

**Abteilung für Viszeral- und Transplantationschirurgie**

**Direktorin: Prof. Dr. Doris Henne-Bruns**

**Die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland-  
Ergebnisse einer empirischen Untersuchung**

Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Humanbiologie  
der Medizinischen Fakultät  
der Universität Ulm

Beate Susane Bestmann

Kaltenkirchen  
2005

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Michael Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Doris Henne-Bruns

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Richard Peter

Tag der Promotion: 17.11.2005

Meinen lieben Eltern

„Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft“  
Rudolf Virchow (1848)

## Abkürzungen

ÄAppO	-	Ärztliche Approbationsordnung
AHB	-	Anschlussheilbehandlung
AiP/ ÄiP	-	Arzt/ Ärztin im Praktikum
AOK	-	Allgemeine Ortskrankenkassen
AR-DRG	-	australische DRG (Diagnosis Related Groups)
BÄO	-	Bundesärzteordnung
BEME	-	best evidence medical education
BGB	-	Bürgerliches Gesetzbuch
BKK	-	Betriebskrankenkassen
BMGS	-	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
CME	-	continous medical education
DFG	-	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DIPOL	-	Dresdner integratives problemorientiertes Lernen
DIW	-	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKG	-	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	-	Diagnosis Related Group
EK	-	Ersatzkassen
EuGH	-	Europäischer Gerichtshof
EWR	-	Europäischer Wirtschaftsrat
GKV	-	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	-	Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz
GRG	-	Gesundheits-Reform-Gesetz
GSG	-	Gesundheits-Struktur-Gesetz
HEICUMED	-	Heidelberger Curriculum Medicinale
IZ	-	Informationszentrum Sozialwissenschaft
KHG	-	Krankenhausfinanzierungs-Gesetz
MAR	-	missing at random
NMAR	-	not missing at random
OECD	-	Organisation for Economic Cooperation and Development
Reha	-	Rehabilitation
RSA	-	Risikostruktur-Ausgleich
RSaV	-	Risikostruktur-Ausgleichs-Verordnung

SGB	-	Sozialgesetzbuch
SOEP	-	Sozioökonomisches Panel
TDM	-	total design method
WHO	-	Weltgesundheitsorganisation
ZUMA	-	Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen

## **Inhalt**

1. Aufbau der Arbeit.....	10
2. Einleitung .....	12
2.1 Das Deutsche Gesundheitssystem: Grundlagen und Entwicklungen .....	14
2.2 Das Gesundheitswesen als soziales System .....	17
2.3 Profession und Beruf des Arztes im deutschen Gesundheitswesen .....	20
3. Empirische Grundlagen .....	26
3.1 Arbeitszeit und Überstunden .....	30
3.2 Organisation und Leitung .....	32
3.3 Fort- und Weiterbildung .....	36
3.4 Wissenschaftliches Arbeiten.....	37
3.5 Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	38
3.6 Reformansätze im Gesundheitswesen .....	39
3.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede .....	41
4. Material und Methoden .....	43
4.1 Der Fragebogen .....	43
4.3 Datenerfassung und -aufbereitung.....	46
4.4 Statistische Methoden.....	47
4.4.1 Nicht-parametrische Verfahren: .....	47
4.4.2 Parametrische Verfahren .....	47
4.5 Repräsentativität der Stichprobe.....	50
4.6 Gewichtungen.....	56
4.7 Referenzwerte aus dem Sozioökonomischen Panel .....	58
5. Ergebnisse (Darstellung und Interpretation der empirischen Befragungsergebnisse).....	60
5.1 Beschreibung der Stichprobe.....	62
5.2 Arbeitszeit/ Überstunden .....	64
5.3 Organisation und Leitung .....	70
5.4 Fort- und Weiterbildung .....	72
5.5 Wissenschaftliches Arbeiten.....	80
5.6 Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	86
5.7 Reformansätze im Gesundheitswesen .....	93
5.8 Geschlechtsspezifische Unterschiede .....	98
5.10 Zusammenhang zwischen den Variablen .....	105

6. Diskussion .....	109
6.1 Methodik.....	109
6.2 Diskussion der empirischen Ergebnisse .....	112
6.2.1 Arbeitszeit und Überstunden .....	112
6.2.2 Organisation und Leitung .....	114
6.2.3 Fort- und Weiterbildung .....	115
6.2.4 Wissenschaftliches Arbeiten .....	117
6.2.5 Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	121
6.2.6 Reformansätze im Gesundheitswesen .....	122
6.2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede.....	124
7. Schlussfolgerungen.....	127
8. Zusammenfassung .....	128
9. Literatur .....	130
10. Anhang .....	140



## **Danksagung**

Diese Arbeit wurde nicht zuletzt ermöglicht durch die direkte oder indirekte Unterstützung der folgenden Personen, denen ich an dieser Stelle danken möchte:

An erster Stelle bedanke ich mich aufrichtig bei meiner Doktormutter Professor Dr. Doris Henne-Bruns für ihr Interesse an meiner Arbeit, die fachliche Betreuung und die pragmatische Unterstützung wann immer sie notwendig war.

Priv.-Doz. Dr. Richard Peter danke ich für die kurzfristige Übernahme des Zweitgutachtens.

Ich danke Priv.-Doz. Dr. Thomas Kuchler dafür, dass er mir Chef, akademischer Lehrer und väterlicher Freund war und ist.

Herrn Professor Dr. Hans-Carl Jongebloed danke ich für einige anregende Diskussionen, vor allem aber dafür, dass er mich ermutigt hat nicht aufzugeben.

Weiter möchte ich meinem Kollegen und Freund Dr. Volker Rohde für die enge Zusammenarbeit, den Ideenaustausch und die anregenden Diskussionen meinen ganz großen Dank aussprechen.

Priv.-Doz. Dr. Axel Wellmann gilt mein Dank für Anbahnung des Kontaktes zum Deutschen Ärzteblatt und die Zusammenarbeit bei der Planung der Studie.

Der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes gilt mein besonderer Dank dafür, dass sie die Studie überhaupt erst ermöglicht haben. Speziell danke ich dem ehemaligen Chefredakteur Herrn Norbert Jachertz und Herrn Josef Maus. Ferner danke ich Frau Gabriele Reinert aus der Abteilung Markt-Media-Service (MMS) des Deutsche Ärzteverlages für die logistische Abwicklung der Umfrage.

# 1. Aufbau der Arbeit

In Deutschland sind derzeit die wesentlichen Säulen des sozialen Systems in Prüfung. Dies gilt in besonderem Maße auch für das Gesundheitswesen. Dabei wird die Basis dieses Gesundheitssystems, nämlich die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte), in sehr unterschiedlichem Maße in die Veränderungsdiskussion einbezogen. Die aktuelle berufliche Situation von Medizinerinnen und Medizinern wird vielerorts und meist hochemotional diskutiert. Gleichzeitig fehlen in Deutschland valide empirische Daten zur Berufssituation eben dieser Leistungserbringer. Zwar liegen eine Reihe von empirischen Untersuchungen zur beruflichen Situation von Ärztinnen und Ärzten vor, diese fokussieren aber in der Regel einzelne thematische Aspekte (z.B. Arbeitszeit) und/oder untersuchen einzelne Subpopulationen (beispielsweise nur Niedergelassene oder nur die Ärzte im Bundesland Hessen). Ziel der vorliegenden medizinsoziologischen Studie ist es daher, eine möglichst repräsentative und umfassende Bestandsaufnahme vorzunehmen, um damit eine empirische Datenbasis für zukünftige Konzeptionen zur Gesundheitssystemgestaltung aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung zu stellen. Voraussetzung hierfür war die Entwicklung eines Instrumentariums, das ein breit gefächertes Themenspektrum mit hohem methodischem Standard verbindet. Gleichzeitig soll es das Ziel dieser Studie sein, durch ein hohes Maß an Repräsentativität eine möglichst realitätsnahe Bestandsaufnahme der beruflichen Situation von Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland zu gewährleisten.

Durch Kooperation mit dem Deutschen Ärzteblatt war es erstmalig möglich, eine repräsentative Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu ziehen. Mit dieser wirklich einmaligen Datenbasis wurde ein möglichst breites Themenspektrum der ärztlichen Berufstätigkeit beleuchtet. An dieser Stelle sollte betont werden, dass es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine klassische Arbeitszufriedenheitsstudie handelt, da es im Rahmen einer deutschlandweiten Umfrage schwierig ist, einheitlich die verschiedenen Kontextvariablen zu erheben, die sich intermittierend auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Vielmehr handelt es sich um eine explorative Feldstudie auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe.

Dabei wurden vor allem Fragen zu folgenden Themenkomplexen behandelt:

- Arbeitszeit und Überstunden,
- Fort- und Weiterbildung,
- allgemeine Lebenszufriedenheit,

- Zufriedenheit mit Organisation und Leitung,
- wissenschaftliches Arbeiten (Forschung und Lehre),
- Reformansätze im Gesundheitswesen.

Darüber hinaus wurden geschlechtsspezifische Unterschiede sowie die Bedingungen der Zufriedenheit anhand einer Regressionsanalyse untersucht.

Insgesamt lässt sich die vorliegende Arbeit in fünf thematische Blöcke/ Abschnitte unterteilen:

Im ersten Abschnitt wird Einleitung in die Thematik der Dissertation dargestellt. Hier findet sich eine kurze Einführung in die Grundlagen und Entwicklungen des deutschen Gesundheitssystems. Ein Subkapitel beschäftigt sich mit dem Gesundheitswesen als soziales System. Weiter umfasst der erste Abschnitt Aspekte der ärztlichen Berufstätigkeit und der Rolle des Arztes im Gesundheitswesen, Schwerpunkte bilden hierbei die berufliche Sozialisation, Professionalisierung sowie die Fach- und Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit. Im weiteren Verlauf dieses Abschnitts findet sich ein kurzer Abriss des aktuellen Stands der Forschung speziell in den Bereichen der ärztlichen Tätigkeit, die im Rahmen dieser Arbeit im empirischen Teil näher untersucht werden sollen. Dies sind Arbeitszeit und Überstunden, Fort- und Weiterbildung, allgemeine Lebenszufriedenheit, Organisation und Leitung, wissenschaftliches Arbeiten (Forschung und Lehre), Reformansätze im Gesundheitswesen sowie geschlechtsspezifische Unterschiede ein. Im zweiten Abschnitt wird die Methodik beschrieben. Dies umfasst neben der Beschreibung der verwendeten Fragebögen (Kliniker- und Niedergelassenen Version), der Datenerfassung und –aufbereitung sowie der statistischen Methoden auch Überlegungen zur Repräsentativität der Stichprobe und den Einsatz von Gewichtungsfaktoren. Darüber hinaus wird das Referenzkollektiv aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) vorgestellt. Im dritten Abschnitt werden nach einer Beschreibung der realisierten Stichprobe die empirischen Ergebnisse der Studie in den Bereichen Arbeitszeit und Überstunden, Fort- und Weiterbildung, allgemeine Lebenszufriedenheit, Organisation und Leitung, wissenschaftliches Arbeiten (Forschung und Lehre), Reformansätze im Gesundheitswesen sowie geschlechtsspezifische Unterschiede dargestellt und interpretiert. Den Abschluss dieses Abschnittes bildet eine Regressionsanalyse, in der die Bedingungen der Zufriedenheit untersucht werden. Die Diskussion der empirischen Befunde und eine abschließende Zusammenfassung finden sich im vierten Abschnitt. Das Literaturverzeichnis und der Anhang im fünften Abschnitt schließen die Arbeit ab.

## 2. Einleitung

Politik und Wirtschaft befinden sich gegenwärtig in einem grundlegenden Wandel, der auch das Gesundheitssystem betrifft. Anhaltende Beschäftigungsprobleme auf gesamtgesellschaftlicher Basis, Probleme durch den veränderten Altersaufbau der Gesellschaft (den so genannten demografischen Wandel) sowie die Finanzkrisen der öffentlichen Hand üben einen steigenden Rationalisierungs- und Einspardruck auf das gesamte Gesundheitswesen aus. Die vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) im Jahre 2003 angekündigte und durchgeführte „Nullrunde“ für Ärzte und Kliniken hat heftige Proteste von Seiten der Verbände und der Ärzteschaft ausgelöst. Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens klagen über Personalmangel und Überbelastung des vorhandenen Personals. Weiter verschärfend wirkt sich auf diese bereits angespannte Situation das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 09.09.2003 zur Anrechnung des Bereitschaftsdienstes in Krankenhäusern als reguläre Arbeitszeit aus. Aus den vorliegenden Daten zur Altersstruktur der Ärzteschaft und der Entwicklung der Ärztezahlen (Ärztetätigkeit der Bundesärztekammer) wird deutlich, dass das Thema „Ärztenschwemme“ der Vergangenheit angehört und in Zukunft vielmehr mit einem Nachwuchsmangel zu rechnen ist (Kopetsch 2002). Durch die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups) und die Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen, den so genannten DMPs (Disease-Management-Programme), kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Arbeitsbelastung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Auch die zunehmende Wettbewerbsorientierung im Gesundheitswesen zieht deutliche Veränderungen wie Outsourcing von Dienstleistungen, Privatisierung von Einrichtungen und Fusionen im Krankenhausbereich nach sich.

Diese Punkte stellen Herausforderungen dar, an die unser Gesundheitswesen bisher bestenfalls ansatzweise angepasst ist. „Wandel ist das Gebot der Stunde, dem sich auch das Gesundheitswesen stellen muss, einer der in der Vergangenheit am stärksten expandierenden Bereiche unserer Volkswirtschaft und Sozialpolitik“ (Badura 1996). Dieser Wandel betrifft nicht nur das Auftreten von chronisch verlaufenden Krankheiten und deren besondere Versorgungsbedürfnisse<sup>1</sup>, welcher die Patienten vor neue Herausforderungen bei der Bewältigung stellt, sondern er betrifft auch das Berufsbild und Rollenverständnis der Ärzte selbst. Aber nicht nur die Technik beeinflusst die Medizin, sondern auch eine Vielzahl von öko-

---

<sup>1</sup> Hierzu zählen vor allem Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter gehäuft auftreten und durch den Trend zur Alterung der Bevölkerung noch verstärkt werden (wie beispielsweise Krebserkrankungen).

nomischen, sozialen und kulturellen Einflüssen sowie politische und rechtliche Rahmenbedingungen. All diese Veränderungen bedeuten enorme Unsicherheiten und Belastungen für die Beschäftigten, sie haben direkten Einfluss auf das Ansehen und die Attraktivität der Berufe sowie auf die Zufriedenheit, was sich nicht zuletzt in den verhältnismäßig hohen Fluktuationsraten im Gesundheitswesen niederschlägt. Mit einem Anteil von 10,6% an der Gesamtheit der Erwerbstätigen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2002 (Statistisches Bundesamt 2004) ist das Gesundheitswesen eine bedeutende Dienstleistungsbranche und stellt einen wichtigen Sektor des Arbeitsmarktes dar.

Da Wandel in seiner Bedeutung insgesamt und –bezogen auf den spezifischen Gegenstand dieser Arbeit- insbesondere in seiner Bedeutung für den Arztberuf nur bewertet werden kann, wenn die bisherigen Grundlagen betrachtet werden, soll im Folgenden zunächst der theoretische Bezugsrahmen beschrieben werden. Hier werden grundlegende Konzepte und aktuelle Reformansätze des deutschen Gesundheitswesens dargestellt.

## **2.1 Das Deutsche Gesundheitssystem: Grundlagen und Entwicklungen**

In Bezug auf das öffentliche Gesundheitswesen werden verschiedene Begriffe weitgehend synonym verwendet. Daher soll an dieser Stelle zunächst einmal eine Begriffsbestimmung vorgenommen werden.

Unter dem Oberbegriff „Gesundheitswesen“ werden alle Einrichtungen und Personen zusammengefasst, die die Gesundheit der Bevölkerung fördern, erhalten und wiederherstellen sollen. Das „öffentliche Gesundheitswesen“ ist der Teilbereich des Gesundheitswesens, der von den unmittelbaren (Körperschaften, Anstalten oder Stiftungen des öffentlichen Rechts) Trägern der Staatsverwaltung wahrgenommen wird, oder durch Einrichtungen, die von ihnen eingerichtet und getragen werden. Der „öffentliche Gesundheitsdienst“ ist wiederum ein Teilbereich des öffentlichen Gesundheitswesens. Er nimmt öffentlich-rechtliche Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens wahr. Dies sind vor allem Untersuchungstätigkeiten, insbesondere auf Landesebene und in den Kommunen. Der öffentliche Gesundheitsdienst gilt als dritte Säule des Gesundheitswesens neben der ambulanten und der stationären Versorgung.

In den letzten Jahrzehnten erlebte das Gesundheitswesen in Deutschland eine Reihe von Neuerungen. Eine der größten Reformen war die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995. Während die Politik in den 90er Jahren verstärkt Maßnahmen zur Kostendämpfung (z.B. durch Budgetierung der Ausgaben) ergriffen hat, setzen die jüngeren Reformgesetze stärker auf einen Umbau der Versorgungsstrukturen hin zu integrierter Versorgung, Hausarztmodellen und Disease-Management-Programmen. Ergänzend sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung Transparenz in das Versorgungsgeschehen bringen. Von zentraler Bedeutung waren das Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG) von 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, die GKV-Gesundheitsreform aus dem Jahre 2000 sowie das GKV-Modernisierungsgesetz und das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG) vom 01.01.2004.

Mit dem Gesundheits-Reform-Gesetz (GRG), das am 01.01.1989 in Kraft trat, wurde die bis dato geltende Reichsversicherungsordnung abgelöst und die rechtlichen Rahmenbedingungen der GKV als SGB V in das Sozialgesetzbuch integriert. Das Gesetz konnte die angestrebte Beitragssatzstabilität allerdings nicht dauerhaft gewährleisten und die defizitäre Finanzentwicklung der GKV nicht strukturell auffangen: Ausgabensteigerungen im Jahr

1991 von 8,6 Prozent zwangen den Gesetzgeber kurzfristig zu weiteren Reformen, dem Gesundheitsstrukturgesetz. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 wurden zentrale strukturelle Erneuerungen der GKV wie z.B. die freie Kassenwahl der Versicherten, Wettbewerb unter den Krankenkassen und der Risikostrukturausgleich (RSA) vorgenommen. Angesichts weiter steigender Gesamtausgaben der Krankenkassen sollten die GKV-Neuordnungsgesetze von 1997 insbesondere durch stärkere Eigenbeteiligungen der Versicherten die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der GKV erhalten. Die Einführung des Wettbewerbs der Krankenkassen durch das freie Kassenwahlrecht der Versicherten brachte einen starken Innovationsschub für die GKV. Dagegen konnten die strukturellen Reformen die Beitragssätze nach dem Ende der Budgetierung 1995 nicht stabil halten. Bereits 1997 traten mit den GKV-Neuordnungsgesetzen weitere Reformen in Kraft. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 zielte auf die Beitragssatzstabilität und die Qualität der Versorgung, insbesondere durch eine Stärkung der Patientenrechte. Mit dem Fallpauschalengesetz wird die Vergütung im Krankenhaussektor von einer budgetorientierten Vergütung auf eine leistungsorientierte Vergütung mittels Diagnosis Related Groups umgestellt. Die Reform trat zum 1.1.2000 in Kraft. Sie konnte allerdings die Beitragssätze in der GKV nur kurzfristig konsolidieren, so dass bereits zum 1.1.2004 erneut eine Reform mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in Kraft trat. Das GKV-Modernisierungsgesetz, das seit dem 01.01.2004 in Kraft ist, soll über höhere Zuzahlungen, Praxisgebühren, die Ausgrenzung von Leistungen und Reformen im Bereich der Leistungsanbieter die GKV um zehn Milliarden Euro entlasten.

Mit dem „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen“ (GMG), deren Neuerungen seit dem 1. Januar 2004 gelten, steht dem Gesundheitswesen in Deutschland ein weiterer großer Reformprozess bevor. Diese Gesundheitsreform zielt auf die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und auf ein weiterhin bezahlbares Gesundheitssystem ab. Als Hauptziele sollen mit der Gesundheitsreform erreicht werden, dass die Beiträge gesenkt werden, die Ausgaben gebremst und der Wettbewerb um mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen gefördert wird. Die Modernisierungsmaßnahmen sind umfassend: Die Gesundheitsreform soll eingefahrene und nicht mehr zeitgemäße Strukturen verändern. Die Gesundheitsreform hat u.a. rechtliche und finanzielle Anreize geschaffen, die der patientenorientierten und sektorenübergreifenden integrierten Versorgung den Weg ebnen. Zugleich soll sie mehr Transparenz schaffen und einen Wettbewerb um Qualität in Gang bringen. Jeder, der sich diesem Wettbewerb stellt, soll davon profitie-

ren, allen voran die Patientinnen und Patienten: sie sollen stärker mitbestimmen können. Deshalb fordert die Gesundheitsreform nicht nur mehr Verantwortung von den Patientinnen und Patienten ein, sondern sie stärkt auch deutlich ihre Beteiligungsrechte und schafft mehr Möglichkeiten, Gesundheitsleistungen zu hinterfragen und zu vergleichen und die Kompetenz für die eigene Gesundheit zu verbessern.



## 2.2 Das Gesundheitswesen als soziales System

Der Forschungsgegenstand „Gesundheitswesen“ ist nicht einheitlich definiert. Eine der gängigsten Definitionen der Sozialmedizin lautet: „Gesamtheit des gesellschaftlichen Handelns als Antwort auf das Auftreten von Krankheit und Behinderung und zur Abwehr von gesundheitlichen Gefahren“ (Schwarz et al. 1995). Diese Definition ist breit und konsensorientiert, dafür aber wenig operationalisiert.

Theorieorientiert ist eine rein funktionale Betrachtungsweise des Gesundheitswesens denkbar. Unter solchen funktionalen Gesichtspunkten beschreiben Schwarz und Mitarbeiter (Schwarz et al. 1995) das Gesundheitssystem als Planung und Bereitstellung, Durchführung und Finanzierung von Einrichtungen, Maßnahmen und Programmen, die den folgenden Zielen dienen:

- der Verbesserung gesundheitlichen Wohlbefindens und der Minderung von Erkrankungsrisiken in der Bevölkerung (im Sinne subjektiver Gesundheits- und Krankheitsperzeption, damit verbundener Lebensweisen, Verhaltensmuster, Werte, subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorie),
- der ambulanten und stationären Erkennung und Therapie von Krankheiten durch professionelle Dienste,
- der Rehabilitation im Sinne der Wiederherstellung nachhaltig beeinträchtigter funktionaler, somatischer, kognitiver, emotionaler oder sozialer Fähigkeiten,
- der Pflege dauerhaft erkrankter beziehungsweise Behinderter, deren Fähigkeit zur selbstständigen Alltagsbewältigung beeinträchtigt bleibt.

Ein weiterer funktionaler Zugang ist die Betrachtung der wesentlichen Einflussfaktoren, Wirkungszusammenhänge und Rahmenbedingungen aus der Systemperspektive. Unter dem Begriff „System“ wird in der Soziologie allgemein eine Menge von untereinander in Beziehung stehenden Elementen verstanden, die als eine Einheit begriffen und von der Umwelt abgegrenzt werden können. Ein soziales System ist als ein System von Interaktionsprozessen (soziale Rollen und Rollenerwartungen) zwischen Akteuren zu verstehen. Die Struktur dieser Beziehungen macht die Struktur des sozialen Systems aus. Das soziale System ist ein Netzwerk solcher gegenseitigen Beziehungen. Jedes gesamtgesellschaftliche System differenziert sich in Teilsysteme, welche selbststeuernde Aufgaben in Hinblick auf bestimmte abgrenzbare Funktionen übernehmen (z.B. Wirtschaftssystem, Bildungssystem). In der Systembetrachtung des Gesundheitswesens werden die übergeordneten gesellschaftlichen Wirkfaktoren (demografische, ökonomische und politische Entwicklungen, sozialer

Wertewandel, wissenschaftlicher Fortschritt) dargestellt und die dadurch induzierten Staats- und Privattätigkeiten analysiert. Ein solches Modell ist in Abbildung 3 dargestellt:

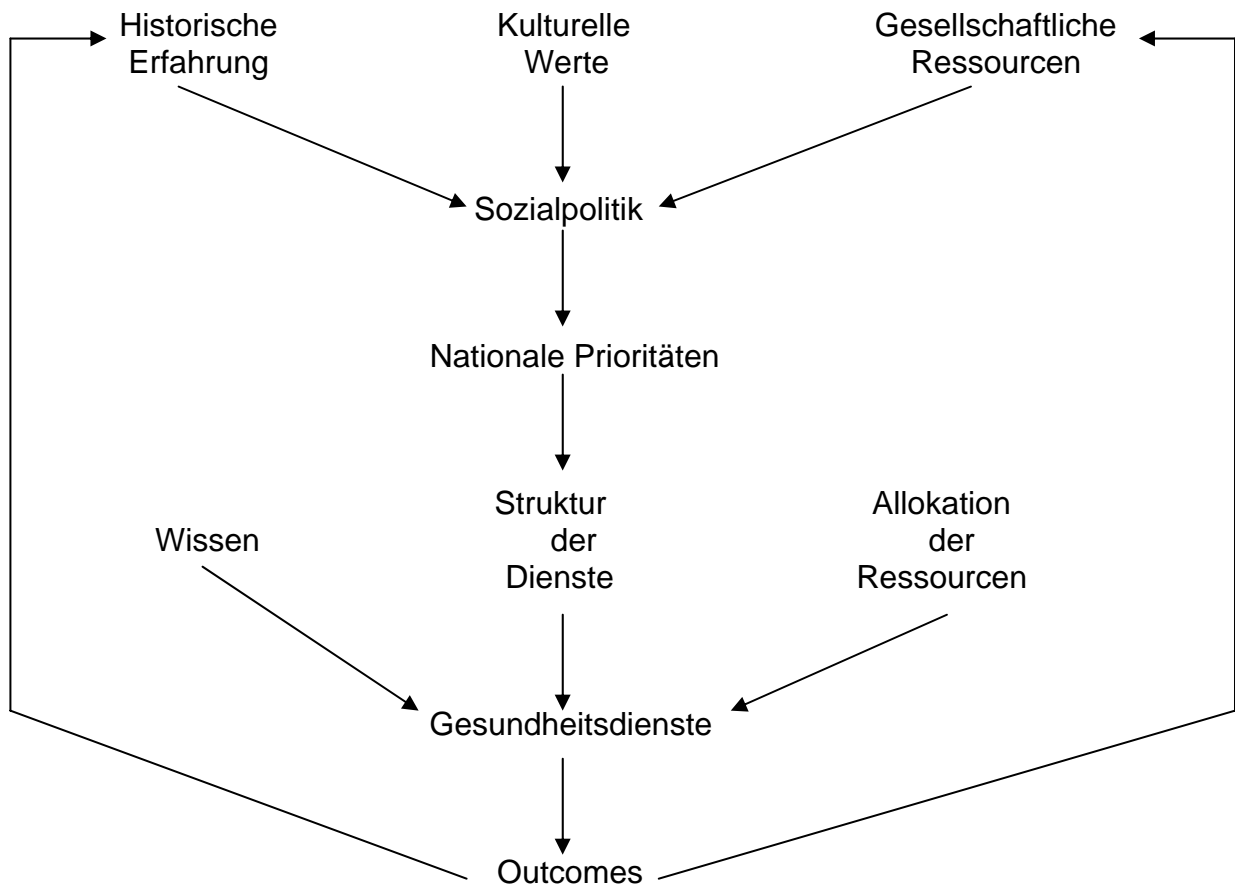


Abbildung 1: sozialwissenschaftliches Modell (Quelle: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 1995)

Bei der Beschäftigung mit dem deutschen Gesundheitssystem sind die institutionellen Gliederungen, die sich aus historisch gewachsenen, teilweise aber auch aus sozialrechtlichen Abgrenzungskriterien entwickelt haben, von zentraler Bedeutung. Diese institutionellen Bereiche sind vor allem:

- die stationäre Versorgung,
- die ambulante Versorgung,
- die ambulant oder stationär durchgeführte Rehabilitation,
- die Arzneimittelversorgung,
- die Krankenpflege,
- die komplementäre, extramurale psychiatrische Versorgung,

- der öffentliche Gesundheitsdienst.

Als weitere nicht immer klar abgrenzbare institutionelle oder industrielle Bereiche werden beispielsweise rein sozialversicherungsrechtlich tätige Gutachterdienste, präventive Dienste, Hersteller pharmazeutischer und medizinisch-technischer Produkte, Anbieter von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, das Laiensystem, Rettungsdienste, Sanitätsreinrichtungen des Militärs etc. genannt (Schwarz et al. 1995).

### 2.3 Profession und Beruf des Arztes im deutschen Gesundheitswesen

Nicht in allen Kulturen und zu allen Zeiten bildete die Ärzteschaft eine Profession. Sozialhistorische Analysen zeigten, dass international erst seit Beginn des 19. Jahrhunderts von einem Aufstieg des Arztberufes in eine Profession die Rede sein kann (Freidson 1979). Professionalisierung der Ärzteschaft als Produkt der Industrialisierung der Moderne, steht in Wechselwirkung mit der Medikalisierung der Gesellschaft (= Ausweitung des Marktes für Gesundheitsdienstleistungen und sozialstaatliche, auf Gesundheit ausgerichtete Interventions- und Daseinssicherungsinteressen).

Ausgangspunkt der modernen Medizin des frühen 19. Jahrhunderts in den Kliniken liegt in den Militärhospitälern, in denen

- qualifizierten Chirurgen und Ärzten vollbeamtete Stellen angeboten wurden,
- aufgrund eines relativ homogenen, häufig behandlungsfähigem Behandlungsgutes, die systematische Erfahrung, Datenerhebung und Dokumentation an Patienten möglich war, was wiederum zu einer Festigung klinischen Wissens führte,
- klinischer Unterricht von medizinischen Studenten stattfand,
- (in bescheidenem Umfang) eine Beschleunigung der operativen Verfahren möglich war,
- Fortschritte der Physik und Chemie auf die Medizin ausstrahlten,
- die Laboratoriumsmedizin in die Krankenhausmedizin eindrang und deren Verwissenschaftlichung beschleunigte.

Dies führte vor allem zur Rollendifferenzierung zwischen medizinischem Forscher und behandelndem Arzt und zur Ausbildung. Dadurch war es möglich, dass die großen medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritte in der Zeit von 1850 bis 1880 nicht länger auf die wissenschaftlichen Zentren Paris und Wien beschränkt blieben. In Preußen wurde seit dem „Vormärz“ eine weitsichtige und großzügige Berufungspolitik betrieben. Die Anzahl der Lehrstühle wuchs so schnell, dass die deutsche akademische Medizin international deutliche Vorsprünge erzielte. Mit diesem Vorsprung erhöhten sich aber auch die Anforderungen an die medizinische Ausbildung, die in großem Umfang hinsichtlich Qualität und Dauer der Ausbildung, Prüfungsanforderungen und Zulassung zur professionellen Berufsgruppe (Approbation) vom Staat kontrolliert wurden. Die ärztliche Standesorganisation war zu dieser Zeit (zwischen 1850 und 1880) interessanterweise kaum ausgebildet, was

sich jedoch änderte, als gegen Ende des Jahrhunderts trotz steigender Nachfrage sich zum einen eine zunehmende Konkurrenzsituation unter den niedergelassenen Ärzten bemerkbar machte und zum anderen die aufstrebenden Krankenkassen die berufliche Autonomie des Ärztestandes einzudämmen begannen.

### **Ärztenschaft als Profession**

„Mit diesem Begriff wird in der Regel ein Prozeß der Verberuflichung und gleichzeitiger Verwissenschaftlichung der Tätigkeiten bezeichnet, der auf die Systematisierung des relevanten Fachwissens, dessen Erwerb und die Zugangskontrolle zur Ausübung der Tätigkeiten gerichtet ist. Auch die Herausbildung berufsspezifischer Werte und Verhaltensstandards, also das Berufsethos als eine am Gemeinwohl ausgerichtete Handlungsorientierung und die Kontrolle der Standards der Ausbildung und der verbandsmäßigen Organisation spielen eine wichtige Rolle“ (Hurrelmann 2000).

Unter Profession (Expertengruppe, akademischer Beruf) ist eine Berufsgruppe zu verstehen, die durch die folgenden Merkmale definiert wird:

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

Als halbprofessionalisierte Gesundheitsprofession werden heute therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Logopädie und Krankengymnastik bezeichnet, weil ihnen noch die professionelle Autonomie fehlt. Während Pflegeberufe als teilprofessionalisiert gelten, wird der Arztberuf als Prototyp eines vollprofessionalisierten Berufes angesehen (Hurrelmann 2000). Die Professionalisierung ist also als historischer Prozess zu verstehen. Die histori-

sche Entwicklung der Berufe im Gesundheitswesen hat aber auch einen quantitativen Aspekt: Alle Berufe im Gesundheitswesen haben zahlenmäßig zugenommen und zwar so, dass ihr Anteil an der Zahl der Beschäftigten fortwährend gestiegen ist. Die Zahl der Ärzte hat sich von 1800 bis heute verzwanzigfacht bezogen auf eine gleichgroße Bevölkerungszahl. Darüber hinaus hat sich seit der Mitte des 19. Jahrhunderts vor allem auch eine qualifizierte „Durchdifferenzierung“ (Viefhues 1981) herausgebildet. In erster Linie bedeutet dies für die Profession der Mediziner eine Zunahme der Spezialisierungen auf derzeit ca. 40 anerkannte Facharztgebiete.

