deren Leistungen sowohl von staatlichen als auch von privaten Kostenträgern ohne ärztliche Überweisung erstattet wurden, waren die Chiropraktiker in den fünfziger Jahren (Rayack 1967: 257). Dem folgten in den sechziger Jahren die »physician extenders«, und seit den siebziger Jahren wurden die Lizenzierungsgesetze einiger Berufe, unter ihnen die Physiotherapeuten, dahingehend novelliert, daß eine Behandlung auch ohne ärztliche Überweisung zulässig wurde (Institute of Medicine 1989: 33). Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen ist dies in der Regel das Signal, ebenfalls die Kostenerstattung dieser Berufe zu übernehmen. In den achtziger Jahren schließlich wurde die Einzelleistungsvergütung für bestimmte

arztfrei erbrachte Leistungen von Krankenschwestern und Physician extenders in das staatliche Medicare-Programm eingeführt (Harrington/Culbertson 1990: 156; Statistische Quellen USA/5: XVI-11). Quantifiziert werden können diese Autonomisierungserfolge der Assistenzberufe nicht. Sie reihen sich aber plausibel in ein Gesamtbild von den interprofessionellen Beziehungen in den USA ein, bei dem ein – im Vergleich zum deutschen Fall – weniger stark ausgeprägtes Subordinationsverhältnis zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen letzteren die Übernahme arztnaher Tätigkeiten erlaubt und damit insgesamt eine personelle Expansion begünstigt.

Nun ist es nicht ganz unwichtig, die Ursachen für diese Autonomisierungserfolge zu kennen, denn es ließe sich ja auch vermuten, daß die Assistenzberufe professionspolitische »windfall profits« einstreichen konnten, die von ganz anderen Akteuren verursacht wurden. Im Vergleich zur Bundesrepublik und Großbritannien wird die Finanzierung der medizinischen Versorgung in den USA in sehr großem Umfang durch private Krankenversicherungen getragen, von denen man aus Wettbewerbsgründen eine liberale Erstattungspolitik gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen erwarten kann. Daraus ließe sich ein Expansionsvorteil begründen. Diese Vermutung bestätigt sich aber nur zum Teil. Zwar haben die privaten Krankenversicherungen bei der Kostenübernahme für nichtärztliche Leistungen bei einzelnen Gesundheitsberufen wie bei den Chiropractors (Light 1988: 211) eine Vorreiterrolle gespielt, aber die staatlichen Gesundheitsprogramme sind dieser Entwicklung keineswegs immer nur hinterhergehinkt.⁸ Die Kostenerstattung gegenüber den Assistenzberufen resultierte bei Medicare und Medicaid aus staatlichen Bemühungen, dem verbreiteten Problem einer unzureichenden medizinischen Infrastruktur durch die Substitution ärztlicher Leistungen abzuhelpen (vgl. U.S. General Accounting Office 1993). Von größerer Bedeutung scheint die weiter unten geäußerte Vermutung zu sein, daß die föderale Fragmentierung der Marktregulierung, insbesondere der Berufsgesetzgebung, Ansatzpunkte für eine gesetzliche Positionsverbesserung

8 Bei der privaten Krankenversicherung (PKV) in Deutschland läßt sich eher eine gegenläufige Tendenz beobachten. Die Mustervertragsbedingungen des PKV-Verbandes, an der sich die einzelnen Versicherungsunternehmen orientieren, schließen zwar – anders als die GKV – eine Leistungspflicht für die Heilpraktikerbehandlung nicht aus. Gleichzeitig folgt die Erstattungspolitik in zunehmendem Umfang den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen (vgl. Wagner 1991: 101), so daß die PKV, also der Markt für Privatpatienten, keine wesentlich besseren Entfaltungschancen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe bietet.

rung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bietet. Ein Indiz dafür sind die sogenannten »mandated provider laws«. Diese auf Betreiben nichtärztlicher Berufsverbände in mehreren Bundesstaaten verabschiedeten Gesetze schreiben privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Mindestleistungskatalog vor, in dem auch die Pflicht zur Erstattung bestimmter nichtärztlicher Leistungen vorgeschrieben ist (Havighurst 1989: 29; Hershey 1989: 42).

Rekapituliert man die drei Faktoren, die die Beschäftigungs- und Expansionschancen der Assistenzberufe im ambulanten Sektor bestimmen, dann können folgende Ergebnisse festgehalten werden: Während in der Bundesrepublik sowohl die Organisation wie auch die Versorgungsphilosophie des ambulanten Sektors ganz auf die Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes zugeschnitten ist, haben in Großbritannien und den USA die zunehmende Verbreitung von Gruppenpraxen und die stärkere Bedeutung der Gemeindegesundheitspflege zu einer Ausweitung der Beschäftigungschancen für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe beigetragen. Ebenso ist in beiden Fällen die organisatorische und finanzielle Abnabelung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe von direkter ärztlicher Kontrolle in erkennbar größerem Umfang als hierzulande gelungen. Im deutschen Fall entspricht also die Arztlastigkeit der Personalstruktur der Arztzentrierung sowohl der Organisationsstrukturen als auch der Aufgabendefinition und in der Finanzierungstechniken der ambulanten Versorgung.

6.2 Der Bereich der stationären Versorgung

Das Krankenhaus ist in allen drei hier untersuchten Ländern der dominierende Beschäftigungsort der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Eine Quantifizierung des dort tätigen Personals wirft jedoch einige Probleme auf. Nur im deutschen Fall wird seit Beginn des Erhebungszeitraumes eine gesonderte statistische Erfassung des Krankenhauspersonals vorgenommen, so daß sich die Verschiebungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor im Zeitverlauf rekonstruieren lassen. Die britischen HPSSS-Daten erlauben nur bei einzelnen nichtärztlichen Berufen eine Unterscheidung zwischen beiden Sektoren, da die Beschäftigten jeweils ihrem Anstellungsort zugeordnet werden, der aber nicht zwangsläufig mit dem Beschäftigungsort übereinstimmt. Da die District Health Authorities und nicht die einzelnen Krankenhäuser als Arbeitgeber fungieren, wird bei den Assistenzberufen nicht nach

Versorgungssektoren differenziert. Ausgenommen davon sind Krankenschwestern und Hebammen, deren Berufsbezeichnung (zum Beispiel »district nurse« oder »community health midwifery«) eine sektorale Zuordnung erlaubt. In der amtlichen Statistik der USA wird eine Trennung zwischen Krankenhaus und anderen Beschäftigungsorten erst seit 1970 ausgewiesen. Da diese Angaben aber auf Zensusdaten basieren, bei deren Berufsklassifikation andere Kriterien verwendet wurden als bei den allgemeinen Personaldaten, kann auch hier nur bei einer kleinen Gruppe der nichtärztlichen Berufsgruppen eine sektorale Zuordnung vorgenommen werden.

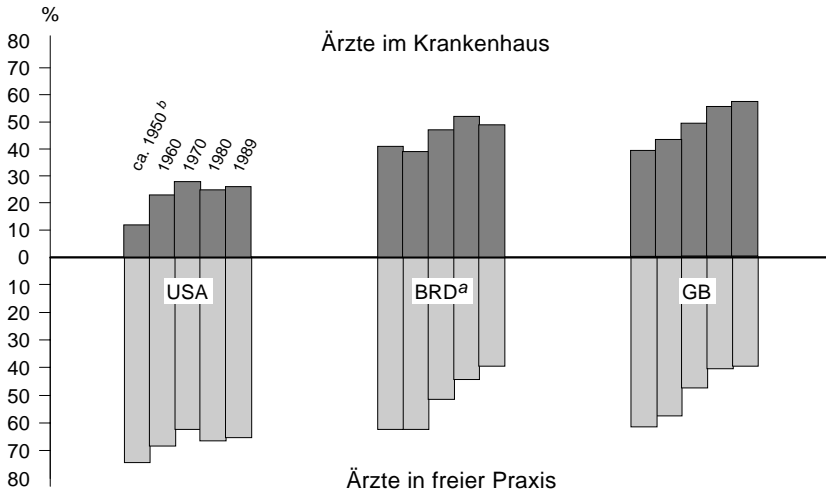
Allein bei der medizinischen Profession ist es in allen drei Ländern möglich, Anteilsverschiebungen zwischen den beiden Sektoren jeweils über den gesamten Untersuchungszeitraum zu berechnen.⁹ Die zunehmende Bedeutung, die das Krankenhaus in der medizinischen Versorgung eingenommen hat, ist für die vorliegende Fragestellung deshalb von Interesse, weil sich hier möglicherweise größere Beschäftigungschancen für das nichtärztliche Personal eröffnen als im ambulanten Sektor. Dies wäre stets dann der Fall, wenn finanzielle Anreize oder organisatorische Zwänge einen höheren nichtärztlichen Beschäftigungsstand im Krankenhaus hervorrufen.

Abb. 6-2 zeigt zunächst die Anteilsverschiebungen für die medizinische Profession. Sichtbar wird dabei ein Gleichklang zwischen dem bundesdeutschen Gesundheitssektor und dem britischen NHS, wo jeweils in ähnlichem Umfang eine Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten in den stationären Sektor zu beobachten ist. Zwar verdoppelt sich auch in den USA der Anteil der Krankenhausärzte zwischen 1950 und 1970, er bleibt aber mit weniger als 30 Prozent deutlich hinter den beiden anderen Ländern zurück. Wie bereits mehrfach erwähnt, ist der vergleichsweise geringe Anteil an Krankenhausärzten in den USA Resultat des quantitativ umfänglichen Belegarztwesens, das die Festanstellung für Krankenhausärzte zu einem großen Teil ersetzt, so daß die Anzahl der angestellten Ärzte nur bedingt Auskunft über die sektorale Verschiebungen geben kann.

Im Hinblick auf die sektorale Verteilung des nichtärztlichen Personals lassen sich nur für die Bundesrepublik präzise Angaben machen. Zunächst kann eine deutliche Verschiebung der Gesamtbeschäftigung vom ambulanten in den stationären Sektor festgestellt werden. 1953 waren rund 41 Prozent des gesamten Gesundheitspersonals im Krankenhaus beschäftigt. Dieser

⁹ Soweit keine anderen Quellenangaben erfolgen, basieren alle nachfolgenden Zahlen auf Berechnungen, die mit den in Abb. 6-2 angegebenen statistischen Quellen durchgeführt wurden.

Abb. 6-2 Verteilung der Ärzte nach Beschäftigungsort in den USA, der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien



a Werte über 100% entstehen durch Doppelzählungen bei den Belegärzten.

b Die Werte sind nur für die Jahre verfügbar: USA = 1950, GB = 1949, BRD = 1952.

Quelle: USA/3, USA/4, USA/6, USA/8, USA/9, GB/6, BRD/2, BRD/3, BRD/4, BRD/5, BRD/6, BRD/7 (s. Verzeichnis der statistischen Quellen).

Anteil erhöhte sich kontinuierlich bis Mitte der siebziger Jahre auf rund 60 Prozent und blieb seither mit geringen Schwankungen auf diesem Niveau. Das Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal veränderte sich hingegen nur minimal. Kamen 1953 auf einen Arzt im Krankenhaus 4,4 Nichtärzte, so waren es 1988 erst 1:4,6, wobei in den dazwischen liegenden Jahren lediglich eine Reihe von statistisch bedingten Schwankungen dieser Verhältniszahl zu verzeichnen sind. Der geringe Anstieg verdankt sich in erster Linie der Zunahme von medizinisch-technischen Assistenten sowie Masseuren und Krankengymnasten. Das heißt für den deutschen Fall, daß mit der Anteilsverschiebung der Krankenhausbeschäftigung zu Lasten des ambulanten Sektors keine zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten für das nichtärztliche Personal verbunden waren.

Da die Statistik im britischen Fall nur für einzelne Berufe eine sektorale Zuordnung erlaubt, können hier lediglich Tendenzaussagen über die Anteilsverschiebungen gemacht werden. Eindeutig dem ambulanten Sektor zuzuordnen ist neben den Health visitors, den District nurses, den Opticians und

dem Praxispersonal der niedergelassenen Ärzte nur noch jener Teil der Hebammen, die als »community health midwives« gekennzeichnet sind. Ein Teil der PSM-Berufe, insbesondere die Chiropodists, die Occupational therapists, die Physiotherapists und die Remedial gymnasts, sind außerhalb des Krankenhauses in eigenen Praxen oder kommunalen Gesundheitseinrichtungen tätig, ohne daß sich dieser Anteil quantifizieren läßt. Aus einer Reihe eher beiläufiger Anmerkungen in der Literatur läßt sich vermuten, daß der außerhalb des Krankenhauses tätige Anteil der PSM-Berufe deutlich unter 20 Prozent liegt. Zählt man die erkennbar dem ambulanten Sektor zurechenbaren Berufsgruppen zusammen, dann ergibt sich folgendes Bild: Im Jahr 1949 waren rund 12 Prozent des nichtärztlichen Personals außerhalb des Krankenhauses tätig. Dieser Anteil erhöht sich bis 1970 auf rund 19 Prozent und bleibt bis 1979 auf diesem Niveau stabil. Weil in den Folgejahren eine Umgruppierung der statistischen Zuordnung erfolgte, die insbesondere die Krankenschwestern betraf, sind die nachfolgenden Zahlen nicht mehr aussagekräftig. Da es seither aber keine gravierenden Schwankungen in der Gesamtbeschäftigung gab, kann davon ausgegangen werden, daß nach wie vor etwas über 20 Prozent des nichtärztlichen Personals in der ambulanten Versorgung tätig sind. Das heißt, daß zwar die mäßige Verschiebung der Verhältniszahl zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in zunehmendem Maße durch den ambulanten Sektor verursacht wird; aber dank des nach wie vor hohen Beschäftigungsanteils des Krankenhauses waren dessen spezifische Organisations- und Finanzierungsmechanismen einem hohen nichtärztlichen Personalanteil keineswegs hinderlich, sondern haben sein Wachstum sogar in mäßigem Umfang gefördert.

Wie schon bei den vorangegangenen Datenanalysen, so treten auch bei der sektoralen Zuordnung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den USA die größten Erfassungsprobleme auf. Wie bereits erwähnt, ist erstmals 1970 eine nach Sektoren unterteilte Personalstatistik veröffentlicht worden, die alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe berücksichtigt (U.S. Department of Health, Education and Welfare 1976/77: 23–24). Der aus dieser Statistik erchenbare Umfang der Gesamtbeschäftigung des nichtärztlichen Personals liegt mit rund 2,13 Mio. zwar um 247.000 Beschäftigte niedriger als der hier ermittelte Gesamtbeschäftigungsumfang, was aber die Zuverlässigkeit der sektoralen Zuordnung nicht zwangsläufig entwertet. Den Angaben zufolge waren 1970 rund 71 Prozent des nichtärztlichen Personals in Krankenhäusern beschäftigt. Aus den in dieser Untersuchung verwendeten Daten ist 1970 der einzige Zeitpunkt, zu dem die sektorale Verteilung aller Gesundheitsberufe

Tabelle 6-1 Prozentualer Anteil der im Krankenhaus tätigen Personen ausgewählter nicht-ärztlicher Berufsgruppen in den USA

	1951	1970	1988
Registered Nurses	86	76	52
Practical Nurses	59	74	49
Nursing Aides	59	69	k.A.
Clinical/Medical Laboratory Service	83	80	89
Radiologic Technicians	42	76	74
Dietitians	47	85	60
Physical Therapists	99	k.A.	56
Medical Record Services	44	95	61

Quellen: USA/1, USA/8, USA/10 sowie eigene Berechnungen.

errechnet werden kann. Zwar liegen auch für andere Zeitpunkte statistische Angaben vor, sie beruhen aber durchweg auf Klassifikationskriterien, die mit dem hier verwendeten Datensatz und der darin beinhalteten Abgrenzung der »Gesundheitsberufe im Gesundheitswesen« inkompatibel sind.¹⁰ Lediglich für einzelne nichtärztliche Gesundheitsberufe lassen sich über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg Angaben über die sektorale Zuordnung machen, deren Aussagekraft aufgrund der unterschiedlichen Datenquellen jedoch begrenzt ist.

Hervorhebenswert aus Tabelle 6-1 sind folgende Trends: zunächst der tendenziell sinkende Anteil der Krankenschwestern, insbesondere der Registered nurses, die im stationären Sektor beschäftigt sind. Wie auch aus einer anderen Erhebung hervorgeht, finden Krankenschwestern zunehmend in Einrichtungen der ambulanten beziehungsweise der Gemeindegesundheitsversorgung Beschäftigung (Statistische Quellen USA/5: VIII-16), wobei der Anteil der hochqualifizierten Schwestern im Krankenhaus trotzdem gleichbleibend hohe Zuwachsraten verzeichnen kann (Statistische Quellen USA/10: 10). In den Bereichen Labor und Radiologie hat die Beschäftigung im Krankenhaus zugenommen, während bei den anderen hier aufgeführten Be-

¹⁰ Selbst die jährlich von der American Hospital Association herausgegebene Reihe »AHA Hospital Statistics« ist für hiesige Zwecke ungeeignet, da in den Angaben über die Krankenhausbeschäftigung mit Ausnahme der Ärzte, der Registered und der Licensed practical nurses nicht zwischen verschiedenen Berufsgruppen unterschieden wird.

rufen erhebliche Schwankungen zu beobachten sind, die aber vermutlich auf die wechselnde Datenbasis zurückzuführen sind und keinen realen Trend widerspiegeln. Man wird die sektoralen Verschiebungen in den USA nach Berufen differenzieren müssen, ohne daß insgesamt ein Anlaß zu der Vermutung besteht, daß der Zahlenexpansion der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den USA krankenhausspezifische Hindernisse entgegenstehen.

Die Frage, inwiefern finanzielle oder organisatorische Faktoren im stationären Sektor größere Expansionschancen für das nichtärztliche Personal eröffnet haben, muß nach Ländern differenziert beantwortet werden. Für Großbritannien und die USA gilt, daß der stationäre Sektor den nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine zahlenmäßige Expansion erlaubt, die auch die Verhältnisziffer weiter zu ihren Gunsten verschoben hat, während in der Bundesrepublik weder die wachsende Gesamtbeschäftigung im Krankenhaus noch die Anteilsverschiebung zugunsten des stationären Sektors einen Beitrag zur Veränderung der arztlastigen Personalstruktur leisten konnte. Welche organisatorischen und finanziellen Faktoren können nun für diese Differenzen verantwortlich gemacht werden?

Für den amerikanischen Fall läßt sich diese Frage relativ eindeutig mit einem organisatorischen Argument beantworten. Das Belegbettenprinzip als dominantes Verbindungsglied zwischen Arzt und Krankenhaus hat einen höheren Bedarf an nichtärztlichem Personal produziert als in Deutschland und vermutlich auch in Großbritannien. Da nur rund ein Viertel aller amerikanischen Ärzte im Krankenhaus angestellt und damit permanent verfügbar sind, mußte dieses personelle Vakuum durch einen höheren Anteil an nichtärztlichem Personal kompensiert werden. Durch das ständige Kommen und Gehen eines Großteils der Ärzte werden an den Betriebsablauf in amerikanischen Krankenhäusern erheblich höhere Anforderungen gestellt als hierzulande und in Großbritannien (Glaser 1963: 40–43; Stevens 1989: 241–246). Dies hat insbesondere für die Patientenversorgung erhebliche Konsequenzen, da sie tendenziell »arztfrei« vom nichtärztlichen Personal durchgeführt und verantwortet wird. Da die Nutzungsmöglichkeiten des Krankenhauses die Überwindung jener technisch-organisatorischen Beschränkungen erlaubten (Stevens 1971: 51–52), die aufgrund fehlender technischer Ausstattung für den britischen und deutschen Arzt in der Niederlassung wirksam waren, setzte eine starke Ausweitung technisch-apparativer Leistungen ein. Neben den operativen Leistungen bezog sich das auf den Einsatz der radiologischen beziehungsweise der Labordiagnostik, die beide in den USA sehr viel früher und in weit größerem Umfang zu Standards der medizinischen Versorgung

wurden. So erklärt sich auch der weit überdurchschnittliche Zuwachs des Labor- und Diagnostikpersonals. Ein typisches Resultat der besonderen funktionalen Anforderungen des Belegarztsystems ist die frühzeitige Ausdifferenzierung der »medical record services« als einer speziellen und zahlenmäßig nicht zu vernachlässigenden Berufsgruppe, die innerhalb des Krankenhauses eine eigenständige Organisationseinheit bildet.

Das Belegarztwesen hat nicht nur durch organisatorische Anforderungen zu einer stärkeren Verselbständigung des nichtärztlichen Personals geführt, sondern beeinflusst auch die Kontrollinteressen der medizinischen Profession. Der durchschnittliche amerikanische »attending physician« möchte von den administrativen Angelegenheiten des Krankenhauses möglichst unbehelligt bleiben und tendiert daher, eher als dies für deutsche und britische Krankenhausärzte gilt, zu einer weitreichenden Aufgabendelegation an das festangestellte Personal. Dieser Effekt wird noch verstärkt durch den Umstand, daß die »clinical privileges« dem Belegarzt keineswegs alles zu tun erlauben, was im Krankenhaus technisch möglich ist, sondern eine Bandbreite von zulässigen Tätigkeiten festlegen (Hall/Ellman 1990: 150; Stevens 1989: 245). Davon betroffen sind vor allem die Belegärzte, während festangestellte Ärzte von diesen Restriktionen weitgehend ausgenommen bleiben (Annas et al. 1990: 443). In der Praxis hat diese Einschränkung zur Folge, daß tendenziell noch mehr Tätigkeiten durch das festangestellte Krankenhauspersonal übernommen werden müssen.

In britischen Krankenhäusern hat nicht nur die Gesamtbeschäftigung in geringerem Umfang zugenommen, sondern auch die Verschiebung der Verhältniszahl zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist im Vergleich zu den USA nur mäßig ausgefallen. Hier wurde bereits auf die Bedeutung der Personalrekrutierungsverfahren hingewiesen (vgl. Abschnitt 5.2), die auch für die Aufrechterhaltung des vergleichsweise geringen Ärzteanteils im britischen Fall eine wesentliche Rolle spielen. Wichtig sind gleichermaßen die Kompetenzen zur Festlegung der Personalstrukturen innerhalb des NHS wie auch die Interessen, die den Strategien der medizinischen Profession und der nichtärztlichen Gesundheitsberufe zugrundeliegen (für eine detaillierte Analyse vgl. Rothgang 1994). Während die Zahl der Arztstellen in einem mehrstufigen Verfahren zentral durch das Gesundheitsministerium festgelegt wird, findet die Mengensteuerung des nichtärztlichen Personals dezentral durch die untersten Verwaltungseinheiten (»units«) des NHS statt. Gemeinsam ist beiden Verfahren, daß die Gesundheitsberufe ihre Präferenzen im Entscheidungsprozeß geltend machen können und daher die

bestehende Personalstruktur – im Rahmen der finanziellen Restriktionen des NHS-Budgets – durchaus die jeweiligen professionellen Interessen widerspiegelt. Bei den Ärzten ist dies der Aufbau des Stellenkegels, der einen möglichst unbehinderten Aufstieg aller Aspiranten auf eine der leitenden Consultant-Stellen gewährleisten soll und daher nicht zu einem Bestreben nach vielen Stellen, sondern einem bestimmten Verhältnis zwischen den Hierarchiestufen führt. Beim Pflegepersonal und bei den anderen nichtärztlichen Berufen steht hingegen die Besitzstandswahrung oder sogar die Ausweitung des hohen Personalanteils im Mittelpunkt. Die These, daß professionelle Präferenzen im britischen NHS eine gestaltende Kraft für die Personalstruktur repräsentieren, steht auch nicht im Widerspruch zu dem staatlich festgesetzten Gesamtbudget des NHS, das zwar seit 1976 kaum noch überschritten werden kann (vgl. zu den sogenannten »cash limits« Döhler 1990: 229–233), dafür aber erhebliche Spielräume bei der internen Verteilung läßt. Da gleichzeitig die Gehälter aller Gesundheitsberufe im NHS sehr niedrig liegen, hat sich das Ausgabenwachstum in Form von Personalwachstum kanalisiert (Engleman 1979: 169–172).

