

Abteilung Medizinische Soziologie und Abteilung Klinische Arbeitsmedizin, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, an der Goethe-Universität Frankfurt

Der Arztberuf als Profession – Deprofessionalisierung

Maren Siepmann¹ und David A. Groneberg²

Maren Siepmann, D. A. Groneberg: *Der Arztberuf als Profession – Deprofessionalisierung*. *Zbl Arbeitsmed* 62 (2012) 288–292

Schlüsselwörter: Profession – Arztberuf

Zusammenfassung

Professionsangehörige können sich ihres Status nicht auf Dauer sicher sein. Dies hat weit reichende Auswirkungen für die Betroffenen und bedarf daher besonderer Berücksichtigung bei der Betreuung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Welche Aspekte bei dieser „Rückentwicklung“ einer Profession zum Beruf eine Rolle spielen, wird wiederum anhand von unterschiedlichen Theorien diskutiert. Es sind insbesondere drei Theorien dabei zu unterscheiden: Deprofessionalisierung, Proletarisierung/Korporatisierung und Rationalisierung.

In diesem Beitrag wird die Theorie der Deprofessionalisierung vorgestellt, die vor allem die Auswirkungen gesamtgesellschaftlicher Entwicklungen auf die Arzt-Patient-Beziehung thematisiert.

Medical occupation as a profession – Deprofessionalization

Maren Siepmann, D. A. Groneberg: *Medical occupation as a profession – Deprofessionalization*. *Zbl Arbeitsmed* 62 (2012) 288–292

Key words: profession, medical occupation

Summary

Members of a profession cannot be certain to have their status forever. For those affected it has wide implications and thus requires special consideration for professionals who care for employees. There are even different theories, which discuss several aspects concerning this regress. In this regard especially three theories have to be mentioned: deprofessionalization, proletarianization/corporatization and rationalization.

In the following article the theory of deprofessionalization will be presented. This theory broaches the issue of the impact of societal developments onto the doctor-patient relationship.

1. Einleitung

Hat ein Beruf den Status einer Profession einmal erlangt, bedeutet dies nicht, dass er diesen für alle Zeiten innehat. Nachdem in den drei vorangehenden Artikeln dieser Reihe (vgl. Siepmann & Groneberg 2011, 2012a + b) verschiedene Professionstheorien vorgestellt wurden, folgen nun Darstellungen über die rückläufige Entwicklung einer Profession hin zum „normalen“ Beruf. Die genaue Kenntnis dieser Theorie ist von Bedeutung für die praktische Betreuung

von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. In der soziologischen Theorie gibt es vor allem drei unterschiedliche Konzepte, die diesen Statusverlust von Professionen beschreiben:

- (1) die Theorie der Deprofessionalisierung,
- (2) die Theorie der Proletarisierung/Korporatisierung und
- (3) die ökonomische Rationalisierung.

Im folgenden Artikel wird die Deprofessionalisierungs-These vorgestellt.

2. Theoretischer Ursprung

Der Begriff der Deprofessionalisierung bezieht sich insbesondere auf Veränderungen innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung (vgl. z.B. Jones 2003). Erstmals wurde diese Theorie von der Soziologin Marie Haug (1973, 1975, 1977, 1988; Haug & Lavin 1978, 1981, 1983) beschrieben als Folge eines höheren Bildungsniveaus der Gesellschaft und der damit einhergehenden Bedrohung der auf Wissensasymmetrie und Vertrauen

Die Autoren:

Maren Siepmann ■ Abteilung Medizinische Soziologie ■ Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin ■ Goethe-Universität Frankfurt

David A. Groneberg ■ Abteilung Klinische Arbeitsmedizin ■ Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin ■ Goethe-Universität Frankfurt

Korrespondenz an:

Maren Siepmann ■ Abteilung Medizinische Soziologie ■ Goethe-Universität Frankfurt ■ Theodor-Stern Kai 7 (Haus 15C, R. 425) ■ 60590 Frankfurt a. M.