### **Professionalisierung als Standespolitik**

Wichtige Teilziele der Professionalisierung wurden mit der Anhebung und Vereinheitlichung von Standards der ärztlichen Ausbildung (1852), mit dem gesetzlichen Schutz der Berufsbezeichnung „Arzt“ und der Aufhebung der Verpflichtung, Arme unentgeltlich zu behandeln (1869), mit der Gründung eines Dachverbandes deutscher Ärzte (1873), mit dem Reichsgesetz über die Krankenversicherung (1883) und mit der Anerkennung öffentlich-rechtlich organisierter Ärztekammern mit eigener Disziplinarinstanz (1887-1898) erreicht. Dennoch zeigten sich mit Aufstieg der Kassen auch gegenläufige Tendenzen: Die Niedergelassenen gelangten zunehmend in Abhängigkeit von ihren neuen Arbeitgebern, den Krankenkassenvorständen. Diese hatten durch die Gestaltung von Arbeitsverträgen, Gehaltszumessungen, Arbeitszeitbestimmungen und berufsbezogenen Vorschriften beachtliche Kontrollmöglichkeiten. Aus diesem Grund wurde im Jahr 1900 der „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ (später Hartmannbund) gegründet, der als eine Art gewerkschaftliche Organisation standespolitische Forderungen durchzusetzen begann.

### **Sozialisation zum Arzt**

Hurrelmann definiert Sozialisation als „...den Prozeß der Konstituierung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von und in kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der gesellschaftlich vermittelten sozialen und dinglich materiellen Umwelt einerseits und der biophysischen Struktur des Organismus andererseits. Programmatisch wird mit diesem Begriff zum Ausdruck gebracht, daß das menschliche Individuum sich dauerhaft durch soziale und gesellschaftliche Faktoren mitentwickelt und sich in einem Prozeß der sozialen Interaktion herausbildet. Die Persönlichkeit entwickelt sich nach dieser Vorstellung in keiner ihrer Funktionen und Dimensionen gesellschaftsfrei, sondern lebenslang in einer kon-

kreten Lebenswelt, die historisch vermittelt ist“ (Hurrelmann 1988).

Auch wenn der Schwerpunkt der (primären) Sozialisation im Kindes- und Jugendalter liegt, so ist Sozialisation doch ein lebenslanger Prozess. Ziel der beruflichen Sozialisation ist es, in der beruflichen Qualifizierungsphase spezifische Rollennormen, Einstellungen, Motivationen und Formen der Affektkontrolle zu erlernen. Ein Teil dieser Sozialisation kann bereits antizipatorisch, d.h. im frühen Kindesalter erlernt werden, z.B. wenn bereits die Eltern als Ärztinnen/ Ärzte tätig sind. In diesem Fall erlernt das Kind berufstypische Haltungen und Einstellungen über Mechanismen des Modell-Lernens lange bevor diese benötigt werden. Diese antizipatorische Sozialisation spielt eine große Rolle, da Ärzte bis in die jüngste Vergangenheit hinein einen hohen Grad an Selbstrekrutierung aufwiesen. Leider liegen zu diesem Thema bisher keine empirischen Daten aus Längsschnittstudien vor. Im Prozess der beruflichen Sozialisation während der Ausbildung (Studium) spielen vor allem die folgenden Faktoren eine Rolle:

- Aneignung von Basiswissen und Fertigkeiten für die berufliche Tätigkeit,
- Verinnerlichung beruflicher Normen (Beziehungen zu Patienten, zu Berufskollegen, zu Mitgliedern anderer Gesundheitsberufe, Selbstdarstellung der Profession),
- Fähigkeiten Entscheidungen zu treffen, diese in Handlungen umzusetzen und persönlich zu verantworten,
- Schulung von Interaktionskompetenz gegenüber Patienten (nonverbal und verbal),
- Befähigung zum Aushalten extremer (vorwiegend psychischer) Belastungen sowie Affektkontrolle.

Das medizinische Studium erfordert –zumindest bis zu Physikum- eine relativ hohe Arbeitsdisziplin und die Bereitschaft zum Auswendiglernen auch ohne Anschauung und erkennbaren Praxisbezug für den späteren Umgang mit Patienten (Hoefert 1997). Der Studienbetrieb in den medizinischen Fächern ist gekennzeichnet durch Konkurrenz und prüfungsbedingten Leistungsdruck. Die ärztliche Sozialisation an der Hochschule und später im Krankenhaus verläuft in „geordneten Bahnen“, das heißt anders als beispielsweise im Soziologiestudium ist der Verlauf des Studiums weitgehend festgeschrieben und bietet wenig Gestaltungsspielraum für die Studierenden. Auch der klassische Karriereweg ist weitgehend vorgezeichnet. Bei Betrachtung der ärztlichen Sozialisation soll im Folgenden der Schwerpunkt gelegt werden auf die Aspekte Umgang mit Hierarchien, Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, sowie Geschlechtsspezifika.

## **Hierarchie**

Die Hierarchie reicht im Krankenhaus in der Regel vom Arzt im Praktikum (AiP) über den Assistenzarzt und den Oberarzt bis hin zum Chefarzt bzw. ärztlichen Direktor. Der Aufstieg in die nächsthöhere Hierarchieebene erfolgt in der Regel aufgrund von fachlichem Können, Dienstalter oder manchmal auch aufgrund von Besetzungsnotwendigkeiten. An Universitätskliniken kommen oft noch die Kriterien Lehrbefähigung, überregionales Image oder die Fähigkeit zur Akquisition von Forschungsgeldern hinzu. Soziale Kompetenzen und Führungsqualitäten spielen beim beruflichen Aufstieg oft eine untergeordnete Rolle. Das Behaupten und Bewegen in einer Hierarchie setzt voraus, dass der jeweilige Akteur die Karrieremuster (z.B. in der Assistenz oder gar Nachfolge bekannter Mediziner zu stehen) begreift, dass er um begehrte Stellen oder Ressourcen rivalisieren kann und dass er sich als Einzelperson, nicht als Team oder Gruppe, durchsetzen kann. Der ärztliche Werdegang ist also schon vom Studium an durch ein hohes Maß an Rivalität gekennzeichnet. Wie keine andere Berufsgruppe erleben speziell Ärzte Macht, die durch das Charisma, den „internationalen Ruf“ oder die Vermittlung von zusätzlichen Einkommensmöglichkeiten von einem höheren Vorgesetzten ausgehen können. Diese Macht wird häufig hoch emotional erlebt und erzeugt bei den jeweils Abhängigen oft den Wunsch nach Gegenmacht oder auch das Gefühl von Ohnmacht (Hoefert 1997).

## **Fach- und Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit**

Auch wenn der „typische“ Arzt Teamarbeit aufgrund seiner Sozialisation nur situativ schätzt (z.B. bei Operationen) und andere Berufsgruppen oft nur als Delegationsorgane anerkennt (z.B. bei Laboranalysen oder operativer Nachversorgung), ist er doch bei seiner Arbeit im Krankenhaus auf die Zusammenarbeit mit anderen hierarchischen Ebenen und anderen Berufsgruppen angewiesen. Im Gegensatz zur Ausbildung von Pflegekräften oder Verwaltungsangehörigen wird in der Mediziner Ausbildung eher Individualismus und Einzelkämpfertum gefördert. Gemeinschafts- und Kooperationserfahrungen sammeln die Mediziner in der Ausbildung meist nur durch gemeinschaftliche Prüfungsvorbereitungen, weitere Gruppen- und Teamerfahrungen kommen eher zufällig zustande (Hoefert 1997). Einige -bis dahin individualistisch orientierte- Mediziner treffen im Krankenhaus erstmalig auf Berufskollegen, die bereits eine Ausbildungsvorgang hinter sich haben, in der Solidarität erfahren und Teamarbeit erprobt wurde. Das Studium vermittelt den angehenden Mediziner wenig relevante Kenntnisse über andere Berufsgruppen. Besonderes Konfliktpotential in der Zusammenarbeit mit anderen Hierarchie- und Berufsgruppen zeigt sich in



Situationen, in denen die Personen aus den anderen Berufsgruppen nicht direkt in das Team eingebunden sind und eine bestimmte Aufgabe damit nicht unbedingt angeordnet werden kann, sondern persönliche oder informelle Motivationsarbeit betrieben werden muss (z.B. für eine schnellere Laboranalyse). Durch diese Erfahrungen wird der Arzt „erzogen“. Der sozialisatorische Effekt besteht nicht unbedingt in mehr Demokratiebewusstsein, Toleranz gegenüber Andersdenkenden u.ä., sondern im Erwerb der Fähigkeit, Vorab-sprachen, zweckgerichtete Beeinflussungs- und Abstimmungsmodalitäten als Instrumente des persönlichen Handelns und im weiteren Sinne auch des Gruppenhandelns nutzen zu können (Hoefert 1997). Dass andere Sozialisationsvoraussetzungen, die durchaus zur Teamfähigkeit der angehenden Medizinerinnen und Mediziner beitragen, möglich sind, zeigten inzwischen erprobte Curricula aus den USA, Israel, den Niederlanden und Schweden (Robert-Bosch-Stiftung 1995).

### **Geschlechtsspezifika**

Eine weitere Besonderheit in der ärztlichen Sozialisation im Krankenhaus ist das Geschlechterverhältnis in Studium und Beruf. Während das Verhältnis von männlichen und weiblichen Studenten sich bis zur Approbation noch nahezu die Waage hält, verringert sich der Anteil der Frauen, die ihre Facharztausbildung abschließen, anschließend im Krankenhaus tätig sind bzw. sogar Karriere machen danach auf drastische Weise. Obwohl es keine Geschlechterunterschiede bei Noten, Studiendauer, beruflichen Erwartungen und Zielsetzungen sowie beim Arbeitsplatz erleben und in der Arbeitszufriedenheit gibt, sind Ärztinnen schlechter beruflich integriert als Ärzte (Abele (-Brehm) 2002). Dies kann einerseits mit den objektiven Arbeitsbedingungen erklärt werden, die sich nicht oder nur schwer mit familiären Wünschen vereinbaren lassen. Es liegt teilweise aber auch an Geschlechtsstereotypen, die Medizinerinnen von sich selbst als Frau und von der Arztrolle entwickeln, darüber hinaus aber auch von den Verhaltenserwartungen, die an sie herangetragen werden. Hoefert sieht das Problem eher in der „Rollenkollusion“ (Hoefert 1997), d.h. in der nicht mehr verortbaren Orientierung an Verhaltenserwartungen, die nahezu gleichzeitig an den Rollenträger gestellt werden: Gleichzeitig mütterlich und geduldig (Erwartungen an die Frauenrolle), durchsetzungsfähig auch gegen andere, z.B. Kollegen- und Patientenmeinungen (Erwartungen an die Männerrolle) und medizinisch-technisch zu sein (Erwartungen an die Arztrolle) ist im Alltag manchmal schwer oder auch gar nicht zu bewerkstelligen. Besonders für Ärztinnen ist es schwierig, Beruf und Familie zufrieden stellend zu verbinden.

### **3. Empirische Grundlagen**

Als Voraussetzung zur Bewertung der nachfolgenden empirischen Ergebnisse wird in Kapitel 3 der Stand der Forschung als empirischer Bezugsrahmen in den relevanten Bereichen zusammengestellt. Allerdings macht es der zentrale Aspekt des Forschungsfeldes, der konstante Wandel im System, der teilweise schon als Paradigmenwechsel bezeichnet werden kann, nahezu unmöglich, einen festen wissenschaftlichen Stand zu erreichen. In den Bereichen Reformansätze im Gesundheitswesen, Arbeitszeit und Überstunden, Organisation und Leitung, Fort- und Weiterbildung sowie Forschung und Lehre verändern sich die Rahmenbedingungen ebenso wie zentrale Aspekte ärztlichen Handelns und ärztlicher Identität seit ca. 1990 permanent. Daher ist als zentrale Kontextvariable für die nachfolgende Untersuchung eben dieser Wandel und die für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte relevanten Veränderungen des Arbeitsalltags anzusehen.

#### **Entwicklung der Arztzahlen**

Vor wenigen Jahren noch beschäftigten vor allem ärztliche Arbeitslosigkeit und mögliche Alternativen zur Arbeit im weißen Kittel die gesundheitspolitische Diskussion, bundesweit war die Rede von einer „Ärztenschwemme“. Mittlerweile hat sich das Bild gründlich gewandelt: Statt von einer „Ärztenschwemme“ ist von einem Ärztemangel die Rede (Rieser 2003). Dieser Trend wird nicht nur aus der steigenden Anzahl von Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt deutlich (Wiegand 2002). Dabei gibt es nicht zu wenig Medizinstudenten. Nach der Statistik der Bundesärztekammer steigt die Gesamtzahl der Medizinstudenten kontinuierlich an, im Jahr 2002 zeigte sich eine Steigerung um 1,1% im Vergleich zum Vorjahr, was in etwa den Steigerungsraten der vorhergehenden Jahre entspricht (vgl. Abb. 2).

## Anzahl der Ärzte in Deutschland insgesamt

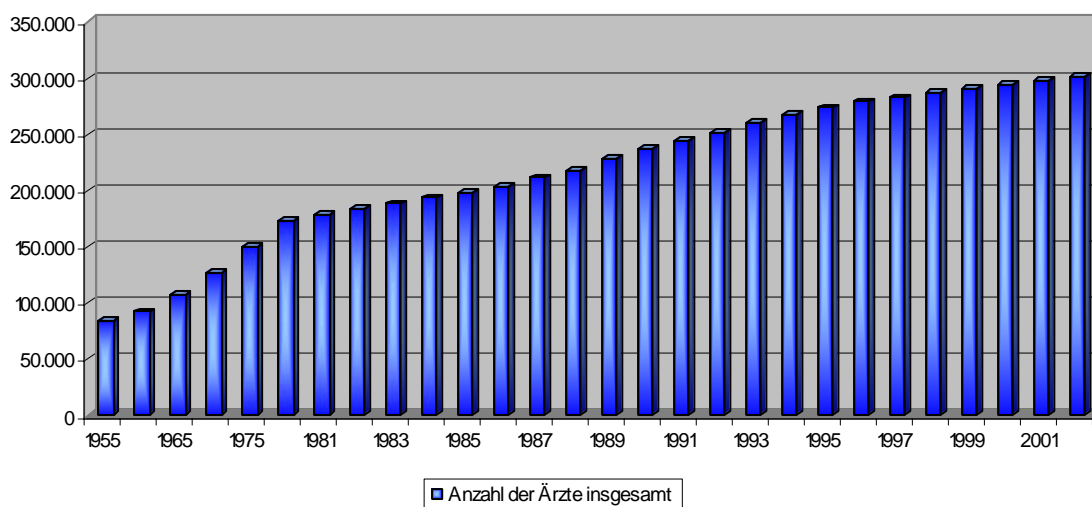
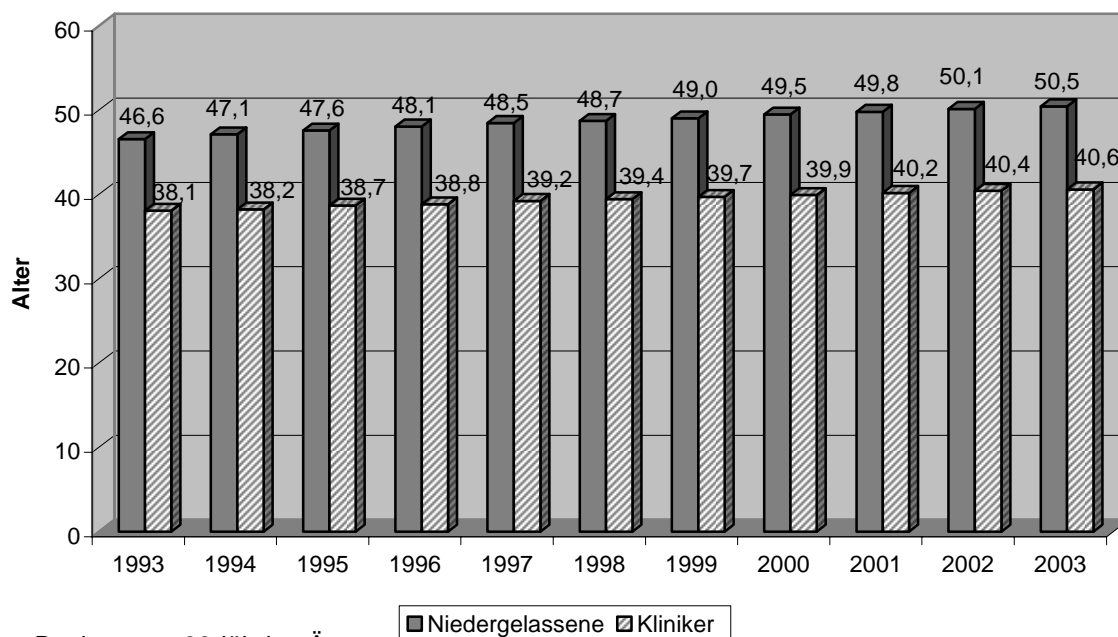


Abbildung 2: Anzahl der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland (Quelle: eigene Erstellung nach Bundesärztestatistik, Stand 31.12.2003).

Die Zahl der Absolventen hingegen ist seit acht Jahren rückläufig, was auf die steigende Zahl von Studienabbrechern bzw. Studienplatzwechslern zurückzuführen ist (Kopetsch 2004). Mittlerweile liegt ihre Zahl bei ca. 2.600 jährlich, was einem Anteil von 20% eines Studienjahrganges ausmacht (Kopetsch 2004). Hinzukommt, dass sich mittlerweile jeder vierte Medizinabsolvent für eine Tätigkeit außerhalb der Patientenversorgung entscheidet, schon jetzt sind ca. 4.800 Arztstellen in Krankenhäusern vakant (Kopetsch 2004). Die Umsetzung des Urteils des EuGH vom 09.09.2003 bedeutet laut Jörg-Dietrich Hoppe (Präsident der Bundesärztekammer), dass mindestens 15.000 Stellen neu geschaffen werden müssen (Hoppe 2004). Das Durchschnittsalter der Vertragsärzteschaft sowie der klinisch tätigen Ärzte hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht und lag im Jahr 2003 bei 50,5 Jahren für die Niedergelassenen und 40,6 Jahren für die Kliniker (vgl. Abb. 3).

### Durchschnittsalter der Ärzte



Basis: unter 69-jährige Ärzte

Abbildung 3: Durchschnittsalter der Ärzte (Quelle: Bundesärztestatistik, Stand 31.12.2003)

Medizinischer Fortschritt und demografischer Wandel deuten darauf hin, dass in Zukunft eine erhöhte Zahl von Ärztinnen und Ärzten benötigt wird. Kopetsch stellt fest, dass die Ursachen des aktuellen Ärztemangels in einer Zangenbewegung begründet sind: Bedingt durch die ungünstige Altersstruktur gehen viele Ärzte in der nächsten Zeit in den Ruhestand. Zugleich bricht der Nachwuchs weg, weil immer weniger junge Ärzte bereit sind, in der kurativen Patientenversorgung tätig zu werden. Die Nachwuchsmediziner suchen sich attraktivere Berufsalternativen. „Viele, die das Medizinstudium aufgenommen haben, weil sie den Arztberuf als Berufung betrachtet haben, fanden eine Situation vor, die sie nicht durchhalten konnten“, sagte auch der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. In den alten Bundesländern können laut Kopetsch jedes zweite Krankenhaus und in den neuen Bundesländern fast vier Fünftel aller Häuser offene Stellen für Ärzte nicht besetzen. Der Ersatzbedarf an Ärzten im kurativen Bereich des deutschen Gesundheitswesens in den nächsten fünf Jahren (bis 2008) beträgt 28.800. Bis 2013 müssen 62.000 Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden, um den Status quo zu halten (Kopetsch 2004).

Im europäischen Vergleich hat Deutschland eine vergleichsweise hohe Ärztedichte (praktizierende Ärzte je 100.000 Einwohner). Lediglich in Norwegen und der Russischen Föderation zeigt sich eine höhere Arztdichte.

Tabelle 1: Anzahl der praktizierenden Ärzte je 100.000 Einwohner im Vergleich (Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2001)

Jahr	Deutschland	Niederlande	Norwegen	Polen	Russische Föderation	Schweden	Schweiz	Spanien
1980	-	190,7	191,2	-	-	220,2	238,6	229,8
1985	-	222,1	221,0	196,8	387,1	262,1	273,0	330,3
1990	299,6	250,6	248,9	214,2	407,0	290,4	298,4	225,9
1991	305,4	259,3	256,4	216,8	404,6	289,1	303,2	238,3
1992	312,5	-	264,0	218,2	387,2	294,2	301,2	235,9
1993	320,3	-	274,1	222,0	397,2	299,4	306,1	225,1
1994	328,1	-	290,2	227,6	383,5	302,9	311,5	260,0
1995	335,4	-	310,3	231,7	385,9	305,9	316,4	254,8
1996	341,1	-	333,2	235,2	409,6	308,8	321,3	291,6
1997	344,6	-	366,6	235,8	415,5	310,9	326,5	293,5
1998	349,9	293,5	406,0	233,0	420,9	-	333,0	293,4
1999	354,7	309,8	440,8	226,4	422,6	-	336,3	306,3
2000	358,4	322,2	469,6	-	419,3	-	-	328,8

Dem Nachwuchsmangel wird z.T. dadurch entgegengewirkt, dass verstärkt Ärzte im osteuropäischen Ausland und Österreich angeworben werden. Die Zahl der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die in Krankenhäusern in den neuen Bundesländern arbeiten ist im Jahr 2003 um 56,4% gestiegen, die Zahl osteuropäischer Ärztinnen und Ärzte in diesem Zeitraum um 90,6%. Ohne die ausgeprägte Zuwanderung ausländischer Ärzte in die neuen Bundesländer wäre die Zahl der berufstätigen Medizinerinnen und Mediziner dort um 0,2% gesunken (Kopetsch 2002). Das deutsche Gesundheitswesen ist also in zunehmendem Maße vom Import ausländischer Ärztinnen und Ärzte abhängig, wenn es seine Funktionsfähigkeit nicht gefährden will.

### 3.1 Arbeitszeit und Überstunden

Die Arbeitszeiten im Krankenhaus waren in den letzten Jahren immer wieder Thema der gesundheitspolitischen Diskussion. Allein fünf Titelgeschichten sind seit dem Jahr 2000 im Deutschen Ärzteblatt dazu erschienen.

Die Arbeitszeiten und Überstunden stellen für Medizinerinnen und Mediziner einen entscheidenden Belastungsfaktor dar. Das Ableisten von Überstunden zählt für viele zum normalen Arbeitsalltag. Seit Jahren leisten Krankenhausärzte in erheblichem Maße unbezahlte und zumeist nicht dokumentierte Überstunden. In einer empirischen Studie untersuchten Kaiser und Mitarbeiter die Arbeitszeiten und Überstunden von Krankenhausärzten in Hessen, Rheinland-Pfalz und dem Saarland (Kaiser et al. 2002). Rund drei Viertel aller Klinikärzte in Hessen arbeiten wöchentlich im Durchschnitt 45 oder mehr Stunden, fast die Hälfte mindestens 50 Stunden und ein Viertel sogar mehr als 55 Stunden. Dabei sind Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften noch gar nicht berücksichtigt. Eine Analyse nach Fachrichtungen ergab, dass in der Anästhesie knapp mehr als 50 Prozent, in der Chirurgie sogar 90 Prozent der Ärzte regelmäßig 45 Stunden tätig sind. Auch in der Inneren Medizin sehen die Verhältnisse nur geringfügig besser aus: Hier arbeiten 82 Prozent der Befragten länger als 45 Stunden und 28 Prozent mindestens 55 Stunden in der Woche. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie liegen mit 62 Prozent mehr als 44 Stunden und 16 Prozent mehr als 55 Stunden „im mittleren Bereich“. Die Angaben deuten darauf hin, dass unzumutbar lange Arbeitszeiten nicht auf einzelne Krankenhäuser oder Fachgebiete beschränkt sind, sondern ein generelles Strukturproblem darstellen. Etwa 80 Prozent der Befragten leisten mehr als vier Bereitschaftsdienste im Monat. Diese dauern oft mehr als 14 Stunden und überschreiten so die maximal zulässigen 50% der gesamten Dienstzeit. Für viele ist es so nicht möglich, ausreichende Ruhezeiten einzuhalten.

Erschwerend kommt hinzu, dass die tatsächliche Belastung der Krankenhausärzte kaum feststellbar ist: Ärztliche Mehrarbeit wird häufig schlecht oder gar nicht dokumentiert und deshalb auch nicht vergütet. Von den in bisherigen Studien Befragten gaben 63 Prozent der Assistenten und 70 Prozent der Oberärzte an, keinerlei Nachweis der von ihnen geleisteten zusätzlichen Arbeitszeit zu führen. In Anbetracht dieser Ergebnisse ist es wenig verwunderlich, dass der Arztberuf von vielen nicht mehr als attraktiv empfunden wird. 40 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum und der Assistenzärzte sind mit ihrer Arbeitssituation unzufrieden und schätzungsweise 35 Prozent würden sich heute nicht noch einmal für ihren Beruf entscheiden.

Mit dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) in Luxemburg sind die Bereitschaftsdienste (vor Ort) als **Arbeitszeit** definiert und die deutschen Ärzte müssen/ dürfen fortan bei voller Bezahlung dieser Dienste weniger arbeiten.

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen allgemein, speziell jedoch die Medizinerinnen und Mediziner sind einer enorm hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt, sie leiden überdurchschnittlich stark an allgemeinen und psychovegetativen Beschwerden, haben eine erschreckend hohe Suizidrate. Dies wird nicht nur in den Arbeitsfehltagen deutlich, sondern auch in Studien, die sich zunehmend mit dem Thema Suchtproblematik bei Ärztinnen und Ärzten auseinandersetzen (Mäulen 1996).

### 3.2 Organisation und Leitung

Das Krankenhaus hat als äußerst komplexe Organisation schon im Routinebetrieb sehr anspruchsvolle Probleme zu bewältigen. Unter den sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen müssen sie zum Teil einschneidende Veränderungsprozesse managen. Diese Veränderungen beziehen sich zum einen auf medizinisch-technische Entwicklungen und Innovationen, zum anderen aber auch auf ein verändertes Patientenkontext, bei dem sich die Veränderungen vor allem in Bezug auf das Krankheitsspektrum, steigende Lebenserwartung aber auch ein verändertes Anspruchsniveau an die ärztlichen Leistungen bemerkbar machen. Finanzrestriktionen und ein wachsendes Kostenbewusstsein verlangen von den Krankenhäusern, ihre Arbeit stärker an den Kriterien von Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu orientieren. Dies alles erfordert eine Auseinandersetzung der Organisation insgesamt mit der Spannung von Qualitätssicherung und Kostenentwicklung. Es stellt sich die Frage, wie die inneren Strukturen der Krankenhäuser und ihre Organisationskultur die sich ändernden inneren und äußeren Anforderungen verarbeiten können, zumal die für die Organisationsstruktur bestimmenden Berufsgruppen (Ärzte, medizinisch-technisches und Pflegepersonal) sich wie in anderen Expertengruppen (z.B. Schulen und Universitäten) in erster Linie ihrer Professionalität verpflichtet fühlen, also den Inhalten der Arbeit, und den darauf bezogenen fachlichen Standards, Werten, Erfolgskriterien und Karrieremustern und weniger der Entwicklung der Organisation. Die Organisation bleibt gegenüber der eigenen professionellen Entwicklung etwas Äußerliches, eine Rahmenbedingung, die sich mehr oder weniger störend bemerkbar macht. Die Befassung damit ist eine Zusatzarbeit zur eigentlichen professionellen Arbeit (Grossmann 1993).

Dennoch ist zu bedenken, dass das Krankenhaus eine Organisation ist, die in ihrer Leistungsfähigkeit in hohem Maße von der Professionalität und der Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter abhängig ist, die wichtigsten Ressourcen sind die Fähigkeiten und Motivationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Grossmann 1993). Einer Studie des Meinungsforschungsinstituts Infas zufolge, die im Auftrag des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen unter 2.300 Berufstätigen durchgeführt wurde, beurteilen rund drei Viertel aller Berufstätigen das Klima in ihrem Unternehmen als „gut“ oder „sehr gut“. Jeder fünfte Berufstätige stuft es allerdings als „eher schlecht“ (fünf Prozent) oder nur als „erträglich“ (15 Prozent) ein. Von diesen 20 Prozent fühlen sich zwei Drittel gesundheitlich beeinträchtigt



(Ohne Verfasser 1996).<sup>2</sup> Mit der Arbeitsorganisation speziell im Krankenhaussektor befasst sich das durch die Europäische Union geförderte, von Akteuren aus fünf Mitgliedstaaten initiierte Projekt „Change of Work Organization and Improvement of Key Qualifications in the Hospital Sector“, das die Arbeitsorganisation in den Krankenhäusern vertiefen und verbessern und den Austausch zwischen Arbeitgebern und Beschäftigten sowie zwischen Beschäftigten auf unterschiedlichen Hierarchieebenen intensivieren will.<sup>3</sup> Die konkreten Ziele dieses Projektes sind:

- Entwicklung und Angebot von Weiterbildungskursen zum Thema Qualitätssicherung durch Wandel in der Arbeitsorganisation ,
- Entwicklung von Methoden zur Evaluation von Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation,
- Entwicklung von Strategien und Leitlinien zur Optimierung von Arbeitsprozessen, basierend auf herausragenden Beispielen,
- Aufbau eines EU-weiten Netzwerkes interessierter Akteure .

Ergebnisse dieses Projektes sind bisher leider noch nicht publiziert.

Die Organisation Krankenhaus ist geprägt von dem Neben- und Miteinander unterschiedlicher professioneller Traditionen und Kulturen. Dies gilt vor allem für die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegekräften, aber auch für die Verbindung zu den Verwaltungsangestellten, die zahlenmäßig und funktional einen häufig unterschätzten Anteil an der Leistungsfähigkeit der Organisation Krankenhaus repräsentieren (Grossmann 1993). Die Leitung des Krankenhauses ist typischerweise in drei Bereiche eingeteilt, die weitgehend unabhängig voneinander agieren:

- der ärztliche Dienst,
- der pflegerische (paramedizinische) Dienst sowie
- die Verwaltung.

Die Organisationskultur im Krankenhaus zeichnet sich durch streng hierarchische Leistungsstrukturen aus (vgl. Abb. 4).

---

<sup>2</sup> Ohne Verfasser: Studie zu Gesundheit und Betriebsklima, Deutsches Ärzteblatt, 93(7), 1996, Seite A-366

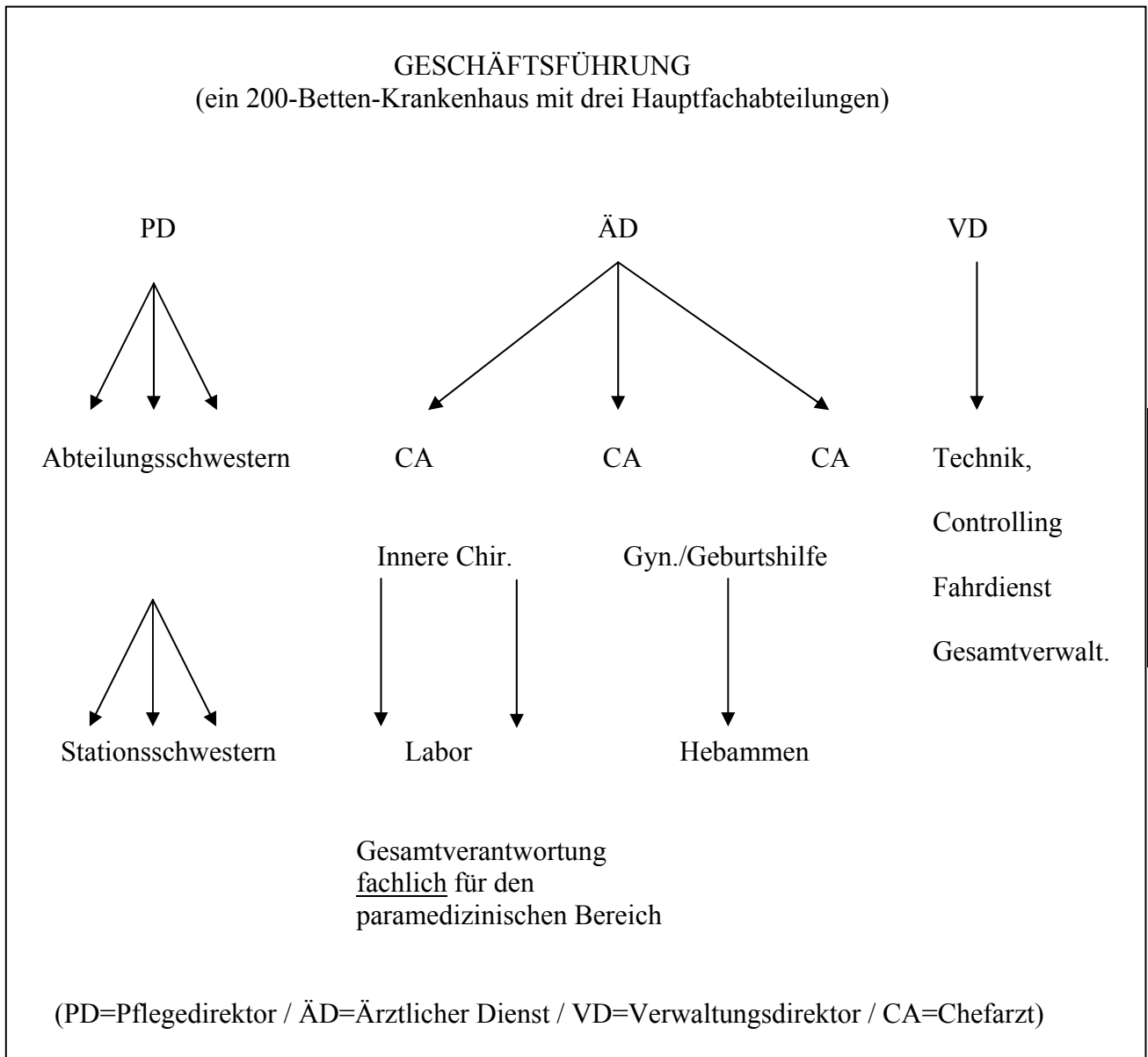


Abbildung 4: Organigramm der Leitungsstrukturen im Krankenhaus (Quelle: Degenhardt, 1998)

Es handelt sich hier in der Regel um Linienorganisationen, die dadurch charakterisiert sind, dass jeweils mindestens ein Inhaber einer Rollenposition einem anderen unterstellt und/oder vorgesetzt ist (Endruweit 1981). Dem ärztlichen Direktor als Chefarzt sind nur die ärztlichen und paramedizinischen Mitarbeiter seiner Abteilung nachgeordnet. Die anderen Chefarzte werden zwar im Leitungsgremium des Krankenhauses durch den Chefarzt repräsentiert, der gleichzeitig ärztlicher Direktor ist, sind ihm aber nicht nachgeordnet. Chefärz-

<sup>3</sup>Ohne Verfasser: Change of Work Organisation and Development of Key Qualifications, [http://www.eurocarenet.org/allefiler/Goodpractice/Leonardoprojektet/Leo\\_oversigt.shtm](http://www.eurocarenet.org/allefiler/Goodpractice/Leonardoprojektet/Leo_oversigt.shtm)

te leiten ihre Abteilungen selbstständig und eigenverantwortlich, ohne Vorgesetzten. Bei strukturellen Veränderungen und finanziellen Entscheidungen sind sie ab einer festgelegten Größenordnung auf den Konsens mit dem Direktorium bzw. der Geschäftsführung angewiesen. Die Oberärzte, die in der Regel Fachärzte des Fachgebietes der jeweiligen Abteilung sind, arbeiten auf der mittleren Führungsebene und unterstehen dem jeweiligen Chefarzt. Ihnen nachgeordnet sind die Stationsärzte, Assistenten und Ärzte im Praktikum. Der Pflegedienst ist parallel zum ärztlichen Dienst organisiert. Der Pflegedienstleitung sind Abteilungsschwestern, danach Stationsschwestern und danach Schwestern ohne Leitungsfunktionen untergeordnet. Die Verwaltung ist ebenfalls ähnlich organisiert, wobei der Verwaltungsleiter meist keine Verwaltungsabteilungsleiter unter sich hat, sondern einen Verwaltungsapparat, der für alle Abteilungen verwaltungstechnisch zuständig ist.