Für die Personalstruktur in deutschen Krankenhäusern liegt es nahe, als Erklärung auf einen in der Finanzierung des stationären Sektors wirksamen Faktor zurückzugreifen, und zwar auf die seit 1969 in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Kassen und Krankenhäusern anerkannten Personalanhaltszahlen, in denen ein auf die Bettenzahl bezogener Personalschlüssel für den medizinischen Dienst und den Pflegedienst berechnet wird (Köhrer 1991: 92–100; Rothgang 1994: 352–372). Diese Anhaltszahlen sollten ursprünglich nur Empfehlungscharakter für die Stellenbesetzung der Krankenhäuser haben, entwickelten sich aber unter dem Einfluß der auf Kosteneindämmung orientierten Krankenkassen sehr rasch zu Obergrenzen für den zulässigen Personalumfang und können daher für die Stabilität im Zahlenverhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal verantwortlich gemacht werden. Wie weiter oben bereits erwähnt, war die Personalstruktur im Krankenhaus aber bereits im Zeitraum von 1952 bis 1969 weitgehend stabil, so daß die Anhaltszahlen diesen Zustand zwar konserviert, aber nicht verursacht haben können. Bezogen auf die Krankenschwestern als größte Beschäftigtengruppe ist plausibel argumentiert worden, daß die tradierte, noch aus der Ordenspflege herrührende »Dienstgesinnung« den Schwesternberuf zu einer weitgehend verfügbaren Manövriermasse der Krankenhaus- beziehungsweise Ärzteinteressen werden ließ und daher mehr die Ausbeutung des vorhandenen Personalbestandes als deren zahlenmäßige Ausweitung betrieb-

ben wurde (Haug 1994: 57–70; Rothgang 1994: 362–364). Dieser Zustand verfestigte sich zu einem Standard der Personalausstattung, der nach dem Zweiten Weltkrieg auch unter dem Eindruck von Finanzierungsproblemen sowie der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung nicht mehr in Frage gestellt wurde.

Diese Befunde legen den Schluß nahe, daß die angesprochenen Organisations- und Finanzfaktoren sich lediglich an bereits etablierte Muster der Arbeitsteilung – mit entsprechenden Mengeneffekten für das Zahlenverhältnis zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen – angelagert haben, ohne die Wirkungen der schon im Vorfeld bestehenden Marktöffnungs- beziehungsweise Schließungsmechanismen in nennenswertem Umfang zu verändern. Die Plausibilität dieses Arguments könnte jedoch empfindlich getroffen werden, wenn begründete Zweifel darüber bestehen, daß die Marktregulierung primär den ambulanten Sektor betrifft und im Krankenhaus andere Faktoren für das Zustandekommen der Personalzusammensetzung verantwortlich sind. Daß dieser Einwand nicht von der Hand zu weisen ist, haben bereits die eingangs dieses Kapitels erwähnten Unterschiede in der Geltung von Marktregulierungsmechanismen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor deutlich gemacht.

Die hier vertretene These von der sektorübergreifenden Wirksamkeit der Marktregulierungsmechanismen wird indes durch folgende Überlegungen gestützt. Bei allen Problemen, die die Datenanalyse in diesem Bereich mit sich bringt, ist deutlich geworden, daß das Verhältnis zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen beziehungsweise seine Veränderungen im stationären Sektor keine wesentlichen Abweichungen von der Struktur des Gesamtpersonalkörpers aufweist. Zwar kann aus gleichen Ergebnissen nicht umstandslos auf gleiche Ursachen geschlossen werden. Allerdings sprechen zumindest zwei Argumente für die Existenz einer derartigen Kausalbeziehung. Zum einen sind zahlreiche Elemente der Marktregulierung, etwa in Form von Ausbildungsstandards oder berufsrechtlichen Ermächtigungen, ohnehin auch für den stationären Sektor verbindlich. Zum anderen erscheint die Annahme plausibel, daß jene Elemente der Marktregulierung, die nur den ambulanten Versorgungssektor betreffen, wie zum Beispiel der Arztvorbehalt aus dem deutschen Sozialrecht, durch eine Art »Spill-over«-Effekt auch im Krankenhaus Geltung erlangen. Als Transportmedium könnte dabei das im ambulanten Sektor entstandene Modell der interprofessionellen Beziehungen mit jeweils charakteristischen Autoritätsstrukturen, Rollenverständnissen und mengenrelevanten Systemen der Arbeitsteilung zwischen

medizinischer Profession und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen fungieren. Ein Beispiel aus dem britischen Fall kann diesen Zusammenhang illustrieren.

Der im Vergleich zur Bundesrepublik höhere Status, den Krankenschwestern in Großbritannien genießen, beruht zum Teil darauf, daß der Krankenpflegeberuf seinen Beschäftigungsschwerpunkt bis in die 1940er Jahre hinein außerhalb des Krankenhauses besaß. Die entweder in der Privatpflege oder im öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Krankenschwestern konnten daher jenseits ärztlicher Kontrolle und krankenhausspezifischer Autoritätsstrukturen ein von Autonomie und Eigenverantwortung geprägtes Berufs- und Tätigkeitsprofil entwickeln, daß seine Gültigkeit auch dann nicht verlor, als das Krankenhaus zum vorherrschenden Beschäftigungsort geworden war (Haug 1994: 75–76). Folgt man dem in den vorangegangenen Kapiteln entwickelten Argument, daß die Verkammerung, also die Etablierung von Selbstverwaltungsrechten, eine zentrale Bedingung für den Fortschritt der Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe darstellt, und vergegenwärtigt sich, daß 1919 mit dem General Nursing Council eben eine solche Institution ins Leben gerufen worden war, dann kann dies als Indiz für die Ausstrahlungseffekte gewertet werden, die vom ambulanten in den stationären Sektor hineinwirken. Es ist nicht ohne Plausibilität, wenn man einen ähnlichen Effekt auch in den beiden anderen Länder erwartet. Um dieses Argument auf eine breitere Grundlage zu stellen, ist es nun erforderlich, die interprofessionellen Beziehungen zwischen Ärzteschaft und nichtärztlichen Gesundheitsberufen in die Analyse einzubeziehen.

Kapitel 7

Professionsstatus und horizontale Differenzierung

Das hier entwickelte Schema zur Erklärung national variierender Personalstrukturen basiert auf einem zweistufigen Argument. Bisher standen als erste Stufe vor allem die Marktöffnungs- beziehungsweise -schließungseffekte im Vordergrund, die die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe bestimmen. Damit wurde auf ein relativ stabiles, nicht ohne weiteres außer Kraft setzbares Ensemble von Institutionen und Regeln abgezielt, deren Kanalisierungseffekte einen wesentlichen Beitrag zu dem verhältnismäßig sehr viel höheren Anteil von nichtärztlichen Beschäftigten im amerikanischen und britischen Gesundheitssektor geleistet haben. Eine derartige Erklärung bleibt nun aber solange unvollständig, wie unklar ist, warum es bei den Assistenzberufen im britischen und amerikanischen Fall offensichtlich nicht nur ausgeprägtere Professionalisierungsbestrebungen gibt als hierzulande, sondern überdies bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen in der Bundesrepublik auch nur eine geringe Neigung besteht, diesen für sie ungünstigen Zustand zu verändern.

Geht man davon aus, daß das, was eine Berufsgruppe will – und mit welcher strategischen Zielsetzung ihre Verbandsorganisationen in der Gesundheits- und Berufspolitik aktiv werden –, nicht einfach durch ein abstraktes Eigeninteresse vorgegeben ist (etwa dem Streben nach arztgleicher oder zumindest artzähnlicher Professionalisierung), sondern sich in Abhängigkeit von der Wahrnehmung realisierbarer Optionen herausbildet, dann könnten die unterschiedlich intensiven Professionalisierungsbestrebungen auf einen einfachen Zusammenhang zurückgeführt werden, nämlich auf die Handlungschancen, die die jeweilige Struktur der Marktregulierung zuläßt: Sind die Erfolgsaussichten gering, leidet auch die Konfliktbereitschaft. Dieses Argument kann aber nur insoweit Gültigkeit beanspruchen, wie die Marktregulierung nicht selbst zum Gegenstand nichtärztlicher Professionalisie-

rungsstrategien gerät und dann womöglich ihre handlungsrestringierende Wirkung verliert. Die Stabilität beziehungsweise Veränderlichkeit der Marktregulierung kann also nicht ausreichend mit dem – ohnehin leicht tautologisch anmutenden – Hinweis auf die von ihr selbst erzeugten Wirkungen erklärt werden. Hier versprechen die interprofessionellen Beziehungen als zweite Erklärungsebene eine wichtige Ergänzung darzustellen.

Im nachfolgenden soll gezeigt werden, daß die kollektiven Handlungsorientierungen sowohl der Assistenzberufe wie auch der Ärzteschaft durch landesspezifische Muster der interprofessionellen Beziehungen geprägt sind, die in zumeist indirekter Form die Expansionsneigung der Assistenzberufe beeinflussen. Wenn der Professionsstatus im Bewußtsein der Akteure allein der Ärzteschaft vorbehalten ist, werden sich die Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe nicht auf ein ohnehin unerreichbares Ziel ausrichten, sondern andere Wege einschlagen, die man etwa als »Subprofessionalisierung« bezeichnen könnte. Das gleiche gilt für den umgekehrten Fall: Scheint eine Annäherung an den professionellen Status möglich, wird dies auf die berufspolitische Zielrichtung Einfluß nehmen. Wohlgermerkt soll der Begriff der »Professionalisierung«, soweit er hier auf die nichtärztlichen Gesundheitsberufe Anwendung findet, keinesfalls so verstanden werden, als ginge es einzelnen Berufsgruppen darum, vom Tätigkeitsspektrum her mit der Ärzteschaft »gleichzuziehen«. Krankenschwestern wollen ebensowenig Ärzte werden wie Krankengymnasten oder andere Assistenzberufe; es geht nicht um die Nachahmung des Arztberufs insgesamt, sondern – unter Wahrung berufsspezifischer Identitäten – um die selektive Übernahme *einzelner Elemente* des ärztlichen Professionsmodells. Diese Annäherung an den Professionsstatus umfaßt insbesondere eine erweiterte klinische Autonomie sowie größere Selbstverwaltungsrechte, die eine eigenständige Formulierung von Ausbildungsinhalten und Kompetenzdomänen des Berufes erlauben.

Die vorangegangenen Ausführungen haben bereits Anhaltspunkte dafür geliefert, daß das Subordinationsverhältnis nichtärztlicher Berufsgruppen gegenüber der Ärzteschaft nicht überall gleich intensiv ausfällt. Wäre das Dominanzmodell der interprofessionellen Beziehungen generell gültig, hätte es vermutlich auch kaum zu der großen Vielfalt und den enormen Unterschieden in der vertikalen und der horizontalen Differenzierungsebene kommen können. Die nachfolgenden Ausführungen dienen daher auch der Aufhellung der »Motivstruktur«, die der Funktions- und Rollenzuweisung zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen zugrundeliegt.

Die sozialwissenschaftliche Forschung hat Professionalisierung bis weit in die siebziger Jahre hinein als einen säkularen Prozeß der kollektiven Aufwärtsmobilität von einzelnen Berufsgruppen dargestellt. Zum Teil war diese Perspektive durch das Fehlen vergleichender Untersuchungen begründet, so daß die meist als Fallstudien angelegten Analysen den Professionsbegriff als nicht weiter modifikationsbedürftigen Idealtyp anwenden konnten. Erst im Anschluß an Rueschemeyers (1976) wegweisende Arbeit hat sich die Forschungsperspektive dahingehend weiterentwickelt, daß Professionalisierung nicht mehr als uniform verlaufender Prozeß wahrgenommen wird, sondern auch nationale Variationen (»Professionalisierungspfade«) anerkannt und zum Gegenstand der Analyse gemacht wurden.¹ Die zentralen Konnotationen des Professionskonzeptes, insbesondere die Monopolisierung von Expertenwissen, die Autonomisierung von Organisations- oder Klientelabhängigkeiten, weitreichende Selbstregulierungskapazitäten und die Einhaltung eines Berufskodexes, sind damit nicht hinfällig geworden. Aber die häufig implizierte These, daß die professionelle Dominanz als kontextunabhängige Machtressource überall gleichermaßen einsetzbar ist, kann seither nicht mehr uneingeschränkt aufrechterhalten werden.

Ein Beispiel für eine Typologisierung von Professionalisierungspfaden, das auf der Betonung von Akteurkonstellationen, speziell der Führungsrolle einzelner Akteure im Professionalisierungsprozeß basiert, ist von Burrage et al. entwickelt worden. Das britische Modell gilt demnach als »practitioner-led« (Burrage/Jaraus/Siegrist 1990: 219). Ähnlich wie in den meisten Ländern wird die Herausbildung des Professionsstatus auch in Großbritannien durch staatlich verliehene Rechte zur Marktkontrolle initiiert. Im späteren Verlauf spielen staatliche Interventionen dann nur noch eine untergeordnete Rolle. Etwas verwirrend ist hierbei die Verwendung des Begriffs »practitioner«, unter dem im britischen Sprachgebrauch ja das in der Reputationsskala weiter unten angesiedelte Professionssegment der Allgemeinärzte verstanden wird. Gemeint sind mit »Praktikern« aber gerade nicht die GPs, sondern die Institution der Royal Colleges, die für sich in der Tat eine erfolgreiche Führungsrolle in der Entwicklung der medizinischen Profession reklamieren konnten. Dies kann auch heute noch daran ersehen werden, daß die Royal Colleges und nicht die medizinischen Fakultäten die eigentlich prestigeträchtigen ärztlichen Titel verleihen. Wie feinstufig die

1 Ansatzweise in diese Richtung argumentiert hat Joseph Ben-David schon Anfang der sechziger Jahre. Vgl. Ben-David (1963/64).

elitäre Stratifizierung der britischen Ärzteschaft organisiert ist, zeigt der Umstand, daß zwischen dem »member« und dem »fellow« nochmals ein Statusunterschied besteht. So weist der Titel eines MRCP (Member of the Royal College of Physicians) die erfolgreiche Ablegung einer Art Zwischenprüfung auf dem Wege zur vollständigen Facharztausbildung nach (Dowie 1987: 122). Zudem besitzen nur die Fellows ein Stimmrecht bei internen Angelegenheiten der Royal Colleges.

Dies stellt eine deutliche Differenz zu den USA dar, wo die Universitäten bei der Definition von berufspolitischen Zielperspektiven eine herausgehobene Rolle spielen. Das amerikanische Modell kann daher als »university-led« (Burrage/Jarusch/Siegrist 1990: 219) gelten.² Deutschland wird demgegenüber als »a mixed model of state initiation followed by corporate self-assertion« (Burrage/Jarusch/Siegrist 1990: 220) charakterisiert, was sowohl auf die vielfach aufgezeigte staatliche »Professionalisierung von oben« abhebt als auch die später von der medizinischen Profession durchgesetzte zunftartige Kartellierung berücksichtigt.

Die von Burrage et al. vorgeschlagene Typologie ist zwar in mehrfacher Hinsicht unbefriedigend, unter anderem weil die Merkmale des deutschen Typs auf anderen Dimensionen beruhen als im britischen und amerikanischen Fall. Ebenso könnte auf der Grundlage des hier präsentierten Materials und besonders mit Blick auf die vorliegende Fragestellung die Rolle des Staates auch anders eingestuft werden. Unbeschadet dieser Schwächen zeigt die Typologie jedoch, daß es möglich ist, nationale Professionalisierungscharakteristika auf einer Skala einzuordnen und unterscheidbar zu machen. An diese Überlegungen anknüpfend soll im Anschluß der Versuch unternommen werden, die in Kapitel 3 dargestellte Einteilung der interprofessionellen Beziehungen in Dominanz-, Konkurrenz- und Tauschbeziehungen durch die Anreicherung mit empirisch vorfindbaren Merkmalen zu einer Typologie von interprofessionellen Beziehungsmustern zu entwickeln.

2 Eine ähnliche Einschätzung findet sich auch im Hinblick auf die Rolle der Law schools. Im Gegensatz zu Großbritannien wird den amerikanischen Law schools ein weitreichender Einfluß auf die Rechtsentwicklung zuerkannt. Vgl. Atiyah/Summers (1987: 403–407).

7.1 Die Rolle nationaler Professionskonzepte

Gemessen am deutschen Verständnis von den konstitutiven Elementen »gelerter« Berufe hat der Begriff Profession den Beigeschmack eines angelsächsischen Imports nie gänzlich ablegen können. Konzepte wie »Berufsstand«, »freier Beruf« oder »Akademiker«, die häufig als Übersetzungen herangezogen wurden, konnten keine vollständige begrifflich-inhaltliche Äquivalenz herstellen (Näheres bei Jarausch 1990: 10–12). Die Bezeichnung *Berufsstand* ist zu stark mit seiner feudalen Herkunft verknüpft; der Begriff *freier Beruf* umfaßt auch eindeutig den Assistenzberufen zurechenbare Qualifikationen wie zum Beispiel Krankengymnasten, Masseur oder Hebammen, solange sie nur selbständig und nicht im Angestelltenverhältnis tätig sind; auch der Ausdruck *Akademiker* impliziert eine klare Trennlinie auf der Basis von Hochschulabschlüssen, die in dieser Abgrenzungsintensität gegenüber nachfolgenden Ausbildungsabschlüssen im angelsächsischen Raum nicht besteht. Ein Autor geht sogar so weit zu behaupten, daß das Professionskonzept überhaupt nur in seinen anglo-amerikanischen Herkunftsländern Anwendung finden könnte: »There is no immediate counterpart to these concepts in other countries« (Torstendahl 1990: 59). So weit muß aber gar nicht gegangen werden, um zu der Feststellung zu gelangen, daß es Unterschiede bei den konstitutiven Bestandteilen des angelsächsischen Professionsbegriffs einerseits und der kontinentaleuropäischen Tradition andererseits gibt.

Für den deutschen Fall hat Jarausch (1990) überzeugend dargelegt, daß der staatliche Einfluß in der frühen Formierungsphase von Professionen eine entscheidende Wirkung auf die berufspolitische Orientierung der Ärzteschaft ausgeübt hat, die auch nach der Emanzipation von direkter staatlicher Kontrolle fort dauerte (vgl. dazu auch Heidenheimer 1989: 534). Ein wichtiges Element des staatsorientierten Professionalisierungsprozesses stellt die Verkammerung dar, die als institutioneller Niederschlag einer Mixtur aus berufspolitischen Forderungen und staatlichen Kontrollinteressen betrachtet werden kann (Jarausch 1990: 14). Im Vergleich zur britischen und amerikanischen Situation wies das deutsche Modell zwei Besonderheiten auf. Zum einen entstand eine Staatsorientierung im professionspolitischen Handeln, bei der die Klienten nur eine untergeordnete Rolle einnahmen. Denn nicht sie, sondern staatliche Instanzen regelten die Verkehrsbedingungen für die professionelle Berufstätigkeit (Ausbildungsvorschriften, Gebührenordnungen, Finanzierungsmechanismen). Zum anderen hatten die deutschen Kam-

mern weniger die Funktion einer Marktschließung, wie dies für analoge Körperschaften in den USA und Großbritannien galt, sondern sie waren vornehmlich Instrumente einer innerprofessionellen Disziplinierung (Huerkamp 1985: 254–272). Die über zahlreiche Ehrengerichtsprozesse vorangetriebene Homogenisierung des Ärztestandes fiel nicht zufällig in die um 1900 einsetzende »Kampfphase« in den Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die Einigkeit auf seiten der Ärzteschaft zu einem strategisch äußerst wichtigen Ziel werden ließ. Die besondere deutsche Emphase für die »Einheit des Arztberufs« hat hier ihren historischen Ursprung. Die Einheit des Arztberufs ist daher mehr als ein bloßes Postulat; sie ist tatsächlich erreicht worden und hat zu der vergleichsweise hohen professionsinternen Homogenität beigetragen.³

Damit steht die historische Entwicklung der deutschen Ärzteschaft in einem klaren Kontrast zu ihrem britischen Gegenstück, das seine »vormoderne« (Heidenheimer 1989: 535) Stratifizierung in Consultants und GPs bis heute konservieren konnte und sich zudem durch eine ausgeprägte »Staatsferne« im Professionalisierungsprozeß abhebt (Berlant 1975: 130–176). Die britische Ärzteschaft verfügte mit den Royal Colleges⁴ über eine Organisationsbasis, die zwar auf staatlicher Anerkennung fußte, über der aber keine irgendwie geartete staatliche Rechtsaufsicht stand. Diese aus dem Mittelalter in die Moderne hinübergerettete Selbstverwaltung und deren Beharrungsvermögen ist auch dafür verantwortlich, daß die britische Ärzteschaft nicht vereinheitlicht wurde, sondern ihre Statushierarchie beibehielt. Freilich unterlag auch der britische Ärztestand einer internen Modernisierung. Von den zu Beginn des 19. Jahrhunderts bestehenden drei Statusgruppen der Physicians, Surgeons und Apothecaries, neben denen es bereits die General practitioners gab, verschmolzen die ersten beiden zur Schicht der Consultants, während letztere durch eine Beschränkung auf die Pharmazie aus der direkten Patientenversorgung verschwanden. Von den ehemals vier Berufsseg-

3 Dies gilt jedoch vornehmlich für die Beziehungen zu anderen Berufsgruppen und weniger für allgemeine gesundheitspolitische Fragen. Schon in den sechziger Jahren hatte ein amerikanischer Beobachter der bundesdeutschen Ärzteschaft festgestellt, »the spirit of medical togetherness has meaning for only a few strictly professional and neutral questions« (Safran 1967: 116).

4 Derzeit gibt es in Großbritannien 8 Royal Colleges für Ärzte (Gründungsjahr in Klammern): Royal College of Physicians (1523), Royal College of Surgeons (1800), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (1929), Royal College of General Practitioners (1952), Royal College of Pathologists (1962), Royal College of Psychiatrists (1971). Hinzu kommen die beiden schottischen Colleges in Edinburgh.

menten waren Mitte des 19. Jahrhunderts damit nur noch zwei übrig geblieben (Huerkamp 1987: 10–21).

Während mit der Kammerkonstruktion in Deutschland eine für alle Ärzte geltende und daher die Homogenisierung fördernde institutionelle Grundlage geschaffen wurde, blieben die Royal Colleges die institutionelle Bastion der Consultants, deren Position auch durch die Errichtung des General Medical Council (GMC) nicht entscheidend geschwächt wurde. Zwar drohte aufgrund der universalistischen Philosophie des GMC anfänglich eine Erosion des privilegierten Status der Consultants, da die ausnahmslos für alle Ärzte geltende Registrierpflicht zu einer starken Standardisierung der Ärzteausbildung beitrug. Die Consultant-Elite vermochte es jedoch, diese Bedrohung zu neutralisieren, indem sie das Krankenhaus als ihr legitimes und allein von ihr kontrolliertes Tätigkeitsfeld besetzte. Consultants wurden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in zunehmendem Maße nur noch auf Überweisung eines GP tätig, denen zugleich die Nutzung der Hospitäler verwehrt blieb (Parry/Parry 1976: 138–139). Daraus entstand das bis zum heutigen Tag praktizierte »referral system«, zu dessen Stabilisierung vor allem der Aufstieg kollektiver Finanzierungsinstanzen beitrug, die sich – angefangen von den Friendly Societies über die 1911 eingeführte National Health Insurance bis hin zum NHS – alle den Rationierungseffekt zunutze machten, der aus der Gatekeeper-Funktion des GP erwuchs (Honigsbaum 1979). Diese intraprofessionelle Grenze, die auch gleichbedeutend war mit der Entstehung von zwei getrennten Gesundheitsmärkten (Stevens 1966: 39), mündete in einen »dualen« ärztlichen Berufsstand.