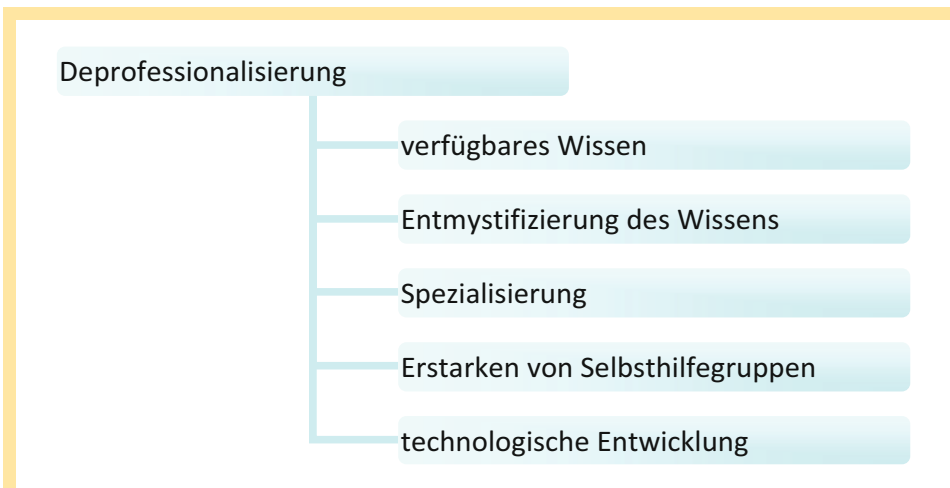


Abb. 1: Gründe der Deprofessionalisierung nach Haug

aufbauenden professionellen Interaktion. Als wesentlich größere Gefahr für eine Deprofessionalisierung prognostizierte Haug bereits in den 1970er Jahren eine zunehmende Konkurrenz der Professionen durch neue Technologien, insbesondere die Entwicklung von computerbasierten Anwendungen.

Haug nennt insgesamt fünf Gründe, die für eine Deprofessionalisierung sprechen (siehe Abb. 1): die ersten beiden beziehen sich jeweils auf die Wissenskomponente der Professionen. Dabei meint sie zum einen die Bereitstellung von professionellem Wissen mittels neuer Kommunikationstechnologien und zum anderen der Entmystifizierung des professionellen Wissens durch eine allgemeine Anhebung des Bildungsniveaus innerhalb der Gesellschaft. Als drittes Argument nennt sie die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Medizin. Diese führe zu einer immer größer werdenden Abhängigkeit unter den Medizinern selbst aufgrund der unterschiedlichen Fachrichtungen aber auch von nichtmedizinischen Experten, insbesondere von technisch versierten Berufen. Im erstgenannten Fall führt die Abhängigkeit zu einer Zersplitterung der Autonomie jedes einzelnen Mediziners insofern als er oder sie auf KollegInnen anderer Fachrichtungen angewiesen ist. Die Abhängigkeit von nichtmedizinischen Experten führt hingegen zu einer Zerstreung der Autonomie der Ärzteschaft als Ganzes betrachtet. Daher wird sowohl die individuelle

als auch die professionelle Dominanz reduziert (vgl. Wolinsky 1993).

Das Erstarren von Selbsthilfegruppen stellt für Haug den vierten Grund einer Deprofessionalisierung dar. Diese stellen häufig eine Alternative zum medizinischen Wissen dar, das auf Erfahrungen beruht und das Vertrauen gegenüber Laien stärkt. Für die Deprofessionalisierung spricht als letztgenannter Grund auch, dass das altruistische Ideal der MedizinerInnen den steigenden Kosten im Gesundheitswesen nicht standhalten kann.