Im Rahmen des humanmedizinischen Studiums gibt es für die angehenden Ärztinnen und Ärzte wenige Möglichkeiten, sich mit Führung auseinanderzusetzen. Meist wird Können und Führungsverständnis in der eigenen Oberarztzeit entwickelt, geprägt durch ein überwiegend konservatives Rollenverständnis des jeweiligen Chefarztes. Überwiegend findet sich ein Führungsstil, der sich durch Delegation unter Vorgabe fester Entscheidungsregeln auszeichnet (management by decision rules) (Degenhardt 1998). Die Verantwortung bleibt jedoch zentral; der Chefarzt entscheidet nach Absprache mit seinen Oberärzten unter anderem auch darüber, wer welche Aufgabe wann zu erledigen hat.

### 3.3 Fort- und Weiterbildung

In den vergangenen Jahren ist im Rahmen der Reform des Gesundheits- und Sozialsystems viel über die Quantität und Qualität der ärztlichen Fort- und Weiterbildung diskutiert worden. Die Verquickung von Fortbildung und Pharmasponsoring sorgt ebenso wie die geplante verbindliche Einführung von Fortbildungsnachweisen (CME- Punkte) für viel Zündstoff, die politisch je nach Intention der Interessenvertreter ganz unterschiedlich bewertet und z.T. auch instrumentalisiert werden. Mängel in Form und Inhalten der Fort- und Weiterbildung werden immer wieder als Gründe der Arbeitsunzufriedenheit angeführt und oft als ein Ansatz für nachhaltige Verbesserungen aus der Perspektive junger Ärzte genannt.<sup>4</sup>

Die Landesärztekammern in Baden Württemberg, Hessen, Berlin, Thüringen, Rheinland Pfalz u.a. haben größere Umfragen zu Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken durchgeführt (Kaiser et al. 2002), doch erscheint das Phänomen der Unzufriedenheit vielschichtiger als bisher in der Öffentlichkeit und in den Berufsverbänden diskutiert und nicht allein auf die hohe Arbeitsbelastung reduzierbar zu sein. Darüber hinaus sind die Ergebnisse der verschiedenen Studien nur begrenzt miteinander vergleichbar. Ausgehend von einem einheitlichen Fragebogen für Kliniker und niedergelassene Ärzte, in dem inhaltlich die Bereiche "beruflicher Hintergrund", "Arbeitszeiten/ Überstunden", "Organisation und Leitung", "Fortbildung", "Weiterbildung", "Wissenschaft und Lehre", "allgemeine Lebenszufriedenheit", "Verbesserungspotenziale" und "Soziodemografie" abgefragt wurden, ist es in dieser Arbeit das Anliegen, ein repräsentatives und umfassendes Meinungsbild zur gegenwärtigen Situation deutscher Ärzte in der Fort- und Weiterbildung zu skizzieren.

---

<sup>4</sup> Ohne Verfasser: Studie der Landesärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit dem „Arbeitskreis Junge Ärzte“  
([http://aekb.arzt.de/10\\_Aktuelles/18\\_BERLINER\\_AERZTE/BAEthemen/05mai02/10ErgFrageb.html](http://aekb.arzt.de/10_Aktuelles/18_BERLINER_AERZTE/BAEthemen/05mai02/10ErgFrageb.html))

### 3.4 Wissenschaftliches Arbeiten

Tabelle 2: In Forschung und Lehre im Bereich Humanmedizin tätige (haupt- und nebenberuflich, Quelle: Statistisches Bundesamt)

	1992	1995	2000	2001	2002
Deutschland	1.439	743	1.392	1.440	1.570
Früheres Bundesgebiet und Berlin-Ost	1.407	737	1.370	1.424	1.543
Neue Länder ohne Berlin-Ost	32	6	22	16	27

Viele Probleme aus dem Umfeld wissenschaftlich arbeitender Medizinerinnen und Mediziner, wie die vertikale Hierarchie, Vertrags- und Vergütungssysteme ohne Bonus für eingeworbene Drittmittel, zu kurze Förderungszeiten und zu geringe Förderungssummen sind seit Jahren bekannt. Die vielfach fehlenden Strukturen einer gewinnbringenden Wiedereingliederung von aus dem Ausland zurückkehrender Stipendiaten und der u.a. deshalb nicht unerhebliche Talent Exodus (oder auch „brain drain“) gen USA haben 2000 das Bundesministerium für Bildung und Forschung veranlasst die Projektinitiative „Projekt TALENT“ ins Leben zu rufen. In dieser Bestandsaufnahme sollten Situationen, Rückkehrpläne und wissenschaftspolitische Sichtweisen deutscher Nachwuchswissenschaftler in den USA kennen gelernt werden (Buechtemann 2001). Die in diesem Projekt ebenfalls initiierten Expertengespräche beschreiben eindringlich, dass die Dienstrechtreform und die Einführung der Juniorprofessoren allein ohne begleitende interne Transformation der Hochschulen selbst keine kurzfristige Verbesserung der internationalen Wettbewerbsposition erwarten lassen (Buechtemann 2001). Doch trotz des einsetzenden Erkenntnisgewinns der politischen Entscheidungsträger dominiert der Spagat zwischen Klinik, Lehre und Forschung weiterhin den Alltag. Doch wie sieht die Situation der in Deutschland tätigen Wissenschaftler aus? Ein dem „Project TALENT“ vergleichbare Studie gibt es hierzu nicht.

Neben der Wissenschaft ist die grundlegende Bedeutung der Lehre für jegliche ärztliche Tätigkeit in Klinik und Forschung unbestritten. Seit langem wird über die Defizite in diesem Bereich diskutiert. Im Gegensatz zur Forschungslandschaft sind hier bereits Modellversuche wie das Heidelberger Curriculum Medicinale (HEICUMED) oder das Dresdner integrative problemorientierte Lernen (DIPOL) erfolgreich verlaufen, so dass eine nachhaltige Verbesserung zumindest aus der Perspektive der Studierenden greifbar nahe erscheint (Jünger et al. 2003). Doch was ist bisher methodisch fundiert aus der Perspektive der Lehrenden bekannt? Wie beurteilen sie ihre eigene Situation? Methodisch fundierte Daten fehlen hierzu ebenfalls.

### 3.5 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Innerhalb der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Forschung begann in den sechziger Jahren eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Konzept der „Lebenszufriedenheit“ und den damit sehr eng verwandten Konstrukten "Glück" und "Wohlbefinden". Mittlerweile ist die Vielzahl von empirischen Studien und theoretischen Arbeiten kaum noch zu überblicken (z.B. Diener 1984, Glatzer et al. 1984, Henrich et al. 2000). Lebenszufriedenheit basiert auf der individuellen **kognitiven Bewertung** der persönlichen Lebensbedingungen. Aus sozialpsychologischer Sicht hat Hofstätter 1986 die intra- und interindividuellen Unterschiede in der Bewertung dessen, was Lebenszufriedenheit ausmacht, mit folgender Formel beschrieben:

$$\frac{\text{Bewertung dessen, was einer hat}}{\text{Erwartung}} = \text{Zufriedenheit}$$

Grundsätzlich lässt sich unterscheiden zwischen einer **allgemeinen (globalen)** Lebenszufriedenheit und einer **bereichsspezifischen** Lebenszufriedenheit, die auf der Bilanzierung verschiedener individuell mehr oder weniger wichtiger Lebensbereiche basiert. Einen Schwerpunkt der Lebenszufriedenheitsforschung stellt die Suche nach Einflussfaktoren und Determinanten der individuellen Lebenszufriedenheit dar. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen dabei zumeist "objektive" Merkmale wie Alter und Geschlecht, Familienstand, Bildung, Einkommen, Arbeits- und Wohnbedingungen oder aber die Urbanität vs. Ruralität der Wohnumwelt. Aus (makro-)soziologischer Perspektive ist die Untersuchung der allgemeinen Lebenszufriedenheit besonders in der Analyse sozialer Indikatoren von Bedeutung. Das System sozialer Indikatoren dient der Beobachtung der Wohlfahrtsentwicklung und des sozialen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland. Die Funktion des Indikatorensystems besteht vor allem darin, geeignete Daten bereitzustellen, die es erlauben, Zustand und Entwicklung der objektiven Lebensbedingungen sowie der subjektiven Lebenszufriedenheit der Bürger im Sinne eines regelmäßigen "Monitoring" zu messen, zu beschreiben und zu analysieren. Dimensionen der allgemeinen Lebenszufriedenheit werden beispielsweise abgefragt im Wohlfahrtssurvey oder im Sozioökonomischen Panel (SOEP).

### 3.6 Reformansätze im Gesundheitswesen

Seit Beginn der neunziger Jahre vollzieht sich ein tief greifender Wandel in der politischen Steuerung des Gesundheitswesens, der einen gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel darstellt. Er ist dadurch gekennzeichnet, dass die beteiligten Akteure (Kassen, niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Versicherte bzw. Patienten) mit Hilfe einer Reihe von Instrumenten in ein umfassendes Anreizsystem integriert werden, das sie dazu veranlassen soll, sich auf der Basis ihrer eigenen finanziellen Interessen am Ziel der Ausgaben- und Mengengrenzung zu orientieren. Wichtige Instrumente dieses Wandels sind die Einführung bzw. der Ausbau des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen sowie die Einführung von Pauschalentgelten und Individualbudget für die Leistungserbringer. Darüber hinaus sollen die zwei parallelen, weitgehend unverzahnt nebeneinander agierenden Versorgungssysteme, der ambulante und der stationäre Sektor der Krankenversorgung, stärker miteinander vernetzt werden, so dass Doppeluntersuchungen, Doppelinvestitionen und überflüssige Arztwechsel möglichst vermieden werden. Clade formuliert vier Ziele für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (Clade 1999):

- eine bedarfsgerechte Patientenversorgung durch Installation einer abgestuften, miteinander koordinierten und funktionierenden Arbeitsteilung auf klar definierten Versorgungsebenen;
- Vorfahrt des Grundsatzes „soviel stationär wie nötig, soviel ambulant wie möglich“;
- Ausbau kooperativer, fachverbindender Praxisstrukturen und Öffnung für neue Strukturen, auch unter Zugrundelegung des neuen Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes;
- Einführung eines Teamarzt-Modells im Krankenhaus, bei dem freiberuflich tätige Ärzte aus dem ambulanten Sektor mit Ärzten aus dem Kliniksektor kooperieren, die sowohl ambulant wie auch stationär tätig sind.

Die integrierte ambulant-stationäre fachärztliche Behandlung soll in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften, im teamarztbezogenen kooperativen Belegarzt-system und in Praxiskliniken erfolgen. Hinzukommen Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung. Dieses Verbundsystem soll die Möglichkeit für Fachärzte eröffnen, in bestimmten, konkret festgelegten Gebieten gleichzeitig ambulant und stationär tätig zu werden. Das System soll sowohl für freiberuflich tätige Ärzte (Unternehmer) als auch für festangestellte Ärzte (künftig auch teilweise freiberuflich tätige Fachärzte und Teamärzte) of-

fen sein. Die stationäre ärztliche Behandlung soll in Schwerpunktkrankenhäusern und Universitätskliniken erfolgen, wobei auch hier eine stärkere Integration der ambulanten und stationären Behandlung im Sinne eines durchgängigen, ganzheitlichen Konzeptes angestrebt wird. Diese Verzahnung ist jedoch auch mit einer Reihe organisatorischer und juristischer Probleme verbunden. Die Umstellung auf ein integrierendes Versorgungssystem muss die Chefarzthierarchie abflachen lassen und einem kollegialen Teamarztsystem ambulant/ stationär den Vortritt lassen. Die Arbeitsteilung muss durch einen Teamarztvertrag mit Zustimmung des Krankenhausträgers geregelt werden. Die unterschiedlichen Finanzierungsvoraussetzungen und Entgeltformen (ambulant und stationär) müssen bei der Verzahnung neu und deckungsgleich geregelt werden (Integrationsbudget).



### 3.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Der Bereich Medizin ist immer noch stark von Männern dominiert. Dies zeigt sich schon in der geschichtlichen Entwicklung. Die Universität Zürich war nach der Universität Paris die zweite in Europa, die ab 1865 Frauen prinzipiell zum Medizinstudium zuließ. In Deutschland wurde es Frauen 1900 erstmalig ermöglicht, ein Studium der Humanmedizin aufzunehmen. Mittlerweile hat der Anteil weiblicher Studenten und Absolventen in der Medizin kontinuierlich zugenommen und wächst immer noch kontinuierlich: 1990 lag er bei 42,1 %, 2001 waren es 51,3 % und 2002 schon 61,2 %. Bei den Berufsanfängern betrug der Frauenanteil im Jahr 2002 51,9 % (Kopetsch 2003). Im Verlauf des ärztlichen Berufslebens nimmt der Frauenanteil aber stetig ab: 45,4 % Frauenanteil beim Humanmedizin-Examen 1996 stehen einem Anteil der Ärztinnen von lediglich 37,9 % der praktizierenden Ärzteschaft im Jahr 2002 gegenüber (Kopetsch 2003).

Eine Analyse der Deutschen Ärztekammer zeigt, dass bei den Qualifikationsstufen Studenten, Examenskandidaten, Promotionen, berufstätige Ärzte und wissenschaftliche Assistenten an Hochschulen derzeit ein ca. 15% höherer Frauenanteil zu finden ist als noch vor 20 Jahren (Bundesärztekammer 2003).<sup>5</sup> Dennoch wäre es übereilt, angesichts dieser Tendenzen von einer „Feminisierung der Medizin“ (Vetter 2003) zu sprechen. Im Laufe der auf das Examen folgenden Berufsjahre scheiden immer mehr Frauen aus dem Arbeitsprozess aus. In der Literatur werden hierzu eine Reihe von Gründen diskutiert: Wichtigste Punkte scheinen hier die nur schwierige (und mit einer Reihe von Kompromissen verbundene) Vereinbarkeit von Karriere und Familienplanung sowie die vielfältigen Rollenerwartungen, mit denen vor allem Ärztinnen konfrontiert werden, zu sein. In einer 1995 an der Universität Erlangen durchgeführten Studie zum Berufsverlauf von Frauen in akademischen und speziell medizinischen Berufen fand Andrea Abele heraus, dass Frauen im AiP ihre beruflichen Erfolgs- und Aufstiegschancen deutlich pessimistischer beurteilen als ihre männlichen Kollegen. Bei Ärztinnen mit Kindern ist dieser „Karriereknick“ noch deutlicher als bei Ärztinnen ohne Kinder (Abele (-Brem) 2002). Aber auch im direkten beruflichen Umfeld sind Ursachen und Gründe für den Rückgang der Frauenquote zu finden: Fehlende Anerkennung und fehlende Unterstützung sind ebenso zu nennen wie fehlende weibliche Vorbilder (Heilmann 2003). Unter den berufstätigen Medizinern haben deutlich mehr Männer als Frauen eine Facharztausbildung, die die Grundvoraussetzung für eine Niederlassung oder auch das berufliche Weiterkommen innerhalb einer Klinik darstellt,

---

<sup>5</sup> Bundesärztekammer: Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Faches Humanmedizin in Deutschland, <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztinnen/104Frauenanteil.html>

abgeschlossen (Ohne Verfasser/ Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2004). Ähnliche Entwicklungen zeigen sich bei der Betrachtung der Frauenanteile in verschiedenen Stadien der beruflichen und akademischen Laufbahn<sup>6</sup>. Nur jede zehnte leitende Stelle in Krankenhäusern ist mit einer Ärztin besetzt, die einflussreichen Positionen an den Universitäten sind nach wie vor zu über 95% mit Männern besetzt (Bühren 2002).

---

<sup>6</sup> Wobei hier anzumerken ist, dass die Unterrepräsentation von Frauen hochqualifizierten und Führungspositionen kein Medizin-spezifisches Phänomen ist, sondern für den gesamten akademischen Bereich gilt. Dass diese Faktoren zunehmend ins öffentliche Interesse rücken zeigt u.a. die Gründung eines „Center of Excellence Women in Science“ gefördert durch das BMBF.

## 4. Material und Methoden

### 4.1 Der Fragebogen

Wesentliches Ziel dieser Untersuchung war es, umfassend und mit wissenschaftlich nachvollziehbaren Methoden die berufliche Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zu untersuchen. Als offizielles Organ der Bundesärztekammer und kassenärztlichen Bundesvereinigung verfügt das Deutsche Ärzteblatt über eine komplette Adresskartei. Aus einer Grundgesamtheit aller Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland, die bei der Bundesärztekammer erfasst sind, ist eine Zufallsstichprobe der Größe  $N=7.000$  gezogen worden. Bei der Stichprobenziehung wurden folgende Merkmale berücksichtigt:

- Bundesland
- Geschlecht
- Tätigkeitsmerkmal (je 50% Niedergelassene und 50% Klinikärzte)

Die optische Gestaltung des Fragebogens erfolgte gemäß Dillmans „Total-Design-Method“ (Hippler 1985). Da sich die berufliche Situation von Niedergelassenen und Klinikern erheblich unterscheidet, wurden zwei Fragebogenversionen erarbeitet. Aus Gründen der Vergleichbarkeit wurden möglichst viele Fragebogenteile identisch gestaltet. Beide Fragebogenversionen enthalten darüber hinaus Fragebogenteile, die spezifisch auf die jeweilige berufliche Situation angepasst wurden.

#### **Der Kliniker Fragebogen**

Der Fragebogen für die in Kliniken tätigen Ärztinnen und Ärzte umfasste insgesamt 65 Fragen auf 16 Seiten und ist in 9 Teile eingeteilt. Der erste Teil „Beruflicher Hintergrund“ erfasste Fachgebiet, derzeitige Position, Beschäftigungsstatus, wissenschaftliche Abschlüsse bzw. Titel, derzeitiger Arbeitgeber und Berufserfahrung. Der zweite Fragebogenteil widmete sich dem Bereich Arbeitszeit und Überstunden. Hier wurden die Zusammensetzung der Arbeitszeit (Prozentanteil für Patientenversorgung, administrative Tätigkeiten, wissenschaftliche Tätigkeit etc.), die wöchentliche Arbeitszeit (mit und ohne Bereitschaftsdienste), die Anzahl der Dienste pro Monat, die Anzahl wöchentlicher Überstunden, Erfassung und Vergütung von Überstunden abgefragt. Im dritten Fragebogenteil zur Fortbildung wurde gefragt, welche Formen der Fortbildung genutzt werden, wie verschiedene Fachinformationsquellen bewertet werden, in welchem zeitlichen Umfang Fortbild betrie-

ben wird, wie diese finanziert wird, wann sie stattfindet und ob die Befragten CME (Continuous Medical Education) Punkte sammeln. Der vierte Fragebogenteil („Weiterbildung“) umfasste Fragen zum Facharztstatus sowie eine Bewertung der theoretischen wie praktischen Weiterbildung durch die Befragten. Im Fragebogenteil 5 wurden vor allem Aufwand, Umfang, Ausrichtung und Finanzierung von wissenschaftlicher Tätigkeit und Lehre erfragt. Im sechsten Fragebogenteil wurden die Befragten gebeten, verschiedene Statements zu „Organisation und Leitung“ zu bewerten. Der Fragebogenkomplex 7 stand unter der Überschrift „Reformansätze im Gesundheitswesen“ und umfasste Einschätzungen zur integrierten Versorgung, Einführung von DRGs, Disease-Management-Programmen (DMP), Bewertung der Interessenvertreter, Aktionsbereitschaft im Falle einer harten Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft sowie Verbesserungsansätze sowohl im persönlichen Berufsfeld als auch „im System“. Der Fragebogenteil zur allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde – in Absprache mit dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung DIW- in Anlehnung an den Fragebogenteil zur Lebenszufriedenheit im Sozioökonomischen Panel SOEP<sup>7</sup> konstruiert und um drei Items zur Zufriedenheit mit dem Arztbild sowie zwei Items zur Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Patienten sowie Freunden und Bekannten ergänzt. Für diesen Fragebogenteil zur allgemeinen Lebenszufriedenheit liegen aus dem SOEP repräsentative Vergleichswerte für Gesamtdeutschland vor. Im neunten und letzten Fragebogenteil wurden soziodemografische Daten erhoben. Hier wurden Geschlecht, Alter, Familienstand, Bundesland der Arbeitsstätte, eigenes und Haushaltseinkommen, Anzahl der behandelten Patienten pro Tag sowie Verbesserungsvorschläge abgefragt. Außerdem wurde abschließend gefragt, ob die Befragten sich zu den gegenwärtigen Bedingungen noch einmal für diesen Beruf entscheiden würden.

### **Der „Niedergelassenen-Fragebogen“**

Der Fragebogen für die niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner war nicht ganz so umfangreich und bestand aus 42 Fragen auf insgesamt 12 Seiten, die sich auf 6 verschiedene Themenkomplexe verteilen. Der erste Fragebogenteil bestand wie bei den Klinikern aus Fragen zum beruflichen Hintergrund: Hier wurden Fachgebiet, Beschäftigungsstatus, Praxisform, wissenschaftliche Abschlüsse bzw. Titel, durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und Berufserfahrung erfragt. Der zweite Fragebogenteil beschäftigte sich mit der Fortbildung, d.h. es wurde gefragt, welche Formen der Fortbildung genutzt werden, wie

---

<sup>7</sup> Das Sozioökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland. Sie wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik durchgeführt.

verschiedene Fachinformationsquellen bewertet werden, in welchem zeitlichen Umfang Fortbildung betrieben wird, wie diese finanziert wird, wann sie stattfindet und ob die Befragten CME (Continuous Medical Education) Punkte sammeln. Im dritten Fragebogenkomplex wurden unter dem Stichwort „Weiterbildung“ Facharztstatus, Vergütung während der Weiterbildung, Gründe warum die Facharztweiterbildung nicht in der vorgesehenen Zeit abgeschlossen wurde, Unterstützung durch den Vorgesetzten, Bewertung der theoretischen wie praktischen Weiterbildung sowie Verbesserungsansätze erhoben. Reformansätze im Gesundheitswesen waren zentrales Thema des vierten Fragebogenteils. Hier wurden Einstellung zu Einzelverträgen mit Krankenkassen, Qualitätssicherung ambulanter ärztlicher Leistungen durch staatliche Institutionen, Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch andere Einrichtungen als die KV, integrierte Versorgung, Einführung von DRGs und Einschränkungen in der ambulanten Krankenversorgung, Vertretung durch ärztliche Interessenvertreter, Disease-Management-Programme (DMP), Handlungsbereitschaft im Falle einer harten Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft sowie Verbesserungsansätze sowohl im persönlichen Berufsfeld als auch im System an sich untersucht. Der fünfte Fragebogenteil enthielt wieder den in Anlehnung an das SOEP gestalteten Komplex zur allgemeinen Lebenszufriedenheit ergänzt um Items zum Arztbild und zur Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu Patienten und dem Freundes- und Bekanntenkreis. Im letzten Fragebogenteil wurden soziodemografische Daten wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Bundesland der Niederlassung, durchschnittliche Patientenzahl pro Tag, eigenes und Haushaltseinkommen sowie die Einschätzung, ob die Befragten sich zu den gegenwärtigen Bedingungen noch einmal für diesen Beruf entscheiden würden, erhoben.

Der Gesamt-Fragebogen wurde von einem Experten-Panel (Soziologen, Psychologen und Medizinern unterschiedlicher Fachrichtungen, Alters, Geschlechts und hierarchischer Position) erarbeitet. Logistisch wurde diese Befragung mit dem Deutschen Ärzteblatt abgewickelt. Vor der Versendung durchlief der Fragebogen eine Feasability-Studie, in der er auf verschiedene Aspekte der „Durchführbarkeit“ getestet wurde.

### **4.3 Datenerfassung und -aufbereitung**

Die Datenerfassung der Fragebogen, die bis Mitte April zurückgeschickt wurden, wurde durch die Stabstelle Markt-Media-Service des Deutschen Ärzteverlages koordiniert. Die Eingabe der Daten erfolgte mit Hilfe einer eigens dafür programmierten Microsoft ACCESS Maske, durch die eine Reihe von Plausibilitätschecks schon während der Dateneingabe ermöglicht werden. Die gelieferten ACCESS-Dateien wurden in ein SPSS-Format umgewandelt und mit den entsprechenden Variablen- und Wertelabels versehen. Anschließend folgte eine umfangreiche Datenbereinigung. Zum Zwecke der Qualitätssicherung wurde diese Datenbereinigung parallel ebenfalls in Köln in der Abteilung Markt-Media-Service des Deutschen Ärzteverlages vorgenommen. Abschließend wurden Häufigkeitsauszählungen für alle Variablen der Fragebögen durchgeführt und die Ergebnisse der vorliegenden Datenbereinigung mit den Ergebnissen aus Köln verglichen und abgestimmt. Am Ende dieses Prozesses entstand eine bereinigte Stichprobe, in der die Daten die notwendige Konsistenz für die beabsichtigten Analysen aufweisen.

## 4.4 Statistische Methoden

Die statistische Analyse der vorliegenden Daten erfolgte mit dem Programm SPSS für Windows (Version 12.0). Je nach Fragestellung kamen unterschiedliche Methoden der Auswertung zum Einsatz. Im ersten Auswertungsschritt wurden Kliniker und Niedergelassene zunächst deskriptiv analysiert und dargestellt. Da eine Analyse der Daten ergab, dass bei einigen Items Normalverteilung und Varianzhomogenität nicht gegeben waren, kamen insgesamt parametrische wie nicht-parametrische Verfahren zum Einsatz. Nicht-parametrische Verfahren stellen wesentlich geringere Anforderungen an die Verteilung der Werte in der Grundgesamtheit (in Bezug auf Normalverteilung und Varianzhomogenität), zudem reicht es aus, wenn die Daten ordinalskaliert sind. Diesen Vorteilen steht aber der Nachteil einer geringeren Informationsausschöpfung bei den Variablen gegenüber (Pospischill 2000).

### 4.4.1 Nicht-parametrische Verfahren:

#### Gruppenvergleiche

Vergleiche, bei denen in beiden Variablen nur nominales Skalenniveau gegeben ist (z.B. der Vergleich der beruflichen Position zwischen männlichen und weiblichen Befragten), wurden mit dem *Chi-Quadrat-Test* analysiert. Lagen bei den abhängigen Variablen mindestens ordinalskalierte Daten vor, so wurde der *Mann-Whitney- u-Test* beim Vergleich von zwei unabhängigen Gruppen bzw. der *Kruskal-Wallis-Test* bei mehr als zwei unabhängigen Gruppen eingesetzt.

### 4.4.2 Parametrische Verfahren

#### Gruppenvergleiche

Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen (z.B. Fachbereich, berufliche Position usw.) wurden parametrisch mit dem *t-Test* (beim Vergleich von zwei unabhängigen Gruppen wie z.B. Kliniker versus Niedergelassene) bzw. varianzanalytisch (*einfaktorielle ANOVA* beim Vergleich von mehr als zwei Gruppen) untersucht. Da in der univariaten Varianzanalyse ein signifikantes Ergebnis bedeutet, dass sich mindestens zwei Gruppen signifikant ( $p < .05$ ) unterscheiden, wurden multiple Vergleiche mit post-hoc Vergleichstests

nach Scheffé untersucht, um zu lokalisieren, zwischen welchen Paaren ein statistisch signifikanter Mittelwertsunterschied zum simultanen Signifikanzniveau besteht.

### **Lineare Regression**

Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen wurden anhand von multiplen linearen Regressions-Analysen untersucht. Hierbei werden die Koeffizienten einer Linearkombination mehrerer unabhängiger Variablen geschätzt, um den Wert der abhängigen Variablen möglichst genau anhand von (theoretischen) Modellen vorhersagen zu können. In der Regression wurden durch schrittweise Selektion die Prädiktoren mit dem größten Einfluss aufgenommen, um so das günstigste Modell herauszufinden.

Von diesen signifikanten Modellen wurden diejenigen Modelle ausgewählt, die das größte korrigierte  $R^2$  aufwiesen. Das korrigierte  $R^2$ , der Anteil der durch das angewendete Modell erklärten Varianz, wird angegeben. Die in diesem Modell vorkommenden signifikanten Einflussvariablen werden ebenfalls angegeben.

### **Lineare Transformation**

Aufgrund der unterschiedlichen Skalierung im Fragebogenteil zur allgemeinen Lebenszufriedenheit der vorliegenden Studie (Antwortlevel 1-10) bzw. im Sozioökonomischen Panel (Antwortlevel 0-10) wurde zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit eine lineare Transformation (Cox et al. 1994) auf den Wertebereich von 0-100 gemäß folgender Formel vorgenommen:

$$Score = \frac{(RS - 1)}{Range} \times 100$$

Die Abkürzung RS („Raw Score“) steht in der Formel für den jeweiligen Skalenrohwert. Hohe Werte repräsentieren eine hohe Zufriedenheit, während niedrige Werte ein Kennzeichen für geringe Zufriedenheit bzw. hohe Unzufriedenheit sind.

### **Faktorenanalyse:**

Die Faktorenanalyse zählt zu den dimensionsreduzierenden Verfahren. Sie hat das Ziel, den Grad an Komplexität, der durch Zusammenhänge zwischen den Variablen besteht zu reduzieren. Dazu werden die Variablen in eine möglichst geringe Zahl von unabhängigen Faktoren transformiert. Mit den Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit wurde eine



Hauptkomponenten-Analyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Hierbei wurde das Kaiser-Kriterium zugrunde gelegt, d.h. nur Faktoren mit Eigenwerten  $> 1$  wurden extrahiert. Aus den in der Faktorenanalyse berechneten Faktoren wurden durch Addition einfache Summenskalen gebildet, die anschließend hinsichtlich ihrer Reliabilität (interne Konsistenz, Koeffizient Cronbach's Alpha) überprüft wurden.

### **Bestimmung der internen Konsistenz („Cronbach's Alpha“)**

Die Reliabilität oder auch Zuverlässigkeit beschreibt den Grad der Genauigkeit, mit der ein Test eine Merkmalsdimension erfasst. Die Reliabilität beschreibt die formale Exaktheit der Merkmalerfassung, ungeachtet dessen, ob der Test dieses Merkmal inhaltlich auch misst. Da es verschiedene Zugangsweisen zur Bestimmung der Reliabilität gibt, kann nicht von „der“ Zuverlässigkeit eines Tests oder Fragebogens gesprochen werden, sondern es muss genauer spezifiziert werden, welche Methode gewählt wurde. Im der vorliegenden Studie wurde die Reliabilität im Sinne der internen Konsistenz untersucht. Hierunter wird die durchschnittliche Korrelation zwischen den die Skala bildenden Einzelfragen verstanden, die sich ergeben würde, wenn die Einzelfragen frei von Messfehlern gemessen werden könnten. Der Reliabilitätskoeffizient Cronbach's Alpha wurde für die faktorenanalytisch gewonnenen Skalen des Fragebogenteils zur allgemeinen Lebenszufriedenheit anhand der folgenden Formel ermittelt:

$$\text{Cronbach's Alpha} = \frac{N \times \bar{p}}{1 + \bar{p}(N - 1)}$$

(N: Anzahl der Einzelfragen, p: durchschnittliche Korrelation der die Skala bildenden Einzelfragen) .