Einem verbreiteten Stereotyp über die politische Durchsetzungsfähigkeit ihrer Interessenvertretung folgend, müßte man demgegenüber in den USA einen eher monolithischen, der deutschen Situation sehr ähnlich strukturierten Ärztestand erwarten. Gegenstand der immer wiederkehrenden Einschätzungen einer überaus mächtigen und in der Realisierung ihrer Professionsziele beispiellos erfolgreichen Organisation ist die American Medical Association (AMA), deren Erfolge vor allem in der Marktmonopolisierung und der Konkurrenzminimierung für ihre Mitglieder gesehen werden (Freidson 1970: 83; Goodman 1980). Auch wenn die politische Durchsetzungsfähigkeit der AMA seit Beginn der achtziger Jahre spürbar gelitten hat, so kann ihre historische Bedeutung für strukturelle Weichenstellungen im amerikanischen Gesundheitssystem doch kaum bestritten werden. Ebenso entspricht es den Tatsachen, daß die medizinische Profession in ihrer politischen Abwehrhaltung gegen bestimmte staatliche Interventionen lange Zeit geeint

war und dies im hohen Organisationsgrad der AMA und deren ausgeprägter Unterstützung durch die Mitgliederbasis zum Ausdruck kam.

Angesichts dieser Ausgangssituation kann es nicht verwundern, daß die subkutane Fragmentierung der amerikanischen Ärzteschaft kaum Beachtung fand, und dies obwohl der Organisationspluralismus nicht unentdeckt blieb. Vor allem Rosemary Stevens hat in ihrer 1971 erschienenen Analyse des ärztlichen Spezialisierungsprozesses und seines organisatorischen Niederschlags überzeugend dargelegt, wie zahlreich die interessen- und verbandspolitischen Konfliktlinien innerhalb der amerikanischen Ärzteschaft tatsächlich ausfallen. Zu dem ausgeprägten Eigenleben, welches die verschiedenen Facharztgruppen etwa durch jeweils eigenständige Verbände entfaltet haben,⁵ traten in den USA die Medical schools als autonomer Akteur hinzu, dessen Interessen mit den berufs- und professionspolitischen Ambitionen und Marktproblemen der Praktiker nur am Rande zu tun haben. Daher konnte sich ein hohes Maß an professionsinterner Pluralisierung herausbilden, die zwar in gesundheitspolitischen Konfliktsituationen einer »mechanischen« Solidarität nicht entgegenstand, aber im klinischen Alltag zu einer »anomischen« Arbeitsteilung beitrug (so in Anlehnung an den Durkheimischen Begriffsapparat Fryer 1991: 225).

Die Analyse der verschiedenen Professionalisierungspfade läßt sich zu dem Befund zusammenfassen, daß es in Deutschland unter dem Einfluß staatlicher Organisationshilfen zur Entwicklung eines ärztlichen *Einheitsstandes* kam, während sich in Großbritannien eine *duale* und in den USA eine *pluralistische* Professionsstruktur herauskristallisierte, und zwar nicht zuletzt deshalb, weil der eher staatsferne Professionalisierungsprozeß in diesen beiden Ländern Segmentierungstendenzen innerhalb der Ärzteschaft kaum entgegengewirkt hat. Nun läßt sich zeigen, daß diese Binnenstrukturmerkmale der Ärzteschaft eine wichtige Rolle bei der Herausbildung der interprofessionellen Beziehungen gespielt haben. Deren Identifikation kann an drei Punkten ansetzen.

- Erstens ist nach der »Offenheit« beziehungsweise der »Abschottung« des Professionsstatus der Ärzteschaft zu fragen. Dahinter steht die Annahme, daß ein geschlossenes Professionskonzept zu einer Exklusion der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe von der Teilhabe am professionellen Status

5 Zu den Verbandsstrukturen, die der Spezialisierungsprozeß hervorgebracht hat, vgl. Stevens (1971: 153 und passim); Angaben zu Mitgliederzahlen der Ärzteverbände finden sich bei Scott/Lammers (1985); für die neuere Entwicklung in der Verbändestruktur und weitere Literaturhinweise vgl. Döhler (1990: 385–390).

führt, während ein offenes Professionskonzept den Assistenzberufen den Aufstieg in die »Nähe« der dominanten Profession erlaubt.

- Zweitens ist die Spezialisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe von Bedeutung. Zum einen stellt sie einen Indikator für die Bereitschaft der medizinischen Profession dar, im nichtärztlichen Bereich eine möglicherweise mit Statusgewinnen verbundene Spezialisierung zuzulassen. Zum anderen kann das Vordringen in spezielle Tätigkeitsfelder auch mengenrelevante Beschäftigungsoptionen bei den Assistenzberufen schaffen.
- Drittens ist die Häufigkeit und Intensität interprofessioneller Konflikte zu nennen, die als Indiz für die Reichweite von Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gewertet werden. In Anlehnung an die oben erwähnten Handlungskalküle wäre hier zu erwarten, daß ein hohes Konfliktniveau auf reale Expansionschancen hindeutet, die von den Assistenzberufen unter Inkaufnahme interprofessioneller Konflikte zu nutzen versucht werden.

Aus der vergleichenden Perspektive weist der Professionsstatus der deutschen Ärzteschaft das höchste Maß an Abschottung und Exklusivität auf. Ein Indikator dafür ist das weitgehende Fehlen akademischer Ausbildungsangebote für die Assistenzberufe, das die im deutschen Fall wichtige Statusdifferenz zwischen Akademikern und Nichtakademikern auch in den interprofessionellen Beziehungen wirksam werden läßt. Wenn der berufliche Status auch in den beiden anderen Fällen in hohem Maße von der Art und der Länge der Ausbildung bestimmt wird (Freidson 1979: 48), so ist zu vermuten, daß dies nicht allein dem abstrakten Streben nach einer Akademisierung zu verdanken ist. Beinahe noch wichtiger erscheint der Umstand, daß akademische Eliten auch innerhalb nichtärztlicher Berufsgruppen in der Lage sind, die Wissensbasis berufsspezifischer Tätigkeitsfelder zu evaluieren und selbständig weiterzuentwickeln (Stocking 1979: 110). Ohne ein akademisches Berufssegment müssen neue Techniken und Verfahren stets von der medizinischen Profession »ratifiziert« werden. Welche Kontrollmöglichkeiten sich daraus für die Beeinflussung des Berufs- und Tätigkeitsfeldes ergeben, läßt sich ohne Anstrengung errahnen. Bezeichnend für den deutschen Fall ist nun, daß von seiten der Ärzteschaft selbst im Umgang mit hochqualifizierten Berufsgruppen, die über eine Universitätsausbildung verfügen, nicht auf Kooperation, sondern auf Subordination gesetzt wird. Das gilt keineswegs nur für potentielle Konkurrenten auf dem Gesundheitsmarkt

wie Psychotherapeuten oder Apotheker⁶, sondern auch für hochqualifizierte Serviceberufe wie die Medizinphysiker, die in Krankenhäusern von – in anderen Ländern üblichen – Leitungsfunktion ausgeschlossen sind und »eingemauert im Strahlenbunker« (Ärzte-Zeitung vom 6.11.1991: 6) keinen Einfluß auf klinische Entscheidungen besitzen.

Auch die ablehnende Haltung gegenüber einer Spezialisierung bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen gehört in Deutschland zu einem von der Ärzteschaft verfochtenen Professionskonzept, das in beinahe idealtypischer Manier die Merkmale des Dominanzmodells in sich vereint. So wurde anläßlich einer Anhörung des Bundestagsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit im November 1985 im Jahresbericht der Bundesärztekammer festgestellt: »Eine weitere Inflationierung der Zahl der ärztlichen Hilfsberufe analog zu den Weiterbildungsgebieten von Ärzten sei nicht wünschenswert« (Bundesärztekammer 1987: 379). Diese Haltung ist nicht ohne weiteres plausibel, da die medizinische Profession von einer zunehmenden Spezialisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe auch profitieren könnte. Hier steht zu vermuten, daß die im Arztvorbehalt implizierten Grenzen der Delegierbarkeit medizinischer Tätigkeiten eine Rolle spielen, da sie zumindest in der Niederlassung geringeren Raum für die Funktionalisierung der Assistenzberufe bieten, als dies in den USA der Fall ist.

Interessanterweise wird von den Assistenzberufen in dieser Frage nicht widersprochen. Hier dominiert das Schlagwort vom »Sackgassencharakter« der Spezialisierung, den es zu vermeiden gelte. Diese Auffassung wird auch vom Bundesgesundheitsrat, von gewerkschaftsnaher Seite (Meifort/Paulini 1983: 172) und bei den Bundesländern vertreten (Neubauer 1982: 169). Die immer wieder erhobene Klage über die »hochgradig zersplitterte Berufsstruktur« (Meifort 1985: 71; ähnlich Kirchberger 1986: 244–245; Bergmann-Krauss/Spree 1980) ist insofern plausibel, als sie den eng begrenzten Expansionschancen neuer Gesundheitsberufe in Deutschland Rechnung trägt. Neben der nicht unbegründeten Befürchtung der Dequalifikation besitzt die von den Gewerkschaften verfochtene Weiterentwicklung schon bestehender Berufe zwei zusätzliche strategische Facetten. Zum einen soll sie der verbandlichen Zersplitterung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe entgegen-

6 Letztere haben durch ihre Versuche, Gesundheitsberatung zu einem zentralen Tätigkeitsmerkmal ihres Berufs zu erheben, die niedergelassenen Ärzte wiederholt zu heftigen Gegenreaktionen herausgefordert. »Wir werden das Wildern in unseren Revieren nicht dulden«, andernfalls drohe »die Gefahr eines ernsthaften Zerwürfnisses« (so der ehemalige KBV-Vorsitzende, Gerhard Oesingmann, zit. nach Ärzte-Zeitung vom 15./16.6.1990).

wirken, zum anderen steht dahinter der – vermutlich über berufspolitische Rhetorik hinausgehende – Versuch, eine Patientenorientierung zu wahren beziehungsweise wiederherzustellen, die bei einer weitergehenden Spezialisierung verlorenzugehen droht.

Unter diesen Bedingungen ist bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen eine bemerkenswerte Selbstbescheidung entstanden, die auch in der Berufspolitik ihre Spuren hinterlassen hat. Während die Assistenzberufe in Großbritannien und den USA um eine Ausweitung ihrer klinischen Kompetenzen bemüht sind und dies auf vielfältige Art und Weise durchzusetzen versuchen, kann hierzulande – sieht man einmal von den Psychotherapeuten ab – im wesentlichen nur eine Strategie ausgemacht werden, nämlich die Forderung nach einer längeren Ausbildung.⁷ Aus der Sicht der Assistenzberufe macht diese Strategie auch Sinn: Direkte Konflikte mit der Ärzteschaft hätten kaum Aussicht auf Erfolg, wohingegen sich längere Ausbildungszeiten mit dem Hinweis auf gestiegene Qualifikationsanforderungen, die durch neue Technologien und Behandlungsmethoden ausgelöst wurden, gegenüber den zuständigen Landes- beziehungsweise Bundesministerien häufig plausibel machen lassen. Aber selbst bei diesem bescheidenen Professionalisierungsbemühen dauert es teilweise zehn Jahre und länger, bis eine Novellierung von Berufsgesetzen oder Ausbildungsverordnungen erfolgt. Von den Orthoptistinnen wird beispielsweise berichtet, daß ihr Berufsverband seit 1971 für eine bundesgesetzliche Regelung des Berufsbildes eintrat (Bundesärztekammer 1989: 430). Gegen den langjährigen Widerstand der Bundesärztekammer (»Die Möglichkeit einer selbständigen Berufsausübung der Orthoptisten ist zu verhindern« [Bundesärztekammer 1989: 431]) wurde diesem Anliegen erst 1989 entsprochen.

Im Vergleich dazu kann für den britischen Fall festgestellt werden, daß der Professionsstatus oder zumindest die Attribuierung einer Berufsgruppe als Profession sehr viel liberaler gehandhabt wird als hierzulande. Insbesondere die Pflegeberufe können den Professionsstatus für sich beanspruchen, ohne dabei auf Widerspruch zu stoßen. Zwar hat die empirische Untersuchung von Karin Haug (1994: 205) ergeben, daß britische Krankenschwestern nur einen geringfügig höheren Anteil an hochqualifizierten – wenn man so will: »arztnahen« – Tätigkeiten ausüben als die deutschen Pflegekräfte; allerdings zeigte sich auch, daß der Grad an *autonom*er Tätigkeits-

7 Hierzu sei nur auf einige Beispiele aus neuerer Zeit verwiesen. Vgl. Ärzte-Zeitung vom 12.3.1991; Ärzte-Zeitung vom 14.11.1991; Ärzte-Zeitung vom 29.4.1993; Ärzte-Zeitung vom 25.5.1993.

ausübung für das Pflegepersonal in britischen Krankenhäusern deutlich über dem deutschen Niveau liegt. Auch wenn im Hinblick auf andere nichtärztliche Berufsgruppen keine vergleichbaren empirischen Untersuchungsergebnisse vorliegen, so läßt die britische Diskussion,⁸ in der das System der medizinischen Arbeitsteilung als zugunsten der Assistenzberufe veränderbar betrachtet wird, den Schluß zu, daß die Statusdifferenzen gegenüber der Ärzteschaft deutlich geringer ausfallen als in Deutschland.

An diesem Punkt kommt die für den britischen Fall charakteristische elitiäre Stratifizierung ins Spiel, die sich nicht nur innerhalb der Professionen,⁹ sondern auch zwischen den nichtärztlichen Gesundheitsberufen antreffen läßt. Sowohl in der amtlichen Statistik wie auch bei Beschreibungen des Personalkörpers im Gesundheitswesen ist nämlich eine vierstufige Hierarchie erkennbar, an deren Spitze Ärzte, Apotheker und Zahnärzte stehen. Als zweites Glied folgen die seit 1979 gemeinsam verkammerten Berufsgruppen der Nurses, Midwives und Health visitors, denen ein »jährlich steigender Status« (Chaplin 1982: 418) nachgesagt wird. In geringem, aber doch erkennbarem Abstand dazu erscheinen dann die PSM-Berufe, während die – häufig in der Kategorie »ancillary und technical services« zusammengefaßten – sonstigen Gesundheitsberufe die unterste Statusgruppe bilden. Es mag spekulativ klingen, wenn hier der von der Ärzteschaft vorexerzierten internen Differenzierung eine ursächliche Wirkung auf die Differenzierung im Bereich der nichtärztlichen Berufe unterstellt wird. Andererseits läßt die Tatsache, daß der Arztberuf auch in organisatorischer Hinsicht als Vorbild für andere Gesundheitsberufe fungierte, diese Überlegung als nicht vollkommen abwegig erscheinen.

Die Hierarchisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe läßt sich auch an der Struktur ihrer Selbstverwaltungskörperschaften ablesen. Während die unterste Statusgruppe über keine kammerartigen Organisationen verfügt, weist die Mitgliederzusammensetzung der Kammern der beiden darüber angesiedelten Berufsgruppen einen interessanten Unterschied auf: Die Mitglieder des 45köpfigen Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting setzen sich nach dem Verteilungsschlüssel 4:1:1 aus den im Organisationsnamen aufgeführten Berufsgruppen zusammen. Eine Mitgliedschaft

8 Vgl. dazu Stocking (1979); Long/Mercer (1987) sowie aus administrativer Sicht: Chaplin (1982). Eine Auflistung der wichtigsten regierungsamtlichen Untersuchungen findet sich bei Stocking (1979: 135–137).

9 Außer der Trennlinie zwischen Consultants und GPs ist die ebenfalls duale Strukturierung der juristischen Profession in Barristers und Solicitors zu nennen.

von Ärzten in diesem zentralen Entscheidungsgremium der Schwesternkammer ist zwar möglich, gesetzlich aber nicht vorgeschrieben (Bayliss 1987: 139). Anders sieht es im Council of Professions Supplementary to Medicine aus. Dort gilt die bereits erwähnte Regelung, daß mindestens sechs der 23 Mitglieder des Council von den ärztlichen Organisationen ernannt werden müssen (Bayliss 1987: 181). Daß die Pflegeberufe im Gegensatz dazu eine »arztfreie« Selbstverwaltung institutionalisieren konnten, macht verständlich, warum sie im Status als über den PSM-Berufen stehend angesiedelt werden. Wichtig ist an dieser Stelle aber auch der Hinweis, daß die Ärztevertreter im CPSM »do not appear to have seen their role as being one of inhibiting professional development but rather in some sense of nurturing the growth of the various constituents« (Pickis 1989: 3), was insgesamt auf konsensbetonte interprofessionelle Beziehungen hindeutet.

Bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen in Großbritannien gibt es also nicht einfach nur »oben« und »unten«, sondern eine gegliederte Hierarchie, deren Stufen jeweils durch die Nähe beziehungsweise den Abstand zum Status der medizinischen Profession voneinander getrennt sind.¹⁰ Allerdings wäre es eine zu mechanische Vorstellung, würde man allein aus der unterschiedlich großen Professionsnähe der jeweiligen Statusgruppe überdurchschnittliche Wachstumseffekte ableiten. Während die Pflegeberufe einschließlich der Hebammen zwischen 1949 und 1989 nur einen Zuwachs von 221 Prozent zu verzeichnen hatten, der noch unter dem Gesamtzuwachs des NHS-Personals von 233 Prozent liegt, rangierten die PSM-Berufe mit 387 Prozent deutlich darüber (Statistische Quellen GB/6).

Im Hinblick auf die Spezialisierung kann in Großbritannien eher eine Präferenz für umfassende Qualifikationsmuster beobachtet werden. So empfahl ein offizieller Bericht der Regierung im Jahr 1973, daß die drei als »remedial professions« bezeichneten Berufsgruppen (Remedial gymnasts, Occupational therapists und Physiotherapists) zu einem einheitlichen Berufsbild verschmolzen werden sollten (Levitt/Wall 1984: 228). Nach anfänglicher Ablehnung der um ihre Identität besorgten Berufsgruppen wurden schließlich 1985/86 die Remedial gymnasts mit den Physiotherapeuten zu einer gemeinsamen Berufsgruppe zusammengefaßt (Long/Mercer 1987: 109). Zudem

10 Zwar stellt Meifort (1985: 72) auch für den deutschen Fall eine Hierarchisierung fest, derzufolge zum Beispiel Masseure und Arzthelferinnen einen niedrigeren Status als Krankengymnasten und MTAs besitzen. Für das vorliegende Argument sind allerdings nicht die Statusdifferenzen *innerhalb* der Assistenzberufe entscheidend, sondern der *Abstand* zur medizinischen Profession.

finden sich – wenn auch nur in zahlenmäßig geringem Umfang – Mehrfachqualifikationen in der Primärversorgung, für die im NHS spezielle »dual« oder »triple duty posts« vorgesehen sind. Dabei handelt es sich zum Beispiel um Krankenschwestern oder Health visitors, die zusätzlich als Hebamme tätig sind. Obwohl von daher eigentlich mit einer der bundesdeutschen Debatte ähnlich negativen Bewertung von Spezialisierungsprozessen gerechnet werden müßte, wird die Problematik neu entstehender Berufe oder die Spezialisierung kaum diskutiert. Immerhin hat die Existenz von breit ausgebildeten Assistenzberufen, die relativ unabhängig von ärztlicher Kontrolle tätig werden, insbesondere in der primärmedizinischen Versorgung (District nurse, Midwives, Health visitors) zu einem hohen Grad an professioneller Autonomie geführt (Stocking 1979: 118), der für andere Assistenzberufe Vorbildcharakter besitzt, so daß aus der Sicht der nichtärztlichen Gesundheitsberufe keine besonderen Anreize zur Spezialisierung bestehen. In Deutschland hingegen ist die Krankenpflege vollständig vom primärmedizinischen Terrain abgekoppelt, so daß ein Funktions- oder Statuszugewinn, wie er in Großbritannien aus diesem autonomisierbaren Tätigkeitsfeld auf die gesamte Pflege ausstrahlt, nicht möglich ist. Ähnlich wie in Deutschland wird auf den Druck zu höherer Qualifikation durch Weiterbildung auf der Basis etablierter Berufsbilder reagiert (Stocking 1979: 113, 120). Die so hervorgerufenen zusätzlichen Personal- und Ausbildungskosten werden teilweise durch die Abwälzung eng spezialisierter Tätigkeitsbereiche auf Hilfsberufe zu umgehen versucht (Stocking 1979: 111–112). Zahlenangaben dazu läßt die Statistik jedoch nicht zu, da die Hilfskräfte zum großen Teil nicht als eigenständige Berufskategorie ausgewiesen werden. Aus der Sicht der nichtärztlichen Gesundheitsberufe stellt die horizontale Differenzierung insgesamt kein Problem auf dem Weg zu einer weiteren Professionalisierung dar.

Die geringe Konflikthaftigkeit der interprofessionellen Beziehungen im NHS scheint den ursprünglich programmatisch gemeinten Begriff des »medical commonwealth« als mittlerweile vorherrschendes Beziehungsmuster zu bestätigen. Der von der medizinischen Profession ausgehende wohlwollende Paternalismus im Umgang mit den Assistenzberufen ließe sich auch als weitere Facette der für Großbritannien charakteristischen Konsensorientierung betrachten. Darüber hinaus gibt es allerdings noch besser präzisierbare Gründe für die vorherrschende Konfliktparmut in den interprofessionellen Beziehungen. Zum einen muß bedacht werden, daß die zentrale professionspolitische Konfliktlinie zwischen GPs und Consultants verlief, die Sicherung einer Professionsdomäne also nicht wie im deutschen Fall durch *Abschot-*

tung, sondern durch *Hierarchisierung* zwischen Statusgruppen vollzogen wurde, deren Stufenform die Aufwärtsmobilität der Assistenzberufe in Form einer »schleichenden Professionalisierung« erleichtert.

Zum anderen liegt eine der wesentlichen Ursachen für die Konfliktarmut im NHS selbst begründet, dessen Existenz zu einer Pazifizierung der interprofessionellen Beziehungen beigetragen hat. Es ist auffällig, daß die meisten Domänenkonflikte zwischen Ärzteschaft und Assistenzberufen vor beziehungsweise während der Gründungsphase des NHS stattfanden (Jefferys/Sachs 1983: 110–114; Larkin 1983). Die schon Ende der fünfziger Jahre abnehmende Konfliktintensität läßt den Schluß zu, daß der Gesundheitsdienst mit administrativen Positionen, Besoldungsstufen und Aufstiegschancen (Stocking 1979) den organisatorischen Unterbau für berufliche Hierarchien bildet, der die Professionalisierungsbestrebungen aller beteiligten Berufsgruppen konfliktarm kanalisiert. Man könnte in der hierarchischen Differenzierung des NHS durchaus ein funktionales Äquivalent zur Spezialisierung in den USA sehen; beide Faktoren verleihen der kollektiven Aufwärtsmobilität eine bestimmte Richtung. Zudem sind Professionsgrenzen und -terrains teilweise durch den NHS vorgegeben. Anders als in den USA, wo ein stark fragmentiertes System von Regulierungsinstanzen, medizinischen Dienstleistungsorganisationen und Finanzierungsträgern vergleichsweise große Verschiebungen im Professionsterrain erlaubt, ist die medizinische Arbeitsteilung an die Struktur des NHS gebunden und nicht ohne weiteres veränderbar. Kompetenzverschiebungen zwischen der medizinischen Profession und den nichtärztlichen Gesundheitsberufen sowie entsprechende Auseinandersetzungen sind damit zwar nicht ausgeschlossen, sie können aber auch nicht »im freien Feld« der Interessenkonflikte ausgetragen werden, sondern müssen die NHS-spezifischen Regeln von Zuständigkeiten und Leistungserbringung berücksichtigen.