Den wichtigsten Faktor sieht Haug allerdings in der Entwicklung der Computertechnologie. Anhand dieser Entwicklung vermutet Haug, dass die Exklusivität des Professionswissen verloren geht und damit einhergehend auch die professionelle Autonomie. In diesem Zusammenhang spricht sie von der Demystifizierung des professionellen Wissens (vgl. Haug 1973). Aufgrund des steigenden Bildungsniveaus der Gesellschaft allgemein, ist sie nun auch in der Lage vermehrt für ihre Belange einzutreten, was sich im Bereich der Medizin beispielsweise durch zunehmende Patientenbewegungen und der Forderung nach Patientenrechten ausdrückt. Das bessere Verständnis aufseiten der PatientInnen und die gleichzeitige Verfügbarkeit von medizinischem Wissen, das nun nicht mehr nur durch ÄrztInnen erfolgt, führt zu mehr Möglichkeiten der Selbstbehandlung. Dass das die Menschen interessiert, lässt sich unter anderem an der Masse von medizinischen Praxisbü-

chern veranschaulichen, die den Markt überschwemmen. Dem entgegen steht die häufig extrem niedrige Qualität des v.a. im Internet auf Dialogseiten dargebotenen Wissens, welches häufig Falschinformationen enthält. Mit diesem Wissen werden nicht nur KrankenhausärztInnen konfrontiert, sondern auch niedergelassene ÄrztInnen und BetriebsärztInnen.

Zusammengefasst bezeichnet Haug (1988) die Deprofessionalisierung auch als den Verlust an kultureller Legitimität.

3. Arzt-Patient-Beziehung im Wandel

Innerhalb der strukturtheoretischen Perspektive auf Professionen (siehe dazu Siepmann & Groneberg, 2012a) wird der Interaktionsbezug, d.h. die Arbeit an Personen, als wesentliche Besonderheit professioneller Arbeit beschrieben (vgl. Stichweh 2000). Dieser Aspekt ist Stichweh zufolge ein wesentlicher Grund für den Niedergang des modernen Professionalismus, da das Vertrauen der Klienten in die professionelle Leistung zunehmend schwindet. Das gleiche Phänomen beschreibt Meuser (2004) als Akzeptanzverlust des Expertentums. Der Klient nimmt zunehmend die Haltung eines Kunden ein und wird so zu einem kritischen Konsumenten. Auch Gerhards (2001) greift dieses Problem auf und spricht von einem „Aufstand des Publikums“. Gerhards zufolge wird durch die zunehmenden Mitspracherechte und Ansprüche der Klienten die Autorität der Professionellen nachhaltig untergraben. Neben dem Vertrauensverlust befinden sich ebenfalls die Weisungsbefugnis und Definitionsmacht von Professionellen in einer Krise. Die Ursachen beider Phänomene sind dabei auf allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen zurückzuführen. Zum einen hat die allgemeine Stärkung der Bürgerrechte in der gesellschaftlichen Entwicklung sich auch auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient ausgewirkt. Paternalismus entspricht nicht mehr den Bedürfnissen der Patienten nach Beteiligung und Selbstbestimmung (vgl. Böcken et al. 2004; Coulter und Magee 2003). Zum anderen wirkt sich die fortschreitende Pluralisierung auf die Professionen aus. Gesamtgesellschaftlich

konsensuelle Zentralwerte lassen sich in einer pluralisierten Gesellschaft nicht mehr so einfach aufrecht erhalten. Dadurch wird die ausschließliche Gültigkeit von professionell verwalteten Problemsichten und Lösungswegen fragwürdig.