Dabei ist ein Wert von 0,8 oder mehr ein Indikator für sehr gute interne Konsistenz, als ausreichend reliabel gilt ein Wert von 0,7 und höher. Ein Wert unter 0,6 wird als nicht mehr auswertbar betrachtet (Carmines et al. 1994).

### **Irrtumswahrscheinlichkeit**

Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% festgelegt. Da die vorliegende Studie mehr explorativen als konfirmatorischen Charakter hat, wurde auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus verzichtet.

## 4.5 Repräsentativität der Stichprobe

Repräsentativität ist eine Güteeigenschaft von Stichproben, die ausdrückt, dass die Stichprobenteilbevölkerung so strukturiert und beschaffen ist, dass die aus diesem Teil gewonnenen Ergebnisse/Erkenntnisse auf die zugrunde liegende Gesamtheit übertragbar sind. Die Stichprobe soll also ein „verkleinertes Abbild“ (Kromrey 1991) einer angebbaren Grundgesamtheit sein.

Zur Gewährleistung der Repräsentativität gibt es verschiedene Auswahlverfahren für Stichproben, durch die sichergestellt werden soll, dass die o.g. Punkte erfüllt sind. Studien werden z.B. dann als repräsentativ bezeichnet, wenn im Rahmen einer Zufallsstichprobe jeder Teilnehmer einer Untersuchungsgrundgesamtheit (hier: alle Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland) die gleiche Chance hat, in einer Befragung vorzukommen beziehungsweise an ihr teilzunehmen.

Die in der vorliegenden Studie zugrunde gelegte Grundgesamtheit ist klar abgegrenzt und empirisch angebbar: sie besteht aus der Gesamtheit aller derzeit in Deutschland berufstätigen Ärztinnen und Ärzte, die entweder ambulant oder stationär tätig sind.

Anhand der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (ohne Verfasser/ Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2004) ist es möglich, Grundgesamtheit und Stichprobe hinsichtlich bestimmter soziodemografischer Merkmale zu vergleichen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurde die Ziehung der Zufallsstichprobe (klassisches Randomverfahren) bei einem Adressverlag in Auftrag gegeben, bei der die Merkmale Geschlecht, Bundesland und Tätigkeitsmerkmal (Niedergelassene und Kliniker zu je 50%) berücksichtigt wurden. Insgesamt wurden 7.000 Personen angeschrieben, davon 3.500 aus dem stationären und 3.500 aus dem ambulanten Bereich.

Der Vergleich ausgewählter soziodemografischer Merkmale (Alter, Geschlecht, Bundesland) der vorliegenden Stichproben mit den Daten der Ärztestatistik der Bundesärztekammer soll Hinweise auf die Qualität der in der Stichprobe gewonnenen Daten geben. Da die Variable „Alter“ in der vorliegenden Studie analog zu den Alterskategorien der Ärztestatistik abgefragt wurden, lassen sich die Verteilungen der Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „Bundesland“ aus Stichprobe und Grundgesamtheit direkt nebeneinander stellen.

Die Geschlechterverteilung in der gezogenen Kliniker- und der Niedergelassenen-Stichprobe ist in Tabelle 6 dargestellt. In der Klinikerstichprobe liegt der Frauenanteil bei 23,9% (resp. 37,6% in der Grundgesamtheit), in der Niedergelassenenstichprobe liegt der Frauenanteil bei 29,9%. (resp. 35,9% in der Grundgesamtheit).

Tabelle 3: Struktur der gezogenen Stichprobe (Quelle: Ärztstudie 2003)

<b>3.500 Kliniker</b>			<b>3.500 Niedergelassene</b>		
Struktur der Stichprobe in Bezug auf Geschlecht			Struktur der Stichprobe in Bezug auf Geschlecht		
	<u>absolut</u>	<u>in %</u>		<u>absolut</u>	<u>in %</u>
weiblich	838	23,9	weiblich	1048	29,9
männlich	2662	76,1	männlich	2452	70,1
<b>Summe</b>	<b>3500</b>	<b>100,0</b>	<b>Summe</b>	<b>3500</b>	<b>100,0</b>

Auch wenn eine Stichprobe die Grundgesamtheit in der Regel nicht perfekt abbildet, so deuten die gefundenen Abweichungen in der Geschlechterverteilung zwischen gezogener Stichprobe und Grundgesamtheit an, dass die weiblichen Befragten in der Studie möglicherweise unterrepräsentiert sind. Aus diesem Grund wird im nächsten Schritt die tatsächlich realisierte Stichprobe, d.h. die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte die geantwortet haben, hinsichtlich soziodemografischer Merkmale mit der Grundgesamtheit verglichen.

Insgesamt wurden 2.165 Fragebögen an das Deutsche Ärzteblatt zurückgeschickt. Dies bedeutet eine Rücklaufquote von 31,3% für die Kliniker (N= 1.094) und 30,6% für die Niedergelassenen (N= 1.071).

Tabelle 4: Vergleich des Frauenanteils (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Frauenanteil in der Grundgesamtheit	Frauenanteil der Angeschriebenen	Frauenanteil in der Auswertung
Kliniker	37,6%	23,9%	18,5%
Niedergelassene	35,9%	29,9%	27,8%

Schon bei alleiniger Betrachtung der Variable „Geschlecht“ zeigt sich eine deutliche Verzerrung der Stichprobe. Die weiblichen Befragten sind sowohl in der Kliniker- wie auch in der Niedergelassenenstichprobe zu einem deutlich geringeren Prozentsatz vertreten als in der Grundgesamtheit. Besonders deutlich wird diese Diskrepanz in der Gruppe der Klini-

ker: hier ist der Frauenanteil in der Grundgesamtheit (37,6%) doppelt so hoch wie der Frauenanteil in der Stichprobe (18,5%).

Auch in Hinblick auf die Altersverteilung zeigen sich Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe. In Tabelle 8 und 9 werden die Altersverteilungen von Klinikern und Niedergelassenen mit den Daten der Bundesärztekammer verglichen. Zur besseren Vergleichbarkeit wurde zusätzlich die Spalte „Index“ eingeführt.

Tabelle 5: Vergleich der Altersverteilungen bei den Klinikern (Quelle: Ärztstudie 2003)

Kliniker n=1.094 Alter	Befragung		Bundesärztekammer		INDEX BÄK = 100
	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	
bis 34 Jahre	105	9,6	45.772	31,8	30
35-39 Jahre	153	14,0	32.663	22,7	62
40-49 Jahre	425	38,8	39.003	27,1	143
50-59 Jahre	274	25,0	18.918	13,2	190
über 60 Jahre	131	12,0	7.482	5,2	230
Keine Antwort	6	0,5			
insgesamt	1094	100,0	143.838	100	

Bei den Klinikern zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit. In der Stichprobe sind die älteren Befragten deutlich überrepräsentiert, was sich besonders in den Gruppen „50-59 Jahre“ und „über 60 Jahre“ niederschlägt. Der Anteil der über 50-Jährigen (sowohl in der Gruppe „50-59 Jahre“ als auch in der „über 60 Jahre“) ist in der Stichprobe etwa doppelt so hoch wie in der Grundgesamtheit. Erkennbar unterrepräsentiert sind mit einem Prozentanteil von 31,8% (in der Grundgesamtheit) resp. 9,6% (in der Stichprobe) vor allem die ganz jungen Kolleginnen und Kollegen (bis 34 Jahre).

Tabelle 6: Vergleich der Altersverteilungen bei den Niedergelassenen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Niedergelassene n=1.071	Befragung		Bundesärztekammer		INDEX BÄK = 100
	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	
Alter					
bis 34 Jahre	7	0,7	1.152	0,9	70
35-39 Jahre	96	9,0	10.463	8,5	105
40-49 Jahre	379	35,4	46.487	37,8	94
50-59 Jahre	413	38,6	44.074	35,8	108
über 60 Jahre	172	16,1	20.964	17,0	94
Keine Antwort	4	0,4			
insgesamt	1071	100,0	123.140	100,0	

In der Verteilung der Variable „Alter“ zeigte sich bei den Niedergelassenen eine verhältnismäßig gute Übereinstimmung. Auch wenn die Spalte Index den Schluss nahe legt, dass auch hier die jüngeren Befragten unterrepräsentiert sind, so ist die absolute Differenz zwischen der Verteilung der Stichprobe und der Grundgesamtheit mit maximal 2,8 Prozentpunkten sehr gering.

Tabelle 7: Vergleich der Bundesländer bei den Niedergelassenen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Kliniker n=1.094	Befragung		Bundesärztekammer		INDEX BÄK = 100
	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	
Bundesland					
Berlin	54	4,9	8.447	5,9	84
Bremen	9	0,8	1.559	1,1	76
Baden-Württemberg	148	13,5	18.655	13,0	104
Bayern	154	14,1	21.406	14,9	95
Brandenburg	10	0,9	3.622	2,5	36
Hamburg	32	2,9	4.325	3,0	97
Hessen	77	7,0	10.381	7,2	98
Mecklenburg-Vorpommern	19	1,7	2.980	2,1	84
Niedersachsen	107	9,8	11.690	8,1	120
Nordrhein-Westfalen	244	22,3	33.050	23,0	97
Rheinland-Pfalz	56	5,1	6.256	4,3	118
Sachsen	57	5,2	6.663	4,6	112
Sachsen-Anhalt	35	3,2	4.048	2,8	114
Saarland	18	1,6	2.087	1,5	113
Schleswig-Holstein	36	3,3	4.961	3,4	95
Thüringen	29	2,7	3.708	2,6	103
Keine Antwort	9	0,8			
insgesamt	1094	100,0	143.838	100,0	

Beim Vergleich der Bundesländer zeigte sich eine gute Übereinstimmung zwischen den Daten der Grundgesamtheit und der Stichprobe. Die absolute Differenz der Prozentwerte beider Gruppen liegt maximal bei 1,6 (Brandenburg). Die Befragten aus dem Bundesland Brandenburg sind in der Kliniker- Stichprobe leicht unterrepräsentiert.

Tabelle 8: Vergleich der Bundesländer bei den Niedergelassenen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Niedergelassene n=1.071 Bundesland	Befragung		Bundesärztekammer		INDEX BÄK = 100
	absolut	Anteil in %	absolut	Anteil in %	
Berlin	55	5,1	6.640	5,4	95
Bremen	17	1,6	1.312	1,1	149
Baden-Württemberg	168	15,7	16.054	13,0	120
Bayern	203	19,0	20.412	16,6	114
Brandenburg	24	2,2	3.182	2,6	87
Hamburg	28	2,6	3.418	2,8	94
Hessen	94	8,8	9.522	7,7	114
Mecklenburg-Vorpommern	20	1,9	2.401	1,9	96
Niedersachsen	95	8,9	10.811	8,8	101
Nordrhein-Westfalen	206	19,2	25.325	20,6	94
Rheinland-Pfalz	46	4,3	5.834	4,7	91
Sachsen	18	1,7	5.911	4,8	35
Sachsen-Anhalt	19	1,8	3.277	2,7	67
Saarland	21	2,0	1.593	1,3	152
Schleswig-Holstein	39	3,6	4.186	3,4	107
Thüringen	18	1,7	3.262	2,6	63
Keine Antwort					
insgesamt	1.071	100,0	123.140	100	

Auch die Niedergelassenen sind in Bezug auf die Bundesländer zufrieden stellend in der Stichprobe abgebildet. Hier sind die Befragten aus dem Bundesland Sachsen in der Stichprobe leicht unterrepräsentiert, wohingegen die Befragten aus Baden-Württemberg leicht überrepräsentiert sind.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass besonders die Stichprobe der Kliniker trotz Zufallsauswahl kein perfektes Abbild der Grundgesamtheit darstellt. Insgesamt fallen die folgenden Abweichungen der Stichprobe von der Grundgesamtheit auf:

- Der Anteil der jüngeren Befragten (bis 34 Jahre) wird in der Klinikerstichprobe deutlich unterschätzt. Dies ist von Bedeutung für die weitere Analyse und Interpretation der nachfolgenden Ergebnisse, da empirische Befunde der Zufriedenheitsforschung zeigen,

dass es zwischen Zufriedenheit und Alter einen linearen Zusammenhang gibt: Mit zunehmendem Alter steigt die Zufriedenheit (Glatzer et al. 1984).

- Weibliche Befragte sind in der Klinikerstichprobe deutlich unterrepräsentiert. Auch hieraus ergibt sich eine deutliche Verzerrung, da Studienergebnisse in der Literatur daraufhin deuten, dass sich die berufliche Situation und Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten deutlich unterscheidet (Abele 2001).
- Der Anteil von Ärztinnen und Ärzten aus den neuen Bundesländern liegt in der Kliniker- wie in der Niedergelassenen-Stichprobe leicht unter dem Anteil in der Grundgesamtheit. Bei den Klinikern ist der Anteil der Befragten aus Brandenburg geringer, als aufgrund der Daten der Ärztestatistik zu erwarten wäre. Bei den Niedergelassenen ist der Anteil der Rückläufe aus Sachsen geringer als erwartet.

Es findet sich also eine deutliche Verzerrung zuungunsten sowohl der weiblichen Befragten als auch der Befragten, die jünger als 34 Jahre sind. Tendenziell sind darüber hinaus sowohl bei den Klinikern wie bei den Niedergelassenen die Ärztinnen und Ärzte aus den neuen Bundesländern in der Stichprobe schwächer vertreten. Vom Design her (geschichtete Zufallsstichprobe) hätte es theoretisch keine großen Abweichungen in Bezug auf Alter und Bundesland zwischen Stichproben und Grundgesamtheit geben dürfen, da junge und alte Befragten bei einer Zufallsauswahl die gleiche Chance haben, in die Stichprobe aufgenommen zu werden und die Variable „Bundesland“ sogar bei der Stichprobenziehung berücksichtigt wurde. Aus diesem Grunde wurden im nächsten Arbeitsschritt Gewichtungen für die vorliegende Stichprobe eingeführt.

## 4.6 Gewichtungen

Mit einer Gewichtung soll erreicht werden, dass die Stichprobenprofile für bestimmte Untersuchungsmerkmale in der Stichprobe nach der Gewichtung dem tatsächlichen Profil in der Grundgesamtheit näher sind als vor der Gewichtung. Das Ziel von Gewichtungen ist also die Beseitigung von Verzerrungen. „Unter Gewichtungen verstehen wir im Rahmen der Umfrageforschung heute grundsätzlich die Vergabe von positiven reellen Zahlen, die Gewichtungsfaktoren, an die Merkmalsträger, d.h. an die die befragten Personen repräsentierenden Merkmalsvektoren bzw. –im technischen Sinne- an die entsprechenden Datensätze...“ (Rösch 1994). Es handelt sich also um eine Fallgewichtung, bei der die einzelnen Fälle/ Merkmalsträger Globalgewichte erhalten, die für eine ganze Reihe von verschiedenen Merkmalen bzw. z.T. auch für alle erhobenen Merkmale gelten. Gewichtungen werden hauptsächlich aus drei Gründen vorgenommen (Rösch 1994):

- Design-Erfordernisse,
- Versuch der Reduktion des Zufallsfehlers durch Schichtung a posteriori und
- Versuch der Reduktion des Nonresponse-Fehlers.

Die vorliegende Studie wurde gewichtet, indem die Randverteilungen der Stichprobe an die bekannten Randverteilungen der Grundgesamtheit angepasst wurden. Zu diesem Zweck wurden die Verteilungen der Variablen Alter und Geschlecht für die Konstruktion der Gewichtungsfaktoren herangezogen.

Tabelle 9: Vergleich der Struktur vor und nach Gewichtung (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Alter	vor Gewichtung		Grundgesamtheit (Ärzte-statistik)		nach Gewichtung	
		absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent	absolute Häufigkeit	Prozent
männlich	bis 34 Jahre	68	7,67	23785	26,51	179,91	26,53
	35 bis 39 Jahre	113	12,75	20053	22,35	151,68	22,37
	40 bis 49 Jahre	344	38,83	25591	28,52	193,57	28,54
	50 bis 59 Jahre	240	27,09	14218	15,85	107,10	15,79
	über 60 Jahre	121	13,66	6068	6,76	45,90	6,77
	gesamt	886	100,00	89715	100,00	678,16	100,00
weiblich	bis 34 Jahre	37	18,41	21987	40,62	166,31	40,62
	35 bis 39 Jahre	40	19,90	12610	23,30	95,38	23,30
	40 bis 49 Jahre	81	40,30	13412	24,78	101,45	24,78
	50 bis 59 Jahre	33	16,42	4700	8,68	35,55	8,68
	über 60 Jahre	10	4,98	1414	2,61	10,70	2,61
	gesamt	201	100,00	54123	100,00	409,39	100,00



Da bei den Klinikern für sieben Personen (0,6% der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte) keine Angaben zum Alter oder Geschlecht vorlagen, war es nicht möglich, diese Fälle bei der Gewichtung zu berücksichtigen. Der Klinikerdatsatz reduziert sich für die nachfolgenden Berechnungen auf N=1.087 Fälle. Die Gewichtungsfaktoren sind als Versuch zu betrachten, die Grundgesamtheit besser abzubilden. Dennoch ist nicht sichergestellt, dass durch die Gewichtung anhand der Variablen „Alter“ und „Geschlecht“ auch Repräsentativität für alle übrigen erhobenen Variablen sichergestellt ist.

#### 4.7 Referenzwerte aus dem Sozioökonomischen Panel

Das Sozioökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte in Deutschland. Sie wird im jährlichen Rhythmus seit 1984 bei denselben Personen und Familien in der Bundesrepublik vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) durchgeführt. Bereits im Juni 1990, also noch vor der Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion, wurde die Studie auf das Gebiet der ehemaligen DDR ausgeweitet.

Mit Hilfe des SOEP können die politischen und gesellschaftlichen Veränderungen (sozialer Wandel) beobachtet und analysiert werden, denn der Datensatz gibt sowohl Auskunft über objektive Lebensbedingungen als auch über subjektiv wahrgenommene Lebenszufriedenheit, über den Wandel in verschiedenen Lebensbereichen und über die Abhängigkeiten, die zwischen verschiedenen Lebensbereichen und deren Veränderungen existieren.

Das SOEP deckt ein weites Themenspektrum ab. Es liefert kontinuierlich Informationen u. a. über:

- Haushaltszusammensetzung, Wohnsituation;
- Erwerbs- und Familienbiographien;
- Erwerbsbeteiligung und berufliche Mobilität;
- Einkommensverläufe;
- Gesundheit;
- gesellschaftliche Partizipation;
- Lebenszufriedenheit.

Im Sozioökonomischen Panel (SOEP) wird die Lebenszufriedenheit erhoben über die Frage: "Zum Schluss möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Antworten Sie bitte wieder anhand der folgenden Skala, bei der ,0' ganz und gar unzufrieden, ,10' ganz und gar zufrieden bedeutet. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?". Die in der Befragung des Jahres 2002 abgefragten Dimensionen der Zufriedenheit lauten: Gesundheit, Arbeit, Tätigkeit im Haushalt, Einkommen des Haushaltes, Wohnung, Freizeit, vorhandene Möglichkeiten der Kinderbetreuung, Netz der sozialen Sicherung, Zustand der Umwelt in der Region und Lebensstandard allgemein. Die Antworten werden im SOEP als Durchschnittswerte der 11er-Skala ausgewertet.

Die Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) fungieren als Referenzwerte für die Lebenszufriedenheitswerte der Medizinerinnen und Mediziner der vorliegenden Studie. Durch die Tatsache, dass in der Ärztstudie die gleichen Dimensionen der Lebenszufriedenheit abgefragt wurden wie im Sozioökonomischen Panel, ist es möglich die Zufriedenheitswerte der Ärztinnen und Ärzte mit den Werten der „Normalbevölkerung“ zu vergleichen.

## 5. Ergebnisse (Darstellung und Interpretation der empirischen Befragungsergebnisse)

Wie beschrieben stellt die realisierte Rücklaufquote das erste wesentliche Ergebnis dar, da sich hieraus die Angaben zur Repräsentativität ableiten (vgl. Kapitel 5.5). Aus der Grundgesamtheit aller Medizinerinnen und Mediziner in Deutschland wurde eine Stichprobe der Größe N=7.000 (je 3.500 Kliniker und Niedergelassene) gezogen und angeschrieben. Bis zum Stichtag (01.04.2003) gingen insgesamt 2.165 Fragebögen beim Deutschen Ärzteblatt ein und gelangten in die Auswertung. Die Gesamtrücklaufquote beträgt somit 30,9%. Die Rücklaufquoten von Klinikern und Niedergelassenen sind beinahe identisch (31,2% resp. 30,2%).

Tabelle 10: Rücklaufquoten (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Rücklauf absolut	Rücklauf in Prozent
Kliniker	1094	31,3
Niedergelassene	1071	30,6
Gesamt	2165	30,9

Differenziert man bei der Betrachtung der Rücklaufquote zusätzlich nach Geschlecht, so finden sich leichte Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten. Sowohl bei den Klinikern wie auch bei den Niedergelassenen ist die Rücklaufquote der weiblichen Befragten schlechter als bei den männlichen Befragten. Besonders deutlich wird diese Diskrepanz bei den Klinikern: Hier liegen fast zehn Prozentpunkte Unterschied zwischen der Rücklaufquote der Ärztinnen (23,99%) und der Ärzte (33,28%).

Tabelle 11: Rücklaufquoten differenziert nach Geschlecht (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Kliniker			Niedergelassene		
	angeschrieben	Rücklauf		angeschrieben	Rücklauf	
	<b>absolut</b>	<b>absolut</b>	<b>in %</b>	<b>absolut</b>	<b>absolut</b>	<b>in %</b>
weiblich	838	201	23,99	1048	298	28,44
männlich	2662	886	33,28	2452	773	31,53
<b>gesamt</b>	<b>3500</b>	<b>1087</b>	<b>31,06</b>	<b>3500</b>	<b>1071</b>	<b>30,60</b>

Eine Non-Responder-Analyse, d.h. eine Befragung derjenigen Personen, die für die Stichprobe angeschrieben wurden, die an der Befragung aber letzten Endes nicht teilgenommen haben, war aufgrund der strengen Anonymisierung nicht möglich. Die Gesamtrücklaufquote ist in Anbetracht der Länge des Fragebogens als mehr als zufrieden stellend zu bewerten (Klein et al. 2000).

## 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe derjenigen, die geantwortet haben (N=2.165), detailliert beschrieben. Ab Kapitel 6 wurde mit „Befragte“ diejenigen Personen bezeichnet, die den Fragebogen ausgefüllt zurückgeschickt haben. Die Klinikerstichprobe unterscheidet sich hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale erwartungsgemäß von der Niedergelassenenstichprobe (vgl. Tabelle 15). Die Ärztinnen und Ärzte aus der Klinikerstichprobe sind im Durchschnitt jünger als die der Niedergelassenenstichprobe. Während der Anteil der Befragten unter 34 Jahren bei den Klinikern mit 31,8% deutlich höher als bei den Niedergelassenen ist, ist bei den Niedergelassenen die Altersgruppe über 60 Jahre häufiger vertreten. Die Verteilungen von Klinikern und Niedergelassenen unterscheiden sich statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test,  $p > .05$ ). Gleiches gilt für die Variable Berufserfahrung, die in linearem Zusammenhang mit dem Alter der Befragten steht. In der Klinikerstichprobe beträgt der Anteil der weiblichen Befragten 37,6%, in der Niedergelassenenstichprobe liegt dieser Anteil bei 27,8%. Deutlich höher ist der Anteil der Ledigen unter den Klinikern (23,9%) als unter den Niedergelassenen (4,3%). Entsprechend ist der Prozentsatz der Verheirateten unter den Niedergelassenen (83,3) höher als unter den Klinikern (62,1%).

Tabelle 12: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Kliniker (nach Gewichtung)	Niedergelassene	gesamt
Alter	bis 34 Jahre	31,8%	0,7%	16,%
	35 bis 39 Jahre	22,7%	9,0%	15,9%
	40 bis 49 Jahre	27,1%	35,5%	31,3%
	50 bis 59 Jahre	13,2%	38,7%	25,8%
	über 60 Jahre	5,2%	16,1%	10,6%
Geschlecht	männlich	62,4%	72,2%	67,2%
	weiblich	37,6%	27,8%	32,8%
Familienstand	ledig	23,9%	4,3%	14,2%
	verheiratet	62,1%	83,3%	72,6%
	zusammenlebend	11,1%	4,6%	7,9%
	geschieden	2,5%	6,4%	4,4%
	verwitwet	0,4%	1,4%	0,9%
Berufserfahrung	weniger als 5 Jahre	17,9%	1,0%	9,5%
	5 bis 9 Jahre	25,1%	4,3%	14,8%
	10 bis 14 Jahre	18,8%	15,4%	17,1%
	15 bis 20 Jahre	14,6%	24,0%	19,3%
	21 bis 25 Jahre	10,8%	21,4%	16,1%
	26 bis 29 Jahre	4,5%	14,0%	9,3%
	30 Jahre und mehr	8,2%	19,7%	13,9%

## 5.2 Arbeitszeit/ Überstunden

Die Arbeitszeit wurde nur bei den abhängig Beschäftigten, d.h. den Klinikern, erfragt. Für die Auswertung dieses Teilbereiches liegt also die Grundgesamtheit aller Kliniker der Stichprobe (N=1.088) zugrunde.

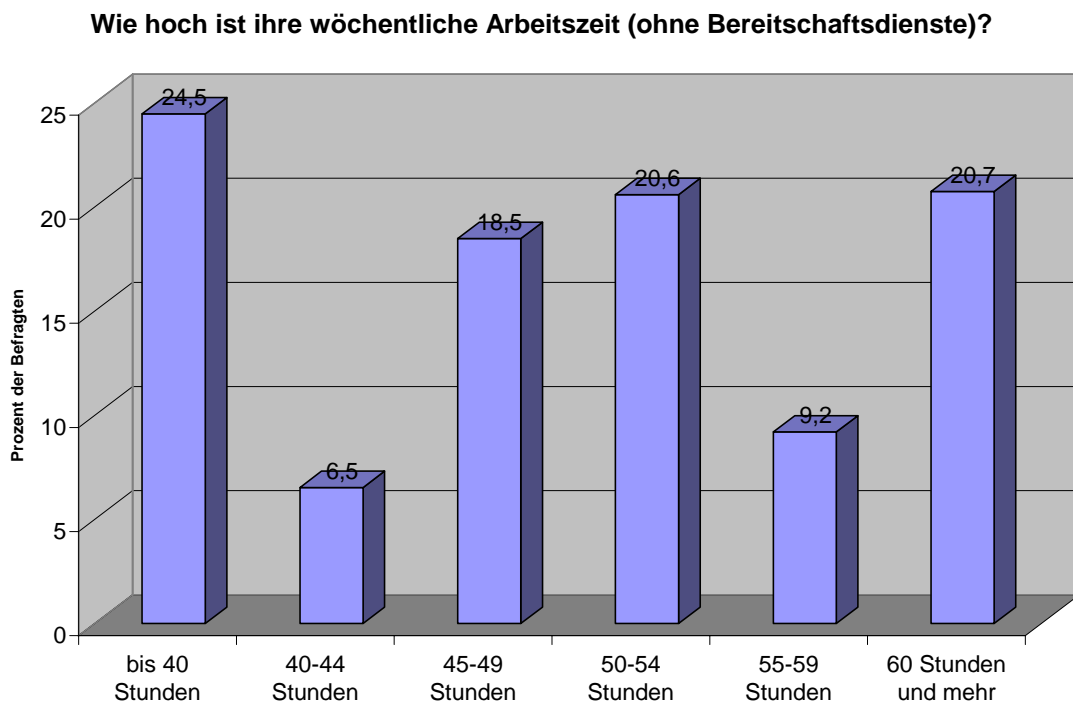


Abbildung 5: Arbeitszeit aller Kliniker (Quelle: Ärztstudie 2003)

Etwa ein Viertel der Befragten (24,5%) arbeiten bis zu 40 Stunden pro Wochen, 61% arbeiten mehr als 45 Stunden die Woche und jeder fünfte (20,7%) arbeitet sogar 60 Stunden und mehr.

Tabelle 13: Beschäftigungsstatus der Befragten (Quelle: Ärztstudie 2003)

	männliche Befragte	weibliche Befragte	gesamt
Vollzeitstelle	97,5% (N=662)	77,7% (N=317)	90,1% (N=979)
Teilzeitstelle	2,4% (N=16)	20,1% (N=82)	9,0% (N=98)
Drittmittelstelle	0,1% (N=1)	2,2% (N=9)	0,9% (N=10)
gesamt	100% (N=679)	100% (N=408)	100% (N=1087)



Für einen Befragten liegt keine Angabe zum Beschäftigungsstatus vor. Insgesamt sind 90,1% der Befragten in Vollzeit angestellt. Der Beschäftigungsstatus ist nicht unabhängig vom Geschlecht der Befragten: Unter den Ärztinnen ist der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen deutlich höher als bei den Ärzten.

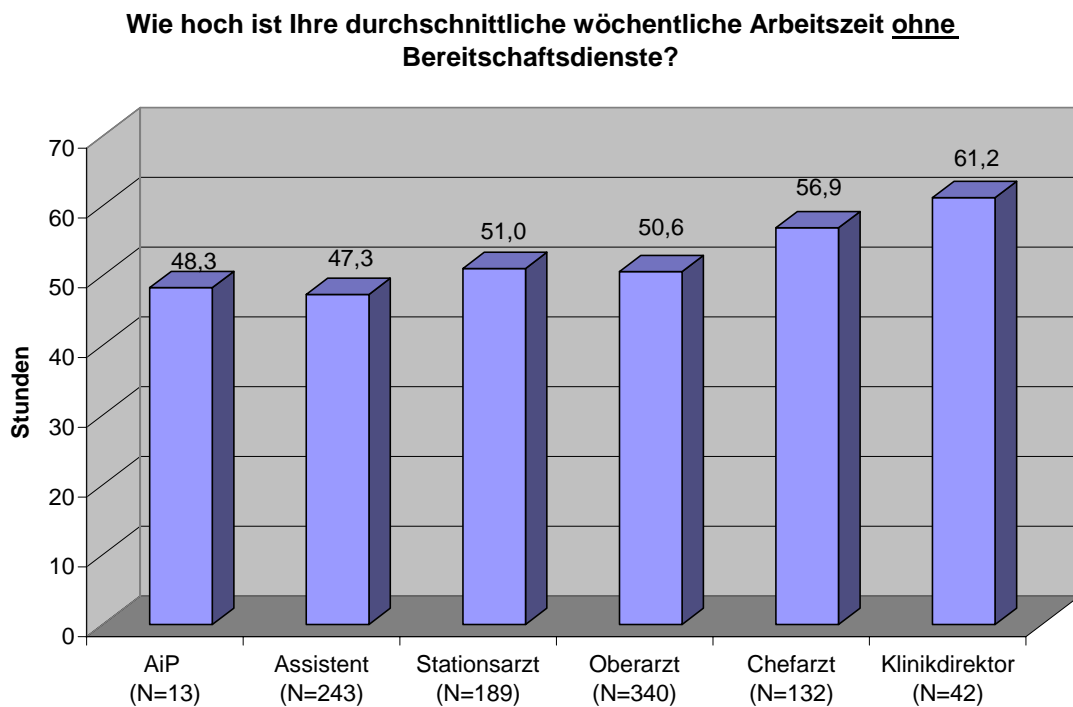


Abbildung 6: Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten (Quelle: Ärztstudie 2003)

Bei Betrachtung der Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienste) in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus zeigt sich ein linearer Trend: Je höher die berufliche Position der Befragten in der Hierarchie angesiedelt ist, desto höher ist auch die Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden. Betrachtet wurden in diesem Analyseschritt jedoch nur die Vollzeitbeschäftigten.

**Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit ohne Bereitschaftsdienste?**

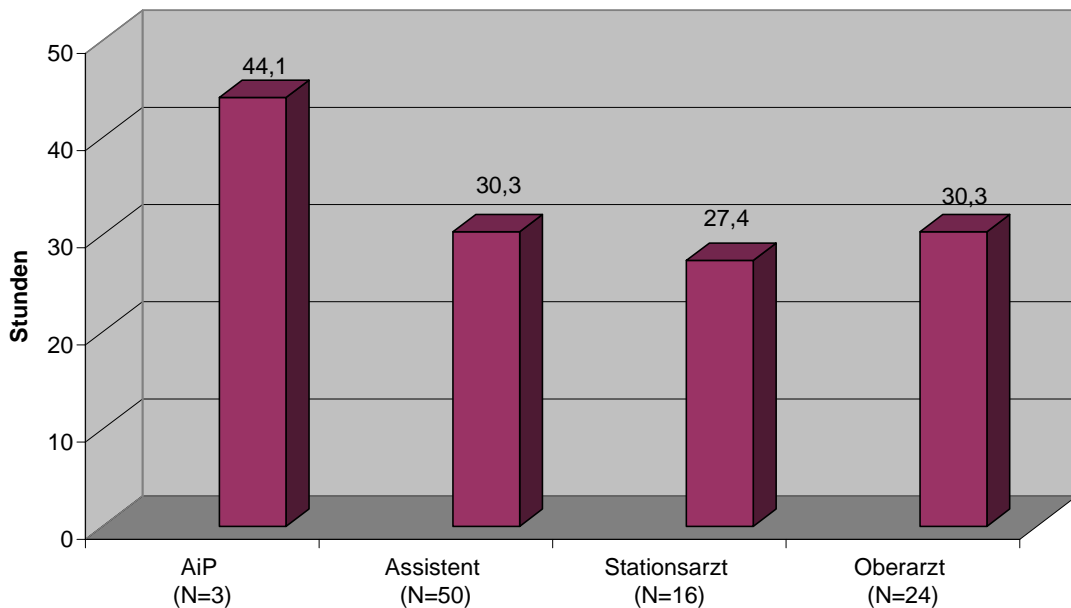


Abbildung 7: Arbeitszeit bei den Teilzeitbeschäftigten (Quelle: Ärztstudie 2003)

In der Gruppe der Teilzeitbeschäftigten sind die Positionen Chefarzt und Klinikdirektor nicht vertreten. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von Assistenzärzten, Stationsärzten und Oberärzten unterscheidet sich bei den Teilzeitkräften nicht wesentlich. Die Gruppe der Ärzte im Praktikum (AIP) ist nur der Vollständigkeit halber in die Grafik aufgenommen worden, die absolute Anzahl von N=3 Ärzten im Praktikum ist definitiv zu klein, um sie hier noch sinnvoll als Subgruppe auszuwerten.