Während der britische Gesundheitsdienst also eine stabilisierende Wirkung für das System der medizinischen Arbeitsteilung entfaltet hat, läßt sich im amerikanischen Fall eine entgegengesetzte Beobachtung machen. Die weiter oben als pluralistisch charakterisierte Binnenstruktur der Ärzteschaft deutet bereits auf unklare Grenzziehungen, sich überlappende Tätigkeitsfelder und eine dementsprechend starke Verflüssigung der Arbeitsteilung hin; sie ist also nicht im Sinne von isolierten Professionssegmenten zu verstehen. Gut illustrieren läßt sich dies am Beispiel der ärztlichen Fachgebiete. Während in der Bundesrepublik und Großbritannien sowohl eine klare Trennung zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten besteht als auch der Fach-

arztstatus an einen formalen Ausbildungsabschluß geknüpft ist, gibt es in den USA weder eine rechtsverbindliche Trennung zwischen Spezialisten und Praktikern, noch ist der Facharztstatus an die Ableistung einer Weiterbildung gebunden (näheres bei Döhler 1993: 199–200). Die fehlende »Einhegung« spezialisierter Tätigkeitssegmente ist die Ursache für immer wieder aufbrechende Konflikte; sie verleiht auch der innerärztlichen Arbeitsteilung ihren anomisch erscheinenden Charakter. Diese These besitzt für die interprofessionellen Beziehungen zwischen Ärzteschaft und Assistenzberufen ebenso Gültigkeit.

Denn ähnlich unklare oder gar vollkommen fehlende Grenzen finden sich auch an jenen Schnittstellen wieder, die die medizinische Profession von ihrer Umwelt trennen und daher für die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe von Bedeutung sind. So wird zum Beispiel das amerikanische Medizinsystem als »heilkundlicher Pluralismus« (McQueen 1978) charakterisiert, in dem alternative Heilkunde-Philosophien auch abseits der Schulmedizin eine sichere Existenz gefunden haben. Im Unterschied zu den britischen und deutschen Ärzten ist es der medizinischen Profession in den USA tatsächlich in deutlich geringerem Maß gelungen, konkurrierende Gesundheitsberufe auszuschalten. Bereits in einem Klassiker über die »Macht der Ärzte« findet sich ein ganzer, aber nur wenig beachteter Abschnitt, in dem die gescheiterten Verdrängungsversuche der AMA gegenüber konkurrierenden Berufsgruppen geschildert sind (Rayack 1967: 239–265). Aufgrund ihres Personalumfangs bilden die Osteopathen und die Chiropractors dafür zwei besonders relevante Beispiele. Wie in Abschnitt 2.2.3 ausgeführt, sind heute rund 5 Prozent der berufstätigen Ärzte, also ca. 29.000, keine »MDs«, sondern »DOs« (doctors of osteopathy), die in eigenen Fakultäten ausgebildet werden und in allen Bundesstaaten eine Zulassung erhalten. Dieser spezifisch amerikanische Sonderweg einer holistisch-naturheilkundlichen Alternativmedizin wurde von der AMA bis in die siebziger Jahre hinein nach allen Regeln der Kunst bekämpft, ehe sich Schulmediziner und Osteopathen auf eine friedliche Koexistenz einigten. Auch bei den Chiropractors blieb ein Vernichtungsfeldzug der AMA erfolglos, da sich die chiropraktische Behandlungstechnik vor allem bei Wirbelsäulenleiden als äußerst wirkungsvoll erwiesen hatte (Rayack 1967: 257). Heute gehört diese Berufsgruppe mit 39.000 Berufstätigen zu den größeren Assistenzberufen in den USA.¹¹ Sie verfügt über eine eigenständige College-Ausbildung, die bis

11 In Großbritannien ist die vergleichbare Berufsgruppe der Chiropractors im CPSM verkam-

zur Verleihung eines Dokortitels weitergeführt werden kann (U.S. Departments of Labor and Health, Education and Welfare 1979: 92–93).

Die an letzterem Beispiel sichtbar werdende fortgeschrittene Akademisierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (vgl. für den Bereich der Pflege Moers/Schaeffer 1993) ist für das Verhältnis zur medizinischen Profession in zweifacher Hinsicht relevant. Einerseits hat sich dadurch der Abstand zwischen professionellem und nichtärztlichem Status verringert.¹² Andererseits findet die Charakterisierung von US-typischen Professionalisierungspfaden als »university-led« eine weitere Bestätigung. Daß die Rolle der Universitäten als eigenständiger Akteur nicht nur für die Ärzteschaft gilt, zeigt der Dachverband der Assistenzberufe. Die 1967 gegründete American Society of Allied Health Professions war ursprünglich eine Vereinigung der Dekane der Schools of Allied Health und gilt noch heute als »deans' club« (Ford 1983: 119), in dem die spezifischen Interessen der Ausbildungseinrichtungen eine hervorgehobene Rolle spielen. Die mit Reputation und politischem Einfluß ausgestatteten Universitäten, insbesondere die Medical schools, denen die Allied health schools häufig direkt oder über die Lehrkrankenhäuser angegliedert sind, können daher als eine der treibenden Kräfte in der Professionalisierung und auch der Marktöffnung gelten. Ihre Interessen an der Proliferation nichtärztlicher Gesundheitsberufe mögen zwar nicht originärer Natur sein, sondern nur über das eigene Expansionsstreben vermittelt werden, was allerdings ihre Wirksamkeit zugunsten der nichtärztlichen Berufe kaum mindert.

Die aus der vergleichsweise gering ausgeprägten Abschottung zwischen den Gesundheitsberufen herrührende Offenheit des Professionsstatus wurde unterstützt durch eine US-spezifische »culture of professionalism« (Bledstein 1976), die alle Teile der amerikanischen Gesellschaft durchdrang und damit im Unterschied zu Großbritannien und Kontinentaleuropa nie auf eine kleine Elite beschränkt blieb:

mert. Für Deutschland gibt es keine Daten, jedoch dürfte die Gesamtzahl der Chiropraktiker äußerst gering sein. Die entsprechenden Therapien werden überwiegend von Krankengymnasten und Heilpraktikern ausgeführt, teilweise auch von Ärzten, zumeist Orthopäden, die über die Zusatzbezeichnung »Chirotherapie« verfügen.

12 Allerdings ist die Akademisierung allein – wie Haug (1995: 33–34) plausibel argumentiert – nicht ausreichend, um den Professionalisierungsprozeß voranzutreiben. Es müssen auch institutionelle Machtbasen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe vorhanden sein, die die Abhängigkeit von der Ärzteschaft reduzieren.

The professional class in America lacked the cohesion, camaraderie, and consciousness of a traditional class. It lacked a corporate sensibility. Professionals in America poured out into many spaces of society, providing leadership and organization for proliferating and often prospering middle-class subcultures – ethnic, racial, sexual, regional, and religious in nature. (Bledstein 1976: 127)

Beinahe könnte man den aufstrebenden »professionalism« sogar als Element der Demokratisierung verstehen (Bledstein 1976: 87). Tendenziell reflektiert die amerikanische Professionstheorie diesen Umstand durch die Anwendung des Professionsbegriffs auf sehr viele Berufsgruppen, deren Entwicklung man zwar als Professionalisierungsbestreben interpretieren kann, ohne aber daß diese Berufe dann gleich als Professionen bezeichnet werden müssen. Auf dieses »conceptual stretching« zielte Harold Wilensky (1964) zu Beginn der sechziger Jahre mit der ironisch gestellten Frage: »The Professionalization of Everyone?«. Wilenskys Einwurf entbehrte sicher nicht einer gewissen Berechtigung, auf der anderen Seite ist gerade die verschwimmende Grenze zwischen Professionen, Assistenzberufen und »einfachen« Berufen typisch für die USA, »wo eine starke und weitverbreitete Tendenz besteht, sich mit den Zeichen der Profession zu schmücken« (Freidson 1979: 47).

Der offene Professionsstatus findet auch in der stark ausgeprägten horizontalen Differenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe (vgl. Abschnitt 2.3) eine Widerspiegelung. Auffällig ist hierbei, daß die häufig extreme Spezialisierung auf sehr eng umrissene Tätigkeitsfelder sowohl für die Assistenzberufe wie auch für die medizinische Profession gilt. Ohne an dieser Stelle auf deren vielfältige Ursachen eingehen zu können (Näheres dazu bei Döhler 1993), erlaubt der Gleichklang in der Differenzierung die These, daß die auf Fachgebieten basierende Pluralisierung der Ärzteschaft bei den nichtärztlichen Gesundheitsberufen wenn schon keine Nachahmungseffekte, so doch zumindest eine positive Einstellung gegenüber der fachlichen Spezialisierung hervorgebracht hat. Im Unterschied zu Großbritannien und der Bundesrepublik besitzt die Spezialisierung in den USA nicht den negativen Beigeschmack von Wissensbeschränkung oder geringer Arbeitsmarktkapazität, sondern wird vielmehr als Tugend, als Zeichen von »professionalism« perzipiert. Sogar der Subspezialisierung gewinnt man positive Seiten ab, da sie – wie die horizontale Differenzierung insgesamt – Expansionsräume auf dem Arbeitsmarkt schafft (Birenbaum 1990: 82 ff.), ja mitunter sogar das Vordringen in Tätigkeitsfelder erlaubt, die eigentlich von der medizinischen Profession besetzt sind. Darin unterscheidet sich der

amerikanische Fall von Deutschland und Großbritannien, wo eher umfassende Qualifikationsmuster als Voraussetzung des Professionsstatus gelten.

Das weder durch allumfassende ärztliche Dominanz noch durch regulativ-organisatorische Vorkehrungen stabilisierte System der Arbeitsteilung in den USA bildet eine wesentliche Ursache für das hohe Maß an interprofessionellen Grenzkonflikten.¹³ Man könnte hier die Frage aufwerfen, ob dieser Eindruck eine reale Differenz zum deutschen und zum britischen Fall wiedergibt oder nur dadurch zustande kommt, daß das Phänomen interprofessioneller Konflikte in den USA schlicht besser und häufiger untersucht worden ist. Letzteres wäre insofern plausibel, als im Verlauf der siebziger Jahre eine professionskritische Haltung innerhalb der Sozialwissenschaften zu dominieren begann und dementsprechend Fragestellungen präferiert wurden, mit denen sich der hegemoniale Charakter der Ärzteschaft nachweisen ließ (vgl. dazu Metzger 1987). Indessen spricht einiges dafür, daß die Häufigkeit und Intensität interprofessioneller Konflikte in den USA tatsächlich über dem deutschen und britischen Niveau liegt. Auch wenn zu konzedieren ist, daß die Forschung in diesen beiden Ländern dem Phänomen interprofessioneller Konflikte deutlich geringeres Interesse gewidmet hat, so wäre es andererseits wenig wahrscheinlich, daß nennenswerte Auseinandersetzungen zwischen Ärzteschaft und Assistenzberufen einfach »übersehen« wurden.

Dafür, daß das Konfliktniveau im amerikanischen Fall höher ausfällt als in den beiden anderen Ländern, sprechen auch konkrete Gründe. So ist die Gefahr des »Umkippens« einer arztfreundlichen Delegation in nichtärztliche Konkurrenz in den USA größer als in Deutschland und Großbritannien, weil sowohl private Krankenversicherungsunternehmen wie auch Betreiber von Versorgungseinrichtungen ein finanzielles Interesse an der Substitution ärztlicher Leistungen besitzen (Light 1988: 212–217; Hershey 1989: 41–42). Da die nichtärztlichen Gesundheitsberufe über gute Chancen verfügen, aus Konflikten über Professionsgrenzen erfolgreich hervorzugehen, hat sich eine Konfliktfreude entwickelt, die besonders im Vergleich zur hiesigen Situation hervorsticht. Der Arztvorbehalt ist im deutschen Fall von den Assistenzberufen bis auf wenige Ausnahmen anerkannt und sorgt für eine spürbare Selbstbeschränkung. In Großbritannien sind ebenfalls kaum Auseinandersetzungen

13 Vgl. dazu die vielfältige Thematisierung von »jurisdictional disputes« in der sozialwissenschaftlichen Literatur. Rayack (1967: 239–261); Bates (1975); Gross (1984: 41 ff.); Bruttvan (1985); Kraemer/Riggolizzo-Gurenlian (1985); Light (1988); Begun/Lippincott (1987); Chernomas/Chernomas (1989); Institute of Medicine (1989: 243); Colman (1992).

über die Verschiebung von Professionsgrenzen zu beobachten, wobei eine Konfliktschärfung schon daraus resultieren dürfte, daß selbst bei einem Vordringen nichtärztlicher Berufe in medizinische Tätigkeitsfelder die finanziellen Konsequenzen für die Ärzteschaft kaum spürbar sind. Britische Ärzte werden zwar auch zur Verteidigung ihres Professionsterrains tendieren, allerdings fehlt ihnen der finanzielle Anreiz zu einer aggressiven Abwehrhaltung, wie sie in Deutschland – zumindest bei den niedergelassenen Ärzten – vorhanden ist.

Die Ebene der horizontalen Differenzierung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe ist als potentieller Erklärungsfaktor in zweierlei Hinsicht von Bedeutung. Da sie nicht nur ein Element der interprofessionellen Beziehungen darstellt, sondern möglicherweise auch einen eigenständigen Beitrag zur Schaffung von Beschäftigungschancen für die Assistenzberufe leistet, ist eine genauere Betrachtung an dieser Stelle sinnvoll.

7.2 Die horizontale Differenzierungsebene als Expansionsfaktor

Wie in Abschnitt 2.3 schon angedeutet, kann zwar nicht von einer eindeutigen Korrelation zwischen vertikaler und horizontaler Differenzierung etwa dergestalt ausgegangen werden, daß eine hohe Zahl an nichtärztlichen Gesundheitsberufen automatisch einen entsprechenden Beschäftigungseffekt nach sich zieht. In diesem Fall dürften sich die Bundesrepublik und Großbritannien, in denen eine etwa gleich große Zahl an nichtärztlichen Berufsbildern anzutreffen ist (vgl. Übersichten 2-2 und 2-3), im Zahlenverhältnis zwischen medizinischer Profession und Assistenzberufen nicht so stark voneinander unterscheiden. Löst man die Ebene der horizontalen Differenzierung aus einer derart isolierten Betrachtung heraus und stellt sie in den jeweils nationalen Wirkungskontext, dann wird ihre Bedeutung besser verständlich. Zu diesem Zweck kann die Ebene der horizontalen Differenzierung in drei verschiedene Dimensionen unterteilt werden.

- Sie kann zum einen als *Spezialisierung* stattfinden, bei der das Tätigkeitsspektrum des »Mutterberufs« zwar verengt, aber dieser verengte Ausschnitt gleichzeitig mit neuem Wissen angereichert und verdichtet wird.

- Ebenso kann sich Differenzierung vollziehen als Abspaltung von *hierarchisch* nachgeordneten Hilfsberufen, deren Zuschnitt sich auf routinisierte, wenig anspruchsvolle und nicht selten »lästige« Tätigkeitsfelder bezieht.
- Schließlich ist sie als *innovativer* Vorgang möglich, aus dem neue und eigenständige Berufsbilder hervorgehen, die entweder in neuen Wissensbeziehungsweise Anwendungsbereichen liegen oder aus dem Tätigkeitsspektrum mehrerer Berufe zusammengesetzt sind.

Die für Beschäftigungseffekte eindeutig wichtigste Differenzierungsvariante stellt die Hierarchisierung dar. Sie ist in allen drei Ländern in relativ großem Umfang anzutreffen. Dies gilt insbesondere für die Pflegeberufe, die auch statistisch jeweils in ihren drei Qualifikationsstufen ausgewiesen sind. Aufschlußreich ist bereits ein Vergleich des Zahlenverhältnisses der drei Berufssegmente zueinander (vgl. Tabelle 7-1). Denn dabei wird rasch erkennbar, daß der Anteil des höherqualifizierten Pflegepersonals in Deutschland mit 78 Prozent am höchsten ausfällt. Unter den rund 289.000 Krankenpflegepersonen, die 1984 beschäftigt waren, befanden sich lediglich 13,1 Prozent Krankenpflegehelfer und nur 8,8 Prozent ungeprüftes Personal. Während hierzulande also nur 21,9 Prozent aller Pflegekräfte aus den unteren Qualifikationsstufen stammten, waren es 1988 in Großbritannien 57 Prozent und den USA 51,5 Prozent. Einer »kopf-« und »fußlastigen« Pflegepersonalstruktur in Großbritannien und den USA steht im deutschen Fall also eine klare Kopplastigkeit gegenüber.

Tabelle 7-1 Anteile der Qualifikationsstufen bei den Pflegeberufen 1988

Berufsbezeichnungen/Qualifikationsstufen			Anteil am gesamten Pflegepersonal in %		
USA	GB	BRD	USA	GB	BRD
Registered Nurses	Registered Nurses	Krankenschwestern	48,5	43,2	78,0
Licensed Practical Nurses	Enrolled Nurses	Krankenpflegehelfer	12,5	22,5	13,1
Nursing Aides	Other Health Staff	Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung	39,0	34,5	8,8
Pflegepersonal insgesamt			3.395.000	291.703	288.839

Quellen: USA/8 (1990), GB/6 (1989), BRD/4 (1989).

Teilweise findet sich dieses Bild auch im Mengenwachstum zwischen den drei Qualifikationsstufen wieder. In Großbritannien nahm im Zeitraum zwischen 1949 und 1989 die Zahl der »registered nurses« um 169 Prozent zu, die Zahl der »enrolled nurses« um 243 Prozent, und das als »other nursing staff« (ohne Prüfung) bezeichnete Personal wuchs um 262 Prozent. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Wachstumsraten könnte darin liegen, daß die Interessen der Schwesternelite nach Vermehrung des untergebenen Personals mit dem Interesse der Verwaltung an kostengünstigem Personal übereinstimmen. Ein etwas anderes Bild zeigt sich in den USA, wo die Zahl der »registered nurses« zwischen 1950 und 1988 um 339 Prozent zunahm, die darunter liegende Qualifikationsstufe der »licensed practical nurses« aber nur um 208 Prozent anwuchs, während die als »nursing aides, orderlies and attendants« bezeichneten Hilfskräfte einen Anstieg von 448 Prozent zu verzeichnen hatten. Dies stimmt insofern mit der bisher formulierten Einschätzung des amerikanischen Falles überein, als Höherqualifizierung die Mengenexpansion begünstigt. Daß die horizontale Differenzierung auch Beschäftigungseffekte für schlecht qualifizierte Tätigkeiten produziert, ist als neue Dimension des amerikanischen Falles zu werten. Das Wachstum im deutschen Fall ist mit den beiden Ländern nur schwer vergleichbar, da die verspätete Aufnahme der Kategorien »Krankenpflegehelfer« (seit 1958) und »Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung« (seit 1974) in die Statistik hier zu einigen Verzerrungen führt. Der Anstieg der beiden anderen Qualifikationsstufen ist aufgrund des beschränkten Erfassungszeitraumes damit nicht vergleichbar. Gleichwohl kann aus der Tatsache, daß trotz der Existenz dreier Qualifikationsstufen die Tendenz in Richtung »Einheitsqualifikation« bei niedrigen Wachstumsraten weist, die These abgeleitet werden, daß in Deutschland weder die Hierarchisierung als Antriebsfaktor hinter der Mengenexpansion wirksam ist noch die real existierende Höherqualifikation in Personalwachstum umgemünzt werden kann.

Die Hierarchisierung läßt sich auch bei den anderen Assistenzberufen beobachten, aufgrund der mangelnden Trennschärfe statistisch jedoch kaum abbilden, so daß auf einzelne Berufe als Beispiele zurückgegriffen werden muß. Auch bei dieser Dimension der horizontalen Differenzierung heben sich die USA erkennbar von den beiden anderen Fällen ab. Sowohl in Deutschland wie auch in Großbritannien kommt die hierarchische Differenzierung durchaus vor, aber weitaus seltener als im amerikanischen Fall. In Deutschland sind etwa der Beruf des Heilerziehungspflegers oder der des medizinischen Dokumentars mit jeweils nachgeordneten Hilfsberufen ausge-

stattet, und zwar den Heilerziehungshelfern und den medizinischen Dokumentationsassistenten. Außer bei den Pflegeberufen ist die Herausbildung hierarchisch nachgeordneter Berufsbilder eher unüblich und, wie das Beispiel der Wochenpflegerin – eines im Aussterben befindlichen, der Hebamme nachgeordneten Berufs (näheres bei Trüb 1964b: 161–162) – zeigt, tendenziell im Abnehmen begriffen. Eine leicht entgegengesetzte Tendenz ist demgegenüber in Großbritannien zu verzeichnen, wo die Statistik den Occupational therapists und den Radiographers jeweils »assistants« beziehungsweise »helpers« zuordnet. Seit 1989 sind neben den Medical laboratory scientific officers auch »medical laboratory assistants« in der Statistik zu finden. Nicht eindeutig zuordenbar sind die seit 1984 aufgeführten »operating department assistants«, hinter denen sich vermutlich ein Hilfsberuf verbirgt, der den OP-Schwestern nachgeordnet ist. Die sehr viel ausgeprägtere Hierarchisierung in den USA wird bereits bei einem Blick auf Übersicht 2-1 deutlich. Schon unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich in den USA die Differenzierung zwischen dem höherqualifizierten »technologist« und dem nachgeordneten »technician« eingebürgert, die im wesentlichen auf die Ausbildungslänge abhebt (Näheres über die Qualifikationsunterschiede bei McTernan 1987: 21–22). Es kann vermutet werden, daß diese hierarchische Differenzierung eine Mengenexpansion erleichtert hat, da für ähnliche Funktionsbereiche billigere Arbeitskräfte eingesetzt werden können, die gleichwohl über ein festgefügtes Berufsbild verfügen.

Aus der Analyse nationaler Professionalisierungspfade ergab sich bereits, daß die Spezialisierung innerhalb der nichtärztlichen Gesundheitsberufe eine sehr unterschiedliche berufspolitische Wertigkeit besitzt. In den USA steht man diesem Differenzierungsprozeß positiv gegenüber, in Großbritannien weitgehend neutral und in der Bundesrepublik ablehnend. Dementsprechend ist diese Dimension der horizontalen Differenzierung in den beiden letztgenannten Ländern kaum ausgeprägt. Abgesehen von den medizinisch-technischen Assistenten beziehungsweise den Radiographers sowie den Physiological measurement technicians fehlt eine formalisierte Spezialisierung in Deutschland¹⁴ wie auch in Großbritannien weitgehend. In den USA hingegen wird die Spezialisierung so weit vorangetrieben, daß sie neben der »nach oben« ausgerichteten Professionalisierung auch deutliche Züge von verengter Hilfstätigkeit erhält. Dieser Eindruck drängt sich besonders dann

14 Keine Berücksichtigung findet im deutschen Fall die Möglichkeit der Weiterbildung zur Lehrkraft beziehungsweise für Leitungspositionen, da es sich hier nicht um eine Spezialisierung handelt, sondern um ein anderes berufliches Einsatzfeld.

auf, wenn man die sehr feingliedrige Spezialisierung im Labor- und Diagnostikbereich betrachtet.