Das Treffen medizinischer Entscheidungen wurde lange Zeit einzig der Kompetenz der Ärzteschaft zugerechnet aufgrund ihres Wissensvorsprungs gegenüber ihren PatientInnen. Die vorherrschende biomedizinische Perspektive auf Gesundheit und Krankheit erforderten dabei häufig nur in einem begrenzten Maß Informationen über subjektive Gefühle, Erwartungen oder Befürchtungen der PatientInnen. Sie verblieben daher oft in einer eher passiven Rolle. Doch durch die gesamtgesellschaftliche Entwicklung in Bezug auf Bildung und Partizipation haben sich ebenfalls auf die Erwartungen von PatientInnen gegenüber ihren ÄrztInnen ausgewirkt. Wie bereits angesprochen, sprechen viele Autoren davon, dass die traditionelle Rollenverteilung innerhalb der Arzt-Patient-Beziehung heute nicht mehr umfassend den Bedürfnissen der BürgerInnen nach Beteiligung und Berücksichtigung emotionaler Bedürfnisse, Menschlichkeit entspricht (vgl. Böcken et al. 2004; Coulter & Magee 2003; Klemperer 2006). In diesem Zusammenhang weist z.B. die Befürwortung eines „Ärzte-TÜV“ durch große Teile der Bevölkerung auf das Bedürfnis nach Transparenz sowie dem Vertrauensverlust in die Ärzteschaft hin.

Mit dem Modell des Shared Decision Making (SDM) wird den PatientInnen in der Arzt-Patient-Beziehung eine Beteiligung zuerkannt (siehe Abb. 2). Dieses Modell sieht vor, dass sowohl Arzt/Ärztin als auch PatientIn beteiligt sind und ein Informationsaustausch in beide Richtungen stattfindet. Ferner sind sich beide Parteien über verschiedene Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bewusst und bringen jeweils ihre Entscheidungskriterien gleichberechtigt in den Entscheidungsprozess mit ein. Rechtlich ist diese Vorgehensweise seit jeher Bestandteil der ärztlichen Praxis – eine Behandlung erfolgt nur nach Aufklärung über alle Optionen und mit Einwilligung der PatientInnen. Subjektiv wird dieses seitens vieler PatientInnen jedoch nicht wahrgenommen und akzeptiert, so dass häufig fälschlicherweise die Meinung vorherrscht, allein der behandelnde Arzt oder die Ärztin entscheide. In anderen Worten geht es bei diesem Modell darum, den PatientInnen die Wahrnehmung zu ermöglichen, dass es zu einer gemeinsamen Entscheidung kommt, indem vonseiten der Ärzteschaft den PatientInnen alle nötigen Informationen zur Verfügung gestellt worden sind und beide Seiten die möglichen Optionen abwägen unter Bezugnahme der Erwartungen und Sorgen auf Patientenseite. Die Entscheidung für eine der Optionen wird schlussendlich seitens der PatientInnen gefällt und somit die ärztliche Handlung rechtlich legitimiert (vgl.

Elwyn et al. 2003). Dieses Modell, welches explizit die patientenseitige Wahrnehmung der aktiven Partizipation stärkt, verlangt vonseiten der Ärzteschaft hohe kommunikative Kompetenzen, die bislang häufig nicht systematisch vermittelt werden, jedoch erlernbar sind (vgl. Elwyn et al. 2004).

4. Die Entwicklung der Informations- und Wissensgesellschaft

Die Deprofessionalisierung kann auf einen Wandel gesellschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen zurückgeführt werden. Eine der bedeutendsten Entwicklungen mit Einfluss auf die medizinische Praxis ist unter anderem die Entwicklung einer Informations- und Wissensgesellschaft. Gegenwärtige Nutzungsmöglichkeiten des Internets, Innovationszyklen im PC-Bereich, komplexere Techniken, deren zunehmende Verfügbarkeit und verbesserte Zugangsmöglichkeiten prägen die Berufsbilder in unserer Gesellschaft. Die zunächst unterstützende Leistung kann dabei aber auch zu einer immer größeren Abhängigkeit von neuen Technologien für viele berufliche Tätigkeiten und Funktionen führen. Mit dem Übergang zur Informations- und Wissensgesellschaft geht somit auch eine Neubewertung von Wissen einher (Schenkel et al. 2000), wodurch Wissen zu einer ökonomischen Ressource wird (vgl. Rehäuser & Krcmar 1996; Dröge 2003).