Pro Monat werden von allen befragten Klinikern (Vollzeit- und Teilzeitkräfte) im Durchschnitt 6,96 Bereitschaftsdienste geleistet, die Anzahl der geleisteten Bereitschaftsdienste von Vollzeitkräften (6,9 Dienste) und Teilzeitbeschäftigten (7,3 Dienste) unterscheiden sich statistisch nicht signifikant (T-Test,  $p > .05$ ).

93,5% der Befragten leisten Überstunden, nur 6,5% der Befragten beantworteten die Frage „Wie viele Überstunden leisten Sie in der Woche (ohne Bereitschaftsdienst)?“ als für sie nicht zutreffend.

Tabelle 14: Anzahl der Überstunden/ Woche (ohne Bereitschaftsdienst)? (Quelle: Ärztestudie 2003)

	Häufigkeit	gültige Prozente
bis 5 Stunden	247	23,0
bis 10 Stunden	348	32,3
bis 15 Stunden	172	16,0
bis 20 Stunden	138	12,8
mehr als 25 Stunden	102	9,4
trifft auf mich nicht zu	70	6,5
gesamt	1077	100,0

44,7% der Befragten leisten mehr als zehn Überstunden pro Woche. Die Anzahl der pro Woche geleisteten Überstunden liegt bei den Vollzeitbeschäftigten bei 2,8 Stunden, die Teilzeitbeschäftigten leisten pro Woche durchschnittlich 2,3 Überstunden.

Die geleistete Mehrarbeit wird bei einem Viertel der Befragten (24,6%) als Überstunden angeordnet.

**Wird geleistete Mehrarbeit bei Ihnen als Überstunden angeordnet?**

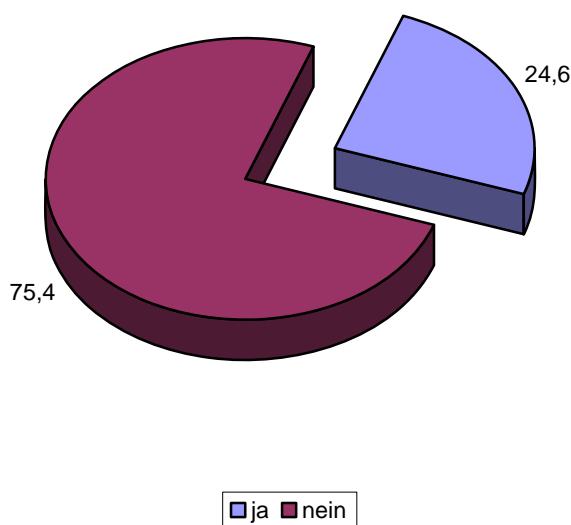


Abbildung 8: Anordnung von Überstunden (Quelle: Ärztestudie 2003)

Von den Befragten gaben 54,6% an, dass Überstunden bei ihnen gar nicht vergütet werden, bei 21,8% werden Überstunden in Freizeit ausgeglichen und bei 10,1% werden sie ausbezahlt. 13,5% der Befragten gaben an, dass Überstunden teils in Freizeit, teils in Geld abgegolten werden.

### Wie werden geleistete Überstunden bei Ihnen vergütet?

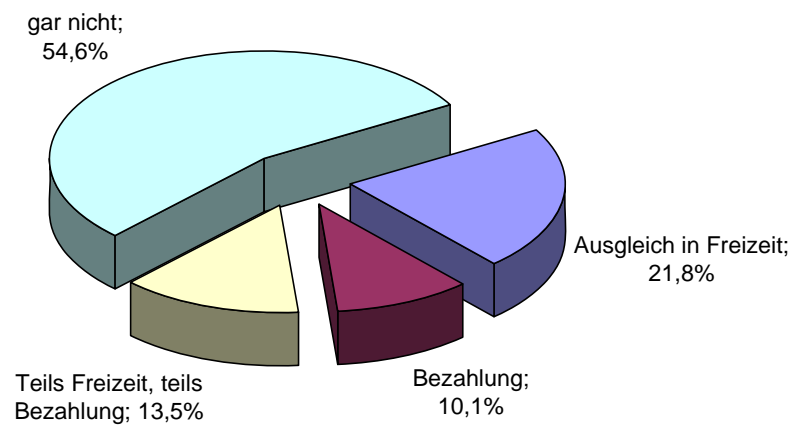


Abbildung 9: Vergütung geleisteter Überstunden (Quelle: Ärztstudie)

Auf die Frage „Wie sollte Ihrer Meinung nach geleistete Mehrarbeit vergütet werden?“ antworteten immerhin 21 Befragte (2,0%), dass Überstunden nicht vergütet werden müssen, da sie ihrem Selbstverständnis nach zum Arztberuf dazugehören. 18,3% der Befragten wünscht sich einen Ausgleich in Freizeit, 11,0% bevorzugen Bezahlung. Die Mehrheit der Befragten (59,9%) sprach sich für eine Lösung aus, die einen Ausgleich sowohl in Freizeit als auch Bezahlung vorsieht. 8,7% der Befragten sprachen sich für ein höheres Grundgehalt aus, bei dem Überstunden pauschal eingeschlossen sind.

Tabelle 15: Wie sollten Überstunden ausgeglichen werden? (Quelle: Ärztstudie 2003)

	absolute Häufigkeit	Prozent
Ausgleich in Freizeit	197	18,3
Bezahlung	119	11,0
Teils Freizeit, teils Bezahlung	645	59,9
Höheres Grundgehalt mit Einschluss der Überstunden (pauschal)	94	8,7
Überstunden müssen nicht vergütet werden	21	2,0
Gesamt	1077	100

### 5.3 Organisation und Leitung

Die Bewertung von Organisation und Leitung wurde nur bei den abhängig Beschäftigten, d.h. den Klinikern, erfragt. Aus diesem Grund beträgt die Grundgesamtheit für diesen Themenkomplex N= 1.087.

Die größte Zustimmung findet das Item „Durch den Kostendruck hat sich die tägliche ärztliche Tätigkeit verschlechtert“, 55,2 Prozent der Befragten stimmen dieser Aussage voll und ganz zu, 34,2% stimmen ihr eher zu, nur insgesamt 10,6% stimmten eher nicht oder gar nicht zu. Auch das Betriebsklima wird von der Mehrzahl der Befragten positiv bewertet. Der Aussage „Das Betriebsklima ist gut“ stimmten 25% der Befragten voll und ganz zu, 52,8 % stimmten eher zu, 18,7% stimmten eher nicht zu und 3,5% konnten der Aussage ganz und gar nicht zustimmen. Auch den Statements „Die Leitung ist an der Meinung der Mitarbeiter interessiert“ und „Die Leitung setzt sich für die Mitarbeiter ein“ werden von mehr als der Hälfte der Befragten positiv bewertet (jeweils 56,7% antworteten „trifft voll und ganz zu“ oder „trifft eher zu“). Bei der Aussage „Prozesse in der Klinik werden kontinuierlich angepasst und verbessert“ polarisierten die Befragten: Etwa die Hälfte (51,6%) stimmte voll und ganz bzw. eher zu, 48,4% der Befragten waren hingegen der Meinung, dass dies eher nicht bzw. gar nicht zutrifft. Jeweils mehr die Hälfte der Befragten bewerteten die Anzahl der Pflegekräfte (55,8%) und der ärztlichen Mitarbeiter (69,1%) als eher nicht bzw. gar nicht ausreichend. Das Statement „In der Abteilung finden Mitarbeitergespräche ausreichend statt“ wird von 7,1% als „trifft voll zu“ und von 35,8% als „trifft eher zu“ beurteilt, während 21,6% der Befragten der Meinung sind, dass dies gar nicht zutrifft. Die überwiegende Mehrzahl (72,9%) der Befragten ist nicht bzw. eher nicht der Meinung, dass die Leitung für Führungsaufgaben speziell geschult ist. Die Aussage „Mit den Vorgesetzten werden Karriereziele vereinbart, die regelmäßig evaluiert werden“ wird von 50,6% der Antwortenden mit „trifft gar nicht zu“ beurteilt. Lediglich 2,6% der Befragten bewerteten dies mit „trifft voll und ganz zu“. In den wenigsten Abteilungen findet externes Coaching statt. Nur 2,2% der Befragten antworteten, dass dies voll und ganz bzw. 7,1%, dass es eher zutrifft. Über 90% (90,7%) der Befragten gaben an, dass externes Coaching in der Abteilung eher nicht oder gar nicht stattfindet.

## Organisation und Leitung

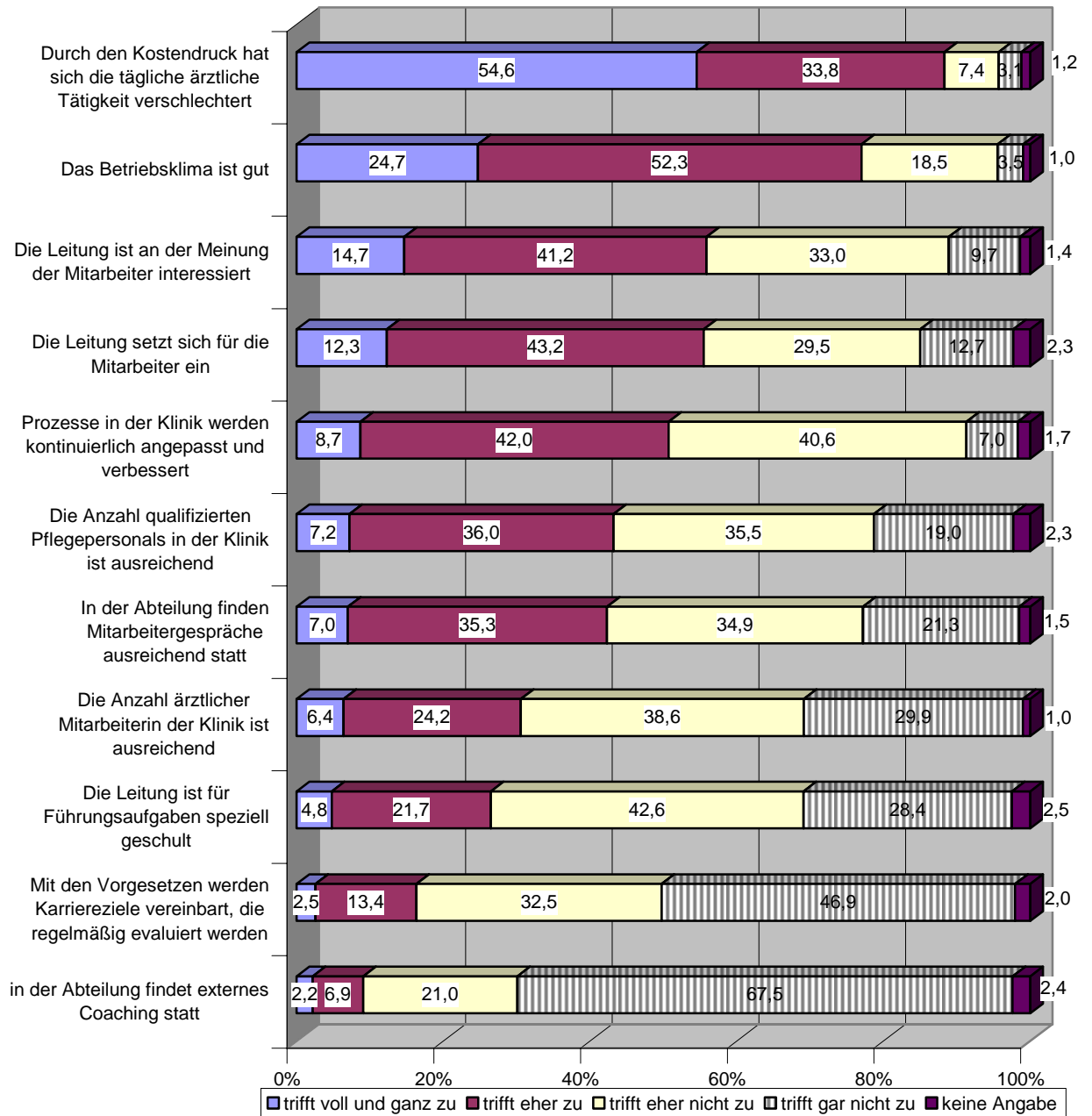


Abbildung 10: Organisation und Leitung (Quelle: Ärztstudie 2003)

## 5.4 Fort- und Weiterbildung

Der Bereich „Fort- und Weiterbildung“ betrifft sowohl Kliniker als auch Niedergelassene. Basis für die nachfolgenden Auswertungen ist daher wieder die Gesamtstichprobe (N=2.1655).

### Weiterbildungszeiten

1730 Befragte (80,5%) gaben an, die Facharzt-Weiterbildung abgeschlossen zu haben. Betrachtet man einzelne Fachgebiete, so ist der Anteil der Befragten mit abgeschlossener Facharztausbildung in der Stichprobe überdurchschnittlich hoch in der Anästhesiologie/ Intensivmedizin sowie in der Frauenheilkunde/ Geburtshilfe (85,3 bzw. 82,9%).

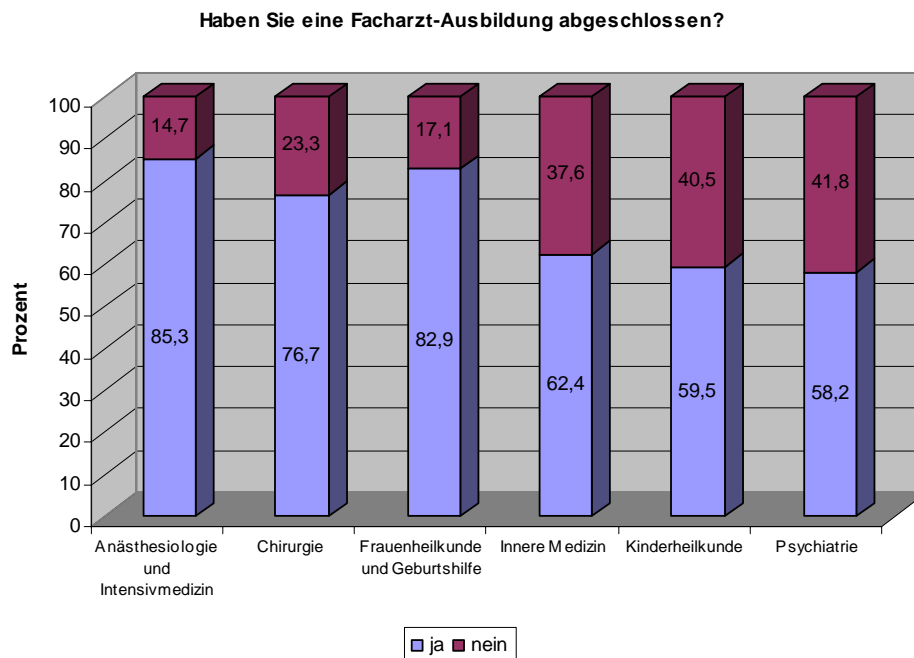


Abbildung 11: Facharztausbildung (Quelle: Ärztstudie 2003)

Auch die Frage „Konnten Sie Ihre Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung in der vorgesehenen Zeit abschließen?“ wird vom Großteil der Befragten mit ja beantwortet. In der vorliegenden Stichprobe konnten prozentual in etwa gleich viele Männer und Frauen ihre Weiterbildung nicht zeitgerecht beenden. Betrachtet man die Gründe, so geben Frauen dienstliche Gründe seltener (57,1%) als Männer (62,6%) an. Frauen dagegen geben „persönliche Gründe“ mit 48% signifikant häufiger an als Männer (25,9%).



### **Bewertung der theoretischen und praktischen Weiterbildung**

Für die Beantwortung dieser Frage wurden die Befragten gebeten, Schulnoten zur Bewertung der theoretischen und praktischen Weiterbildung zu vergeben. Zur Vereinfachung der Darstellung bei der Bewertung der theoretischen und praktischen Aspekte der Weiterbildung sind für die vergebenen Noten (1 bis 6) zwei Kategorien, „bis Note 2“ sowie „Note 3 und schlechter“ gebildet worden. Die theoretische wie praktische Weiterbildung wird von den älteren Befragten signifikant positiver bewertet als von den jüngeren (Varianzanalyse (ANOVA);  $p < .05$ ). Zur detaillierten Analyse wurde für beide Variablen ein Post-Hoc Test nach Scheffé durchgeführt. Für die Variable „Wie beurteilen Sie die theoretische Weiterbildung?“ zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen „35-39 Jahre“ sowie „40-49 Jahre“ und den Befragten, die 50 Jahre und älter sind ( $p < .05$ ). Bei der Variablen „Wie beurteilen Sie die praktische Weiterbildung?“ zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen den ganz jungen Befragten (bis 34 Jahre) und den Befragten, die 50 Jahre und älter sind ( $p < .05$ ), d.h. die älteren Befragten bewerten die Weiterbildung signifikant positiver als die jüngeren Befragten.

Gleiches gilt für die Variable Berufserfahrung („Wie lange sind Sie bereits als Arzt tätig?“). Hier zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen denjenigen, die 5-9 Jahre als Arzt tätig sind und den „Älteren“ (>20 Jahre Berufserfahrung) sowohl in der Bewertung der theoretischen als auch der praktischen Weiterbildung.

Tabelle 16: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung der theoretischen Weiterbildung (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Bewertung der theoretischen Weiterbildung		
		bis Note 2	Note 3 und schlechter	gesamt
männlich	Prozent	45,7%	54,3%	100
weiblich	Prozent	39,1%	60,9%	100
gesamt	Prozent	43,5%	56,5%	100

Tabelle 17: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung der praktischen Weiterbildung (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Bewertung der praktischen Weiterbildung		
		bis Note 2	Note 3 und schlechter	gesamt
männlich	Anzahl	296	184	480
	Prozent	61,7%	38,3%	100%
weiblich	Anzahl	106	128	234
	Prozent	45,3%	54,7%	100%
gesamt	Anzahl	402	312	714
	Prozent	56,3%	43,7%	100%

Differenziert nach Geschlecht beurteilen die Ärztinnen geben in der praktischen Weiterbildung 54,7% der Frauen, aber nur 38,3% der Männer die Note 3 und schlechter. Die theoretische Weiterbildung bewerten 60,9% der Frauen und 54,3% der Männer mit der Note 3 und schlechter.

Tabelle 18: Zusammenhang zwischen Unterstützung durch den Vorgesetzten und der Bewertung der Weiterbildung (Quelle: Ärztstudie 2003)

Ärzte		Wie beurteilen Sie die theoretische Weiterbildung?	Wie beurteilen Sie die praktische Weiterbildung?
		Korrelation nach Pearson	0,318
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000
	N	1153	1151
Ärztinnen	Korrelation nach Pearson	0,154	0,183
	Signifikanz (2-seitig)	0,001	0,000
	N	471	470
Gesamtkollektiv	Korrelation nach Pearson	0,271	0,297
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	0,000
	N	1624	1622

Setzt man die Unterstützung durch den Weiterbilder (Frage 36: Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Weiterbilder Ihre Weiterbildung unterstützt?) in Bezug zur Bewertung der theoretischen und praktischen Weiterbildung, so zeigt sich sowohl im Gesamtkollektiv als auch in der Differenzierung nach Geschlecht jeweils nur ein schwacher Zusammenhang ( $r \approx .300$ ).

### **Benotung der Weiterbildung im Vergleich ausgewählter Fachbereiche**

Um bei der Unterscheidung nach einzelnen Fachbereichen noch sinnvoll Subgruppen ana-

lysieren zu können, kommen im Folgenden nur die Fachbereiche mit ausreichend hohen Fallzahlen ( $N \geq 50$ ) zur Darstellung. Diese sind „Anästhesiologie und Intensivmedizin“ ( $N= 128$ ), „Chirurgie“ ( $N= 182$ ), „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ ( $N= 63$ ), „Innere Medizin“ ( $N= 266$ ), „Kinderheilkunde“ ( $N= 68$ ) sowie „Psychiatrie“ ( $N= 50$ ).

Tabelle 19: Bewertung der praktischen Weiterbildung (Quelle: Ärztstudie 2003)

Wer ist Ihr aktueller Arbeitgeber?		bis Note 2	Note 3 und schlechter	gesamt
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Uniklinik	48,3	51,7	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	62,5	37,5	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	64,1	35,9	100,0
	Sonstiges	100,0		100,0
Chirurgie	Uniklinik	58,8	41,2	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	71,9	28,1	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	58,3	41,7	100,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Uniklinik	54,5	45,5	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	55,6	44,4	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	70,8	29,2	100,0
	Klinik für AHB und Reha	50,0	50,0	100,0
Innere Medizin	Uniklinik	30,6	69,4	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	57,1	42,9	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	58,2	41,8	100,0
	Klinik für AHB und Reha	15,4	84,6	100,0
	Sonstiges	33,3	66,7	100,0
Kinderheilkunde	Uniklinik	31,3	68,8	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	72,2	27,8	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	66,7	33,3	100,0
	Klinik für AHB und Reha	66,7	33,3	100,0
	Sonstiges		100,0	100,0
Psychiatrie	Uniklinik	45,5	54,5	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	57,1	42,9	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	55,6	44,4	100,0
	Klinik für AHB und Reha	100,0		100,0

Die praktische Ausbildung wird von den Befragten je nach Fachzugehörigkeit recht unterschiedlich bewertet. Während die praktische Weiterbildung von Chirurgie und Kinderheilkunde -über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg- überwiegend (> 50%) positiv bewertet wird, zeigt sich in der Inneren Medizin ein gegenläufiger Trend.

Tabelle 20: Bewertung der theoretischen Weiterbildung

Wer ist Ihr aktueller Arbeitgeber?		Theoretische Weiterbildung		
		bis Note 2	Note 3 und schlechter	gesamt
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Uniklinik	48,3	51,7	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	36,0	64,0	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	46,2	53,8	100,0
	Sonstiges	100,0		100,0
Chirurgie	Uniklinik	17,6	82,4	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	56,3	43,8	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	33,3	66,7	100,0
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Uniklinik	90,9	9,1	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	44,4	55,6	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	41,7	58,3	100,0
	Klinik für AHB und Reha		100,0	100,0
Innere Medizin	Uniklinik	51,4	48,6	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	45,8	54,2	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	38,2	61,8	100,0
	Klinik für AHB und Reha	53,8	46,2	100,0
	Sonstiges		100,0	100,0
Kinderheilkunde	Uniklinik	50,0	50,0	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	44,4	55,6	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	62,5	37,5	100,0
	Klinik für AHB und Reha	66,7	33,3	100,0
	Sonstiges		100,0	100,0
Psychiatrie	Uniklinik	18,2	81,8	100,0
	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	57,1	42,9	100,0
	Klinik der Grund- und Regelversorgung	11,1	88,9	100,0
	Klinik für AHB und Reha		100,0	100,0

Auch die theoretische Weiterbildung wird von den Befragten in den ausgewählten Fächern recht unterschiedlich bewertet. Auch hier ergeben sich zwischen den konservativen und operativen Fächern zum Teil gegenläufige Beurteilungen. Betrachtet man die vorgenommene Bewertung aus der Perspektive der jeweiligen hierarchischen Position, bewerten 60,0% der Assistenten, 56,9% der Stationsärzte aber auch 62,6% der Oberärzte die theoretische Ausbildung mit der Note 3 und schlechter. Die Chefärzte und Klinikdirektoren beurteilen die theoretische Weiterbildung jedoch deutlich besser. Lediglich 44,7% bzw. 36,8% geben die Note 3 oder schlechter. In der Bewertung der praktischen Ausbildung beurteilen die Assistenten und Stationsärzte mit 65,4% bzw. mit 58,7% diese noch schlechter als die theoretische, die Oberärzte vergeben zu 41,0% die Note 3 und schlechter. Die Chefärzte sehen die praktische Ausbildung noch besser als die theoretische. Lediglich 29,3% der Chefärzte und nur 28,2% der Chefärzte geben die Note 3 und schlechter.

### Fortbildung: Zeiten und eingesetzte Medien

Auf die Frage „Wie viel Zeit wenden Sie in der Woche auf, medizinische Literatur zur Fortbildung zu lesen“ (Literatur zur wissenschaftlichen Arbeit sollte explizit nicht mitgezählt werden), gaben sowohl Niedergelassene als auch Kliniker zu fast 41% an, hierfür 1-2 Stunden und zu 31% (Niedergelassene) bzw. zu 25% sogar 2-4 Stunden wöchentlich zu investieren. Auf die Frage, welche Form der Fortbildung die Befragten wahrnehmen, wurden zu über 80% (Kliniker und Niedergelassene) Fachzeitschriften und Fachbücher sowie „Veranstaltungen“ angegeben.

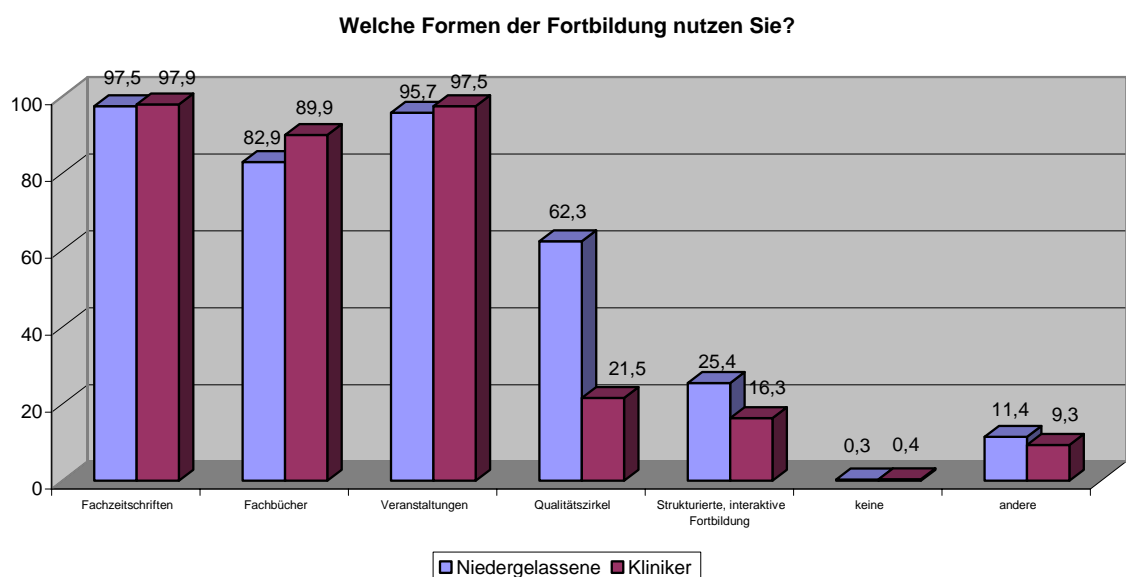


Abbildung 12: Fortbildungs-Medien (Quelle: Ärzttestudie 2003)

Nur 0,3% der Niedergelassenen bzw. 0,4% der Kliniker gaben an, keine Fortbildungsmittel zu nutzen. Die am häufigsten genutzten Formen der Fortbildung sind sowohl bei den Niedergelassenen wie auch bei den Klinikern die Fachzeitschriften, Veranstaltungen und Fachbücher. Sie werden in beiden Gruppen zu mehr als 80% zur Fortbildung genutzt. Deutliche Unterschiede zeigen sich in der Nutzung von Qualitätsszirkeln und strukturierten, interaktiven Fortbildungen. Sie werden wesentlich häufiger von Niedergelassenen zur Fortbildung genutzt als von Klinikern (T-Test für unabhängige Stichproben,  $p < 0,0001$ ).

Tabelle 21: Kategorien freier Antworten, weshalb Antwortende keine CME- Punkte sammeln (Quelle: Ärztstudie 2003)

Ich sammle keine CME Punkte, weil...	Anzahl der Nennungen
es formal noch nicht erforderlich ist	50
es zu bürokratisch/ strukturell umständlich ist	38
Ablehnung ohne sachliche Gründe	32
ich Fortbildung unabhängig von CME-Punkten individuell betreibe	31
ich zu alt bin	21
ich diese Form der Fortbildung ablehne	21
andere Gründe	15
ich in der Klinik arbeite	14
ich Chefarzt bin	13
es zu zeitaufwendig ist	13
ich das System nicht kenne	12
ich selbst Fortbildung leite/organisiere	12
kein kein Interesse habe	12
ich noch i. d. Weiterbildung bin	10
es zu teuer ist	5
Gesamt	299

Das Prinzip der zertifizierten Fortbildung (CME) scheint noch nicht allgemein etabliert. 41, 3% der Niedergelassenen und 60,0% der Kliniker geben an, keine CME- Punkte zu sammeln. Die Gründe liegen vor allem im hohen administrativen Aufwand und darin, dass es noch nicht verbindlich vorgeschrieben ist.

### **Finanzierung von Fortbildungen**

Bei der Unterscheidung nach Fachrichtungen zeigte sich, dass bei den Befragten aus der Klinik (unabhängig vom aktuellen Arbeitgeber) der größte Teil (>85%) angab, Fortbildung privat/ aus eigenem Einkommen zu finanzieren. Finanzierungen aus Institutsmitteln gaben ca. ein Viertel der Befragten aus Universitätskliniken, Kliniken der Maximal- und Schwer-

punktversorgung und aus Kliniken der Grund- und Regelversorgung an. In Kliniken für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation sowie sonstigen Kliniken ist dieser Prozentsatz deutlich höher. Industriemittel und Drittmittel von der Deutschen Forschungsgemeinschaft werden vor allem von Ärztinnen und Ärzten, die an Universitätskliniken tätig sind, genannt. Ableitungen über die Höhe der Zuwendungen lassen sich aus diesen Daten nicht ziehen.

Tabelle 22: Finanzierung der Fortbildung<sup>8</sup> (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Uniklinik	Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung	Klinik der Grund- und Regelversorgung	Klinik für AHB und Reha	sonstige
privat/ aus eigenem Einkommen	93,3%	97,3%	98,7%	95,4%	86,6%
aus Institutsmitteln	25,7%	25,0%	25,5%	32,9%	45,3%
aus Industriemitteln	27,0%	17,5%	13,9%	7,2%	18,7%
aus Drittmitteln (z.B. DFG)	24,6%	6,5%	2,7%	0,0%	0,0%

<sup>8</sup> Die Prozentuierung erfolgte spaltenweise. Da Mehrfachantworten möglich waren, ergeben sich in den Summen der jeweiligen Spalten mehr als 100%

## 5.5 Wissenschaftliches Arbeiten

Von allen antwortenden Klinikärzten gaben 53,7% an wissenschaftlich zu arbeiten. Hiervon waren 44,7% im Status eines Assistenten oder Stationsarztes, 33,9% gaben an als Oberarzt zu arbeiten. 94,1% der wissenschaftlich Tätigen bekleideten eine volle Stelle, lediglich 0,9% der Befragten gaben an über Drittmittel finanziert zu werden. Auffällig viele in der Wissenschaft und Forschung engagierte Ärztinnen und Ärzte (54,4%) haben zeitlich befristete Arbeitsverträge. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass nicht nur in Universitätskliniken wissenschaftlich gearbeitet wird. Zwar gaben 63,7% an, an einer Universitätsklinik angestellt zu sein, doch überraschenderweise gaben 19,3% bzw. 13% an, an Kliniken der Maximal- und Schwerpunktversorgung bzw. an einer Klinik der Grund- und Regelversorgung tätig zu sein.