Analysiert man die Ebene der horizontalen Differenzierung schließlich unter dem Aspekt der Innovation von Berufsbildern, so findet sich auch hier – kaum überraschend – eine weitere Bestätigung der vorauseilenden US-spezifischen Differenzierungsdynamik. In Großbritannien sind nach dem Zweiten Weltkrieg nur wenige neue Berufsbilder entstanden, die nicht den Dimensionen Hierarchisierung oder Spezialisierung zugeschlagen werden können. Neuerdings wird auch vom Einsatz von Nurse practitioners in Unfallambulanzen und Arztpraxen berichtet (Long/Mercer 1987: 202–215), deren breites Kompetenzfeld¹⁵ als weiterer Indikator für die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in ärztliche Domänen gelten kann. Bisher handelt es sich dabei aber noch um regional begrenzte Neuerungen. Im Unterschied dazu zeigt sich das deutsche System der nichtärztlichen Gesundheitsberufe spürbar innovationsfreudiger. Von den in Übersicht 2-3 aufgelisteten Berufsbildern entstanden rund drei Viertel erst in der Nachkriegszeit. Ob dies als Ausweis gelungener Professionalisierungsbestrebungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe gewertet werden kann, erscheint zumindest zweifelhaft, da in der Bundesrepublik häufig die Länder für die Kodifizierung neuer Berufsbilder verantwortlich waren. Eine nochmals klar größere Innovationsrate ist im amerikanischen Gesundheitssektor anzutreffen. Dort hat die rasante Entwicklung neuer Berufsbilder schon Mitte der siebziger Jahre dazu geführt, daß eine »gradual obsolescence of the physician« (Maxmen 1976: 146) möglich schien. Derartige Prognosen erweisen sich zwar als weit überzogen, aber die darin implizierte These vom Vordringen nichtärztlicher Gesundheitsberufe auf ärztliches Terrain besitzt durchaus einen realen Kern. Legt man als Kriterium das Vorhandensein staatlich beziehungsweise von der AMA anerkannter Ausbildungsstätten zugrunde, dann haben sich von den in Übersicht 2-1 aufgeführten 58 nichtärztlichen Gesundheitsberufen allein 43, also rund drei Viertel, erst nach 1945 zu eigenständigen Berufsbildern entwickelt.¹⁶ Dabei muß daran erinnert

15 »Nurse practitioners are experienced nurses who have taken a course on the diagnosis and management of common injuries and are entitled to practice in their own right – every patient, then, does not have to wait to see a doctor when they arrive« (The Patient's Charter News, Nr. 8/1993: 8).

16 Folgende Berufe existierten – teils unter etwas anderen Bezeichnungen – schon in der Vorkriegszeit: Certified laboratory assistant, Chiropractor, Dietitian, Licensed practical nurse, Medical laboratory technician, Medical record administrator, Medical technologist, Nurse aide, Occupational therapist, Optometrist, Physical therapist, Radiologic technolo-

werden, daß die Gesamtzahl der Berufsbilder erheblich über den in Übersicht 2-1 gemachten Angaben liegt und daher auch die Innovationsrate klar über dem deutschen Fall angesiedelt werden muß.

Ein Phänomen, das nicht auf die USA beschränkt ist, dessen relative Bedeutung gleichwohl im amerikanischen Fall am größten ausfällt, besteht in der aktiven Unterstützung und Förderung bei der Herausbildung neuer nichtärztlicher Berufsfelder durch die medizinische Profession (Arluke/Gritzer 1985; Bucher 1988: 143; Halpern 1992). Der spektakulärste Fall waren die Physician assistants, die auf ärztliche Initiative hin ins Leben gerufen und gefördert wurden. Wie aus der Erhebung von McTernan (1987) hervorgeht, ist dies kein Einzelfall, sondern ein für die Tauschperspektive amerikanischer Ärzte charakteristisches Vorgehen. Auch in der Bundesrepublik gibt es einige Beispiele, in denen die medizinische Profession die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe beziehungsweise deren gesetzliche Fixierung unterstützt hat (zum Beispiel Arzthelferinnen), dabei aber gleichzeitig für sehr eng definierte Autonomieräume eintrat. Argwöhnisch beobachtet werden demgegenüber all jene Bemühungen, die sich abseits ärztlicher Einflußsphären vollziehen und möglicherweise Konkurrenz hervorbringen, wie etwa die von den Krankenkassen unterstützten Versuche einzelner Arbeitsämter, berufliche Weiterqualifizierungsmaßnahmen zu finanzieren, die zum Berufsbild der »Präventionsfachkraft« oder des »Gesundheitsberaters« führen sollen. Hierzu fordert die Bundesärztekammer, »das Gebiet der Prävention als Einsatzfeld für Ärzte stärker in Betracht [zu] ziehen, bevor dieser Bereich von seiten der Arbeitsverwaltung und der Krankenkassen zunehmend okkupiert wird« (1989: 433–434). In Großbritannien hat es ebenfalls ärztliche Unterstützung für die (Weiter)Entwicklung neuer Berufsbilder gegeben (Larkin 1983). Aufgrund der britischen Neigung zur Etablierung umfassender Qualifikationsmuster hat dies insgesamt aber nur eine untergeordnete Rolle gespielt.

Es kann an dieser Stelle die Frage gestellt werden, ob sich hinter den beobachtbaren Variationen der horizontalen Differenzierung ein genereller Mechanismus identifizieren läßt, der Aussagen über die Entwicklungsdynamik der Personalstruktur erlaubt. Einen Ansatzpunkt könnte die in der Professionstheorie wiederholt formulierte These bieten, daß der Differenzierungsprozeß, der der Herausbildung neuer Berufe oder der Spezialisierung

gist, Registered nurse, Respiratory therapist und Vocational rehabilitation counselor. Die Informationen zu diesen Zeitangaben sind aus McTernan (1987), Gupta/Hedrick (1990) sowie den statistischen Quellen entnommen.

innerhalb einer Berufsgruppe zugrunde liegt, seine Richtung durch spezifische Referenzpunkte erhält, die für die Akteure eine »task structure« bilden. Diese Überlegung findet sich in einer allgemeinen Variante bei Ben-David (1960) und einer spezifischeren Form bei Stichweh (1987: 244–245) und Abbott (1988: 122 ff.), die von einer »client differentiation« sprechen, derzufolge der Prozeß der beruflichen Differenzierung sich zumindest partiell durch die Orientierung an den Bedürfnissen oder auch der Nachfrage durch den Klienten vollzieht. Diese Überlegung ist auch für die vorliegende Fragestellung von Bedeutung. Denn es läßt sich fragen, wer jeweils als »Klient« fungiert, der Anlaß zur horizontalen Differenzierung gibt.

Dabei können folgende nationale Eigenheiten hervorgehoben werden. In den USA ist die starke Orientierung an Marktprozessen die entscheidende Triebfeder hinter der horizontalen Differenzierung. Diese »Marktdifferenzierung« ist allerdings nicht direkt vermittelt, sondern findet über den Umweg von Organisations- und Finanzierungsformen statt, die sich dem Marktdruck anpassen sowie auf seine finanziellen Anreize reagieren, wozu etwa kommerzielle Krankenhäuser, Labors und private Versicherungsgesellschaften zählen. Ebenso konkurrieren amerikanische Ausbildungseinrichtungen um potentielle Studenten beziehungsweise Auszubildende und sind aus eigenem Interesse darauf bedacht, deren Beschäftigungschancen über neue Tätigkeitsfelder zu stärken. Für Deutschland und Großbritannien kann zwar kein ähnlich starker Wettbewerbsdruck festgestellt werden, aber allein das Fehlen dieser Triebfeder ist hier nur wenig aussagekräftig. Entscheidend ist vielmehr, daß sich die horizontale Differenzierung an anderen Referenzpunkten ausrichtet. Eine marktorientierte Differenzierung ist in Großbritannien nicht möglich, da die Reaktionen auf die Nachfrage nicht vom Klienten, sondern durch staatliche Planung bestimmt werden. Teilweise werden Berufsbilder und Tätigkeitsinhalte als Folge von Organisationsreformen definiert, wie es zum Beispiel im Bereich der Community medicine der Fall war (vgl. dazu ausführlich: Lewis 1986). »Klient« ist demnach der NHS, dessen Organisationsstrukturen spezifische Qualifikationsanforderungen an die Gesundheitsberufe zur Folge haben. Ebenso gibt es im deutschen Fall nur wenige Ansatzpunkte für eine am Marktbedarf orientierte Differenzierung. »Klient« ist im wesentlichen die medizinische Profession, die aber – zumindest bis weit in die 1980er Jahre hinein – anders als in den USA nicht aus Wettbewerbsgründen an einer bestimmten Struktur der nichtärztlichen Tätigkeitsfelder interessiert war, sondern ihre Motivation aus dem Arztvorbe-

halt und den daraus resultierenden Funktionszuweisungen für die Assistenzberufe bezog.

Hier liegen auch die Verbindungslinien zwischen Differenzierungsregeln und den Professionalisierungsbemühungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Während für den deutschen Fall wiederum eine arzt dominierte Variante zu konstatieren ist, bei der die Ausdifferenzierung kaum eigenständige Professionalisierungschancen eröffnet, bietet die Marktdifferenzierung für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den USA vielfältige Möglichkeiten, in Tätigkeitsfelder hineinzudiffundieren, deren Entwicklungsdynamik nicht unter alleiniger Kontrolle der medizinischen Profession steht. Im britischen Fall schließlich scheint die horizontale Differenzierungsebene in den Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe keine nennenswerte Rolle zu spielen, so daß daraus auch keine Mengeneffekte resultieren dürften.

7.3 Muster interprofessioneller Beziehungen

Die Ausführungen über die Rolle des Professionsstatus haben gezeigt, daß mit den unterschiedlich verlaufenden Professionalisierungspfaden der Ärzteschaft auch die Bedingungen für die Entstehung von interprofessionellen Beziehungsmustern variieren. Die duale beziehungsweise pluralistische Binnenstruktur der britischen und amerikanischen Ärzteschaft hat ein sehr viel geringeres Maß an Abschottung nach unten hervorgebracht als die Wahrnehmung eines einheitlichen Ärztstandes im deutschen Fall. Die jeweiligen Muster der interprofessionellen Beziehungen wären demnach als Fundamente für die unterschiedlich ausgeprägte Akzeptanz innerhalb der Ärzteschaft zu verstehen, den nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein bestimmtes Terrain zu überlassen beziehungsweise einen professionsnahen Status zuzubilligen.

Auch wenn hier versucht worden ist, die Bedeutung der interprofessionellen Beziehungen für die Expansionschancen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe an Indikatoren wie der Konfliktintensität oder institutionalisierten Selbstverwaltungsrechten dingfest zu machen, so beruht die Erklärungsleistung dieses Faktors in der Hauptsache doch auf einem kognitiven Phänomen, und zwar einer komplementären Rollenwahrnehmung, in deren Rahmen die Beteiligten »lernen« mit einer bestimmten Strukturierung des Möglichkeitsraumes umzugehen und ihn strategisch zu nutzen. Daraus resultiert ein mehr oder weniger offensiv ausgerichtetes Beziehungsmuster zwi-

schen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Soweit sich die Struktur der medizinischen Arbeitsteilung in einem Prozeß der Veränderung befindet, sind interprofessionelle Beziehungsmuster auch dafür relevant, ob die Neufestlegung von Tätigkeitsfeldern und -kompetenzen auf kooperativem, konfliktorischem oder hierarchischem Wege erfolgt. Daß damit auch Expansionschancen beziehungsweise -hemmnisse verbunden sind, die einen Einfluß auf die Personalstruktur ausüben, liegt auf der Hand.

Es ist kaum möglich, bei der Ärzteschaft ein strategisches Gesamtkonzept im Umgang mit anderen Gesundheitsberufen zu identifizieren, da einzelne Segmente der Profession von den Entwicklungen im nichtärztlichen Bereich in unterschiedlichem Maße betroffen sind. So kann es vorkommen, daß ein Assistenzberuf von verschiedenen Teilen der Ärzteschaft gleichzeitig Zustimmung wie Ablehnung erfährt. Trotz aller Besonderheiten von Einzelfällen soll nun der Versuch zu einer verallgemeinernden Einordnung der drei Länder unternommen werden.

Da sich die vorliegende Untersuchung nicht auf einzelne Berufsgruppen oder »Pärchen« zwischen fachspezifisch verbundenen Ärztegruppen und Assistenzberufen bezieht, sondern auf die Gesundheitsberufe insgesamt, muß auch der potentiellen Vielfalt von interprofessionellen Beziehungsmustern Rechnung getragen werden. Das heißt, daß innerhalb eines Land verschiedene Beziehungsmuster nebeneinander auftreten können und sich daher ein multidimensionales Konzept anbietet, wie es schon in den drei idealtypischen Formen interprofessioneller Beziehungen Tausch, Konkurrenz und Dominanz (vgl. Kapitel 3) angelegt ist. Die länderspezifische Bedeutung jeder dieser Interaktionsformen wird in Abb. 7-1 nach einer starken, mittleren beziehungsweise schwachen Ausprägung abzuschätzen versucht.

Problemlos mit der bisherigen Empirie vereinbar ist die Zuordnung von starken Tausch- und Konkurrenzelementen in den USA, da sowohl symbiotische wie auch konflikthafte Beziehungsmuster anzutreffen sind. Schwieriger ist es im britischen Fall, wo zwar die Konkurrenz als interprofessionelles Beziehungsmuster kaum eine Rolle spielt, aber die Einstufung als stark von Tauschelementen geprägter Fall einer Erläuterung bedarf. Denn anders als in den USA, wo die Anwendung des Tauschmodells inhaltlich gerechtfertigt ist – hier sei nur an die Physician assistants erinnert –, wird der britische Fall eher von einer Kooperationsorientierung (»medical commonwealth«) geprägt, für die der Tauschbegriff nur bedingt die zutreffende Charakterisierung darstellt. Die geringsten Einordnungsprobleme bereitet der deutsche

Abb. 7-1 Interprofessionelle Beziehungsmuster im Vergleich

	USA	GB	BRD
	<i>Konfliktorischer Tausch</i>	<i>Wohlvollender Paternalismus</i>	<i>Dominanter Arztvorbehalt</i>
Dominanz	mittel	mittel	stark
Konkurrenz	stark	schwach	schwach
Tausch	stark	stark	schwach

Fall, in dem die klare Vorherrschaft der medizinischen Profession weder Tausch- noch Konkurrenzelementen eine echte Entfaltungschance gelassen hat. Daß schließlich die Dominanzelemente sowohl in Großbritannien als auch in den USA als mittelstark eingestuft werden, steht in klarem Kontrast zum *Mainstream* sozialwissenschaftlicher Analysen über die Stellung der Ärzteschaft, die unisono zu dem Schluß gelangen, daß die Ärzteschaft eine eindeutig privilegierte Position gegenüber den nichtärztlichen Gesundheitsberufen einnimmt (Swierz/Skipper 1982; Freidson 1986: 63 ff.; Larkin 1983). Aus landesspezifischer Sicht mag dies plausibel erscheinen, allerdings rechtfertigen die erkennbar über den deutschen Fall hinausgehenden Selbstverwaltungskompetenzen der britischen und amerikanischen Assistenzberufe eine davon abweichende Beurteilung. Mitunter könnte in den USA sogar von einer nur schwach entwickelten Dominanz der Ärzteschaft über die nichtärztlichen Gesundheitsberufe ausgegangen werden. Dies gilt zwar für einzelne Assistenzberufe, wäre aber insgesamt als Beurteilung überzogen.

Die Analyse der Muster interprofessioneller Beziehungen ist für die vorliegende Fragestellung in doppelter Weise von Bedeutung. Einerseits ist die Statusdifferenz zur medizinischen Profession eine wichtige Erklärung dafür,

warum das System der Marktregulierung stabil bleibt, wie im deutschen Fall, beziehungsweise weiter zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verändert wird, wie sich das vor allem in den USA und mit Einschränkungen auch im britischen Fall beobachten läßt. Dieser Wirkungszusammenhang setzt voraus, daß sich interprofessionelle Beziehungsmuster *nach* der Genese von Marktregulierungsstrukturen herausbilden. Da diese Voraussetzung nicht für die gesamte Breite der Assistenzberufe gilt, sondern teilweise von einer umgekehrten Reihenfolge ausgegangen werden muß, sind die interprofessionellen Beziehungen auf der anderen Seite auch als ursächlicher Faktor für die Herausbildung von Marktregulierungsmechanismen zu betrachten. Im Ergebnis bleibt festzuhalten, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Großbritannien und den USA in interprofessionelle Beziehungsmuster eingebettet sind, die Autonomisierungs- und Domänenenerweiterungsbestrebungen vor erheblich geringere Hürden stellen als hierzulande.

Kapitel 8

Zusammenfassende Schlußfolgerungen

Den Ausgangspunkt dieser Untersuchung bildete die im internationalen Vergleich variierende Zusammensetzung des Gesundheitspersonals, bei der die Bundesrepublik durch eine vergleichsweise starke Arztlastigkeit der Beschäftigungsstruktur im Gesundheitssektor auffiel. Den Ursachen für diese Beobachtung, die sich in Form einer Verhältniszahl quantifizieren läßt, auf den Grund zu gehen, stand hier im Mittelpunkt. Es hätte durchaus nahegelegen, diese Fragestellung mit den Problemen von Kosten und Qualität der medizinischen Versorgung zu verbinden, da beide Parameter in engem Zusammenhang mit dem Personaleinsatz und damit auch der Personalstruktur stehen dürften. Darauf wurde hier aber bewußt verzichtet, weil die dann erforderliche Ausrichtung der Untersuchung auf die *Folgen* variierender Personalstrukturen nicht nur eine perspektivische Verschiebung mit sich gebracht, sondern der hier interessierenden Frage nach den *Ursachen* für die nationalen Unterschiede kaum noch Raum gelassen hätte.

Anders als es Begriff der »Arztlastigkeit« suggerieren könnte, verbindet sich mit der Fragestellung auch keine Präferenz für eine bestimmte Personalstruktur. Denn ob verhältnismäßig viel oder wenig Ärzte beziehungsweise nichtärztliches Personal eine effizientere oder patientenfreundlichere Versorgung bewirken können, ist empirisch zu umstritten und von zu vielen Kontextfaktoren abhängig, als das sich etwa ein Zahlenverhältnis von 1:4 oder 1:10 zwischen Ärzten und nichtärztlichem Personal als isolierte Größe empfehlen ließe. Wenn hier die Assistenzberufe im Zentrum der Analyse gestanden haben, dann nicht um ökonomische oder gesundheitspolitische Schlußfolgerungen zu ziehen, sondern um Aufschlüsse über ein erklärungsbedürftiges Phänomen zu gewinnen.

Der zentrale Befund, den es hier zu erklären gilt, läßt sich auf die Feststellung zuspitzen, daß die Personalstruktur im bundesdeutschen Gesundheits-

sektor bei einem im Verhältnis zur Ärzteschaft niedrigen Beschäftigungsstand der Assistenzberufe seit den fünfziger Jahren stabil geblieben ist, während in Großbritannien und den USA schon zu Beginn des Beobachtungszeitraumes ein sehr viel höherer Anteil an nichtärztlichem Personal im Gesundheitssektor tätig war und sich dieses Zahlenverhältnis bis Ende der achtziger Jahre weiter zugunsten der nichtärztlichen Gesundheitsberufe verschoben hat. Hierbei handelt es sich um eine Aggregatvariable, die aus zahlreichen Einzelelementen zusammengesetzt ist. Auf eine Disaggregation wurde hier so weit als möglich verzichtet, um zu einem Erklärungsmodell zu gelangen, das nicht nur für einzelne Fälle beziehungsweise Berufsgruppen Gültigkeit beanspruchen kann, sondern Aussagekraft für die gesamte Breite der Gesundheitsberufe besitzt. Daß dabei nicht jedem Einzelfall und nicht jeder berufsspezifischen Besonderheit in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden konnte, ist ein Mangel, der angesichts des bestehenden Defizits an umfassenden Analysen der Entwicklungsbedingungen der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Kauf genommen werden kann. Entsprechend generalisierend fällt auch die nachfolgende Rekapitulation des Erklärungsmodells aus.

Als zentrale Variablen zur Erklärung der divergierenden Personalstrukturen wurden die Marktregulierungsmechanismen auf der einen und die Muster interprofessioneller Beziehungen auf der anderen Seite identifiziert. Beiden Faktoren kann jeweils ein Wirkungsschwerpunkt zugeordnet werden, wobei die Marktregulierung als zentraler Faktor der Produktionsstruktur, die interprofessionellen Beziehungen hingegen mehr als Element der Reproduktionsstruktur erscheinen. Daher ist hier von einer zweistufigen Erklärung die Rede gewesen. Marktregulierung und interprofessionelle Beziehungsmuster sind zwar getrennt analysierbare Faktoren, aber ihre Wirkungen für die Personalzusammensetzung erlangen sie erst durch ihre wechselseitige Durchdringung und Verflechtung. Bevor auf diese Interdependenzbeziehung eingegangen wird, seien die länderspezifischen Ausprägungen der beiden unabhängigen Variablen nochmals in Erinnerung gerufen.

In der Regel erlangen die Institutionen und Verfahren der Marktregulierung ihre Bedeutung vor allem durch einen historischen Entwicklungsvorsprung, der für später entstehende Faktoren wie Organisationsmuster und Finanzierungsverfahren einen nur schwer umgeharen Entwicklungskorridor bildet. Wenn auch zutrifft, daß das Zahlenverhältnis zwischen medizinischer Profession und nichtärztlichen Gesundheitsberufen weitgehend inelastisch gegenüber Output-Indikatoren ist, und dafür spricht einiges, wäre dies als

weiteres Argument für die Bedeutung der Marktregulierung zu werten, da man dann nicht von zwangsläufigen Anpassungsprozessen an die Erfordernisse der medizinischen Dienstleistungsproduktion ausgehen kann. Das heißt, weil grundsätzlich das gleiche Maß an Gesundheit von sehr unterschiedlich zusammengesetzten Personalkörpern »produziert« werden kann, spielen funktionale Zwänge in der Gestaltung der Personalstruktur nur eine untergeordnete Rolle.

Eine eindeutig zugunsten der Ärzteschaft ausgelegte Marktschließung hat zuerst in Deutschland in Form einer sozialrechtlichen Privilegierung stattgefunden, die den Kassenarzt zur entscheidenden Filterinstanz für alle nachfolgenden medizinischen Leistungen aufsteigen ließ. Dadurch entwickelte sich ein spezifisch deutscher Regelungsdualismus zwischen Sozial- und Berufsrecht, der die Marktöffnungspotentiale des Berufsrechts nicht zur Entfaltung kommen ließ. Während die bundesdeutschen Berufsgesetze nicht über den reinen Bezeichnungsschutz für bestimmte Berufstitel hinausgehen, besitzt die Berufsgesetzgebung in Großbritannien und den USA einen viel ausgeprägteren Zulassungscharakter, der nicht nur die Berufsausübung erlaubt, sondern auch den Marktzutritt öffnet. Zwar ist durchaus vorstellbar, daß die Verabschiedung eines Berufsgesetzes auch in der Bundesrepublik einen Beitrag zur Etablierung oder Festigung eines Berufsbildes leistet, aber der »Arztvorbehalt«, der die nichtärztlichen Gesundheitsberufe dauerhaft auf die Rolle unselbständiger Zuarbeiter für die dominante Profession festlegt, läßt sich dadurch nicht umgehen. Die naheliegende Frage, warum der stationäre Sektor als mittlerweile größter Beschäftigungsort des Gesundheitspersonals kaum eine andere Personalzusammensetzung aufweist, und dies obwohl hier sozialrechtliche Regeln wie der Arztvorbehalt nicht gelten, kann mit einem Spill-over-Effekt erklärt werden, bei dem das im ambulanten Sektor entstandene Personalstrukturmuster auch für das Krankenhaus als Standard der Personalausstattung Geltung erlangt.

Die besondere Arztfixierung des deutschen Systems erhält dadurch eine Stabilisierung, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe keine arzähnliche Institutionalisierung von Selbstverwaltungsrechten etablieren konnten, wie sie insbesondere durch die Verkammerung zum Ausdruck kommt. Die autonome Weiterentwicklung von Ausbildungs- und Tätigkeitsinhalten ist dadurch ebenso verhindert worden wie eine direkte Integration in das Leistungsgeschehen der Sozialversicherung. In Großbritannien und den USA gibt es hingegen keine Regelungs- oder Institutionalisierungsform, die allein der medizinischen Profession vorbehalten ist. Grundsätzlich finden alle Mu-

ster der Marktregulierung auch auf die nichtärztlichen Gesundheitsberufe Anwendung. So ist es der Ärzteschaft nicht nur von dieser Seite her versagt, aufgrund einer »höherwertigen« Regulierung auf Privilegien und Sonderrechte zu pochen, sondern die nichtärztlichen Gesundheitsberufe verfügen auch über eine institutionelle Basis, um selbständig zu einer Domänenenerweiterung zu gelangen. Dies hat sich im Verhalten der medizinischen Profession niedergeschlagen, die eine größere Akzeptanz gegenüber den Professionalisierungsbestrebungen der Assistenzberufe erkennen läßt.