In Bezug auf die Entwicklung zur Wissensgesellschaft beschreibt Dröge (2003) in Anlehnung an Krämer & Bittlingmayer (2001) verschiedene Transformationen im gesellschaftlichen Status- und Berufsgefüge, die durch drei Merkmale charakterisiert sind (siehe auch Abb. 3):

- (1) Heterogenisierung: einerseits ist für eine berufliche Karriere die akademisierte Bildung notwendig, andererseits führt dies zu einer Abwertung von Bildungsabschlüssen, wenn akademische Titel zur Massenware werden.
- (2) Temporalisierung: Wissen altert immer schneller, wodurch Weiterbildungsmaßnahmen eine immer größere Rolle für viele Berufe spielen.

Shared Decision-Making

- Arzt **und** Patient sind aktiv beteiligt
- Arzt informiert über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten
- Patient teilt seine Bedürfnisse, Ängste, Vorstellungen mit
- gemeinsame Entscheidungsfindung
- gemeinsame Verantwortung

Abb. 2: Kernelemente des Shared-Decision Making (Elwyn et al. 2003)

(3) Substituierung: Erfahrungs- und Berufswissen wird schrittweise durch technische Systeme ersetzt (vgl. Kraemer & Bittlingmayer 2001).

Als wesentliches Merkmal professioneller Tätigkeit gilt die situations- und klientenbezogene Anwendung von hochspezifischem Wissen (vgl. Siepmann & Groneberg, 2012a). Durch die Heterogenisierung und Temporalisierung des Wissens unterliegen Professionals nun einem zunehmenden Rechtfertigungsdruck für ihre Tätigkeit. Dieses wird für die Ärzteschaft insbesondere dann schwierig, wenn patientenseitig offensichtlich Fehlinformationen vorhanden sind, die aufgrund einer falsche Darstellung und Bewertung durch Internetplattformen zustande kommen.

Unbegrenzten Zugang zu Informationen durch das Internet stellen professionelle Berufe deswegen vor neue Herausforderungen. Zum Beispiel können PatientInnen durch die Eingabe ihrer Symptome auf speziell dafür konzipierten Internetseiten eine Diagnose online gestellt bekommen ohne sich eine direkte ärztliche Meinung einholen zu müssen¹. Im Sinne von Dröge (2003) kommt dies einer Substitution des ärztlichen Wissens gleich. Ungeachtet der Seriosität derartiger Serviceangebote, wird allein durch ihr Vorhandensein die alleinige Expertise des Arztes relativiert und häufig fälschlicherweise in Frage gestellt.

Aus gesundheitspolitischer Sicht sollen PatientInnen heute informiert sein und dieses auch zeigen (vgl. Dieterich 2006). Der Informationsgewinn sollte allerdings über seriöse Anbieter (z. B. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), seriöse Verbände oder Behörden) erfolgen. Ein anderes Beispiel für diese Entwicklung sind auch die im Jahre 2001 gesetzlich eingeführten Disease-Management-Programme (DMP), die bei PatientInnen die Selbsteinschätzung ihre Zustandes fördern und ein gesundheitsförderndes Verhalten anregen sollen (vgl. Brockmann & Borgers 2001). Dadurch verändert

¹ Vgl. z.B. www.netdoktor.de; <http://symptomat.de>, www.diagnosestellung.de, zuletzt geprüft am 08.05.12