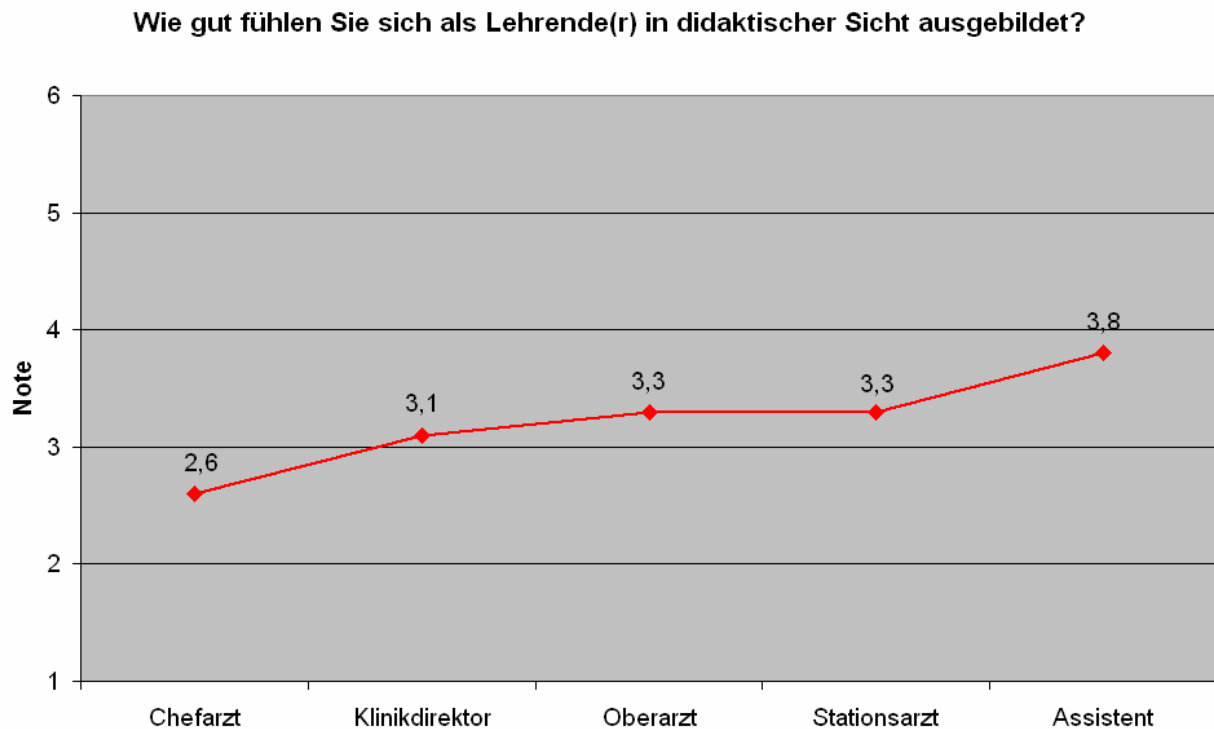


Abbildung 13: Bewertung der eigenen didaktischen Fähigkeiten (Schulnoten)

Bei der Frage „Wie gut fühlen Sie sich als Lehrende(r) in didaktischer Hinsicht ausgebildet“ zeigte sich ein linearer Trend: Je höher die berufliche Position der Befragten, desto besser fühlen sie sich in didaktischer Hinsicht ausgebildet.



### Welche Möglichkeiten haben Sie genutzt, um das Lehren zu lernen?

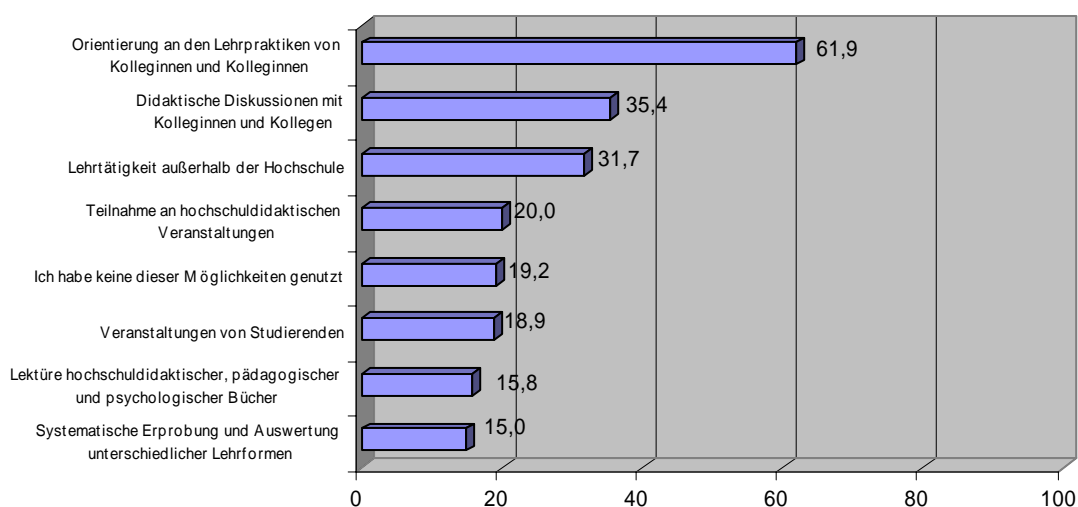


Abbildung 14: Erlernen des Lehrens (Quelle: Ärzttestudie 2003)

Beim Erlernen der Lehrpraktiken orientierten sich die Befragten größtenteils an ihren Kolleginnen und Kollegen, am häufigsten genannt wurden „Orientierung an den Lehrpraktiken von Kolleginnen und Kollegen“ und „Didaktische Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen“. 15,8% der Befragten nutzten hochschuldidaktische, pädagogische und psychologische Bücher, 15% haben unterschiedliche Lehrformen erprobt und ausgewertet. Immerhin 19,0% der Befragten gaben zu, keine dieser Möglichkeiten genutzt zu haben.

### Wie wird wissenschaftliche Arbeit bei Ihnen in der Abteilung unterstützt?

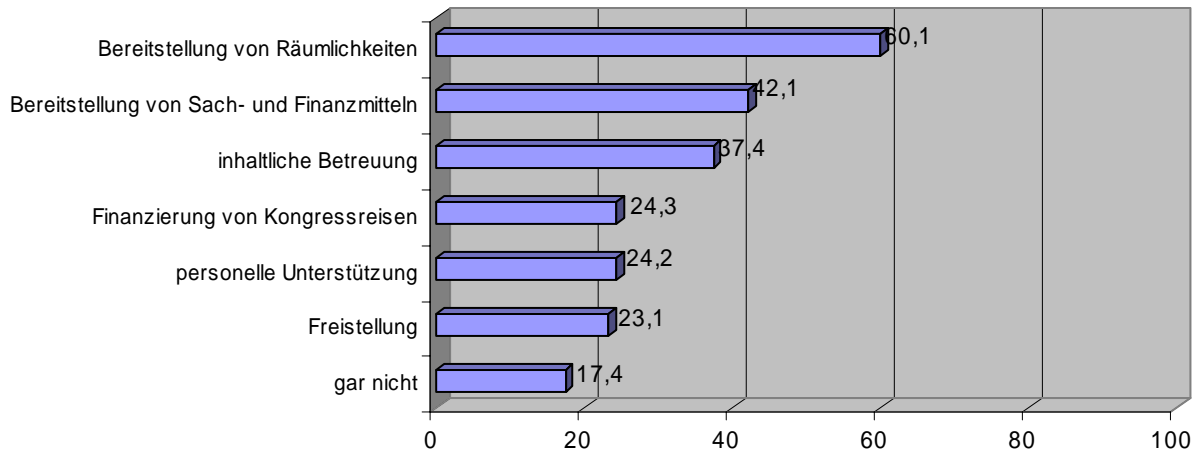


Abbildung 15: Unterstützung wissenschaftlicher Arbeit (Quelle: Ärztstudie 2003)

In den jeweiligen Abteilungen wird wissenschaftliche Arbeit vor allem durch Bereitstellung von Räumlichkeiten (60,1%) und Sach- und Finanzmitteln (42,1%) unterstützt. Durch inhaltliche Betreuung werden 37,4% der Befragten unterstützt. 17,4% gaben an, in der wissenschaftlichen Arbeit gar nicht unterstützt zu werden.

### Wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre

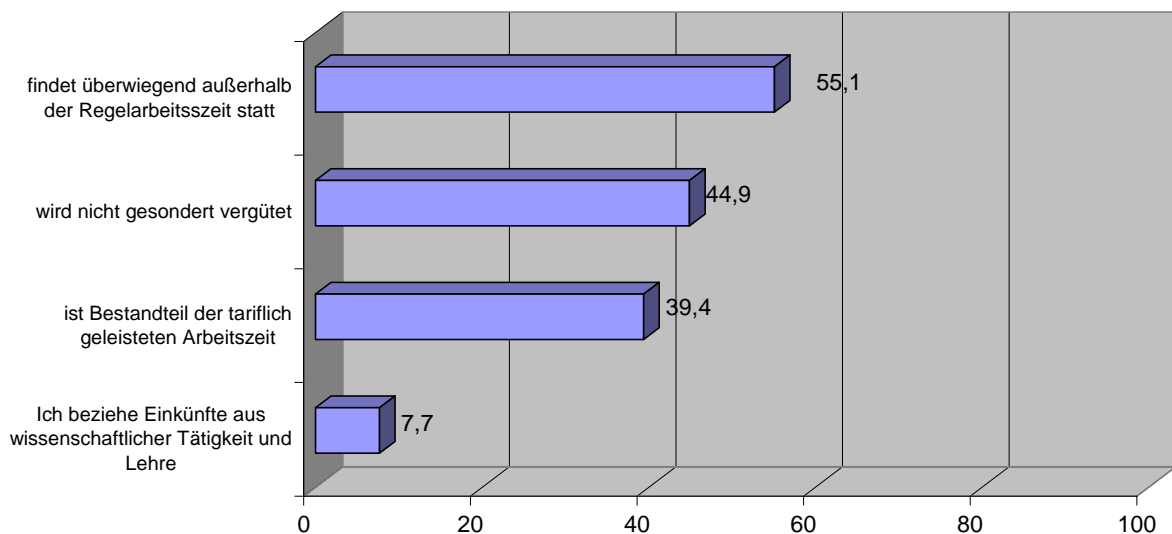


Abbildung 16: Wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre (Quelle: Ärztstudie 2003)

Von den Befragten gaben 55,1% an, dass wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre überwiegend außerhalb der Regelarbeitszeit stattfindet, bei 39,4% ist sie Bestandteil der tariflich geleisteten Arbeitszeit. 44,9% der Befragten gaben an, dass wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre nicht gesondert vergütet wird, 7,7% der Befragten hingegen beziehen Einkünfte aus wissenschaftlicher Tätigkeit und Lehre.

### Was ist Ihre Motivation wissenschaftlich zu arbeiten?

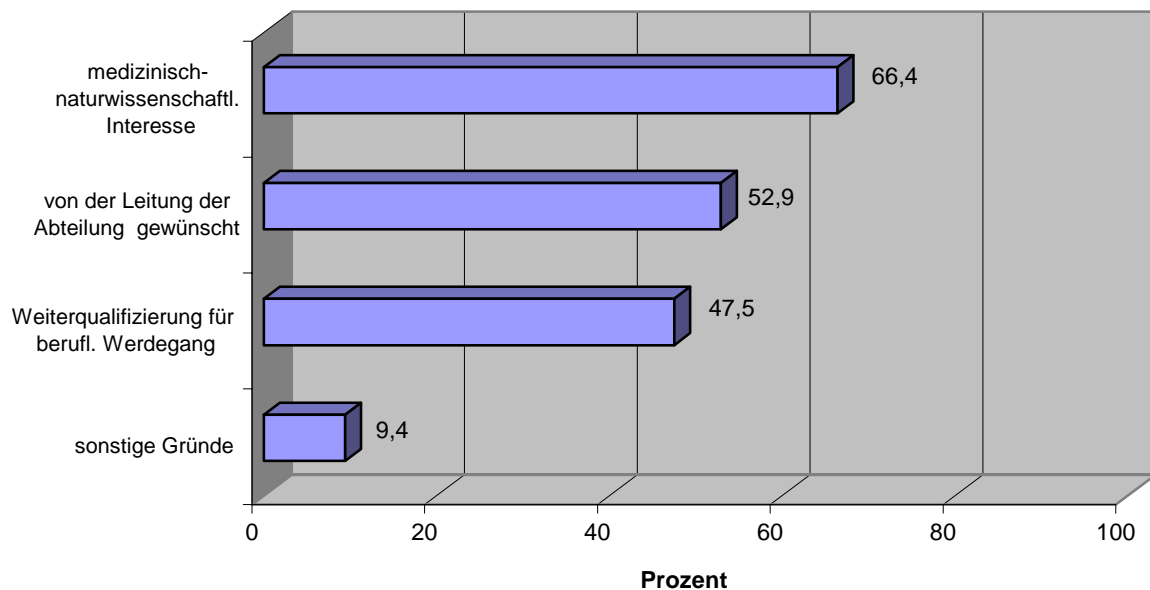


Abbildung 17: Motivation wissenschaftlich zu arbeiten (Quelle: Ärztstudie 2003)

Ca. zwei Drittel der Befragten (66,4%) gaben medizinisch-naturwissenschaftliches Interesse als Motiv wissenschaftlich zu arbeiten an. Bei 52,9% ist die wissenschaftliche Tätigkeit von der Leitung der Abteilung gewünscht. 47,5% arbeiten wissenschaftlich, um sich für den beruflichen Werdegang weiterzuqualifizieren, 9,4% gaben sonstige Gründe an.

### Wie werden Kongressreisen finanziert?

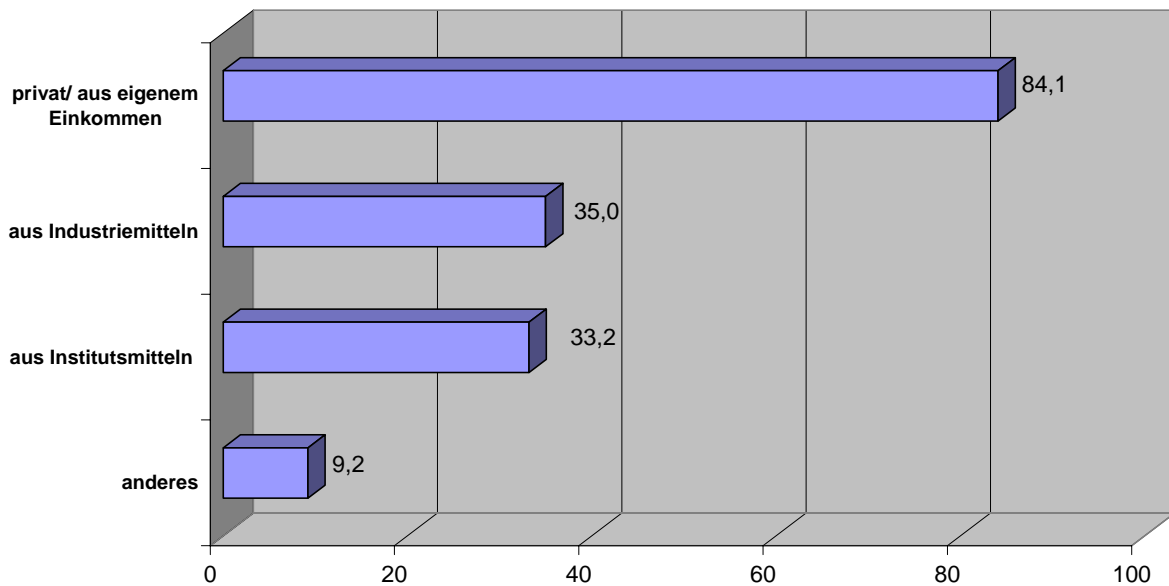


Abbildung 18: Finanzierung von Kongressreisen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Die Finanzierung von Kongressreisen geschieht überwiegend (84,1%) privat/ aus eigenem Einkommen. Jeweils etwa ein Drittel der Befragten gaben Industriemittel (35,0%) oder Institutsmittel (33,2%) als Finanzierungsquelle an.

### Wie hoch ist Ihr wöchentlicher Aufwand für...

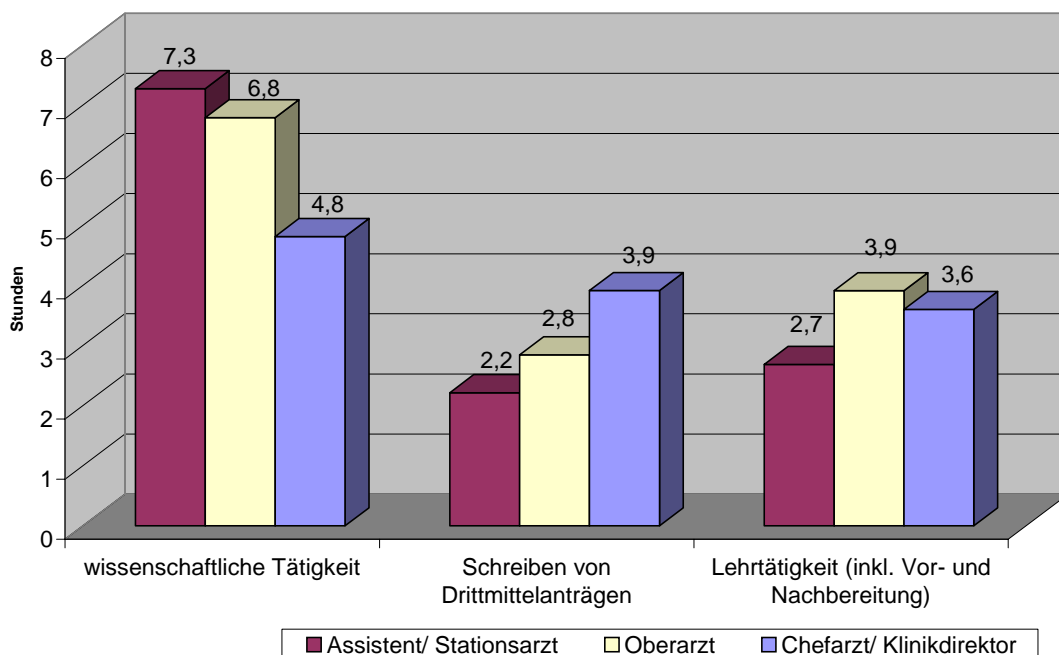


Abbildung 19: wöchentlicher Aufwand für Forschung und Lehre (Quelle: Ärztstudie 2003)

Die Auswertung der Angaben zum zeitlichen Aufwand, der pro Woche für die wissenschaftliche Tätigkeit investiert wird, zeigt, dass Assistenten mit durchschnittlich 7,3 nur unwesentlich mehr aufwenden, als Oberärzte mit durchschnittlich 6,8 Stunden. Klinikdirektoren investieren hierfür nur 4,8 Stunden. Für das Schreiben von Drittmittelanträgen wenden Klinikdirektoren nach dieser Umfrage mit 3,9 Stunden mehr Zeit auf als Oberärzte (2,8 Stunden) und Assistenten (2,2 Stunden).

Tabelle 23: Kreuztabelle Finanzierung und Ausrichtung der Forschung (Prozentuierung zeilenweise) (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Finanzierung durch				
		öffentlich	privat	Deutsche Krebshilfe u.ä.	Industrie	andere
Ausrichtung der For- schung	klinisch	40,1%	12,23%	3,9%	28,4%	15,3%
	grundlagenorientiert	46,3%	14,9%	3,2%	25,0%	10,6%
	Versorgungsforschung	30,5%	13,6%	3,4%	30,5%	22,0%
	Medikamentenstudien	34,1%	10,0%	3,5%	44,1%	8,2%

Interessant sind die Drittmittelquellen, die zur Finanzierung von Studienprojekten je nach wissenschaftlicher Ausrichtung benannt worden sind. Die Befragten, die klinisch orientiert arbeiten, gaben zu 40,1% an dies aus öffentlichen Geldern zu finanzieren, private Stiftungen (inkl. Deutsche Krebshilfe) wurden zu 3,9% benannt, bereitgestellte Gelder der Industrie wurden zu 28,4% eingesetzt. Die grundlagenorientierten Projekte werden zu 46,3% aus öffentlichen Geldern, zu 3,2% aus privaten Stiftungen und zu 25% aus industriellen Mitteln finanziert. Medikamentenstudien werden von den Befragten zu 34,1% aus öffentlichen Geldern, zu 3,5% aus Geldern privater Stiftungen und zu 44,1% mit Geldern der Industrie finanziert. Ob und inwieweit, Finanzierungen aus mehreren Quellen getätigt werden, ist nicht gesondert erfragt worden.

## 5.6 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Mit dem Bereich allgemeine Lebenszufriedenheit wird über den bisherigen deskriptiven Ansatz hinaus die subjektive Bewertung verschiedener relevanter Lebensbereiche abgefragt. Damit ist auch ein anderes methodisches Vorgehen notwendig. Ausgehend von den Fragen des Sozioökonomischen Panels (vgl. Kapitel 5.7) ist zunächst zu überprüfen, inwieweit sich bei einer Ärztebefragung im Datensatz vergleichbare Bereiche (Faktoren) wieder finden lassen. Daher wurde zunächst eine Faktoren-Analyse/ Hauptkomponenten-Analyse über die verschiedenen Bereiche der Lebenszufriedenheit durchgeführt. Nach Varimax-Rotation konnten fünf Faktoren (Kaiser-Kriterium, Eigenwerte  $> 1$ ) extrahiert werden, bei der jedes Item (bis auf das Item „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis“, welches hoch ( $> .04$ ) auf zwei Faktoren lud) eindeutig einem Faktor zugeordnet wurde. Die so gefundene 5-Faktoren-Lösung erklärt 62,1% der Gesamt-Varianz. Die gefundenen Faktoren stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 24: Ergebnis der Faktorenanalyse (Quelle: Ärztstudie 2003)

Zufriedenheit mit	Komponente				
	Arztbild	Job	Privat	Soziales und Gesundheit	Politik
Gesundheit	0,113	0,205	0,135	0,524	-0,014
Arbeit	0,383	0,439	-0,132	0,378	0,023
Tätigkeit im Haushalt	0,062	0,173	0,738	0,173	0,028
Einkommen Ihres Haushaltes	0,208	0,834	0,196	-0,007	0,043
Ihrer Wohnung	-0,106	0,607	0,312	0,221	0,080
Ihrer Freizeit	0,225	0,251	0,650	0,212	0,010
den vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung	0,153	0,125	0,612	-0,028	0,351
Netz der sozialen Sicherung	0,329	0,193	0,161	-0,089	0,625
dem Zustand der Umwelt hier in der Region	0,078	0,053	0,054	0,197	0,828
Ihrem Lebensstandard insgesamt	0,186	0,757	0,152	0,245	0,221
Verhältnis zu Ihren Patienten	0,064	0,166	-0,145	0,682	0,316
Verhältnis zu Ihrem Partner	-0,031	0,048	0,366	0,658	0,003
dem Verhältnis zu Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis	0,125	0,016	0,516	0,639	-0,047
Arztbild in Publikumsmedien	0,832	0,102	0,158	0,013	0,098
Arztbild in Fachmedien	0,767	0,063	0,163	0,109	0,159
Arztbild in der Gesellschaft im Allgemeinen	0,831	0,122	0,054	0,096	0,106

Eine solche Faktorenstruktur ist gewiss kein eindeutiger Beleg, aber doch ein deutliches Indiz dafür, dass die gewählten (und vorgetesteten) Fragen reliabel und valide im Sinne von „sinnvoll“ zu bewerten sind. Die interne Konsistenz der gefundenen Faktoren stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 25: Skalenstruktur und interne Konsistenz des Fragebogenteils zur Lebenszufriedenheit (Quelle: Ärztstudie 2003)

Skala	Cronbach's Alpha	zugehörige Items
Skala 1:	.80	Arztbild in Publikumsmedien Arztbild in Fachmedien Arztbild in der Gesellschaft
Skala 2:	.70	Arbeit Haushaltseinkommen Wohnung Lebensstandard
Skala 3:	.69	Tätigkeit im Haushalt Freizeit Möglichkeiten der Kinderbetreuung Verhältnis zu Freunden und Bekannten
Skala 4:	.64	Gesundheit Verhältnis zu Patienten Verhältnis zu Partner Verhältnis zu Freunden und Bekannten
Skala 5:	.47	Netz der sozialen Sicherung Umwelt

Da auch die weiteren statistischen Indikatoren (Cronbach's Alpha, s. Tabelle 2) –zumindest für die Skalen 1 bis 4<sup>9</sup>- für gute psychometrische Eigenschaften des Fragebogens sprechen, ist die inhaltliche Bewertung der erhobenen Daten zulässig:

Im Fragebogen wurden die Befragten gebeten, ihre Zufriedenheit mit den verschiedenen Bereichen ihres Lebens auf einer Skala von 1 (voll und ganz zufrieden) bis 10 (voll und ganz unzufrieden) zu bewerten. Um diese Komplexe übersichtlicher darstellen zu können, wurden die entsprechenden Variablen umkodiert, so dass jetzt in den Grafiken und Tabellen ein hoher Wert für hohe Zufriedenheit steht.

Die geringste Zufriedenheit findet sich im Bereich „Arztbild in den Publikumsmedien“, den „vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung“ und „dem Netz der sozialen Sicherung“. Auch mit dem „Arztbild in den Fachmedien“ und dem „Arztbild in der Gesellschaft im Allgemeinen“ sind die deutschen Ärzte nur wenig zufriedener. Bemerkenswert ist sicherlich, dass sich in dieser Einschätzung Kliniker und Niedergelassene weitgehend einig sind. Anders verhält es sich mit der Einschätzung der „Gesundheit“, des „Einkommens“, des „Netzes der sozialen Sicherung“ sowie des „Lebensstandards“: Hier sind Niedergelassene deutlich unzufriedener als Kliniker, während Kliniker tendenziell unzufriedener mit den Bereichen „Kin-

<sup>9</sup> Faktorenanalytisch (im Kontrast zu theoriegeleitet) gebildete Skalen führen verfahrensimmanent zu absteigendem Alpha; dies betrifft im vorliegenden Fall die Skala 5 als „Restkorrelationskala“. Die auf den ersten Blick logischere Zuordnung des Themas „Gesundheit“ zu Skala 5 führt aber empirisch zu schlechteren psychometrischen Kennwerten, ebenso wie alle anderen scheinbar logischen (Face validity!) Itemgruppierungen.

derbetreuung“ und „Verhältnis zum Patienten“ sind. Betrachtet man umgekehrt die Bereiche der höchsten Zufriedenheit, so besteht Einigkeit zwischen Klinikern und Niedergelassenen: Das „Verhältnis zu Patienten“ und das „Verhältnis zum Lebenspartner“, das „Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis“ sowie „Gesundheit“ und die eigene „Wohnung“ sind Quellen der Zufriedenheit. Im mittleren Bereich finden sich dann die Bereiche „Arbeit“ insgesamt, „Umwelt“, „Tätigkeit im Haushalt“ und „Lebensstandard“.

### Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens...?

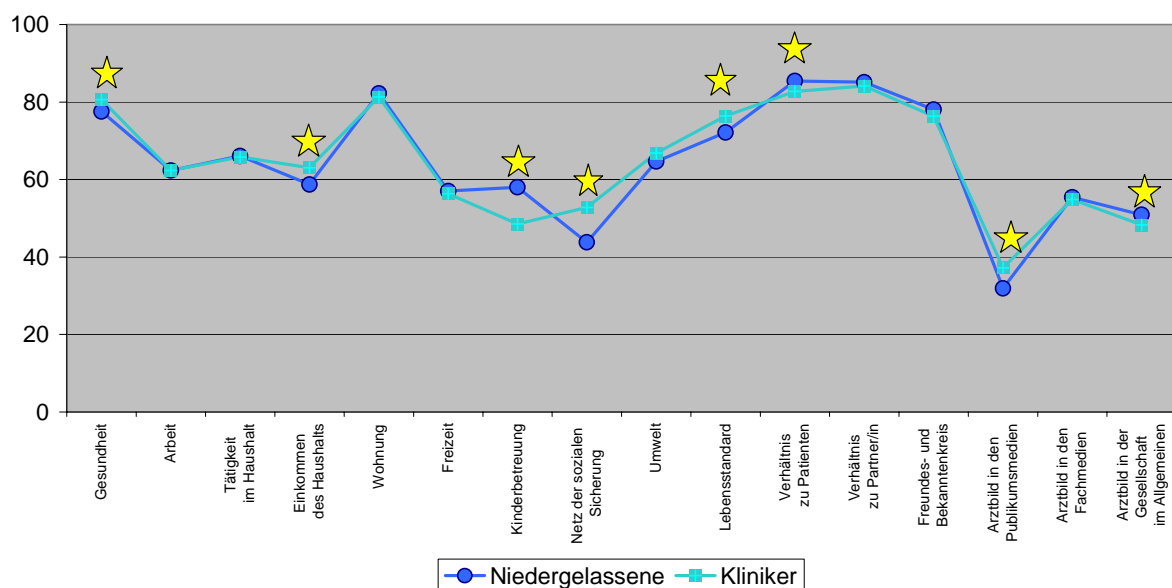


Abbildung 20: allgemeine Lebenszufriedenheit, Vergleich Kliniker und Niedergelassene (Quelle: Ärztstudie 2003)

Zusammengefasst sind Kliniker etwas zufriedener als Niedergelassene, wobei nur die Unterschiede im „Möglichkeiten der Kinderbetreuung“ und „Sicherung durch soziales Netz“ im Betrag größer als 10 Punkte sind.<sup>10</sup> Abb. 25 fasst diese Ergebnisse zusammen.

Im nächsten Schritt wurde untersucht, welche Faktoren die Lebenszufriedenheit der Befragten beeinflussen. Es zeigte sich ein deutlicher linearer Trend in Bezug auf die Variable Alter. Mit zunehmendem Alter steigt die Lebenszufriedenheit in jeder der verschiedenen Dimensionen stetig an (da die Variable Alter in Kategorien abgefragt wurde, wurde hier eine ANOVA mit post-hoc test nach Scheffé durchgeführt,  $p < .001$ ). Heraus fällt bei diesem linearen Trend nur



die Gruppe der ganz jungen Befragten (< 34 Jahre). Sie sind nicht –wie man vielleicht erwarten könnte- die unzufriedenste Gruppe, sondern liegen mit ihren Zufriedenheitswerten im Mittelfeld.

Bei Untersuchung der Frage, ob das eigene Einkommen einen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit hat, zeigte sich ein heterogenes Bild. Keinen Einfluss hat das Einkommen auf die Bereiche „Gesundheit“, „Freizeit“, „Netz der sozialen Sicherung“, „Zustand der Umwelt“, „Verhältnis zum Partner“, „Verhältnis zum Freundes- und Bekanntenkreis“ sowie dem Arztbild in den Publikums- und Fachmedien. In den übrigen abgefragten Dimensionen („Arbeit“, „Wohnung“, „Tätigkeit im Haushalt“, „Kinderbetreuung“, „Verhältnis zu Patienten“ sowie „Arztbild in der Gesellschaft“) zeigte sich zwar die Tendenz, dass die Befragten mit niedrigerem Einkommen unzufriedener sind, in der Regel waren hier jedoch nur die Unterschiede in den Extremen (geringes Einkommen vs. hohes Einkommen) statistisch signifikant. Lediglich bei den Dimensionen, die direkt mit dem Einkommen zusammenhängen, -Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen und dem Lebensstandard- zeigt sich wieder ein linearer Trend. Hier steigt die Zufriedenheit erwartungsgemäß mit der Höhe des Einkommens.

Die Zufriedenheitsprofile von männlichen und weiblichen Befragten sind auf den ersten Blick weitgehend deckungsgleich. Statistisch signifikante Unterschiede finden sich in den Bereichen „vorhandene Möglichkeiten der Kinderbetreuung“, „Netz der sozialen Sicherung“, „Umwelt“ und „Verhältnis zum Partner“ sowie in der Zufriedenheit mit dem Arztbild in den Fach- und Publikumsmedien sowie der Gesellschaft im Allgemeinen. In all diesen Bereichen sind die männlichen Befragten zufriedener als die weiblichen Befragten. Mit dem „Verhältnis zu ihren Patienten“ dagegen sind die Frauen zufriedener. Die –absolut betrachtet- höchste Zufriedenheit herrscht bei männlichen wie weiblichen Befragten mit den Bereichen „Gesundheit“, „Wohnung“ sowie in den sozialen Dimensionen („Verhältnis zu Patienten, zum Partner sowie zum Freundes- und Bekanntenkreis). Am unzufriedensten sind beide Gruppen mit dem Arztbild in den Publikumsmedien und den „vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung“.

---

<sup>10</sup> Aufgrund der großen Fallzahl sind die meisten Unterschiede zwischen Klinikern und Niedergelassenen statistisch signifikant auf dem .05% - Niveau.

## Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens...?

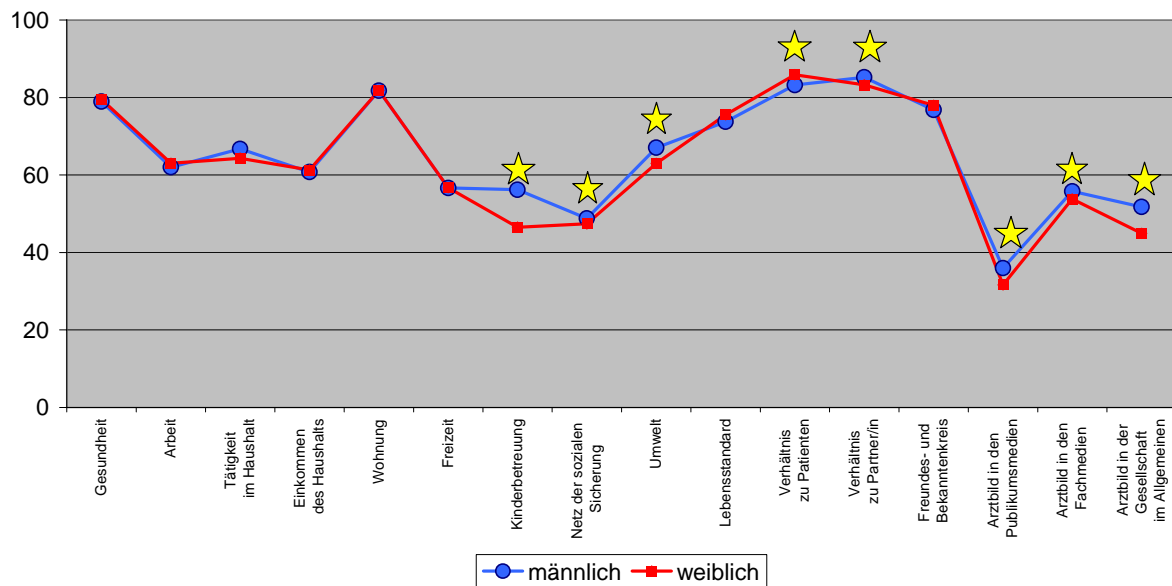


Abbildung 21: allgemeine Lebenszufriedenheit, Vergleich männliche und weibliche Befragte (Quelle: Ärztstudie 2003)

### Vergleich mit der „Normalbevölkerung“

Im direkten Vergleich der Mittelwerte zwischen den Ärztinnen und Ärzten mit den Referenzwerten aus dem Sozioökonomischen Panel fällt zunächst die Diskrepanz bei der Zufriedenheit mit der (eigenen) Gesundheit auf: Die Kliniker und Niedergelassenen sind mit ihrer Gesundheit deutlich zufriedener als die Referenzpopulation. Auch mit ihrer Arbeit und ihrem Lebensstandard sind die Niedergelassenen und Kliniker etwas zufriedener als die „Normalbevölkerung“. Mit ihrer Freizeit hingegen ist die „Normalbevölkerung“ deutlich zufriedener als die Ärztinnen und Ärzte.