Wenn es im deutschen Fall kaum wahrnehmbare Versuche zu einer Veränderung des für die Expansion der nichtärztlichen Gesundheitsberufe äußerst ungünstigen Systems der Marktregulierung gegeben hat, so hing dies nicht nur am mangelnden Willen, sondern auch an der Struktur des Regulierungssystems und der Rolle des Staates. Eine wesentliche Erfolgsbedingung für die zahlenmäßige Expansion der nichtärztlichen Gesundheitsberufe in Großbritannien und den USA liegt in der Möglichkeit, arzttypische Regulierungsformen nachzuahmen. Diese Option stand den Assistenzberufen im deutschen Fall zu keinem Zeitpunkt offen. Das Fehlen einer kammerartigen Berufsorganisation, die mit Selbstverwaltungsrechten und der Definitionsmacht über Ausbildungsinhalte einhergegangen wäre, beruht zwar auf historischen Zufälligkeiten, sorgte aber später dafür, daß eine artzähnliche institutionelle Einbindung in die GKV für die nichtärztlichen Gesundheitsberufe – von einigen gesundheitspolitisch eher belächelten Ausnahmen abgesehen – nie ernsthaft erwogen wurde. Denn als Voraussetzung für die Errichtung etwa einer Kassenpsychotherapeutischen Vereinigung wird eine eigenständige Institution zur Qualitätssicherung wie die Kammer angesehen – und darüber verfügt keiner der nichtärztlichen Berufe. In Deutschland fehlte von Anfang an jede Grundlage für eine institutionelle »Logik der Generalisierung«, wie sie mit der artzähnlichen Regulierung der Assistenzberufe in Großbritannien und den USA zu beobachten ist. Man könnte hier ein »small historical non-event«, nämlich das Ausbleiben der Verkammerung der Assistenzberufe, als Ausgangspunkt für einen Entwicklungspfad in der Marktregulierung begreifen, der die weitgehende Fixierung auf den Kassenarzt und dessen institutionell überlegene Positionierung innerhalb der GKV bedeutete.

Auch wenn man die Rolle staatlicher Instanzen im vorliegenden Fall nicht als primäre Einflußfaktoren für die Gestaltung von Personalstrukturen bewerten kann, so ist ein staatlicher Einfluß auf die Ratifikation verbindlicher Formen der Marktregulierung immer wieder zu beobachten gewesen. Den größten Einfluß besaß die staatliche Gesundheitsverwaltung in den

USA, wobei aber nicht nur dort, sondern auch in den beiden anderen Ländern nicht etwa der politische Druck der medizinischen Profession die Veranlassung für staatliche Eingriffe bildete, sondern Versorgungs- oder Steuerungsprobleme, deren Behebung in den staatlichen Verantwortungsbereich fiel. Dabei konnten die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in den USA und in Großbritannien von staatlichen Interventionen wie der Ausweitung der Lizenzierung oder der Einrichtung des Council of Professions Supplementary to Medicine, profitieren. Im deutschen Fall hingegen bewirkte die Delegation wichtiger Regulierungskompetenzen auf Ärzteschaft und Krankenkassen eine Koalitionsbildung zwischen diesen beiden Akteuren, die einer Reform des Systems der Marktregulierung gemeinsam zu widerstehen vermochten. Im Hinblick auf das Zustandekommen der Verhältnisziiffern wäre es insgesamt fehl am Platze, von »Steuerung« zu sprechen, wenn man darunter die bewußte Herstellung einer bestimmten Personalstruktur versteht. Da die Motive staatlicher Eingriffe zur Errichtung oder Modifikation der Marktregulierung in fast allen Fällen auf ganz andere Zwecke gerichtet waren, kann die Personalstruktur lediglich als »emergentes« Phänomen gelten, dessen spezifische Gestalt sich zwar aus dem Zusammenwirken von Einflußfaktoren ergibt, die von Akteuren mit einer bestimmten Zielrichtung verursacht wurden, deren Resultat aber ein nichtintendiertes Nebenprodukt darstellt.

Angesichts der in der Professionsforschung weit verbreiteten Vorstellung, daß eine klare Dominanz der medizinischen Profession über alle anderen Gesundheitsberufe als universelle Form interprofessioneller Beziehungen vorherrscht, kann die hier herausgearbeitete länderspezifische Variation als das eigentlich überraschende Erklärungselement angesehen werden. Die drei unterschiedlichen Muster interprofessioneller Beziehungen, aus denen sich die Nähe beziehungsweise der Abstand der Assistenzberufe zum Status der medizinischen Profession herleitet, hat für die Expansionschancen des nichtärztlichen Personals mindestens ebenso große Bedeutung wie die materielle Regulierung des Marktzutritts. Denn der Professionsstatus ist nicht nur eine wichtige Größe für die kollektive Identitätsbildung einer Berufsgruppe und für deren Motivation, aktiv nach einer Domänenenerweiterung zu streben, sondern fungiert darüber hinaus auch als wesentliche Orientierungsmarke für die Zurechnung von Fähigkeiten und identitätsbildenden Rollenverständnissen im System der medizinischen Arbeitsteilung durch *andere Akteure*. Das heißt, daß sich Professionen – vor allem aus der Perspektive der nichtärztlichen Gesundheitsberufe – als Umweltfaktoren darstellen, an denen strategische Ziele ausgerichtet werden, auch ohne daß dazu aktives Handeln von

seiten der Professionen notwendig ist. Bereits ihre bloße Existenz übt eine Wirkung aus. Diese These ist natürlich insofern relativ, als Professionen in ihrer Genese einen strukturbildenden Einfluß ausüben und ihre »bloße Existenz« stets von den Wirkungen jener Strukturen und rechtlichen Regelungen begleitet wird, deren Entstehung sie mit beeinflußt oder hervorgebracht haben.

Die jeweils spezifischen Wirkungsweisen beider Faktoren könnte man als *materiell* einerseits und *ideell* andererseits charakterisieren. Die Marktregulierung weist den Gesundheitsberufen über verbindliche Rechtsnormen spezielle Tätigkeitsfelder und -inhalte zu; der Professionsstatus sorgt für die normative und legitimatorische Fundierung einer bestimmten Position innerhalb des Systems der medizinischen Arbeitsteilung. Und in ihrer Verbindung bestimmen beide Faktoren gemeinsam die Expansionschancen und -fähigkeiten der Assistenzberufe. Das Verhältnis beider Erklärungsebenen zueinander verläuft ähnlich, wie es Lepsius für den Zusammenhang zwischen Ideen und Interessen beschrieben hat, nämlich als »Ketten von gegenseitigen Induktionen« (Lepsius 1990: 37). Auf den vorliegenden Fall angewandt, bedeutet das, daß der Herausbildung von Marktregulierungsmechanismen ein bestimmtes – wenn auch nicht zwangsweise schon vollends entfaltetes – Professionsmodell zugrundeliegt, während die Entstehung interprofessioneller Beziehungsmuster sich in Form von Marktregulierungsinstanzen niederschlägt. Ein offenes System der Marktregulierung wirkt auf den Professionsstatus der Assistenzberufe zurück, und dieser wiederum schafft die Voraussetzung für eine weitere Marktöffnung. Auf der anderen Seite läßt ein für die Assistenzberufe geschlossenes System der Marktregulierung kaum eine Annäherung an den Professionsstatus der Ärzteschaft zu, was wiederum zu einer Verfestigung der Marktregulierung beiträgt.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, daß ein systematischer Zusammenhang zwischen günstigen Marktchancen und einem professionsnahen Status der Assistenzberufe besteht. Demnach ist es unwahrscheinlich, daß die nichtärztlichen Gesundheitsberufe unter den Bedingungen eines für sie günstigen Systems der Marktregulierung existieren und dabei gleichzeitig nur über einen professionsfernen Status verfügen. Umgekehrt steht zu vermuten, daß ein professionsnaher Status stets mit einem offenen System der Marktregulierung einhergeht. Dieser Zusammenhang müßte an weiteren Fällen überprüft werden.

Literatur

- Abbott, Andrew, 1988: *The System of Professions. An Essay of the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abbott, Andrew, 1991: The Order of Professionalization. In: *Work and Occupations* 18, 355–384.
- Abel-Smith, Brian, 1960: *A History of the Nursing Profession*. London: Heinemann Educational Books.
- Abrams, Michael E., 1983: Medical Manpower Planning in the United Kingdom. In: Frans C. A. Jaspers et al. (Hrsg.), *Health Manpower Planning*. Boston: Nijhoff, 84–94.
- Ärzte-Zeitung, 22.3.1990: Diskussion um Überprüfungsregelung wertet den Beruf des Heilpraktikers auf, 1.
- , 15./16.6.1990: Oesingmann: Wilderer werden wir nicht dulden.
- , 9./10.11.1990: Planwirtschaft für das ganze Gesundheitswesen.
- , 12.3.1991: Wenn Bonn nicht bald reagiert, wollen die MTA auch streiken, 18.
- , 22.6.1991: Medizin-Physik fristet an Kliniken in Deutschland nur ein Schattendasein, 22.
- , 14.11.1991: Ausbildungsniveau für Fachkräfte muß gesteigert werden, 7.
- , 29.4.1993: Ergotherapeuten wollen an Fachhochschule studieren, 8.
- , 25.5.1993: Kardiotechniker streiten um Dauer der Ausbildung und deren Anerkennung, 6.
- Alber, Jens, 1988a: *Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich*. Discussion Paper 88/2. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- , 1988b: *Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich*. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit*. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 116–150.
- , 1989: Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. In: *Journal für Sozialforschung* 29, 259–284.
- Alber, Jens/Brigitte Bernardi-Schenkluhn, 1992: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Albertini, Tullio F., 1986: Perspectives of the National Study on Allied Health Personnel. In: *Proceedings of the Forum on Allied Health Data (FAHD): Changes in Trends in Allied Health Manpower*. Washington, DC: American Society of Allied Health Professions, 1–3.
- Albrecht-Richter, Jutta/Michael Kasten (Hrsg.), 1984: *Das Gesundheitswesen als Arbeitsmarkt*. Berlin: Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen.
- Alderson, Michael, 1974: Central Government Routine Health Statistics. In: W.F. Maunder (Hrsg.), *Reviews of United Kingdom Statistical Sources*, Bd. 2. London: Heinemann Educational Books, 1–145.
- Alford, Robert R., 1975: *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago: University of Chicago Press.
- Allsop, Judith, 1984: *Health Policy and the National Health Services*. London: Longman.
- Andersch, Norbert, 1990: *Krankenhausentwicklung und gewerkschaftliche Krankenhauspolitik. Eine Übersicht unter besonderer Berücksichtigung der ÖTV*. Marburg: Verlag Arbeit und Gesellschaft.
- Andersen, Hanfried H./J.-Matthias Graf v. Schulenburg, 1990: *Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb*. Berlin: Edition Sigma.
- Annas, George J., et al., 1990: *American Health Law*. Boston: Little, Brown.
- Arbeitsgruppe Bildungsbericht am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, 1990: *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Armstrong, David, 1976: The Decline of the Medical Hegemony: A Review of Government Reports During the N.H.S. In: *Social Science and Medicine* 10, 157–163.
- Arndt, Klaus Friedrich, 1985: *Heilpraktikerrecht*. Frankfurt a.M.: Alfred Metzner.
- Arndt, Klaus Friedrich/Ingwer Ebsen, 1985: Zur Berufszulassung von psychotherapeutisch tätigen Diplom-Psychologen. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 38, 1372–1377.
- Atiyah, P.S./Robert S. Summers, 1987: *Form and Substance in Anglo-American Law*. Oxford: Clarendon Press.
- Bachmann, Walter, 1986: Berufe des Gesundheitswesens. In: Fritz Beske (Hrsg.), *Lehrbuch für Krankenpflegeberufe*, Bd. 1.C. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme, 82–97.
- Backup, Molly/John Molinaro, 1984: New Health Professionals: Changing the Hierarchy. In: Victor W. Sidel/Ruth Sidel (Hrsg.), *Reforming Medicine: Lessons of the Last Quarter Century*. New York: Pantheon, 201–222.
- Bacon, Thomas J./Suzanne J. Kotkin, 1983: The Health Professions: Policies and Issues. In: Sagar C. Jain/John E. Paul (Hrsg.), *Policy Issues in Personnel Health Services*. Rockville, MD: Aspen Systems, 242–291.

- Bankowski, Zenon/Alfonso Mejia (Hrsg.), 1987: *Health Manpower out of Balance: Conflicts and Prospects. Conference papers, Conclusions and Recommendations*. Genf: Council of International Organizations for Medical Sciences.
- Bankowski, Zenon/T. Fülöp (Hrsg.), 1987: *Health Manpower out of Balance: Conflicts and Prospects. Highlights of the Acapulco Conference*. Genf: Council of International Organizations for Medical Sciences.
- Barley, Stephen R., 1986: Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. In: *Administrative Science Quarterly* 31, 76–108.
- Bates, Barbara, 1975: Physician and Nurse Practitioner: Conflict and Reward. In: *Annals of Internal Medicine* 82, 702–706.
- Bayliss, P.F.C., 1987: *The Law Relating to the Health Care Professions*. London: Ravenswood.
- Begun, James W., 1987: The Origins and Resolution of Interoccupational Conflict. In: *Work and Occupations* 14, 368–386.
- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, 1991: *Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung in der Region Dresden*. Hamburg: Freie und Hansestadt Hamburg.
- Ben-David, Joseph, 1960: Roles and Innovations in Medicine. In: *American Journal of Sociology* 65, 557–568.
- , 1963/64: Professions in the Class System of Present Day Societies. In: *Current Sociology* 12, 256–277.
- Bergmann-Krauss, Barbara/Brigitte Spree, 1980: *Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. Ein Überblick über die Ordnungssituation in den nichtärztlichen Gesundheitsberufen*. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Berlant, Jeffrey L., 1975: *Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley: University of California Press.
- Bezold, Clement, 1987: Health Trends and Scenarios: Implications for the Health Care Professions. In: Jack A. Meyer/Marion Ein Lewin (Hrsg.), *Charting the Future of Health Care*. Washington, DC: American Enterprise Institute for Public Policy Research, 77–97.
- Bieback, Karl-Jürgen, 1984: Behandlung durch nichtärztliche Therapeuten als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Krankenpflege und Krankenhauspflge? In: *Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung* 38, 289–301.
- Bieback, Karl-Jürgen/Joachim Schaller, 1989: *Kassenarzttrichtlinien und nicht-ärztliche Heilbehandler*. Sankt Augustin: Asgard.
- Birenbaum, Arnold, 1990: *In the Shadow of Medicine. Remaking the Division of Labor in Health Care*. Dix Hills, NY: General Hall.
- Bledstein, Burton J., 1976: *The Culture of Professionalism: The Middle Class and the Development of Higher Education in America*. New York: W.W. Norton.

- BMJFG (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit), 1980: *Daten des Gesundheitswesens. 1980*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Boase, Joan, 1990: Public Policy Towards the Health Disciplines: Shifting Sands. Paper prepared for the workshop on ›Institutions, Structures and the Intermediation of Interests‹, ECPR Joint Sessions of Workshops, Bochum, 2.–7.4.1990.
- Bräutigam, Martin, 1995: *Pflegenotstand: Nächstenliebe und Korporatismus im Transferstaat. Erklärungsansätze für eine Non-decision*. Forschungsstelle für Sozialwissenschaftliche Innovations- und Technologieforschung (SIT)–wp–2–95. Bochum: Ruhr-Universität Bochum.
- Brand, Jeanne L., 1965: *Doctors and the State: The British Medical Profession and Government Action in Public Health, 1870–1912*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Brehm, Henry P. / Sally Brewster Moulton, 1989: Technological and Cost Implications of Changing Hospital Staffing Patterns. In: Henry P. Brehm/Ross M. Mullner (Hrsg.), *Health Care, Technology and the Competitive Environment Edge*. New York: Praeger, 105–125.
- British Medical Journal, 1982: Professions Supplementary to Medicine. In: *British Medical Journal* 284, 680–681.
- Brown, Carol A., 1973: The Division of Laborers: Allied Health Professions. In: *International Journal of Health Services* 3, 435–444.
- Brown, P.S., 1991: Medically Qualified Naturopaths and the General Medical Council. In: *Medical History* 35, 50–77.
- Bruhn, John G./Billy U. Philips, 1985: The Influence of Technology on the Future of Allied Health Professionals. In: *Journal of Allied Health* 14, 289–296.
- Brutvan, Elizabeth L., 1985: Intra-role Conflict: A Result of Naive Attempts Toward Professionalization. In: *Journal of Allied Health* 14, 3–12.
- Bucher, Rue, 1988: On the Natural History of Health Care Occupations. In: *Work and Occupations* 15, 131–147.
- Bullough, Bonnie, 1984: The Current Phase in the Development of Nurse Practice Acts. In: *Saint Louis University Law Journal* 28, 365–395.
- Bundesgesundheitsrat, 1979: Votum zu einer Zusammenfassung der berufsrechtlichen Regelungen für die nichtärztlichen Heilberufe. In: *Bundesgesundheitsblatt* 22, 274–276.
- Bundesärztekammer, 1987: *Tätigkeitsbericht '87*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- , 1988: *Tätigkeitsbericht '88*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- , 1989: *Tätigkeitsbericht '89*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- , 1991: Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer. Manuskript. Köln.
- Burrage, Michael/Konrad Jarausch/Hannes Siegrist, 1990: An Actor-Based Framework for the Study of the Professions. In: Michael Burrage/Rolf Torstendahl (Hrsg.), *Professions in Theory and History*. London: Sage, 203–225.

- Burrage, Michael/Rolf Torstendahl (Hrsg.), *Professions in Theory and History*. London: Sage.
- Carpenter, Michael, 1976: The New Managerialism and Professionalism in Nursing. In: Margaret Stacey et al. (Hrsg.), *Health and the Division of Labour*. London: Croom Helm/New York: Prodist, 165–193.
- Cawley, James F., 1985: The Physician Assistant Profession: Current Status and Future Trends. In: *Journal of Public Health Policy* 6, 78–99.
- Chambers, Charles M., 1983: Characteristics of an Accrediting Body. In: Kenneth E. Young et al., *Understanding Accreditation*. San Francisco: Jossey-Bass, 135–153.
- Chaplin, N.W. (Hrsg.), 1982: *Health Care in the United Kingdom – Its Organization and Management*. London: Kluwer Medical.
- Chernomas, Robert/Wanda Chernomas, 1989: Escalation of the Nurse-Physician Conflict: Registered Care Technologists and the Economic Crisis. In: *International Journal of Health Services* 19 (4), 635–650.
- Christoffel, Tom, 1982: *Health and the Law: A Handbook for Health Professionals*. New York: Free Press.
- Cohen, Harris S./Lawrence H. Miike, 1973: *Developments in Health Manpower Credentialing: A Follow-up to the 1971 Report of Licensure and Related Health Personal Credentialing*. Department of Health, Education and Welfare (DHEW) Publication No. (HRA) 74–3101. Washington, DC: DHEW.
- Colman, Wendy, 1992: Maintaining Autonomy: The Struggle Between Occupational Therapy and Physical Medicine. In: *American Journal of Occupational Therapy* 46, 63–70.
- Congressional Budget Office, 1979: *Physician Extenders: Their Current and Future Role in Medical Care Delivery*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Consumer's Association (Hrsg.), 1983: *A Patient's Guide to the National Health Service*. London: Hodder & Stoughton.
- Cook, Karen S./Patricia J. Moris/Susan Kinne, 1982: An Exchange Analysis of Emergent Occupational Groups: The Case of New Health Care Providers. In: *Research in the Sociology of Health Care* 2, 1–29.
- CPSM (Council for Professions Supplementary to Medicine), 1980: *Future Requirements and Opportunities – PSM Registration and Self-Regulation*. London: CPSM.
- Dent, Mike, 1993: Professionalism, Educated Labour and the State: Hospital Medicine and the New Managerialism. In: *Sociological Review* 41, 244–273.
- Department of Health, 1991: Statistics for General Medical Practitioners in England and Wales: 1979–1989. In: *Statistical Bulletin* 4, 1–18.
- Deppe, Hans-Ulrich (Hrsg.), 1987: *Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag*. Frankfurt a.M.: Campus.