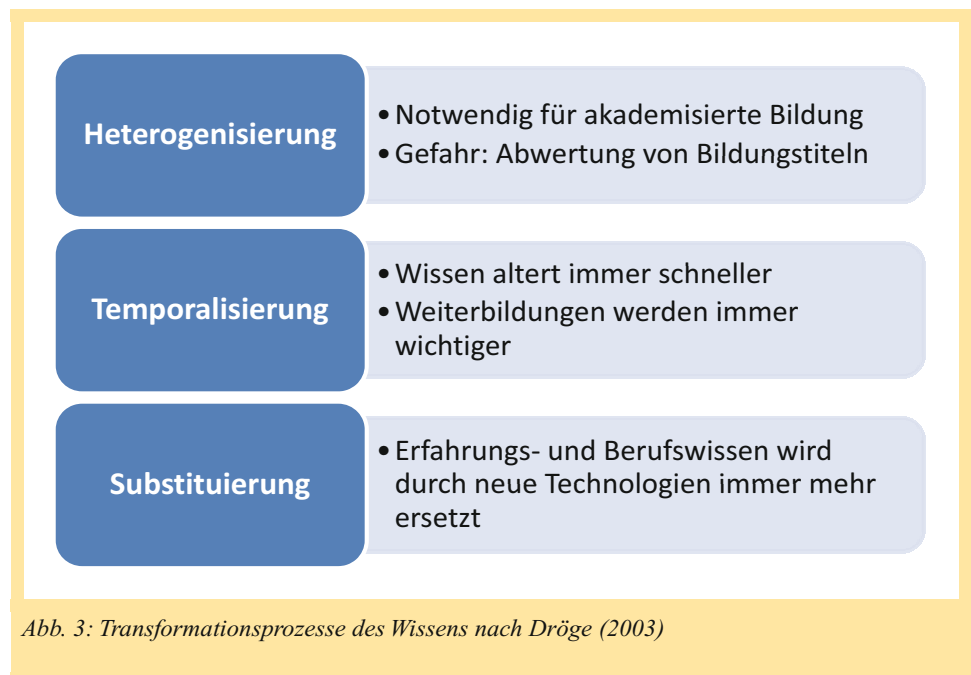


Abb. 3: Transformationsprozesse des Wissens nach Dröge (2003)

sich der Patient in seiner Selbstwahrnehmung vom behandelten Objekt zu einem verantwortlich mitarbeitenden Subjekt, obwohl bereits jetzt nur durch sein Bekunden ärztlich gehandelt werden darf.

5. Fazit

Die These der Deprofessionalisierung bezieht sich auf den Verlust der medizinischen Profession an kultureller Legitimität (vgl. Haug 1988). Der professionelle Status der Medizin wird von der Öffentlichkeit immer mehr hinterfragt, indem die Merkmale einer Profession wie das Wissensmonopol, Autorität über Klienten und Autonomie über die Arbeit bei den Mitgliedern der vermeintlichen Profession nicht mehr ohne Weiteres zugestanden werden. Dies betrifft auch den Stand der Betriebsärzte.

Kritiker der Deprofessionalisierungsthese argumentieren, dass die Rolle der Verbraucherbewegung im Gesundheitswesen übertrieben dargestellt wird (vgl. Elston 1991). Zwar erhalten solche Themen wie Patientenermächtigung, Empowerment, Shared Decision Making etc. eine immer größere Aufmerksamkeit in der gesamtgesellschaftlichen Diskussion (vgl. dazu Jones 2003). Die klare rechtliche Situation mit dem in der Regel mündlich und durch schlüssiges Verhalten (konkulent) geschlossen Arzt-Patienten-Vertrag, der notwendigen Einwilligung seitens der PatientInnen be-

züglich jeglicher ärztlicher Handlung (Sonderfall: Notfallsituation bei komatösen PatientInnen) relativiert diesen Bereich jedoch bezüglich rechtlicher Fragestellungen.

Literaturverzeichnis

- Berger, Peter A.; Konietzka, Dirk (Hg.) (2001): Die Erwerbsgesellschaft. Neue Ungleichheiten und Unsicherheiten. Opladen: Leske + Budrich (Sozialstrukturanalyse, 16).
- Böcken, Jan; Braun, Bernard; Schnee, Melanie (Hg.) (2004): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Brockmann, Silke; Borgers, Dieter (2001): Die Handlungsrelevanz von Leitlinien in der hausärztlichen Versorgung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin, Jg. 35, S. 19–36.
- Coulter, Angela; Magee, Helen (Hg.) (2003): The European Patient of the Future. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Dieterich, Anja (2006): Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht. Herausgegeben von Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health. Berlin.
- Dröge, Kai (2003): Wissen – Ethos – Markt. Professionelles Handeln und das Leistungsprinzip. In: Mieg, Harald; Pfadenhauer, Michaela (Hg.): Professionelle Leistung – professional performance. Positionen der Professionssoziologie. Konstanz: UVK Verl.-Ges. (Wissen und Studium Sozialwissenschaften), S. 249–266.
- Elston, Mary Ann (1991): The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Care Service. In: Gabe, Jonathan; Calnan, Michael; Bury, Michael (Hg.): The Sociology of the Health Service. London: Routledge, S. 58–88.
- Elwyn, Glyn; Edwards, Adrian; Kinnersley, Paul (2003): Shared decision-making in der