Allgemeine Lebenszufriedenheit

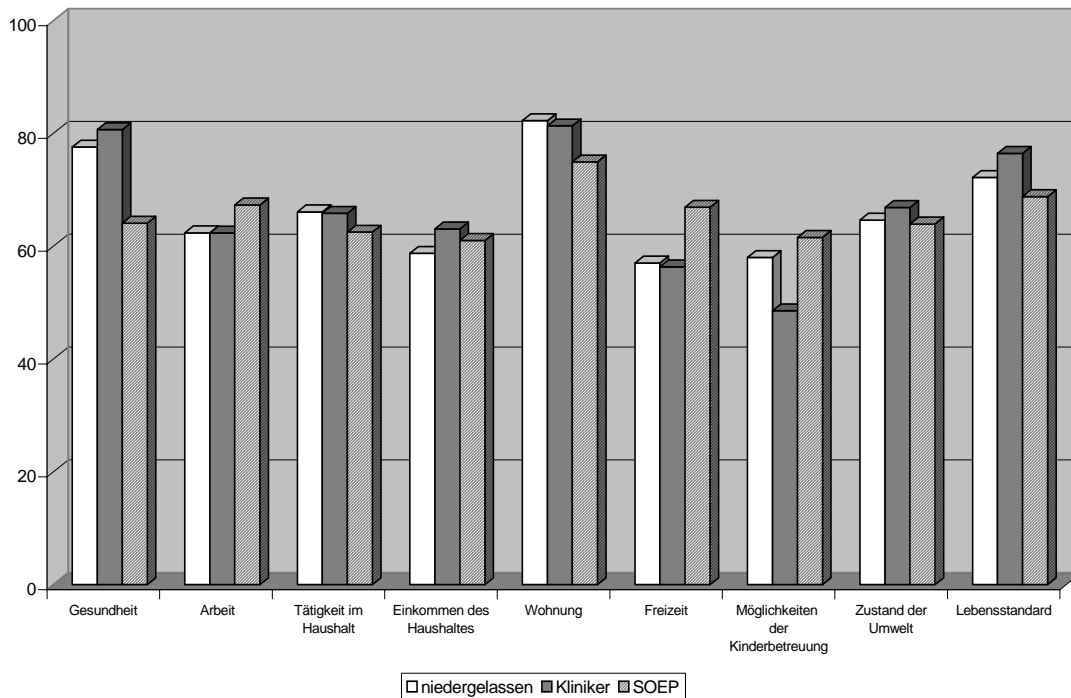


Abbildung 22: allgemeine Lebenszufriedenheit, Vergleich Kliniker und Niedergelassene mit SOEP (Quelle: Ärztstudie 2003)

Wie zu Beginn des Kapitels bereits beschrieben wurden in der vorliegenden Studie die Befragten gebeten, ihre Lebenszufriedenheit auf einer zehnstufigen Skala (von 1 bis 10) zu bewerten. Aufgrund der hohen Fallzahlen insbesondere des Sozioökonomischen Panels (N=22.351) wurde auf eine statistische Absicherung verzichtet, da hier schon minimale Unterschiede statistisch signifikant werden. Der Vergleich der Lebenszufriedenheit (Ärztstudie versus „Normalbevölkerung“) geschieht daher auf rein deskriptiver Ebene.

Tabelle 26: allgemeine Lebenszufriedenheit, Vergleich mit der Normalbevölkerung (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Ärztstudie		"Normalbevölkerung"	
	eher zufrieden	eher unzufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden
Gesundheit	85,1%	4,6%	61,7%	9,6%
Arbeit	60,6%	21,2%	68,8%	7,3%
Tätigkeit im Haushalt	64,6%	17,0%	56,9%	7,3%
Haushaltseinkommen	57,3%	23,2%	56,4%	10,9%
Wohnung	85,5%	6,3%	78,9%	3,9%
Freizeit	50,5%	31,5%	65,1%	8,8%
Kinderbetreuung	44,4%	34,9%	59,6%	14,2%
Umwelt	66,7%	13,7%	61,6%	6,0%
Lebensstandard	79,4%	6,9%	71,8%	4,0%

Tendenziell polarisieren die Medizinerinnen und Mediziner stärker als die Normstichprobe, d.h. sowohl der Anteil der Zufriedenen wie der Unzufriedenen ist in der Ärztegruppe höher, während sich in der Referenzgruppe mehr Befragte im Mittelfeld einordnen. Inwieweit es sich hier um einen tatsächlichen Unterschied zwischen den Gruppen handelt oder aber ob die große Zahl der Befragten im Sozioökonomischen Panel zu einer Tendenz zur Mitte führt, lässt sich an dieser Stelle nicht abschließend klären. Dennoch lassen sich einige klare Trends aufzeigen: Deutlich unzufriedener als die „Normalbevölkerung“ sind die Mediziner mit Arbeit, der Freizeit und den vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung, zufriedener sind sie hingegen mit ihrer Gesundheit.

## 5.7 Reformansätze im Gesundheitswesen

Im Themenkomplex „Reformansätze im Gesundheitswesen“ wurden die Bewertungen der Befragten (Kliniker und Niedergelassene) zur ambulanten Öffnung der Krankenhäuser, Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG), Vertretung durch die ärztlichen Interessenvertreter, Zusammenarbeit von Klinikern und Niedergelassenen sowie Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft abgefragt.

### Ambulante Öffnung der Krankenhäuser

Die ambulante Öffnung der Krankenhäuser wird von Klinikern und Niedergelassenen sehr unterschiedlich bewertet, wobei die Kliniker diesem Reformansatz deutlich positiver gegenüberstehen als die Niedergelassenen. 53,7% der Kliniker und 33,9% der Niedergelassenen sind der Meinung, dass medizinisch-technische Einrichtungen besser ausgelastet werden. Eine verbesserte Patientenversorgung als Folge der ambulanten Öffnung halten 46,4% der Kliniker und 10,2% der Niedergelassenen für möglich. 55,2% der Kliniker prognostizieren eine Reduzierung von Doppeluntersuchungen, diese Einschätzung teilen 22,1% der Niedergelassenen. Wartelisten in den Krankenhäusern befürchten 40,5% der Kliniker und 60,4% der Niedergelassenen. Weitgehende Übereinstimmung zwischen Klinikern (59,5%) und Niedergelassenen (57,8%) herrscht hinsichtlich der Einschätzung, dass die Öffnung zu einer Überlastung des Klinikpersonals führt. 72,3% der Kliniker und 66,2% der Niedergelassenen sind der Meinung, dass eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser zu Konflikten mit den Niedergelassenen führen würde.

Tabelle 27: Ambulante Öffnung der Krankenhäuser (Quelle: Ärztstudie 2003)

Eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung führt zu... (Mehrfachnennungen möglich)

	Kliniker	Niedergelassene
einer besseren Auslastung der medizinisch-technischen Einrichtungen	53,7	33,9
Überlastung des Krankenhauspersonals	59,5	57,8
einer verbesserten Patientenversorgung	46,4	10,2
einer Reduzierung von Doppeluntersuchungen	55,2	22,1
Wartelisten in den Krankenhäusern	40,5	60,4
Konflikten mit den niedergelassenen Kollegen	72,3	66,2

### Einführung von DRG

Die Einführung der DRG wird von den Klinikern weniger positiv eingeschätzt als von den Niedergelassenen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Klinikern und Niedergelassenen.

senen zeigten sich bei den Statements „Die Einführung der DRG wird die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten einschränken“, „Die Einführung der DRG wird die Patientenversorgung verbessern“, „Die Einführung der DRG wird zu deutlich mehr Verwaltungsaufwand führen“ sowie „Die Einführung der DRG wird den Zeitdruck auf die Ärzte erhöhen“, hier stimmen die Kliniker den Statements eher zu als die Niedergelassenen. Die Aussage „Die Einführung der DRG wird die Situation der Krankenkassen verbessern“ wird von den Niedergelassenen eher zustimmend bewertet als von den Klinikern.

### Die Einführung der DRG (Fallpauschalen) in Krankenhäusern...

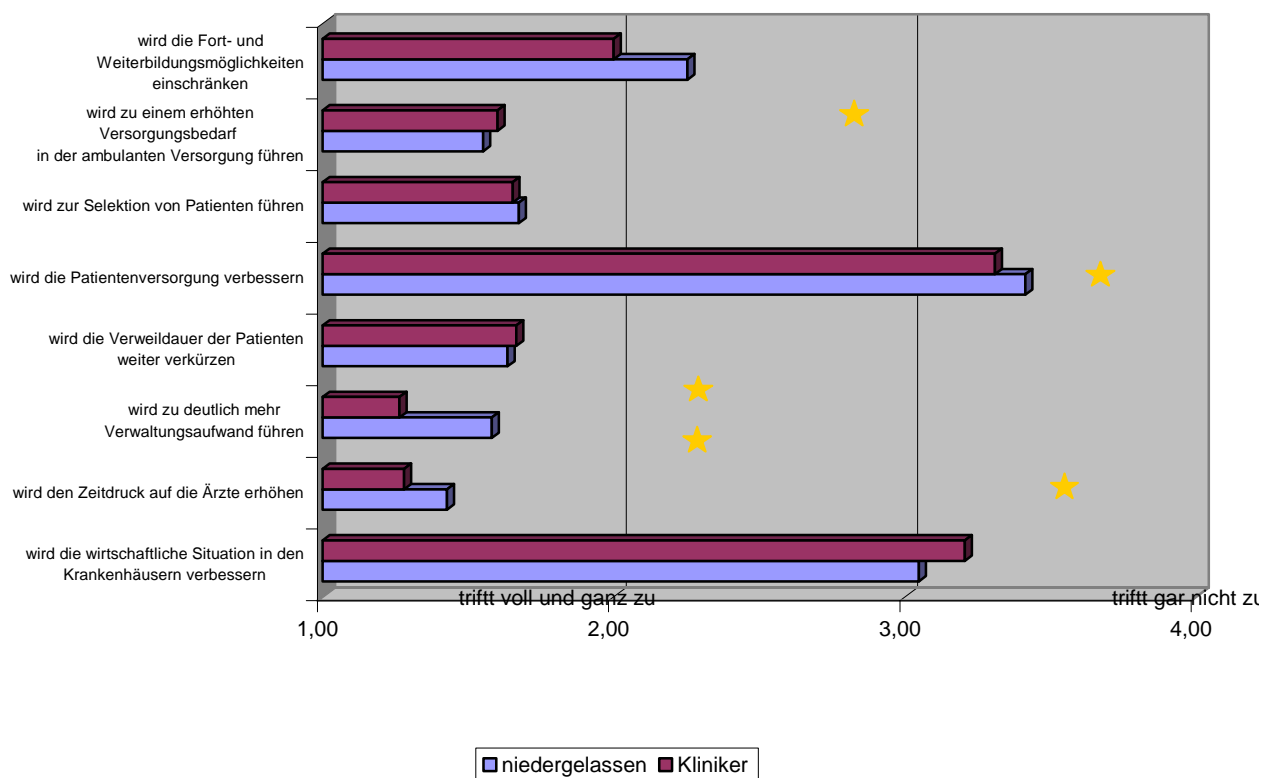


Abbildung 23: Bewertung von DRG (Quelle: Ärztstudie 2003)

### Vertretung durch die ärztlichen Interessenvertreter

Die Vertretung durch die ärztlichen Interessenvertreter wird sowohl von den Klinikern wie auch von den Niedergelassenen verhältnismäßig negativ bewertet. In beiden Gruppen sind mehr als 50% der Befragten der Meinung, dass sie nicht gut in ihren Interessen vertreten werden. Über 80% der Befragten glauben nicht oder eher nicht, dass die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter in der Lage sind, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten vier Jahren zu lösen. Einig sind sich Kliniker und Niedergelassene weiter darin, dass der Einfluss

der unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen wirksame Reformen blockiert. Dieses Statement wurde von beiden Gruppen zu über 90% mit „trifft voll und ganz zu“ bzw. „trifft eher zu“ bewertet.

### Zusammenarbeit von Klinikern und Niedergelassenen

Bei der Bewertung der Zusammenarbeit von Klinikern und Niedergelassenen liegen die Antworten für beide Gruppen im Mittelfeld, darüber hinaus lässt sich eine leichte Tendenz feststellen, dass die Niedergelassenen bei dieser Frage stärker polarisieren als die Kliniker. Der Aussage „Die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten und Krankenhausärzten ist gerecht“ widersprechen 18,8% der Kliniker und 34,0% der Niedergelassenen entschieden. Qualitätszirkel werden von Niedergelassenen positiver bewertet als von Klinikern. Deutliche Unterschiede zwischen Klinikern und Niedergelassenen zeigen sich auch bei der Bewertung von Disease-Management-Programmen (DMP). 20,4% der Niedergelassenen glauben gar nicht, dass Disease-Management-Programme die Versorgungsqualität der Betroffenen verbessern können. 13,7% der Niedergelassenen sind sogar überzeugt davon, dass Disease-Management-Programme die Versorgungsqualität von chronisch Kranken, die nicht an diesen Programmen teilnehmen, verschlechtern.

Tabelle 28: Einschätzung der Kliniker (Quelle: Ärztstudie 2003)

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Die ärztlichen Interessenvertreter vertreten meine Interessen im politischen Reformprozess gut	0,6	27,5	55,5	16,4
Die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter sind in der Lage, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten 4 Jahren zu lösen	0,2	8,1	56,6	35,2
Der Einfluss der unterschiedlichen Interessensgruppen im Gesundheitswesen blockiert wirksame Reformen	53,0	41,9	3,9	1,2
Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten ist gut	2,8	46,3	47,4	3,5
Die Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhäusern ist gut	3,4	52,5	39,8	4,3
Die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten und Krankenhäusern ist gerecht	0,4	20,8	60,0	18,8
Qualitätszirkel sind geeignet, die Versorgungsqualität zu erhöhen	13,4	60,9	19,8	5,9
Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der Betroffenen verbessern	6,3	48,9	36,7	8,1
Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der chronisch Kranken, die nicht an diesen Programmen teilnehmen, verschlechtern	8,6	50,1	36,3	5,0

Tabelle 29: Einschätzung der Niedergelassenen (Quelle: Ärztstudie 2003)

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
Die ärztlichen Interessenvertreter vertreten meine Interessen im politischen Reformprozess gut	2,7	33,7	49,0	14,7
Die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter sind in der Lage, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten 4 Jahren zu lösen	1,8	20,8	59,5	17,9
Der Einfluss der unterschiedlichen Interessensgruppen im Gesundheitswesen blockiert wirksame Reformen	50,2	41,8	6,1	1,8
Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten ist gut	8,4	52,0	31,3	8,2
Die Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhäusern ist gut	7,0	57,1	32,1	3,8
Die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten und Krankenhäusern ist gerecht	1,8	18,0	46,2	34,0
Qualitätszirkel sind geeignet, die Versorgungsqualität zu erhöhen	23,7	51,3	19,9	5,1
Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der Betroffenen verbessern	2,3	27,1	50,2	20,4
Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der chronisch Kranken, die nicht an diesen Programmen teilnehmen, verschlechtern	13,7	41,9	37,0	7,4

### Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft

Im Falle einer harten Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft gibt es deutliche Unterschiede in der Handlungsbereitschaft von Klinikern und Niedergelassenen. Im direkten Vergleich sind die Einschätzungen von Klinikern und Niedergelassenen für alle Items statistisch signifikant (Mann-Whitney u-Test,  $p < .001$ ). Sowohl 19% der Kliniker als auch 19% der Niedergelassenen können sich vorstellen zu streiken (Antwortkategorie „trifft voll und ganz zu“), für 32,9% der Niedergelassenen und 23,9% der Kliniker trifft dies gar nicht zu. Die Aussage „... könnten Sie sich dann vorstellen ‘Dienst nach Vorschrift‘ zu machen?“ bewerteten 26,4% der Niedergelassenen und 29,3% der Kliniker mit voll und ganz zutreffend. Die Zulassung/ Ermächtigung/ Beteiligung zurückzugeben können sich immerhin 28,4% der Niedergelassenen und 15% der Kliniker vorstellen. Öffentlichen Demonstrationen stimmten 34,2% der Niedergelassenen und 37,1% der Kliniker voll und ganz zu. Die Patienten mobilisieren würde bei den Niedergelassenen ein höherer Prozentanteil als bei den Klinikern. Erstaunlicherweise ist bei den Niedergelassenen der Prozentanteil derer, die die Patientenversorgung wie bisher fortsetzen würden ebenfalls höher als bei den Klinikern. Dies deutet darauf hin, dass die Gruppe der Niedergelassenen verhältnismäßig inhomogen ist. Die Bereitschaft, Einfluss auf die standespolitischen Interessenvertreter zu nehmen, ist bei den Niedergelassenen höher als bei den Klinikern.



Tabelle 30: Kommt es zu harten Konfrontationen zwischen Politik und Ärzteschaft über die Gesundheitsreform, könnten Sie sich dann vorstellen... (Quelle: Ärztstudie 2003)

		trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
zu streiken	Niedergelassene	19,0	14,6	33,4	32,9
	Kliniker	19,0	20,8	36,3	23,9
"Dienst nach Vorschrift" zu machen	Niedergelassene	26,4	33,0	22,6	18,0
	Kliniker	29,3	40,9	18,5	11,2
Ihre Zulassung/ Ermächtigung/ Beteiligung zurückzugeben	Niedergelassene	12,4	16,0	29,2	42,4
	Kliniker	5,0	10,0	26,3	58,7
öffentlich zu demonstrieren	Niedergelassene	34,2	36,7	18,0	11,1
	Kliniker	37,1	41,2	16,2	5,5
Ihre Patienten zu mobilisieren	Niedergelassene	34,1	39,6	17,7	8,6
	Kliniker	25,6	42,8	22,3	9,2
Patientenversorgung so wie bisher fortzu- setzen	Niedergelassene	20,8	39,5	32,2	7,5
	Kliniker	13,3	40,6	39,0	7,1
Einfluss auf Ihre berufsständischen Interessenvertreter für eine konstruktive und problemorientierte Reformdiskussion zu nehmen	Niedergelassene	32,5	53,7	10,4	3,4
	Kliniker	22,1	56,7	17,9	3,2

## 5.8 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die weiblichen Befragten waren im Durchschnitt jünger als die männlichen und verfügten daher auch über weniger Berufserfahrung. Deutliche Unterschiede zeigten sich auch bei der Betrachtung des Familienstandes. Während bei den männlichen Befragten 80% angaben verheiratet zu sein, sind es bei den weiblichen Befragten 57,4%. Entsprechend ist der Anteil der Ledigen bei den Frauen höher. Keine Unterschiede wurden in dieser Untersuchung zwischen Männern und Frauen hinsichtlich wissenschaftlicher Abschlüsse und Titel gefunden (Chi-Quadrat-Test,  $p > .05$ ). Die Themenkomplexe „Berufliche Position“, „monatliche Arbeitszeit“ und „Organisation und Leitung“ wurden nur im Klinikerfragebögen abgefragt: Basis der Auswertungen zu diesen Bereichen ist daher nicht das Gesamtkollektiv, sondern die Gruppe aller Klinikerinnen und Kliniker (N=1.074).

### Berufliche Position:

Tabelle 31: berufliche Position bei den Klinikerinnen und Klinikern (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Geschlecht		
		männlich N= 673	weiblich N=401	Gesamt N=1.074
Position	AIP	0,7%	2,5%	1,4%
	Assistent	20,7%	41,6%	72,6%
	Stationsarzt	19,5%	18,2%	7,8%
	Oberarzt	35,4%	33,4%	4,5%
	Chefarzt	17,7%	3,7%	
	Klinikdirektor	6,1%	0,5%	0,9%
	gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Der Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten hinsichtlich beruflicher Position ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test,  $p < .001$ ). Frauen sind deutlich seltener in den höheren Berufspositionen (> Oberarzt) anzutreffen als Männer. Dagegen ist der Frauenanteil unter den Assistenten (=niedrigere Berufsposition) etwa doppelt so hoch (20,7% bei den Ärzten resp. 41,6% bei den Ärztinnen).

### Arbeitszeit:

Die Fragen zur Arbeitszeit wurden nur den Kolleginnen und Kollegen gestellt, die abhängig beschäftigt sind, d.h. nur den Klinikern (N=1.074). Bei Betrachtung der monatlichen Arbeits-

zeit fällt auf den ersten Blick auf, dass die männlichen Befragten durchschnittlich mehr Stunden pro Monat arbeiten als die weiblichen Befragten (T-Test für unabhängige Stichproben,  $p < .001$ ).

Tabelle 32: monatliche Arbeitszeit (Quelle: Ärztstudie 2003)

	männlich	weiblich
Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit OHNE Bereitschaftsdienste?	52,3 h	43,7 h
Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit MIT Bereitschaftsdiensten?	68,0 h	61,0 h

Zu bedenken ist hier jedoch, dass unter den Befragten Frauen zu einem größeren Prozentsatz (20,1%) in Teilzeit beschäftigt sind als Männer (2,4%). Doch auch bei Unterscheidung nach Beschäftigungsstatus (Vollzeit versus Teilzeit) bleiben die Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten bestehen (s. Abb. 2).

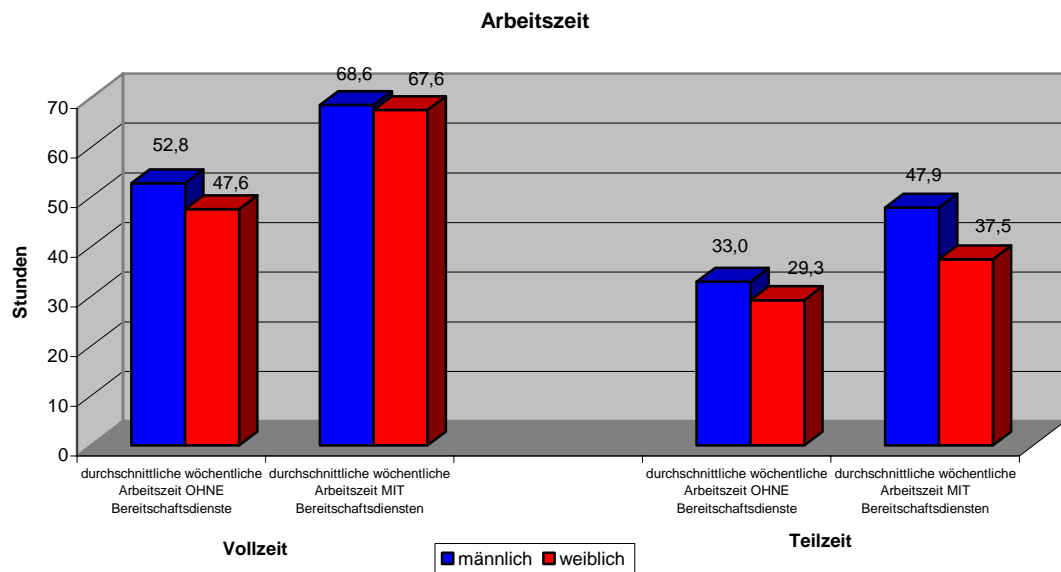


Abbildung 24: Vergleich der Arbeitszeit bei Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung (Quelle: Ärztstudie 2003)

Die Frage, ob Frauen (beispielsweise aufgrund familiärer Verpflichtungen) tatsächlich weniger arbeiten, oder ob sie einfach nur „ehrlicher“ antworten, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend klären.

### **Weiterbildung:**

Insgesamt ist der Prozentanteil derer, die die Facharztausbildung (noch) nicht abgeschlossen haben, bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (15,3% resp. 28,1%). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Chi-Quadrat-Test,  $p < .001$ ).

Tabelle 33: Facharztstatus (Quelle: Ärztstudie 2003)

	männlich	weiblich	Gesamt
Facharztausbildung abgeschlossen	84,7%	71,9%	80,5%
Facharztausbildung nicht abgeschlossen	15,3%	28,1%	19,5%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

In der vorliegenden Stichprobe konnten prozentual in etwa gleich viele Männer und Frauen ihre Weiterbildung nicht zeitgerecht beenden. Bemerkenswert ist die Aufschlüsselung der Gründe. Während Frauen dienstliche Gründe seltener (57,1%) als Männer (62,6%) angaben, gaben die Frauen „persönliche Gründe“ mit 48% deutlich häufiger an als die Männer (25,9%). Zwar ist eine weitere Aufgliederung konkreter Gründe nicht erfolgt, doch wurde von vielen Frauen unter der Kategorie „Sonstige Gründe“ meistens die „Babypause“ als freie Antwort angegeben. Als weiterer Punkt wurde die Bewertung der existierenden Weiterbildungsangebote (Schulnoten) in die Befragung aufgenommen: Hier zeigte sich ein deutlicher Unterschied in dem Sinne, dass Frauen sowohl mit der theoretischen als auch mit der praktischen Weiterbildung unzufriedener sind als Männer (vgl. Kapitel 6.4). Die Theorie wurde von den Männern im Durchschnitt mit 2,96 bewertet, von den Frauen hingegen mit 3,23. Die Unterschiede in der Bewertung der praktischen Weiterbildung sind sogar noch größer: Männern 2,75 und Frauen 3,10.

### **Organisation und Leitung:**

Neben der Beurteilung der Aus- und Weiterbildung wurden geschlechtsspezifische Unterschiede in Hinblick auf Wahrnehmung der Organisations- bzw. Leitungsebene untersucht.

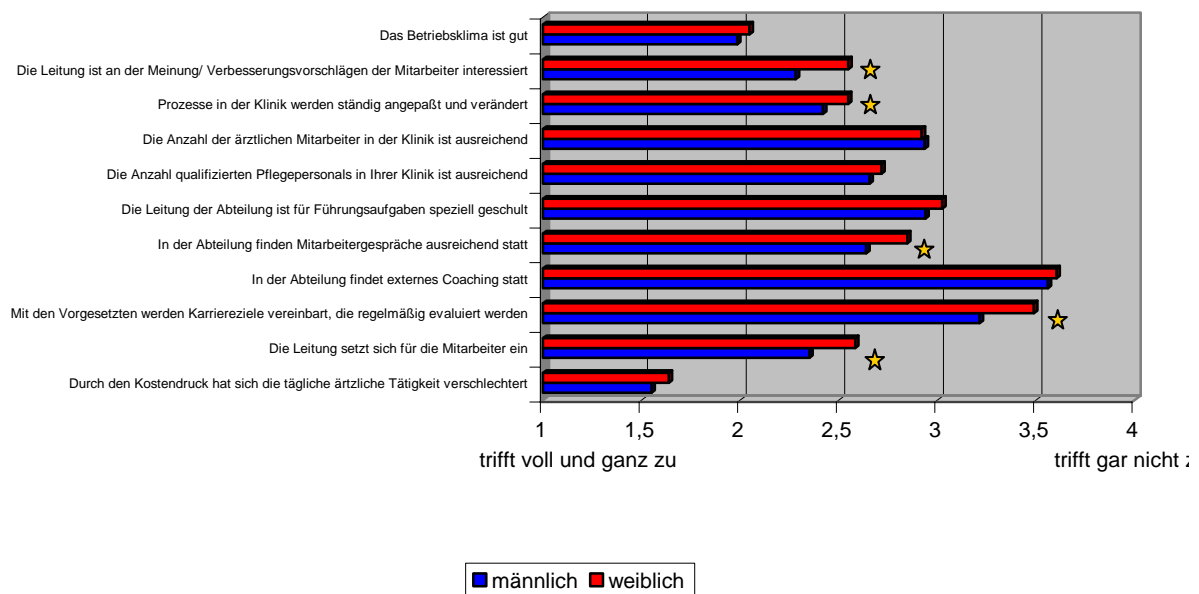


Abbildung 25: Bewertung der Organisation und Leitung (Quelle: Ärztstudie 2003)

Übereinstimmung zwischen männlichen und weiblichen Befragten herrscht bei der Einschätzung, dass die Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter in der Klinik nicht ausreicht. Ansonsten wird die Organisation und Leitung von Ärztinnen negativer beurteilt als von den Ärzten. Besonders deutliche Unterschiede zeigen sich bei den Statements „Die Leitung ist an der Meinung/ Vorschlägen der Mitarbeiter interessiert“, „Prozesse in der Klinik werden ständig angepasst und verändert“, „In der Abteilung finden Mitarbeitergespräche ausreichend statt“, „Mit den Mitarbeitern werden Karriereziele vereinbart, die regelmäßig evaluiert werden“ und „Die Leitung setzt sich für die Mitarbeiter ein“.

### Einkommen:

Die Einkommensverteilung zeigt, dass –wie erwartet- weibliche Befragte im Durchschnitt deutlich häufiger in den unteren Gehaltskategorien anzutreffen sind als ihre männlichen Kollegen (vgl. Tab. 33). Dies trifft sowohl für den Bereich der Niedergelassenen als auch für die Klinikern zu. Die oberen Kategorien (150.000 € bis über 250.00 €) sind stärker von Männern besetzt, wobei sich hier die Unterschiede am stärksten bei den Klinikern zeigen. Berücksichtigt man den Beschäftigungsstatus (Vollzeit versus Teilzeit), so verschwinden die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Teilzeitbeschäftigten. Dies liegt jedoch vor allem an der verschwindend geringen Fallzahl (N= 16 bzw. 2,4%) von männlichen Befragten in

Teilzeitbeschäftigung (Frauen: N= 82 bzw. 20,1%). Bei den Vollzeitbeschäftigten hingegen lässt sich beobachten, dass das Einkommen der Frauen deutlich unter dem der Männer liegt.

Tabelle 33: Einkommen von Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis (Quelle: Ärztstudie 2003)

	Niedergelassene			Kliniker		
	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt
bis 35.000€	4,72%	14,29%	7,39%	3,03%	14,57%	7,42%
über 35.000 bis 50.000€	7,15%	19,51%	10,60%	23,03%	36,05%	27,98%
über 50.000 bis 90.000€	23,75%	28,22%	25,00%	41,52%	40,25%	41,03%
über 90.000 bis 150.000€	35,36%	25,09%	32,49%	20,15%	8,64%	15,77%
über 150.000 bis 250.000€	21,19%	8,71%	17,70%	8,79%	0,49%	5,63%
über 250.000€	7,83%	4,18%	6,81%	3,48%	0,00%	2,16%

### **Allgemeine Lebenszufriedenheit**

Die Befragten wurden gebeten, ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen ihres Lebens auf einer Skala von 1 (voll und ganz unzufrieden) bis 10 (voll und ganz zufrieden) zu bewerten (vgl. Kapitel 5.7). Während in den meisten Items (10 von insgesamt 16 Items) Übereinstimmung in der Einschätzung von Männern und Frauen herrschte, zeigten sich in insgesamt sechs Bereichen Unterschiede. Die weiblichen Befragten sind deutlich unzufriedener mit „ihrer Tätigkeit im Haushalt“, mit den „vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung“, mit dem „Netz der sozialen Sicherung“, mit dem „Zustand der Umwelt hier in der Region“, mit dem „Arztbild in den Publikumsmedien“ und mit dem „Arztbild in der Gesellschaft im Allgemeinen“. Mit dem „Verhältnis zu ihren Patienten“ hingegen sind die weiblichen Befragten zufriedener als ihre männlichen Kollegen ( $p < .05$ ). Die größte Diskrepanz zwischen männlichen und weiblichen Kollegen zeigt sich in der Zufriedenheit mit „den vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung“ (vgl. Abb. 26).

## Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens...?