- DHSS (Department of Health and Social Security), 1976: *Health Services Management: Regional and Area Nursing and Midwifery Advisory Committees*. Health Circular (76)49. London: DHSS.
- , 1977a: *Health Services Development: Relationship Between the Medical and Remedial Professions*. Health Circular (77)33. London: DHSS.
- , 1977b: *The Extending Role of the Clinical Nurse: Legal Implications and Training Requirements*. Health Circular (77)22. London: DHSS.
- , 1977c: *The Role of Psychologists in the Health Service*. London: DHSS.
- , 1978: *Pay and Conditions of Services*. Health Circular (PC)(78)11. London: DHSS.
- , 1979: *Health Services Development: Management of the Remedial Professions in the NHS*. Health Circular (79)19. London: DHSS.
- , 1989: *Health and Personal Social Services Statistics*. London: Governmental Statistical Service.
- Doan, Bui Dang Ha, 1984: The Health Professions in Industrial Countries: A Comparative Statistical Analysis. In: *World Health Statistics Quarterly* 37, 2–29.
- , 1980: Statistical Analysis of the World Health Organization. In: *World Health Statistics Quarterly* 33, 127–150.
- Dolan, Andrew K., 1980: Antitrust Law and Physician Dominance of Other Health Practitioners. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 4, 675–690.
- Dowie, Robin, 1987: *Postgraduate Medical Education and Training: The System in England and Wales*. London: King Edward's Hospital Fund for London.
- Dünisch, Friedrich, 1983: Die Erbringung und Beschaffung der ambulanten nicht-ärztlichen Dienst- und Sachleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dissertation. München: Universität München.
- Döhler, Marian, 1990: *Gesundheitspolitik nach der »Wende«. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in der Bundesrepublik, Großbritannien und den USA*. Berlin: edition sigma.
- , 1993: Comparing National Patterns of Medical Specialization. In: *Social Science Information* 32, 185–231.
- Döhler, Marian / Philip Manow-Borgwardt, 1992a: Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: *Staatwissenschaften und Staatspraxis* 3, 64–106.
- , 1992b: Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. In: *Politische Vierteljahresschrift* 33, 571–596.
- Eberle, Gudrun, 1983: *Personalentwicklung im Gesundheitswesen 1976 bis 1980*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen.
- Eberle, Gudrun / Ulrich Geißler, 1978: Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt. In: *Die Ortskrankenkasse* 60, 510–514.
- Eichhorn, Siegfried, 1987: Arbeitsmarkt für Führungskräfte im Gesundheitswesen. In: Leonhard Männer / Günter Sieben (Hrsg.), *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher, 307–372.
- Elster, Jon, 1987: *Subversion der Rationalität*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Engleman, Steven R., 1979: External Economic Influences on NHS Manpower. In: Gordon McLachlan et al. (Hrsg.), *Patterns for Uncertainty?* Oxford: Oxford University Press, 166–183.
- Esser, Hartmut/Heinz Grohmann/Walter Müller et al., 1989: *Mikrozensus im Wandel*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Fausser, John J./Hannah L. Hedrick, 1989: Allied Health Education and Accreditation. In: *Journal of the American Medical Association* 262, 1053–1058.
- Fay, M., 1979: Changing Radiologic Technology Education: Evolution or Revolution? – Part I. In: *Radiologic Technology* 50, 667–673.
- Fee, Elizabeth, 1991: The Origins and Development of Public Health in the United States. In: Walter W. Holland et al. (Hrsg.), *Oxford Textbook of Public Health*, Bd. 1: *Influences of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 3–22.
- Fein, Rashi, 1967: *The Doctor Shortage*. Washington, DC: The Brookings Institutions.
- Feldstein, Paul J., 1977: *Health Associations and the Demand for Legislation: The Political Economy of Health*. Cambridge, MA.: Ballinger.
- Finch, John. D., 1984: *Aspects of Law Affecting the Paramedical Professions*. London: Faber and Faber.
- Finkin, M.W., 1973: Federal Reliance on Voluntary Accreditation: The Power to Recognize as the Power to Regulate. In: *Journal of Law and Education* 2, 339–375.
- Ford, Charles W., 1983: Allied Health. In: Christine H. McGuire et al. (Hrsg.), *Handbook of Health Professions Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 113–126.
- Fox, Theodore F., 1956: The Greater Medical Profession. In: *Lancet* 303, 779–780.
- Freeman, Howard E./Sol Levine (Hrsg.), 1989: *Handbook of Medical Sociology*. 4. Auflage. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Freidson, Eliot, 1970: *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine.
- , 1979: *Der Ärztestand: Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*. Stuttgart: Enke.
- , 1986: *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Friedman, Milton, 1962: *Capitalism and Freedom*. Chicago: Phoenix.
- Fryer, George E., 1991: The United States Medical Profession: An Abnormal Form of the Division of Labour. In: *Sociology of Health and Illness* 13, 213–230.
- Gallagher, Eugene B. / C. Maureen Searle, 1989: Content and Context in Health Professional Education. In: Howard E. Freeman / Sol Levine (Hrsg.), *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 437–455.
- Gilb, Corinne Lathrop, 1966: *Hidden Hierarchies: The Professions and Government*. New York: Harper & Row.
- Ginzberg, Eli, 1990: *The Medical Triangle*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Glaser, William A., 1963: American and Foreign Hospitals. In: Eliot Freidson (Hrsg.), *The Hospital in Modern Society*. New York: Free Press, 37–72.
- Glatzer, Wolfgang, et al., 1992: *Recent Social Trends in West Germany 1960–1990*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Göckenjan, Gerd, 1985: *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Goeschel, Albrecht, 1984: Gesundheitswirtschaft und Arbeitsmarkt: Beitrag des Gesundheitswesens zur Regionalentwicklung. In: *Der Landkreis* 4–5/1984, 191ff.
- Goode, William J., 1969: The Theoretical Limits of Professionalization. In: Amitai Etzioni (Hrsg.), *The Semi-Professions and Their Organization*. New York: Free Press, 267–313.
- Goodman, John C., 1980: *The Regulation of Medical Care: Is The Price Too High?* San Francisco: Cato Institute.
- Götzky, Sigfried, 1964: Die medizinisch-technische Assistentin. In: H. Lehmkuhl/F. Pürckhauer (Hrsg.), *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Bd. 2: *Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 177–182.
- Grauhan, Antje, 1979: Krankenpflege. Neues Fach an einer deutschen Universität. In: *Konstanzer Blätter für Hochschulfragen* 17 (2), 22–35.
- Green, David G., 1985: *Which Doctor? A Critical Analysis of the Professional Barriers to Competition in Health Care*. London: The Institute of Economic Affairs.
- Greenfield, Harry I./Carol A. Brown, 1969: *Allied Health Manpower: Trends and Prospects*. New York: Columbia University Press.
- Greer, Ann Lennarson, 1984: Medical Technology and Professional Dominance Theory. In: *Social Science and Medicine* 18, 809–817.
- Gritzer, Glenn/Arnold Arluke, 1985: *The Making of Rehabilitation. A Political Economy of Medical Specialization 1890–1980*. Berkeley: University of California Press.
- Gross, Stanley J., 1984: *Of Foxes and Henhouses: Licensing and the Health Professions*. Westport, CT: Quorum Books.
- Gupta, Gloria C./Hannah L. Hedrick (Hrsg.), 1990: *Allied Health Education Directory 1990*. Chicago: American Medical Association.
- Hahn, Bernhard, 1981a: Zulässigkeit und Grenzen der Delegation ärztlicher Aufgaben. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 34, 1978–1984.
- , 1981b: *Die Haftung des Arztes für nichtärztliches Hilfspersonal*. Königstein/Ts.: Athenäum.
- Hall, Mark A./Ira Mark Ellman, 1990: *Health Care Law and Ethics*. St. Paul, MN: West Publishing Co.
- Hall, Phoebe, et al., 1975: *Change, Choice and Conflict in Social Policy*. London: Heinemann.
- Halpern, Sydney A., 1992: Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries. In: *American Journal of Sociology* 4, 994–1021.

- Ham, Christopher, 1985: *Health Policy in Britain*. 2. Auflage. Houndmills: Macmillan.
- Harrington, Charlene/Richard A. Culbertson, 1990: Nurses Left Out of Health Care Reimbursement Reform. In: *Nursing Outlook* 38, 156–158.
- Harrison, Stephen, 1981: The Politics of Health Manpower. In: Andrew F. Long/Geoffrey Mercer (Hrsg.), *Manpower Planning in the National Health Service*. London: Gower, 81–100.
- Harrison, Stephen, et al., 1992: *Just Managing: Power and Culture in the National Health Service*. Houndmills: Macmillan.
- Harrison, Stephen/David J. Hunter/Cristopher Pollitt, 1990: *The Dynamics of British Health Policy*. London: Unwin Hyman.
- Haug, Karin, 1994: Die vertikale Arbeitsteilung im Gesundheitswesen zwischen Medizin und Krankenpflege im Krankenhaus: Ein Vergleich zwischen Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland. Dissertation. Konstanz: Universität Konstanz.
- , 1995: *Professionalisierungsstrategien, Durchsetzungspotentiale und Arbeitsteilung. Eine Untersuchung bei deutschen und englischen Pflegekräften*. WZB Discussion Paper P 95–202. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Havighurst, Clark C., 1989: Practice Opportunities for Allied Health Professionals in a Deregulated Health Care Industry. In: *Journal of Allied Health* 18, 9–32.
- Havighurst, Clark C. /Nancy M. P. King, 1983: Private Credentialing of Health Care Personnel: An Antitrust Perspective, Part One. In: *American Journal of Law & Medicine* 8 (1), 130–201.
- Heidenheimer, Arnold J., 1989: Professional Knowledge and State Policy in Comparative Historical Perspective: Law and Medicine in Britain, Germany and the United States. In: *International Social Science Information* 61, 528–553.
- Herder-Dorneich, Philip, 1987: Diskussionsbeitrag zu: Matthias Graf v. Schulenburg ›Verbände als Interessenwahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen‹. In: Leonhard Männer/Günter Sieben (Hrsg.), *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher, 420–422.
- , 1970: *Honorarreform und Krankenhaussanierung*. Berlin: Erich Schmidt.
- Hershey, Nathan, 1989: Policy Issues Relevant to Independent Practice of the Health Professions. In: *Journal of Allied Health* 18, 33–62.
- Heyrman, Karol Schafer, 1987: *Caring, Curing, and Coordinating in Hospital Nursing: Three Decades of Technical Change*. Ann Arbor, MI: University Microfilms Information Service.
- Hilbert, Josef/Helmi Südmersen/Hajo Weber, 1986: Selbstordnung der Berufsbildung. Eine Fallstudie über die Evolution, Organisation und Funktion ›Privater Regierungen‹. Forschungsschwerpunkt ›Zukunft der Arbeit‹ an der Universität Bielefeld, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien, Nr. 18. Bielefeld: Selbstverlag.

- Hirsh, Harold L., 1988: Hospital and Medical Staff. In: *Medicine and Law* 7, 33–39.
- Hoffmann, Ute, et al., 1982: *Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum: Neue Modelle medizinischer und psychosozialer Versorgung*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hogan, C.P., 1979: Health Sector Growth and Changes in the Balance of Health Groups in Seven Countries over Two Decades. In: *World Health Statistics Quarterly* 32, 115–137.
- Hohls, Rüdiger, 1991: Quellen zur Erwerbsstatistik Deutschlands im ausgehenden 19. und im 20. Jahrhundert. In: Wolfram Fischer/Andreas Kunz (Hrsg.), *Grundlagen der Historischen Statistik von Deutschland*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 315–350.
- Hollingsworth, J. Rogers/Ellen Jane Hollingsworth, 1985: Differences Between Voluntary and Public Organizations: The Behavior of Hospitals in England and Wales. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 10, 371–397.
- Hollingsworth, J. Rogers/Philippe C. Schmitter/Wolfgang Streeck, 1994: Capitalism, Sectors, Institutions and Performance. In: J. Rogers Hollingsworth et al. (Hrsg.), *Governing Capitalist Economies*. New York: Oxford University Press, 3–16.
- Honigsbaum, Frank, 1979: *The Division in British Medicine*. London: Kogan Page.
- Hopf, Ernst-Johannes, 1975: *25 Jahre Gesundheitsministerkonferenz in der Bundesrepublik Deutschland 1949–1974*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Huerkamp, Claudia, 1985: *Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- , 1987: *Ärzte in Deutschland und England. Gemeinsamkeiten und Unterschiede des ärztlichen Professionalisierungsprozesses im 19. Jahrhundert*. Manuskript. Bielefeld.
- Huerkamp, Claudia/Reinhard Spree, 1982: Arbeitsmarktstrategien der deutschen Ärzteschaft im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert. In: Toni Pierenkemper/Richard Tilly (Hrsg.), *Historische Arbeitsmarktforschung: Entstehung, Entwicklung und Vermarktung von Arbeitskraft*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 77–116.
- Hüttenberger, Peter, 1981: Interessenvertretung und Lobbyismus im Dritten Reich. In: Gerhard Hirschfeld/Lothar Kettenacker (Hrsg.), *Der »Führerstaat«: Mythos oder Realität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 429–457.
- Häberle, Peter, 1972: Berufsständische Satzungsautonomie und staatliche Gesetzgebung. In: *Deutsches Verwaltungsblatt* 87, 909–913.
- IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit), 1971: *Masseur/Krankengymnast*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Institute of Medicine, 1989: *Allied Health Services, Avoiding Crises*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Jacobs, Klaus/Wilhelm F. Schröder, 1991: *Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung. Das »Brandenburg-Modell« der Umstrukturierung*. Arbeitspapier: Institut für Ge-

- sundheits- und Sozialforschung (IGES). Berlin: IGES (später veröffentlicht in: *Arbeit und Sozialpolitik* 45[5–6], 4–13).
- Jarausch, Konrad H., 1990: The German Professions in History and Theory. In: Geoffrey Cocks/Konrad H. Jarausch (Hrsg.), *German Professions 1800–1950*. New York: Oxford University Press, 9–24.
- JCAH (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), 1989: *Accreditation Manual for Hospitals*. Chicago: JCAH.
- Jefferys, Margot/Hessie Sachs, 1983: *Rethinking General Practice: Dilemmas in Primary Medical Care*. London: Tavistock.
- Johnson, Terence J., 1972: *Professions and Power*. London: Macmillan.
- Jost, Timothy, 1983: The Joint Commission on Accreditation of Hospitals: Private Regulation of Health Care and the Public Interest. In: *Boston College Law Review* 24, 835–923.
- Kalteyer, Norman, 1990: Die Einflußnahme von Verbänden auf den Gesetzgebungsprozeß am Beispiel des Rettungsassistenten. Diplomarbeit. Mainz: Universität Mainz.
- Kaplin, William A., 1976: Professional Power and Judicial Review: The Health Professions. In: *George Washington Law Review* 44, 710–753.
- Kellnhauser, Edith, 1994: *Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Ein internationaler Vergleich mit Prüfung der Übertragbarkeit auf die Bundesrepublik Deutschland*. Melsungen: Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft.
- Kirchberger, Stefan, 1986: *Medizinisch-technische Assistenz in der Gesundheitsversorgung: Zur Berufsgeschichte der MTA*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Kiser, Edgar/Michael Hechter, 1991: The Role of General Theory in Comparative-historical Sociology. In: *American Journal of Sociology* 97, 1–30.
- Kissam, Philip C., 1983: Government Policy Toward Medical Accreditation and Certification: The Antitrust Laws and Other Procompetitive Strategies. In: *Wisconsin Law Review* 69, 1–93.
- , 1975: Physician's Assistant and Nurse Practitioner Laws: A Study of Health Law Reform. In: *Kansas Law Review* 24, 1–65.
- , 1977: Physician's Assistant and Nurse Practitioner Law for Expanded Medical Delegation. In: Ann A. Bliss/Eva D. Cohen (Hrsg.), *The New Health Professionals*. Germantown, MD: Aspen Systems, 116–149.
- Knights, David/John Moore, 1985: The Theory, Practice and Politics of Manpower Planning: An Analytical Critique with Empirical Illustrations from the N.H.S. In: *International Journal of Sociology and Social Policy* 5, 11–28.
- Kosanke, Bodo, 1985: Cooperation Between Different Professions and Lay Personnel. In: Ulrich Laaser et al. (Hrsg.), *Primary Health Care in the Making*. Berlin: Springer, 31–45.

- Kosanke, Bodo/Andreas Geiger/Norbert Neuhaus, 1981: Primary Health Care: Cooperation Between Health and Welfare Personnel in the Federal Republic of Germany. Manuskript. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
- Kraemer, Linda G./JoAnn Rigolizzo-Gurenlian, 1985: Role Conflict in Nursing and Allied Health: A Comparison of Professional and Organizational Commitment. In: *Journal of Allied Health* 14, 53–62.
- Krause, Elliot A., 1982: *Division of Labor. A Political Perspective*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Kronus, Carol L., 1976: The Evolution of Occupational Power. An Historical Study of Task Boundaries Between Physicians and Pharmacists. In: *Sociology of Work and Occupations* 3, 3–37.
- Krysmanski, Renate, 1972: Gesundheitsplanung als Interessenpolitik. In: *Soziale Welt* 23, 351–373.
- Kube, Ralf/Reinhard Spree, 1991: Quellen zur Statistik des Gesundheitswesens der Bundesrepublik Deutschland. In: Wolfram Fischer/Andreas Kunz (Hrsg.), *Grundlagen der Historischen Statistik von Deutschland*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 299–314.
- Kühne, Hans-Heiner, 1976: Zu Fragen eines Berufsrechts für Diplom-Psychologen für Psychotherapie. In: Hans-Heiner Kühne/Henning Schwaiger (Hrsg.), *Zum Recht der Heilbehandlung durch Psychologen*. Bern: Hans Huber, 17–71.
- Köhrer, Dietmar, 1991: *Gesetzliche Krankenversicherung und Krankenhäuser: Treffpunkt Pflegeverhandlung*. Baden-Baden: Nomos.
- Labisch, Alfons/Florian Tennstedt, 1985: *Der Weg zum ›Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens‹*, Bd. 1. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- , 1991: Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949–ca. 1965). In: Thomas Elkeles et al. (Hrsg.), *Prävention und Prophylaxe: Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990*. Berlin: Edition Sigma, 129–158.
- Landenberger, Margarete/Albrecht Goeschel/Gerd-Uwe Watzlawczik, 1991: Auswirkungen der Kostendämpfung auf die Beschäftigung in der Gesundheitswirtschaft und auf den Wettbewerb in der Krankenversicherung. In: *Sozialer Fortschritt* 40, 196–207.
- Lander, Louise, 1980: Licensing of Health Care Facilities. In: Ruth Roemer/George McKay (Hrsg.), *Legal Aspects of Health Policy: Issues and Trends*. Westport, CT: Greenwood Press, 129–172.
- Larkin, Gerald, 1988: Medical Dominance in Britain: Image and Historical Reality. In: *The Milbank Quarterly* 66 (Supplement 2), 117–132.
- , 1983: *Occupational Monopoly and Modern Medicine*. London: Tavistock.

- Larson Corrine W., 1983: Trends in the Regulation of Professions. In: Kenneth E. Young et al., *Understanding Accreditation*. San Francisco: Jossey-Bass, 317–341.
- Lepsius, Rainer M., 1990: *Interessen, Ideen und Institutionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Levitt, Ruth / Andrew Wall, 1984: *The Reorganised National Health Service*. 3. Auflage. London: Croom Helm.
- Lewis, Jane, 1986: *What Price Community Medicine? The Philosophy, Practice and Politics of Public Health Since 1919*. Brighton: Wheatsheaf Books.
- Liebold, Rolf/Thomas Zalewski, 1993: *Kassenartzrecht*. Berlin: Engel-Verlag (28. Lieferung).
- Light, Donald W., 1988: Turf Battles and the Theory of Professional Dominance. In: *Research in the Sociology of Health Care* 7, 203–225.
- Litschauer, Brigitte/Wolfgang Stigel, 1988: Versorgung mit Personal im Gesundheitswesen – Ausgewählte Berufsgruppen im internationalen Vergleich. Manuskript. Wien: Wissenschaftskollektiv Wien.
- Long, Andrew F./Geoffrey Mercer, 1987: *Health Manpower: Planning, Production and Management*. London: Croom Helm.
- , 1981: Towards a Positive Approach. In: Andrew F. Long/Geoffrey Mercer (Hrsg.), *Manpower Planning in the National Health Service*. London: Gower, 148–163.
- MacKenzie, W.J.M., 1980: *Power and Responsibility in Health Care. The National Health Service as a Political Institution*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Madison, Donald L., 1988: Large Medical Group-practice Organizations and Employment Physicians: A Relationship in Transition. In: *The Milbank Quarterly* 66, 240–282.
- Manow, Philip, 1994: *Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Matzke, Heinz/Dieter Schirmer, 1977: Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenartzrechts. In: *Betriebskrankenkasse* 65, 2–27.
- Mayntz, Renate/Birgitta Nedelmann, 1987: Eigendynamische soziale Prozesse: Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 39, 648–668.
- Maxmen, Jerrold S., 1976: *The Post-Physician Era*. New York: Wiley.
- McConnell, Grant, 1970: *Private Power and American Democracy*. New York: Vintage Books.
- McCready, Linda A., 1982: Emerging Health Care Occupation: The System Under Siege. In: *Health Care Management Review* 7, 71–76.
- McTernan, Edmund J., 1987: Allied Health Professions in the United States: A Summary of the Origins, Development, and Potential Futures of a Selected

- Sample of Allied Health Fields. Manuskript. Stony Brook, NY: School of Allied Health Professions.
- Mcqueen, David V., 1978: Nordamerika als Beispiel heilkundlicher Pluralität in einer modernen Gesellschaft. In: Heinrich Schipperges et al. (Hrsg.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*. Freiburg: Karl Alber, 343–395.
- Meifort, Barbara, 1985: Strukturen und Entwicklungen im Berufsfeld Gesundheit. In: Wolf-Dietrich Greinert (Hrsg.), *Lernorte der beruflichen Bildung*. Frankfurt a.M.: Campus, 62–81.
- Meifort, Barbara/Hannelore Paulini, 1984: *Analyse beruflicher Bildungsinhalte und Anforderungsstrukturen bei ausgewählten nichtärztlichen Gesundheitsberufen*. Berlin: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- , 1983: Das Berufsfeld Gesundheit – Entwicklungen, Probleme, Lösungsvorschläge. In: *Gewerkschaftliche Bildungspolitik 7–8/1983*, 170–176.
- Mejia, A., 1987: The Nature of the Challenge. In: Zenon Bankowski/T. Fülöp (Hrsg.), *Health Manpower out of Balance*. Genf: Council of International Organizations for Medical Sciences, 15–40.
- Metzger, Walter P., 1987: The Spectre of ›Professionalism‹. In: *Educational Researcher* 8–9/1987, 10–19.
- Meyer, A.-E. et al., 1991: *Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes*. Hamburg: Universitäts-Krankenhaus Hamburg–Eppendorf.
- Moers, Martin/Doris Schaeffer, 1993: Akademisierung und Verwissenschaftlichung der Pflege. Erfahrungen aus den USA. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Bd. 19 (Argument-Sonderband AS 199), 135–159.
- Moloney, Margaret M., 1992: *Professionalization of Nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Moore, Wilbert E., 1970: *The Professions: Roles and Rules*. New York: Sage.
- Nahr, Heinrich, 1991: *Die Personalstruktur des deutschen Gesundheitswesens Mitte der achtziger Jahre: Bestandsaufnahme und Bewertung aktueller Datenquellen*. MPIfG Discussion Paper 91/7. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung.
- Narr, Helmut, 1989: *Ärztliches Berufsrecht*. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag, Loseblattsammlung.
- NCAHE (National Commission on Allied Health Education), 1980: *The Future of Allied Health Education*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Neubauer, Franz, 1982: Welche Berufe und welche Berufsgesetze braucht unser Gesundheitswesen? In: Ulf Fink (Hrsg.), *Wie krank ist unsere Gesundheit?* Frankfurt a. M.: Ullstein, 166–176.
- Neubauer, Günter, 1987: Gesundheitsberufe vor den Toren der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Männer, Leonhard/Günter Sieben (Hrsg.), *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher, 179–240.
- Neue Ärztliche*, 9. /10.3.1990. Vereinbarung mit Psychologenverband ist rechtswidrig, 1.

- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), 1990: *Health Care Systems in Transition*. Paris: OECD.
- Orzack, Louis H./Caroline Calogaro, 1990: Midwives, Societal Variation, and Diplomatic Discourse in the European Community. In: *Current Research on Occupations and Professions* 5, 43–69.
- Ovretveit, John, 1985: Medical Dominance and the Development of Professional Autonomy in Physiotherapy. In: *Sociology of Health and Illness* 7, 76–93.
- Parkhouse, John, 1979: *Medical Manpower in Britain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Parkin, D., 1989: Comparing Health Service Efficiency Across Countries. In: *Oxford Review of Economic Policy* 5, 75–88.
- Parry, Noel/José Parry, 1976: *The Rise of the Medical Profession*. London: Croom Helm.
- The Patient's Charter News*, 1993: Nurse Practitioners in Outpatients. Nr. 8/1993, 8.
- Pearce, Nancy D., 1986: Allied Health Professions Data. In: *Proceedings of the Forum on Allied Health Data (FAHD): Changes in Trends in Allied Health Manpower*. Washington, DC: American Society of Allied Health Professions, 41–45.
- Pickis, R., 1989: Partners for the Future. Manuskript. London: Council of Professions Supplementary to Medicine.
- Pinker, Robert, 1966: *English Hospital Statistics*. London: Heinemann.
- Plantholz, Markus, 1995: Berufsständische Selbstverwaltungsautonomie im Pflegewesen. In: *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, Nr. 27, 27–51.
- Points, T.C., 1971: The Development, Concern, and Program of the AMA Committee on Emerging Health Manpower. In: *Medical Care* 9, 4–6.
- Pott, Hans-Michael, 1991: Neue Organisationsformen im Gesundheitswesen – Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), *Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen und ihre ökonomische Bedeutung*. Gerlingen: Bleicher, 321–376.
- Poullier, Jean-Pierre/Simone Sandier (Hrsg.), 1991: *OECD Health Data: Comparative Analysis of Health Systems*. Paris: OECD.
- Przeworski, Adam/Henry Teune, 1970: *The Logic of Comparative Social Inquiry*. New York: John Wiley.
- Pulkingham, Jane, 1992: Employment Restructuring in the Health Service: Efficiency, Initiatives, Working Patterns and Workforce Composition. In: *Work, Employment and Society* 6, 397–421.
- Raffel, Marshall W. /Norma K. Raffel, 1989: *The U.S. Health System: Origins and Functions*. 3. Auflage. New York: John Wiley.
- Ragin, Charles C., 1987: *The Comparative Method. Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press.
- Rayack, Elton, 1967: *Professional Power and American Medicine: The Economics of the American Medical Association*. Cleveland: World Publishing Company.