medizinischen Grundversorgung. Die vernachlässigte zweite Hälfte der Beratung. In: Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (Hg.): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa Verl. (Juventa Materialien), S. 55–68.

Elwyn, Glyn; Hutchings, Hayley; Edwards, Adrian (2005): The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. In: *Health Expectations*, Jg. 8, H. 1, S. 34–42.

Gabe, Jonathan; Calnan, Michael; Bury, Michael (Hg.) (1991): *The Sociology of the Health Service*. London: Routledge.

Gerhards, Jürgen (2001): Der Aufstand des Publikums. Eine systemtheoretische Interpretation des Kulturwandels in Deutschland zwischen 1960 und 1998. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 31, H. 2, S. 19–33.

Hafferty, Fredric W.; McKinlay, John B. (Hg.) (1993): *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York: Oxford University Press.

Halmos, Paul (Hg.) (1973): *Professionalization and Social Change*. Social Review Monograph 20, Keele, England: University of Keele.

Haug, Marie R. (1973): Deprofessionalization: An Alternate Hypothesis for the Future. In: Halmos, Paul (Hg.): *Professionalization and Social Change*, S. 195–211.

Haug, Marie R. (1975): The Deprofessionalization of Everyone? In: *Sociological Focus*, Jg. 3, S. 197–213.

Haug, Marie R. (1977): Computer Technology and the Obsolescence of the Concept of Profession. In: Haug, Marie R.; Dofny, Jaques (Hg.): *Work and Technology*. Beverly Hills: Sage, S. 195–214.

Haug, Marie R. (1988): A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. In: *Milbank Quarterly*, Jg. 66, H. Suppl. 2, S. 48–56.

Haug, Marie R.; Dofny, Jaques (Hg.) (1977): *Work and Technology*. Beverly Hills: Sage.

Haug, Marie R.; Lavin, Bebe: Practitioner or Patient: Who's in Charge? In: *Journal of Health and Social Behavior*, Jg. 54, S. 212–229.

Haug, Marie R.; Lavin, Bebe (1978): Method of Payment for Medical Care and Public Attitudes toward Physician Authority. In: *Journal of Health and Social Behavior*, H. 19, S. 279–291.

Haug, Marie R.; Lavin, Bebe (1983): *Consumerism in Medicine: Challenging Physician Authority*. Beverly Hills: Sage.

Hitzler, Ronald; Hitzler-Honer-Maeder (Hg.) (1994): *Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit*. Opladen: Westdt. Verl.

Jones, Ian Reese (2003): *Health Professions*. In: Scambler, Graham (Hg.): *Sociology as applied to medicine*. 5th ed. Edinburgh: Saunders.

Klemperer, David (2006): Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel. In: Pundt, Johannes (Hg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven*. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit), S. 61–75.

Kraemer, Klaus; Bittlingmayer, Uwe H. (2001): Soziale Polarisierung durch Wissen. Zum Wandel der Arbeitsmarktchancen in der „Wissensgesellschaft“. In: Berger, Peter A.; Konietzka, Dirk (Hg.): *Die Erwerbsgesellschaft. Neue Ungleichheiten und Unsicherheiten*. Opladen: Leske + Budrich (Sozialstrukturanalyse, 16), S. 313–330.

Merten, Roland (Hg.) (2000): *Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich (Lehrtexte Erziehung).

Meuser, Michael (2004): Ärztliche Gemeinwohlrethorik und Akzeptanz. Zur Standespolitik der medizinischen Profession. In: Hitzler, Ronald (Hg.): *Elitenmacht*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. (Soziologie der Politik, 5), S. 193–204.

Mieg, Harald; Pfadenhauer, Michaela (Hg.) (2003): *Professionelle Leistung – professional performance. Positionen der Professionssoziologie*. Konstanz: UVK Verl.-Ges. (Wissen und Studium Sozialwissenschaften).

Pundt, Johannes (Hg.) (2006): *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen, Potenziale, Perspektiven*. 1. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Rehäuser, Jakob; Krcmar, Helmut (1996): *Wissensmanagement im Unternehmen*. In: Schreyögg, Georg; Conrad, Peter (Hg.): *Managementforschung 6: Wissensmanagement*. Berlin: De Gruyter (6), Bd. 6, S. 1–40.

Scheibler, Fülöp; Pfaff, Holger (Hg.) (2003): *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim: Juventa Verl. (Juventa Materialien).

Schenkel, Peter; Tergan, Sigmar-Olaf; Lottmann, Alfred (2000): *Qualitätsbeurteilung multimedialer Lern- und Informationssysteme. Evaluationsmethoden auf dem Prüfstand*. Nürnberg: BW Bildung und Wiss. Verl. und Software (Multimediales Lernen in der Berufsbildung).

Schreyögg, Georg; Conrad, Peter (Hg.) (1996): *Managementforschung 6: Wissensmanagement*. Berlin: De Gruyter.

Siepmann, Maren; Groneberg, David A. (2011): Der Arztberuf als Profession – das Merkmalskatalogverfahren. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, Heft 9, Band 61, S. 319–322.

Siepmann, Maren; Groneberg, David A. (2012a): Der Arztberuf als Profession – Die strukturtheoretische Perspektive. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, Heft 1, Band 62, S. 50–54.

Siepmann, Maren; Groneberg, David A. (2012b): Der Arztberuf als Profession – der machttheoretische Ansatz. In: *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, Heft 2, Band 62, S. 104–107.

Stichweh, Rudolf (2000): *Professionen im System der modernen Gesellschaft*. In: Merten, Roland (Hg.): *Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich (Lehrtexte Erziehung), S. 29–38.

Wolinsky, Fredric D. (1993): *The Professional Dominance, Deprofessionalization, Prolateralization, and Corporatization Perspectives: An Overview and Synthesis*. In: Hafferty, Fredric W.; McKinlay, John B. (Hg.): *The Changing Medical Profession. An International Perspective*. New York: Oxford University Press, S. 11–24.

Meldungen

News

Fakten: Charakterisierung von Nanomaterialien

REACH-CLP HELPDESK BEI DER BAUA INFORMIERT ÜBER REGISTRIERUNG

Im Mai 2013 endet die zweite große Registrierungsphase unter der REACH-Verordnung, dem Chemikalienrecht der Europäischen Union. In dieser zweiten Phase müssen Stoffe, die in Mengen ab 100 Jahrestonnen in Verkehr gebracht werden, bei der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) in Helsinki registriert werden. In der ersten Phase hat sich gezeigt, dass bei Unternehmen Un-

sicherheiten bestehen, wie sie Nanomaterialien registrieren. Da sich die Rechtslage voraussichtlich bis Mai 2013 nicht ändern wird, hat die Nationale Auskunftsstelle in der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) eine Kurzinformation zur Charakterisierung von Nanomaterialien erarbeitet. Die in Deutsch und Englisch vorliegende Kurzinfo soll Unternehmen beim Re-

gistrieren von Nanomaterialien unterstützen. Ein Schwerpunkt ist der besonderen Situation gewidmet, dass diese Materialien zurzeit nicht unter der REACH-Verordnung geregelt sind und somit auch keine spezifischen Anforderungen an die Registrierungs dossiers gestellt werden können.

■ www.reach-clp-helpdesk.de