- Reedy, Barry L., 1978: *The New Health Practitioners in America*. London: King Edward's Hospital Fund.
- Rein, Martin, 1985: *Women in the Social Welfare Labor Market*. Discussion Paper IIM/LMP 85–18. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin.
- Reinhardt, Uwe E., 1991: Health Manpower Forecasting: The Case of Physician Supply. In: Eli Ginzberg (Hrsg.), *Health Services Research*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 234–283.
- Reiser, Stanley J., 1983: Technology, Specialization, and the Allied Health Professions. In: *Journal of Allied Health* 12, 177–182.
- , 1978: *Medicine and the Reign of Technology*. London: Cambridge University Press.
- Richter, Lutz/Wilhelm Sonnenberg, 1926: *Die kassenärztlichen Rechtsverhältnisse*. Leipzig: Verlagsbuchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands.
- Riska, Elianne/Nancy Buffenbarger, 1982: Primary Care Delivery. In: *Research in the Sociology of Health Care* 2, 285–303.
- Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), 1992: *Pflege braucht Eliten*. Gerlingen: Bleicher.
- Roemer, Milton I. /Ruth J. Roemer, 1981: *Healthcare Systems and Comparative Manpower Policies*. New York: Marcel Dekker.
- Roemer, Ruth J., 1980: Regulation of Health Personnel. In: Ruth Roemer/George McKray, *Legal Aspects of Health Policy: Issues and Trends*. Westport, CT: Greenwood Press, 97–128.
- Ronge, Volker/Dagmar Heine, 1986: ›Ausbildungsordnungsforschung‹ im BIBB. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 1986/3, 67–73.
- Rosenberg, Peter, 1975: *Möglichkeiten der Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland*. Göttingen: Otto Schwartz.
- Rosenthal, Frank, 1988: *Das Vertragsrecht der Krankenkassen*. St. Augustin: Asgard.
- Rosewitz, Bernd/Douglas Webber, 1990: *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rothgang, Heinz, 1994: Der Einfluß von Finanzierungssystemen auf Beschäftigungsvolumina und -strukturen im bundesdeutschen und englischen Krankenhauswesen. Dissertation. Köln: Universität Köln.
- Royal Commission on the National Health Service, 1979: *Report*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Rubin, Stephen, 1980: The Legal Web of Professional Regulation. In: Roger D. Blair/Stephen Rubin (Hrsg.), *Regulating the Professions*. Lexington, MA: Lexington Books, 29–60.
- Rueschemeyer, Dietrich, 1976: *Juristen in Deutschland und in den USA*. Stuttgart: Enke.
- Rupp, Hans Heinrich/Henning von Olshausen, 1971: Die verfassungsrechtliche Situation der nichtärztlichen Heilberufe. In: Armand Mergen (Hrsg.), *Die juristische Problematik in der Medizin*, Bd. 1. München: Goldmann, 13–30.

- Rye, Patricia, 1986: Report to President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States. In: *Proceedings of the Forum on Allied Health Data (FAHD): Changes in Trends in Allied Health Manpower*. Washington, DC: The American Society of Allied Health Professions, 82–87.
- Sadler, Alfred M./Blair L. Sadler/Ann A. Bliss, 1972: *The Physician's Assistant – Today and Tomorrow*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Safran, William, 1967: *Veto-Group Politics: The Case of Health Insurance Reform in West Germany*. San Francisco: Chandler.
- Sahner, Heinz, et al., 1989: *Zur Lage der freien Berufe*, Teil 1: *Empirischer Überblick; Soziologische, wirtschaftswissenschaftliche und rechtswissenschaftliche Betrachtung*. Lüneburg: Universität Lüneburg.
- Sahner, Heinz/Andreas Rönnau, 1991: *Freie Heilberufe und Gesundheitsberufe in Deutschland*. Lüneburg: Forschungsinstitut Freie Berufe – Universität Lüneburg.
- Sarfatti-Larson, Magali, 1977: *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Sartori, Giovanni, 1991: Comparing and Miscomparing. In: *Journal of Theoretical Politics* 3, 243–247.
- Schafft, Gretchen E. /James F. Cawley, 1987: *The Physician Assistant in a Changing Health Care Environment*. Rockville, MD: Aspen.
- Scheffler, Richard M., 1974: The Market for Paraprofessionals: The Physician Assistant. In: *Southern Economic Journal* 41, 47–60.
- Schimmelpfeng, Ruth, 1976: Nichtärztliche Heilberufe und kassenärztliche Versorgung. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 29, 2293–2296.
- Schipperges, Heinrich, et al., 1975: *Medizinische Dienste im Wandel – Analysen, Strukturen, Tendenzen der Berufe im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Witzstrock.
- Schneider, Günther, 1983: *Kassenarztrecht: Rechtsbeziehungen zwischen Kassenarzt, Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse*. Köln: Carl Heymanns.
- Schräder, Wilhelm F., et al., 1986: *Kommunale Gesundheitsplanung*. Basel: Birkhäuser.
- Schulenburg, Matthias Graf v., 1987: Verbände als Interessenwahrer von Berufsgruppen im Gesundheitswesen. In: Leonhard Männer/Günter Sieben (Hrsg.), *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher, 373–430.
- Schulte, Bernd/Peter Trenk-Hinterberger, 1979: »Psychotherapeut« – ein neuer Heilberuf? In: *Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung* 33, 321–329.
- Schönbach, Karl-Heinz, 1992: Kooperationsbedarf in der kassenärztlichen Versorgung aus Sicht der Krankenkassen. In: *Arbeit und Sozialpolitik* 46, 10–17.
- Scott, Richard/John C. Lammers, 1985: Trends in Occupations and Organizations in the Medical Care and Mental Health Sectors. In: *Medical Care Review* 42, 37–76.

- Seewald, Otfried, 1981: Die Beteiligung nichtärztlicher Heilberufe an der Krankenpflege nach der Reichsversicherungsordnung. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 34, 2493–2499.
- Siebeck, Theo, 1989: *Vierzig Jahre Bundesrepublik Deutschland: Die Krankenversicherung wächst in neue Dimensionen*. St. Augustin: Sigma Verlag.
- Sigma/Schweizer Rück, 1993: *Gesundheitswesen in 8 Ländern: Ausgabenwachstum als Problem für Sozialversicherungssysteme und Privatversicherer*. Zürich: Schweizer Rückversicherungs-Gesellschaft.
- Sorkin, Alan L., 1977: *Health Manpower: An Economic Perspective*. Lexington, Mass.: Lexington Books.
- Spree, Reinhard, 1990: Historische Statistik des Gesundheitswesens. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Historische Statistik in der Bundesrepublik Deutschland*. Mainz: Metzler-Poeschel, 107–126.
- Stacey, Margaret et al. (Hrsg.), 1977: *Health and The Division of Labour*. London: Croom Helm/New York: Prodist.
- Stambler, Howard V., 1979: Health Manpower for the Nation: A Look Ahead at the Supply and the Requirements. In: *Public Health Reports* 94 (1), 3–10.
- Starck, Christian, 1972: Regelungskompetenzen im Bereich des Art. 12 Abs. 1 GG und ärztliches Berufsrecht – Bemerkungen zum Facharzt-Beschluß des BVerfG. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 25, 1489–1493.
- Starr, Paul, 1982: *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books.
- Stevens, Rosemary A., 1971: *American Medicine and the Public Interest*. New Haven, CT: Yale University Press.
- , 1966: *Medical Practice in Modern England*. New Haven, CT: Yale University Press.
- , 1989: *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*. New York: Basic Books.
- Stichweh, Rudolf, 1987: Professionen und Disziplinen: Formen der Differenzierung zweier Systeme beruflichen Handelns in modernen Gesellschaften. In: Klaus Harney/Dieter Jütting (Hrsg.), *Professionalisierung der Erwachsenenbildung – Fallstudien – Materialien*. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 210–275.
- Stier-Somlo, Fritz, 1915: *Kommentar zur Reichsversicherungsordnung*, Bd. 1. Berlin: Franz Dahlen.
- Stinchcombe, Arthur L., 1968: *Constructing Social Theories*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Stocking, Barbara, 1979: Confusion or Control? Manpower in the Complementary Health Professions. In: Gordon McLachlan et al. (Hrsg.), *Patterns for Uncertainty?* Oxford: Oxford University Press, 83–148.
- Stone, Deborah, 1980: *The Limits of Professional Power*. Chicago: University of Chicago Press.

- Stooß, Friedemann, 1977: Die Systematik der Berufe und der beruflichen Tätigkeiten. In: Karl Heinz Seiffert (Hrsg.), *Handbuch der Berufspsychologie*. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe, 69–97.
- Stooß, Friedemann/Herman Saterdag, 1979: Systematik der Berufe und der beruflichen Tätigkeiten. In: Franz Urban Pappi (Hrsg.), *Sozialstrukturanalysen mit Umfragedaten*. Königstein/Ts.: Athenäum, 41–57.
- Tallis, P. A., 1983: Planning in the National Health Service. In: David Allen/James A. Hughes (Hrsg.), *Management for Health Service Administrators*. London: Pitman, 265–283.
- Tennstedt, Florian, 1975: Franz Caspar und die Reichsversicherungsordnung. In: *Die Sozialgerichtsbarkeit* 22, 522–530.
- , 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blomke et al. (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3. Stuttgart: Enke, 385–492.
- Thome, Helmut, 1992: Beschreibende Zeitreihenanalyse: Komponentenerlegung mit Hilfe gleitender Mittelwerte. In: *Historische Sozialforschung* 17, 63–95.
- Thompson, Frank J., 1981: *Health Policy and the Bureaucracy: Politics and Implementation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Torrens, Paul R. /Charles E. Lewis, 1980: Health Care Personnel. In: Stephen J. Williams/Paul R. Torrens (Hrsg.), *Introduction to Health Services*. Chichester: John Wiley, 256–286.
- Torstendahl, Rolf, 1990: Essential Properties, Strategic Aims and Historical Development: Three Approaches to Theories of Professionalism. In: Micheal Burrage/Rolf Torstendahl (Hrsg.), *Professions in Theory and History*. London: Sage, 45–61.
- Trüb, C. L. Paul, 1964a: Sonstige technische Berufe des Gesundheitswesens. In: H. Lehmkuhl/F. Pürckhauer (Hrsg.), *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Bd. 2: *Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Stuttgart: Thieme, 183–194.
- , 1964b: Krankenpflegeberufe. In: H. Lehmkuhl/F. Pürckhauer (Hrsg.), *Das öffentliche Gesundheitswesen*, Bd. 2: *Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Stuttgart: Thieme, 147–170.
- Turner, Bryan S., 1985: Knowledge, Skill and Occupational Strategy: The Professionalization of Paramedical Groups. In: *Community Health Studies* 9, 38–47.
- U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1976/77: *Health Resources Statistics – Health Manpower and Health Facilities*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- , 1979: *Health Resources Statistics – Health Manpower and Health Facilities*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Departments of Labor and Health, Education and Welfare, 1979: *Health Careers Guidebook*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. General Accounting Office, 1993: *Health Care Access: Innovative Programs Using Nonphysicians*. GAO/HRD-93–128. Washington DC: General Accounting Office.

- Urschbach, Roland, 1989: Die Gemeinschaftspraxis als Zusammenschluß von niedergelassenen Ärzten. Dissertation. Mainz: Universität Mainz.
- Volrad Deneke, J.F., 1990: *Kammern der Pharmazeutischen Industrie: Selbstverwaltung der Arzneimittel herstellenden Unternehmen durch Körperschaften des öffentlichen Rechts: Möglichkeiten, Nutzen, Nachteile*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Wagner, Jürgen, 1991: Kostenerstattung und Leistungsgewährung für psychotherapeutische Behandlung: Ein Vergleich zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Diplomarbeit. Köln: Fachhochschule Köln.
- Wallack, Stanley S., 1981: Federal Health-Professional Training Programs: The History and Impact. In: Stuart H. Altman/Harvey M. Sapolsky (Hrsg.), *Federal Health Programs*. Lexington, MA: Lexington Books, 3–24.
- Webster, Charles, 1988: *The Health Services Since the War*, Vol. 1: *Problems of Health Care: The National Health Service Before 1957*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Weidner, Viktor, 1977: *Psychologische Behandlung und Krankenkassen*. St. Augustin: Asgard-Verlag Hippe.
- Weiss, Jeffrey H., 1968: A Job Classification Scheme for Health Manpower. In: *Health Services Research* 3, 48–64.
- White, Rosemary, 1985: Political Regulators in British Nursing. In: Rosemary White (Hrsg.), *Political Issues in Nursing: Past, Present and Future*. Chichester: John Wiley, 19–43.
- Wilensky, Harald, 1964: The Professionalization of Everyone. In: *American Journal of Sociology* 70, 137–158.
- Wiley, Mary Glenn/Mayer N. Zald, 1968: The Growth and Transformation of Educational Accrediting Agencies: An Exploratory Study in Social Control of Institutions. In: *Sociology of Education* 41, 36–56.
- Williams, Margret Ruth/David S. Lindberg, 1975: *An Introduction to the Profession of Medical Technology*. 2. Aufl. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Wirt, Frederick, 1981: Professionalism and Political Conflict: A Developmental Model. In: *Journal of Public Policy* 1, 61–93.
- Wissenschaftsrat, 1970: *Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970*. Bonn: Wissenschaftsrat.
- , 1973: *Dreijährige Studiengänge im Gesundheitswesen: Vorschläge für Modellversuche*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Wuttke-Groneberg, Walter, 1982: Heilpraktiker im Nationalsozialismus. In: Manfred Brinkmann/Michael Franz (Hrsg.), *Nachtschatten im weißen Land: Betrachtungen zu alten und neuen Heilsystemen*. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, 127–147.
- Yankauer, Alfred/Judith Sullivan, 1982: The New Health Professionals: Three Examples. In: *Annual Review of Public Health* 3, 249–276.

- Zeller, Elsbeth/Ulrich Beck, 1980: Berufskonstruktionen als Medien der Vermittlung von Bildung und Beschäftigung: Untersucht am Beispiel der Entstehung und Schneidung der medizinisch-technischen Dienstleistungsberufe. In: Ulrich Beck (Hrsg.), *Bildungsexpansion und betriebliche Beschäftigungspolitik*. Frankfurt a.M.: Campus, 81–97.
- Zimmermann, Walter, 1964: Hebammen. In: H. Lehmkuhl/F. Pürckhauer (Hrsg.), *Das öffentliche Gesundheitswesen*. Bd. 2: *Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens*. Stuttgart: Thieme, 111–125.
- Zipperer, Manfred, 1991: Änderungen und weitere Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: *Die Sozialgerichtsbarkeit* 38, 333–340.
- Zuckerman Report, 1976: The D.H.S.S. Consultive Paper, 1976. In: *Radiography* 42, 51–59.
- Zussman, Robert, 1990: Medicine, the Medical Profession, and the Welfare State. In: Maureen T. Hallinan et al. (Hrsg.), *Change in Societal Institutions*. New York: Plenum Press, 195–210.

Statistische Quellen

USA

- USA/1 *Building America's Health, 1951: A Report to the President by the President's Commission on the Health Needs of the Nation.* Washington, DC: United States Government Printing Office.
- USA/2 Bureau of Labor Statistics, Occupational Employment Statistics Survey. Angaben nach: George T. Silvestri /John M. Lucasiewicz, 1987: A Look at Occupational Employment Trends to the Year 2000. In: *Monthly Labor Review* 110 (2), 47.
- USA/3 Gupta, Gloria C./Hannah L. Hendrik (Hrsg.), 1990: *Allied Health Education Directory 1990.* Chicago: American Medical Association.
- USA/4 Pennell, Maryland Y./David B. Hoover, 1970, *Health Manpower Source Book 21 – Allied Health Manpower Supply and Requirements: 1950–80.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- USA/5 Seventh Report to the President and Congress, 1990: *On the Status of Health Personnel in the United States, 1990.* DHHS Publication No. HRS-P-OD-90-3. [Washington, DC]: Department of Health and Human Services.
- USA/6 Somers, Herman Miles/Anne Ramsey Somers, 1961: *Doctors, Patients and Health Insurance.* Washington, DC: Brookings Institutions, S. 42.
- USA/7 U.S. Department of Commerce (Hrsg.), 1960, 1964, 1980, 1982/83, 1987, 1991: *Statistical Abstract of the United States.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- USA/8 U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1965–1976/77, 1979: *Health Resources Statistics – Health Manpower and Health Facilities.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- USA/9 U.S. Department of Health and Human Services, 1990: *Selected Health Personnel Data 1970–1990.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- USA/10 U.S. Department of Health and Human Services et al., 1990: *Trends in Hospital Personnel 1978–1988: From the American Hospital Association Annual Surveys*. DHHS Publication No. HRS-P-OD-90-4. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- USA/11 U.S. Department of Labor – Bureau of Labor Statistics, 1984–1986: *Employment and Earnings 1984, 1985, 1986*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Großbritannien

- GB/1 British Government Statistical Service (Hrsg.), 1977: *Annual Abstracts of Statistics 1977*. London: Central Statistical Office, S. 6.
- GB/2 Central Statistical Office/British Government Statistical Service (Hrsg.), 1959/60, 1965, 1971, 1975, 1976, 1986, 1992: *Annual Abstracts of Statistics*. London: Central Statistical Office.
- GB/3 Department of Health (Hrsg.), 1991: *Statistics For General Medical Practitioners in England and Wales: 1979–1989*. Statistical Bulletin, Heft 4, S. 17.
- GB/4 Department of Health and Social Security (Hrsg.), 1969, *Digest of Health Statistics for England and Wales 1969*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- GB/5 Department of Health and Social Security (Hrsg.), 1988: *Statistics For General Medical Practitioners in England and Wales: 1976–1986*. Statistical Bulletin, Heft vom 4. November 1988, S. 15.
- GB/6 Department of Health and Social Security (Hrsg.), 1972–1991: *Health and Personal Social Services Statistics*. London: Governmental Statistical Service.
- GB/7 Royal Commission on National Health Service, 1979: *Report*. Chairman: Sir Alec Merrison. London: Her Majesty's Stationery Office.

Bundesrepublik Deutschland

- BRD/1 Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), 1990: *Grunddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1990*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- BRD/2 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1979–1978, 1983: *Ausgewählte Zahlen des Gesundheitswesens, Fachserie 12, Reihe 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/3 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1960–1973: *Bevölkerung und Kultur, Fachserie A, Reihe 7: Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- BRD/4 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1952–1959: *Gesundheitswesen. Statistische Ergebnisse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/5 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1981–1989: *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6: Krankenhäuser*. Stuttgart: Metzler/Poeschel.
- BRD/6 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1987: *Berufe des Gesundheitswesens. Fachserie 12, Reihe 5*. Stuttgart: Kohlhammer. (Für Zahlen vor 1952.)
- BRD/7 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1983–1990: *Berufe im Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 5*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/8 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1974: *Lange Reihen zur Wirtschaftsentwicklung 1974*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/9 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1990: *Lange Reihen zur Wirtschaftsentwicklung 1990*. Stuttgart: Metzler/Poeschel.
- BRD/10 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1993: *Statistisches Jahrbuch 1992 für die Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: Metzler/Poeschel.
- BRD/11 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1956: *Statistik der Bundesrepublik Deutschland. Die Kostenstruktur in der gewerblichen Wirtschaft. Ergebnisse der Kostenstrukturerhebung 1950, Ärzte und Zahnärzte. Heft 7*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/12 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1959–1975: *Unternehmen und Arbeitsstätten, Fachserie C, Die Kostenstruktur in der Wirtschaft, Reihe 1, IV: Freie Berufe*. Stuttgart: Kohlhammer.
- BRD/13 Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 1975, 1979, 1987: *Unternehmen und Arbeitsstätten, Fachserie 2, Kostenstruktur bei Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Reihe 1.6.1*. Stuttgart: Metzler/Poeschel.

Renate Mayntz, Bernd Rosewitz, Uwe Schimank, Rudolf Stichweh
Differenzierung und Verselbständigung
Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme
1988 329 Seiten

Renate Mayntz, Thomas P. Hughes (Editors)
The Development of Large Technical Systems
1988 299 Seiten (copublished with Westview Press)

Clemens Schumacher-Wolf
Informationstechnik, Innovation und Verwaltung
Soziale Bedingungen der Einführung moderner Informationstechniken
1988 339 Seiten

Volker Schneider
Technikentwicklung zwischen Politik und Markt
Der Fall Bildschirmtext
1989 293 Seiten

Bernd Rosewitz, Douglas Webber
**Reformversuche und Reformblockaden im
deutschen Gesundheitswesen**
1990 349 Seiten

Raymund Werle
Telekommunikation in der Bundesrepublik
Expansion, Differenzierung, Transformation
1990 409 Seiten

Hans-Willy Hohn, Uwe Schimank
Konflikte und Gleichgewichte im Forschungssystem
Akteurkonstellationen und Entwicklungspfade in der
staatlich finanzierten außeruniversitären Forschung
1990 444 Seiten

Bernd Marin, Renate Mayntz (Editors)
Policy Networks
Empirical Evidence and Theoretical Considerations
1991 331 Seiten (copublished with Westview Press)

Jens Alber, Brigitte Bernardi-Schenkluhn
Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich
Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien
1992 700 Seiten

Arthur Benz, Fritz W. Scharpf, Reinhard Zintl

Horizontale Politikverflechtung

Zur Theorie von Verhandlungssystemen

1992 205 Seiten

Fritz W. Scharpf (Editor)

Games in Hierarchies and Networks

Analytical and Empirical Approaches to the Study of Governance Institutions

1993 448 Seiten (copublished with Westview Press)

Andreas Stucke

Institutionalisierung der Forschungspolitik

Entstehung, Entwicklung und Steuerungsprobleme des

Bundesforschungsministeriums

1993 297 Seiten

Susanne Lütz

Steuerung industrieller Forschungskoooperation

Funktionsweise und Erfolgsbedingungen des staatlichen

Förderinstrumentes Verbundforschung

1993 251 Seiten

Uwe Schimank, Andreas Stucke (Editors)

Coping with Trouble

How Science Reacts to Political Disturbances of Research Conditions

1994 401 Seiten (copublished with St. Martin's Press)

Edgar Grande, Jürgen Häusler

Industrieforschung und Forschungspolitik

Staatliche Steuerungspotentiale in der Informationstechnik

1994 566 Seiten

Philip Manow

Gesundheitspolitik im Einigungsprozeß

1994 195 Seiten

Renate Mayntz (unter Mitarbeit von Hans-Georg Wolf)

Deutsche Forschung im Einigungsprozeß

Die Transformation der Akademie der Wissenschaften der DDR 1989 bis 1992

1994 301 Seiten

Katrin Behaghel

Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung

Ein Verbandssystem unter Streß

1994 326 Seiten

Renate Mayntz (Hrsg.)

Aufbruch und Reform von oben

Ostdeutsche Universitäten im Transformationsprozeß

1994 312 Seiten

Frank Thomas

Telefonieren in Deutschland

Organisatorische, technische und räumliche Entwicklung
eines großtechnischen Systems

1995 415 Seiten

Uwe Schimank

Hochschulforschung im Schatten der Lehre

1995 357 Seiten

Philipp Genschel

Standards in der Informationstechnik

Institutioneller Wandel in der internationalen Standardisierung

1995 237 Seiten

Renate Mayntz, Fritz W. Scharpf (Hrsg.)

Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung

1995 368 Seiten

Helmut Voelzkow

Private Regierungen in der Techniksteuerung

Eine sozialwissenschaftliche Analyse der technischen Normung

1996 380 Seiten

Jochen Gläser, Werner Meske

Anwendungsorientierung von Grundlagenforschung?

Erfahrungen der Akademie der Wissenschaften der DDR

1996 424 Seiten

Gerhard Krauss

Forschung im unitarischen Staat

Abhängigkeit und Autonomie der staatlich finanzierten Forschung in Frankreich

1996 239 Seiten

Hans-Georg Wolf

Organisationsschicksale im deutschen Vereinigungsprozeß

Die Entwicklungswege der Institute der Akademie der Wissenschaften der DDR
1996 375 Seiten

Dietmar Braun

Die politische Steuerung der Wissenschaft

Ein Beitrag zum »kooperativen Staat«
1997 450 Seiten

Renate Mayntz

Soziale Dynamik und politische Steuerung

Theoretische und methodologische Überlegungen
1997 342 Seiten

Marian Döhler

Die Regulierung von Professionsgrenzen

Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen
im internationalen Vergleich
1997 248 Seiten

Jürgen Wasem

Vom staatlichen zum kassenärztlichen System

Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der
ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland
1997 333 Seiten