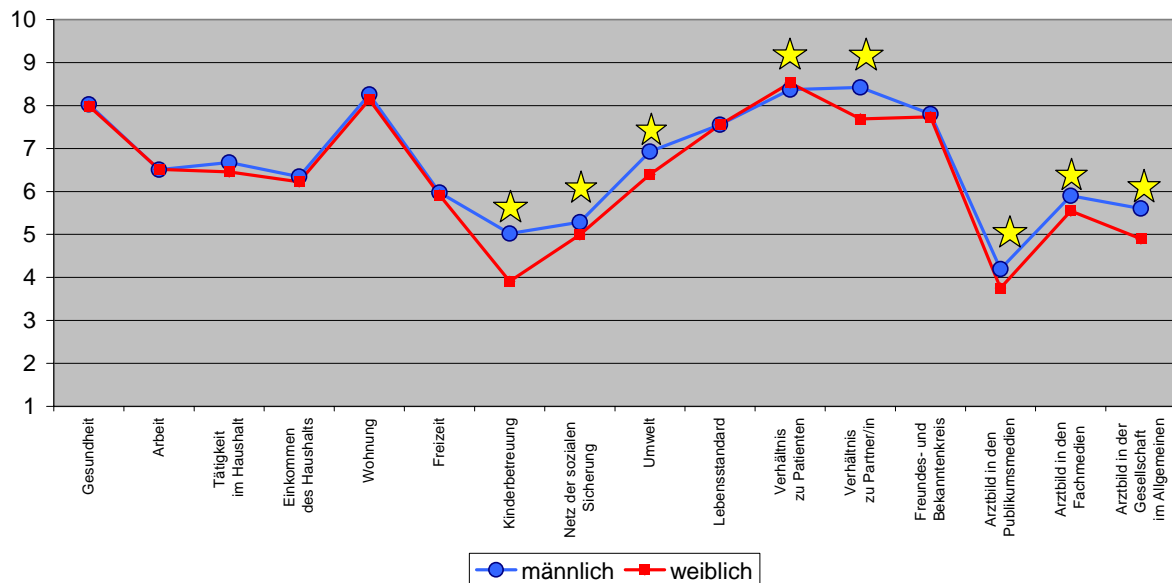


Abbildung 26: allgemeine Lebenszufriedenheit, Vergleich männliche und weibliche Befragte (Quelle: Ärztstudie 2003)

Die größte Unzufriedenheit betrifft sowohl bei Ärztinnen als auch bei Ärzten übereinstimmend das „Arztbild in den Publikumsmedien“.

## Alles in allem, wie zufrieden sind sie mit den Arbeitsbedingungen, unter denen Sie zurzeit Ihren Beruf ausüben?

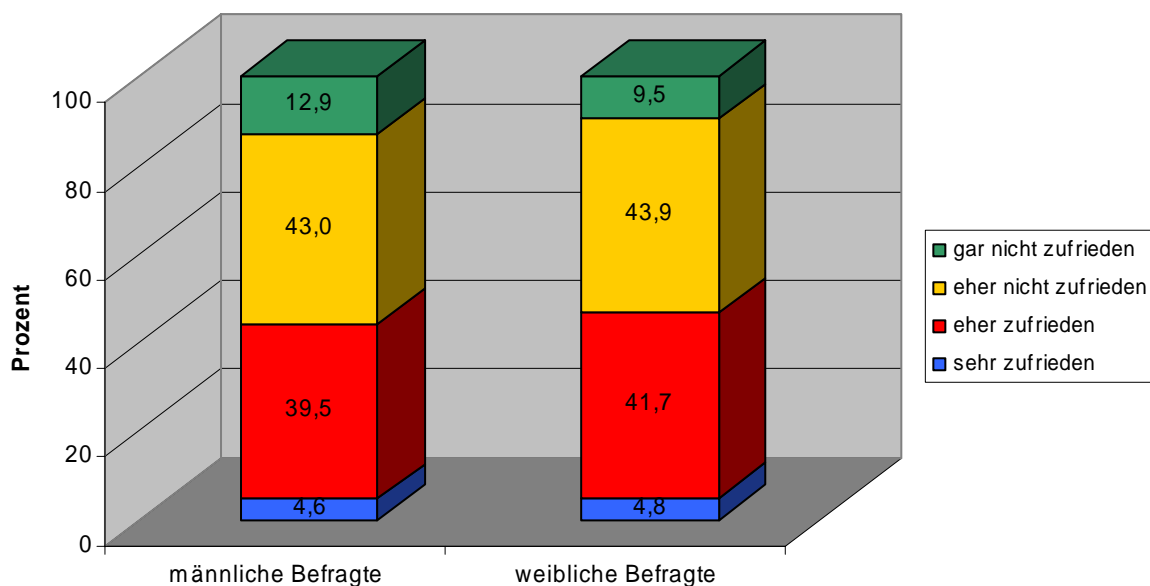


Abbildung 27: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Auch wenn es zwischen Medizinerinnen und Medizinern Unterschiede in der allgemeinen Lebenszufriedenheit gibt, die zu einem großen Teil auf die schlechte Vereinbarkeit der Lebenssphären Beruf und Familie zurückzuführen sind, herrscht in der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen überraschenderweise Einstimmigkeit zwischen Ärztinnen und Ärzten. Der Anteil von Zufriedenen („sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“) und Unzufriedenen („gar nicht zufrieden“ und „eher unzufrieden“) ist bei männlichen und weiblichen Befragten nahezu identisch.

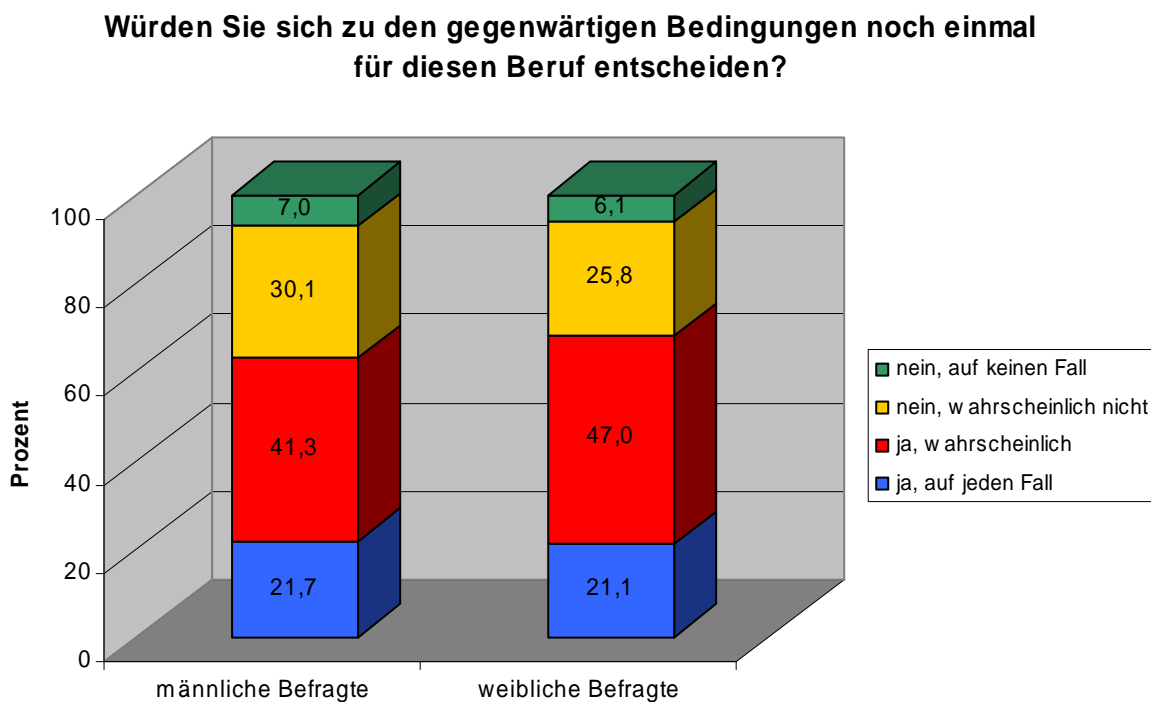


Abbildung 28: wieder für den Beruf entscheiden (Quelle: Ärztstudie 2003)

Auch bei der Beantwortung der Frage „Würden Sie sich zu den gegenwärtigen Bedingungen noch einmal für diesen Beruf entscheiden?“ herrscht Einigkeit zwischen Ärztinnen und Ärzten. Beachtlich hoch ist der Anteil derer, die sich „wahrscheinlich nicht“ bzw. „auf keinen Fall“ wieder für den Arztberuf entscheiden würden (37,1% der Männer bzw. 31,8% der Frauen).



## 5.10 Zusammenhang zwischen den Variablen

Um zu untersuchen welche Strukturen und Prozesse die beobachteten Verteilungen bestimmen wurden Korrelations- und Regressionsanalysen durchgeführt. Als abhängige Variablen wurden die Zufriedenheits-Items für die Analyse herangezogen. Dieses sind zum einen die Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit zum anderen aber auch die Frage 55 im Klinikerfragebogen bzw. Frage 32 im Niedergelassenen-Fragebogen „Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen, unter denen Sie derzeit ihren Beruf ausüben?“.

### Zufriedenheit mit der Arbeit

Bei der Regressionsanalyse zur Zufriedenheit mit der Arbeit wurde zugelassen, dass ein konstanter Term in die Regressionsgleichung mit aufgenommen wurde. Dieser wird in der Darstellung der Regressionsmodelle mit „Konstante“ beschrieben.

Tabelle 34: Regressionsmodelle für Zufriedenheit mit der Arbeit (Quelle: Ärztstudie 2003)

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der Arbeit	
Modell	Varianzaufklärung (korrigiertes R <sup>2</sup> )
1 Konstante, Lebensstandard insgesamt	11,3%
2 Konstante, Lebensstandard insgesamt, Arztbild in den Publikumsmedien	15,9%
3 Konstante, Lebensstandard insgesamt, Arztbild in den Publikumsmedien, Verhältnis zu Patienten	19,7%
4 Konstante, Lebensstandard insgesamt, Arztbild in den Publikumsmedien, Verhältnis zu Patienten, eigene Gesundheit	22,0%
5 Konstante, Lebensstandard insgesamt, Arztbild in den Publikumsmedien, Verhältnis zu Patienten, eigene Gesundheit, Einkommen des Haushalts	23,6%

Der beste Prädiktor für die Zufriedenheit mit der Arbeit ist der Lebensstandard der Befragten. Die Konstante und die Variable „Zufriedenheit mit dem Lebensstandard insgesamt“ klären 11,3% der Varianz der abhängigen Variablen (Zufriedenheit mit der Arbeit) auf. Die Hinzunahme der Variablen „Zufriedenheit mit dem Arztbild in den Publikumsmedien“ als Prädiktor verbessert die Varianzaufklärung auf 15,9%. Bei Aufnahme der Variablen „Zufriedenheit mit dem Verhältnis zu den Patienten“ verbessert sich die Varianzaufklärung auf 22,0%. Erst an

fünfter Stelle wird die „Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushaltes“ als Prädiktor mit in das Regressionsmodell aufgenommen. Durch die Aufnahme weiterer Variablen verbessert sich die Varianzaufklärung im Modell um weniger als 1%, aus diesem Grund wird auf die Darstellung verzichtet. Auch bei einer Unterscheidung zwischen Klinikern und Niedergelassenen zeigen sich beinahe identische Ergebnisse, so dass diese nicht weiter dargestellt werden.

### **Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen**

Tabelle 35: Regressionsmodelle für Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (Quelle: Ärztstudie 2003)

Abhängige Variable Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen

Modell	Varianzaufklärung (korrigiertes R <sup>2</sup> )
1 Konstante, Einkommen des Haushaltes	16,2%
2 Konstante, Einkommen des Haushaltes, Arztbild in den Publikumsmedien	20,1%
3 Konstante, Einkommen des Haushaltes, Arztbild in den Publikumsmedien, Freizeit	22,1%
4 Konstante, Einkommen des Haushaltes, Arztbild in den Publikumsmedien, Freizeit, Alter	23,0%
5 Konstante, Einkommen des Haushaltes, Arztbild in den Publikumsmedien, Freizeit, Alter, Verhältnis zu Patienten	24,0%

Für die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, unter denen die Befragten ihren Beruf ausüben, ist das Haushaltseinkommen der beste Prädiktor. Durch das Modell aus Haushaltseinkommen und der in die Regressionsgleichung eingeschlossene Konstante werden 16,2% der Varianz für die abhängige Variable erklärt. Bei Aufnahme der Variable „Zufriedenheit mit dem Arztbild in den Publikumsmedien“ verbessert sich die Varianzaufklärung des Modells um 3,9%. Durch das Modell „Konstante, Zufriedenheit mit dem Einkommen des Haushaltes, Zufriedenheit mit dem Arztbild in den Publikumsmedien, Zufriedenheit mit der Freizeit und Alter werden 23% der Varianz aufgeklärt. Auch hier wurde auf die Aufnahme weiterer Variablen verzichtet, da sie die Varianzaufklärung im Modell um weniger als 1% verbessern. Die Zufriedenheit mit der Arbeit und den Arbeitsbedingungen wird also im We-

sentlichen bestimmt durch finanzielle Aspekte der Berufstätigkeit (Variablen Haushaltseinkommen und Lebensstandard), durch das Image (Arztbild in den Publikumsmedien) und das Verhältnis zu den Patienten. Die Prädiktoren für die Zufriedenheit von Klinikern und Niedergelassenen unterscheiden sich nicht wesentlich. Bei der Berechnung der Regressionsmodelle für die Kliniker ist es möglich, die Variable wöchentliche Arbeitszeit in die Analyse aufzunehmen. Interessanterweise hat diese Variable nur geringe Erklärungskraft für die Varianz der abhängigen Variablen (Verbesserung der Varianzaufklärung um 1%).

### Allgemeine Lebenszufriedenheit

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und persönlichen Merkmalen (Quelle: Ärztstudie 2003)

		Alter	Berufserfahrung	Patienten pro Tag	eigenes Einkommen	Haushaltsnetto-Einkommen
Gesundheit	Korrelation (Pearson) Fallzahl	-0,08** 2131	-0,065** 2122	-0,056* 2110	-0,013 2069	0,028 2040
Arbeit	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,063** 2127	0,060** 2127	-0,028 2106	0,109** 2066	0,152** 2037
Tätigkeit im Haushalt	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,107** 2055	0,111** 2046	-0,029 2035	0,042 1999	0,065** 1972
Einkommen des Haushaltes	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,086** 2100	0,092** 2091	-0,008 2078	0,277** 2039	0,342** 2014
Wohnung	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,125** 2122	0,138** 2113	0,072** 2100	0,142** 2060	0,156** 2030
Freizeit	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,025 2107	0,054* 2098	-0,067** 2087	-0,003 2047	0,040 2018
Möglichkeiten der Kinderbetreuung	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,214** 1736	0,209** 1728	0,095** 1723	0,110** 1698	0,135** 1676
Netz der sozialen Sicherung	Korrelation (Pearson) Fallzahl	-0,013 2092	0,008 2083	-0,140** 2071	0,017 2032	0,021 2005
Zustand der Umwelt	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,000 2108	0,028 2108	-0,011 2087	0,072** 2048	0,063** 2020
Lebensstandard	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,001 2121	0,020 2121	-0,040 2100	0,166** 2060	0,232** 2030
Verhältnis zu Patienten	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,141 2122	0,151** 2113	0,078** 2105	0,086** 2060	0,112** 2031
Verhältnis zum Partner	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,027 2050	0,023 2040	0,057 2029	0,009 1991	0,077** 1966
Verhältnis zum Freundeskreis	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,051* 2114	0,067** 2105	0,033 2093	0,027 2053	0,058** 2024
Arztbild in Publikumsmedien	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,021 2125	0,041 2116	-0,093** 2103	0,066** 2062	0,090** 2033
Arztbild in Fachmedien	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,064** 2095	0,083** 2086	-0,009 2073	0,056* 2033	0,055* 2005
Arztbild in der Gesellschaft	Korrelation (Pearson) Fallzahl	0,093** 2124	0,088** 2115	0,035 2102	0,125** 2061	0,119** 2031

Bei der Analyse des Zusammenhanges (Pearsons Korrelation) zwischen den Fragen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und den Variablen Alter, Berufserfahrung (Jahre, die der Befragte als Arzt/ Ärztin tätig ist), Arbeitsbelastung (operationalisiert durch die Anzahl der versorgten Patienten pro Tag), eigenes Einkommen sowie Haushaltsnettoeinkommen zeigte sich kaum ein linearer Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen. Auch wenn aufgrund der hohen Fallzahl beinahe jeder Korrelationskoeffizient statistisch signifikant wurde, liegt der Betrag des Koeffizienten in den meisten Fällen nahe Null und ist daher zu vernachlässigen. Ein schwacher positiver Zusammenhang ( $>.200$ ) zeigte sich in drei Fällen: zwischen den Variablen Alter und der Zufriedenheit mit den vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung, zwischen dem eigenen Einkommen (als Betrag) und der Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen sowie zwischen dem Haushaltsnettoeinkommen (als Betrag) und der Zufriedenheit mit dem Lebensstandard. Insgesamt konnte keine der im Fragebogen abgefragten Variablen bzw. kein Modell aus verschiedenen Variablen die berufliche Zufriedenheit hinreichend erklären.

## 6. Diskussion

Die Diskussion der vorliegenden Arbeit ist in zwei Abschnitte unterteilt. Im ersten Teil werden die Hauptprobleme der Methodik, die Stichprobenausfälle und der Einsatz von Gewichtungsfaktoren diskutiert. Im zweiten Abschnitt werden die empirischen Ergebnisse inhaltlich diskutiert.

### 6.1 Methodik

Beim vorliegenden Fragebogen handelt es sich um ein sehr komplexes und äußerst differenziertes Erhebungsinstrument. Durch dieses vielschichtige Fragebogeninstrument sowie die valide und reliable Methodik ist es erstmalig möglich, ein breites Spektrum beruflicher Aspekte von Ärztinnen und Ärzten repräsentativ für Deutschland darzustellen. Die große Bandbreite der Antworten gerade in denjenigen Fragen, die Bewertungen enthielten zeigt, dass nicht die „extremen“ (nur die vollkommen Unzufriedenen bzw. die vollkommen Zufriedenen) geantwortet haben. Damit deutet sich eine Repräsentativität und Validität nicht nur der Stichprobe, sondern auch der Ergebnisse an. Eine Non-Responder-Analyse sowie eine Nachfassaktion waren aufgrund der strikten Anonymität nicht möglich.

Eines der zentralen Probleme bei der schriftlichen (postalischen) Befragung liegt in der außerordentlichen Schwankungsbreite der Rücklaufquote, die sich empirisch zwischen 10% und 90% bewegt (Klein et al. 2000). Die Rücklaufquote von 30,9% in der vorliegenden Studie ist in Anbetracht des umfangreichen Fragebogens (65 Fragen auf 17 Seiten bei den Klinikern bzw. 42 Fragen auf 11 Seiten bei den Niedergelassenen) als gut zu bewerten. Vergleicht man die eigenen Daten mit den Rücklaufquoten erster Befragungswellen (ohne gezielte Nachfassaktion) zweier Umfragen vom Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim (ZUMA), in denen 13,6% bzw. 13,1 % der Befragten antworteten (Klein et al. 2000), lässt die vorliegende Rücklaufquote auf eine hohe Akzeptanz und damit auch Relevanz der einbezogenen Themen schließen. Die Ausgewogenheit der Rücklaufquote bei Klinikern und Niedergelassenen ist beachtlich und somit ein weiteres Indiz für die Repräsentativität der Stichprobe.

Ein weiteres methodisches Problem ergibt sich aus den Stichprobenausfällen. Es lässt sich nicht klären, ob es sich in der vorliegenden Untersuchung um zufällige, d.h. stichprobenneutrale Ausfälle (missing at random, MAR) oder um systematische Ausfälle (not missing at random, NMAR) handelt. Die Frage, inwieweit die Ergebnisse durch die Stichprobenausfälle verzerrt sind, kann aus diesem Grund und insbesondere aufgrund der Tatsache, dass ein Non-

Responder-Analyse nicht durchführbar war, nicht abschließend beantwortet werden.

Die vorliegenden Ergebnisse beruhen auf einer Untersuchung, in der erstmalig eine Zufallsstichprobe aus allen Medizinerinnen und Medizinern in Deutschland gezogen wurde und die damit in Bezug auf Umfang und Repräsentativität deutlich über die bisherigen Befragungen der Landesärztekammern hinausgeht. Die Repräsentativität ist eine wichtige Voraussetzung um von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu schließen. In der Statistik gibt es jedoch streng genommen keine Repräsentativumfragen, da eine Stichprobe niemals in allen Merkmalen ein repräsentatives Abbild der Population darstellen kann. Die „Qualität“ einer Stichprobe wird oft daran gemessen, wie gut sie (ggf. unter Berücksichtigung von Gewichten) die Verteilung spezieller soziodemografischer Variablen, die man aus anderen Erhebungen genau zu kennen glaubt, widerspiegelt. Es wird erwartet, dass diese Maßstabstreue auch bei den anderen Variablen gilt, obwohl ihre Verteilungen nicht bekannt sind (Diekmann 2002). In der vorliegenden Studie zeigten sich Abweichungen zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit vor allem bei den Klinikern hinsichtlich Alter und Geschlecht. Diese Verzerrungen wurden durch eine nachträgliche Gewichtung (Redressment) korrigiert. Der Einsatz von Gewichtungsfaktoren wird in der Literatur kritisch diskutiert, Fakt ist jedoch, dass jede nationale Bevölkerungstichprobe gewichtet wird (Rothe 1994). Mit der Gewichtung soll erreicht werden, dass die Stichprobenprofile für Untersuchungsmerkmale in der Stichprobe nach der Gewichtung dem tatsächlichen Profil in der Untersuchungsgesamtheit nach der Gewichtung näher sind als ohne Gewichtung. Dieses Ziel wurde durch den Einsatz von Gewichtungsfaktoren in dieser Stichprobe definitiv erreicht: Das Stichprobenprofil stimmt jetzt hinsichtlich der überprüften Merkmale mit dem Profil der Grundgesamtheit weitgehend überein. Es gibt jedoch keinen Beleg dafür, dass dies gleichzeitig bedeutet, dass die Stichprobe der Grundgesamtheit damit auch in Hinblick auf sämtliche andere Strukturmerkmale ähnlicher wird. Diekmann stellte 2002 fest, dass, wenn man viele Merkmale erhebt, auch bei perfekten Zufallsstichproben zu erwarten ist, dass „rein zufällig“ bei der einen oder anderen Randverteilung signifikante Abweichungen von der Verteilung in der Population auftreten (Diekmann 2002).

Dennoch ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass es sich bei den Ausfällen möglicherweise nicht nur um stichprobenneutrale, sondern um systematische Ausfälle handelt. In den Auswertungen beispielsweise zur Lebenszufriedenheit zeigte sich der Trend, dass die älteren Befragten sich zufriedener äußerten als die jüngeren. Da sich im Vergleich der Stichprobe mit der Grundgesamtheit eine leichte Verzerrung zuungunsten der jungen und der

weiblichen Befragten herausstellte, ist es möglich, dass die Zufriedenheit der Befragten in der vorliegenden Studie überschätzt wird.

## **6.2 Diskussion der empirischen Ergebnisse**

Im nachfolgenden Abschnitt werden die empirischen Ergebnisse zu den Bereichen Arbeitszeit und Überstunden, Organisation und Leitung, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliches Arbeiten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Reformansätze im Gesundheitswesen, geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Ost-West-Vergleich zusammengefasst und diskutiert.

### **6.2.1 Arbeitszeit und Überstunden**

Angaben zu Arbeitszeit und Überstunden wurden nur von den Klinikern erfragt. Etwa ein Viertel aller Befragten (24,5%) arbeiten bis zu 40 Stunden pro Woche, 61% arbeiten mehr als 45 Stunden die Woche und jeder fünfte (20,7%) arbeitet sogar 60 Stunden und mehr. In der weiteren Analyse wurden Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte getrennt berücksichtigt. In der wöchentlichen Arbeitszeit der Teilzeitbeschäftigten zeigte sich ein linearer Trend in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus: Je höher die Befragten in der Hierarchie angesiedelt sind, desto höher ist die wöchentliche Arbeitszeit (ohne Bereitschaftsdienste). Bei den Teilzeitbeschäftigten war dieser Effekt nicht zu finden, auch sind die Positionen „Chefarzt“ und „Klinikdirektor“ hier erwartungsgemäß nicht vertreten. In der Anzahl der pro Monat geleisteten Bereitschaftsdienste fand sich kein Unterschied zwischen Voll- und Teilzeitbeschäftigten. Die Anzahl der pro Woche geleisteten Überstunden liegt bei den Vollzeitbeschäftigten mit 2,8 Stunden leicht über der Anzahl der Teilzeitkräfte mit 2,3 Stunden. Bei 54,6% aller Befragten (Kliniker) werden Überstunden nicht vergütet. Auf die Frage, wie Überstunden ausgeglichen werden sollten, sprachen sich 59,9% der Befragten für eine Lösung aus, die einen Ausgleich sowohl in Freizeit als auch in Bezahlung vorsieht, 18,3% wünschen sich einen Ausgleich nur in Freizeit und 2,0% gaben an, dass Überstunden ihrem Selbstverständnis nach zum Arztberuf dazugehören.

Dass Krankenhausärzte seit Jahren in erheblichem Maße unbezahlte und zumeist nicht dokumentierte Überstunden leisten, ist kein Geheimnis. Im Sommer 2001 wurde von der Hessischen Landesärztekammer eine Umfrage zu Arbeitszeiten und -bedingungen unter Ärzten im Praktikum (ÄiP), Assistenten und Oberärzten durchgeführt (Kaiser et al. 2002). Die Ergebnisse zur Arbeitszeit in der vorliegenden Studie sind alarmierend –vor allem in Anbetracht der Tatsache, dass laut EU-Arbeitszeitrichtlinie die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 48 Stunden nicht überschreiten darf (Flintrop 2004) -, aber weitgehend deckungsgleich mit den Ergebnissen von Kaiser und Kortmann. Erschwerend kommt hinzu, dass die tatsächliche Belas-



tung der Krankenhausärzte kaum feststellbar ist: Ärztliche Mehrarbeit wird häufig schlecht oder gar nicht dokumentiert und deshalb auch nicht vergütet (Popovic et al. 2002). (96,5% der Befragten in der vorliegenden Studie gaben an, regelmäßig Überstunden zu machen. Zu vergleichbaren Ergebnissen kamen auch Kaczmarcyk und Mitarbeiter in einer Studie über „Wissenschaftliche Arbeit und Qualifizierung am Universitätsklinikum Charité“ im Jahre 1999 (Kaczmarcyk 2000). Ebenfalls übereinstimmend mit der Studie von Kaczmarcyk zeigte sich, dass bei mehr als der Hälfte der Befragten Überstunden nicht vergütet werden und dass unter den Teilzeitbeschäftigten der Frauenanteil höher ist als bei den Vollzeitbeschäftigten. Angesichts der möglichen Folgen, die das EuGH-Urteil vom 09. September 2003 („Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit“) zum ärztlichen Bereitschaftsdienst in Deutschland haben wird, sind die Antworten auf die Frage nach dem durchschnittlichen Arbeitsanteil in Bereitschaftsdiensten bei befragten Ärztinnen und Ärzten besonders aufschlussreich. Dennoch wird dieses Urteil nach anfänglicher Euphorie von den Betroffenen selbst nicht nur positiv betrachtet, da es für sie zum Teil erhebliche Einkommenseinbußen nach sich zieht.

## 6.2.2 Organisation und Leitung

Auch die Bewertung von Organisation und Leitung wurde nur bei den abhängig Beschäftigten, also den Klinikern, erhoben. Das Betriebsklima wird von der Mehrzahl der Befragten positiv bewertet. Auch die Statements „Die Leitung ist an der Meinung der Mitarbeiter interessiert“ und „Die Leitung setzt sich für die Mitarbeiter ein“ werden von mehr als der Hälfte der Befragten zustimmend bewertet. Die größte Zustimmung fand das Statement „Durch den Kostendruck hat sich die tägliche ärztliche Tätigkeit verschlechtert“, hier stimmten 55,2% der Antwortenden voll und ganz zu. Auch dass die Anzahl ärztlichen und qualifizierten Pflegepersonals nicht ausreicht äußerten jeweils mehr als 50% der Befragten. Moderne Führungsinstrumente wie beispielsweise externes Coaching werden in den meisten Einrichtungen noch nicht eingesetzt, die überwiegende Mehrzahl der Befragten (72,9%) ist eher nicht bzw. gar nicht davon überzeugt, dass die Leitung für Führungsaufgaben speziell geschult ist.

Befristete Arbeitsverträge, unbefriedigende berufliche Stresssituationen und Unterordnungsverhältnisse sowie Ausgabendeckelung und rigide Budgetvorschriften führen dazu, dass der Arztberuf für viele Klinikärzte schon lange kein Traumberuf mehr ist (Clade 1998). Der klassische Chefarzt versteht sich in erster Linie als Arzt. Gleichzeitig fällt ihm aber eine Fülle an Managementaufgaben zu. Da er oft zeitliche Prioritäten setzen muss, werden die Führungsaufgaben häufiger vernachlässigt. Dies ist nicht nur in Hinblick auf die Arbeitsbedingungen in der jeweiligen Abteilung bedenklich, sondern kommt z.T. einer Verschwendung von Ressourcen gleich, wenn sich z.B. ein hochqualifizierter und hochspezialisierter Mediziner im Direktorium überwiegend mit Verwaltungsaufgaben befasst. Hennes und Werr schlagen aus diesem Grunde vor, im Krankenhaus zwei –hinsichtlich Renommee und Entgelt gleichwertige– Berufswege für Ärzte einzurichten: die Fachkarriere und die Managementkarriere (Hennes et al. 2003). Durch Arbeitsteilung und Spezialisierung könnte dies zu einem besseren Zeit- und Teammanagement führen, wodurch wiederum eine gesteigerte Effizienz und Effektivität bei gesteigerter Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit möglich ist (Hennes et al. 2003). Ein weiterer viel versprechender Ansatz zur Verbesserung der Arbeitssituation ist im Universitätsklinikum Heidelberg erprobt worden. Im Rahmen einer Stationsteam-Supervision wurden die Mitarbeiter im wöchentlichen Rhythmus zu Arbeitsbedingungen, Belastungen und Erwartungen, aber auch Burnout-Symptomatik und Bewältigungsverhalten befragt. Ziel ist hierbei eine Verbesserung in den Bereichen Patientenorientiertheit, Kommunikationsstil, Arbeitsklima, Kooperation und Transparenz (Werner 1998).

## 6.2.3 Fort- und Weiterbildung

### Weiterbildung

In der vorliegenden Stichprobe konnten prozentual in etwa gleich viele Männer und Frauen ihre Weiterbildung nicht zeitgerecht beenden. Bei Aufschlüsselung der Gründe zeigte sich, dass Frauen dienstliche Gründe seltener als Männer angaben, während die Frauen "persönliche Gründe" wie z.B. Babypause signifikant häufiger angaben. Die theoretische und praktische Weiterbildung werden von den männlichen Befragten nicht nur deutlich positiver bewertet, sie fühlen sich auch stärker von ihren Vorgesetzten während der Weiterbildung unterstützt. Es ließ sich jedoch kein statistischer Zusammenhang zwischen (subjektiv empfundener) Unterstützung durch den Weiterbilder und Bewertung der Weiterbildung nachweisen. Betrachtet man die Bewertungen aus der Perspektive der jeweiligen hierarchischen Position, so bewerten die Chefärzte und Klinikdirektoren die theoretische und praktische Weiterbildung signifikant besser als die Assistenten, Stationsärzte und Oberärzte.

25% der Kliniker und 31% der Niedergelassenen wenden wöchentlich 2-4 Stunden für Fortbildung auf. Dies geschieht zum überwiegenden Teil (jeweils mehr als 80%) durch Lesen von Fachzeitschriften und Fachbüchern sowie den Besuch von Fortbildungsveranstaltungen. Qualitätszirkel werden von Niedergelassenen (62,3%) etwa dreimal so häufig zur Fortbildung genutzt wie von Klinikern (21,5%). Das Prinzip der kontinuierlichen zertifizierten Fortbildung (CME) scheint noch nicht allgemein etabliert. 41,3% der Niedergelassenen und 60,0% der Kliniker geben an, keine CME- Punkte zu sammeln. Als Gründe hierfür werden vor allem der hohe administrative Aufwand und die fehlende Verpflichtung angeführt.

Die Tatsache, dass Chefärzte und Klinikdirektoren deutlich positivere Noten für die überwiegend durch sie selbst organisierte praktische Ausbildung vergeben wirft die Frage auf, ob eine hierarchisch höhere Position generell zu einer positiveren Bewertung führt. Hierbei ist jedoch kritisch anzumerken, dass die Fragen zur Bewertung der Fort- und Weiterbildung sehr allgemein formuliert waren („Wie beurteilen Sie die theoretische bzw. praktische Weiterbildung?“), so dass im Nachhinein nicht klar differenzierbar ist, ob die Befragten aus der Grundlage ihrer eigenen absolvierten Weiterbildung urteilen, oder ob sie die gegenwärtige -z.T. durch sie selbst gestaltete- Weiterbildung beurteilen.

Im Bereich Fortbildung wird das Warum und das Wie einer zertifizierten Continuing Medical Education (CME) als für alle Ärzte verbindliche Fortbildungsform gegenwärtig kon-

trovers diskutiert. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg (BW) berichtet von ihrem bis Februar 2003 gelaufenen Modellversuch, dass jeder Arzt in Baden-Württemberg im Jahr 2002 mindestens vier Fortbildungsveranstaltungen besucht hat (ohne Verfasser 2003). In der vorliegenden Studie verneinten allerdings bei den Niedergelassenen 43% und bei den Klinikern 60% die Frage, ob sie CME-Punkte sammelten. Die Gründe konnten in freier Antwort angegeben werden, am häufigsten wurden die gegenwärtig noch nicht vorgeschriebene Pflicht und der unverhältnismäßig hohe administrative Aufwand angegeben. Entgegen den ermutigend stimmenden Zahlen der Landesärztekammern legen die Daten der vorliegenden Studie den Schluss nahe, dass viele Ärztinnen und Ärzte nicht von diesem Fortbildungssystem überzeugt sind.

Auf dem Deutschen Ärztetag 2003 ist u.a. festgeschrieben worden, dass Fortbildungsinhalte unabhängig von Industrieinteressen sein müssen; der Inhalt darf nicht von den wirtschaftlichen Interessen der Industrie beeinflusst werden. Gesponserte Veranstaltungen sollen aber weiterhin anerkannt werden, wenn kein Einfluss auf den Inhalt der Fortbildung besteht(ohne Verfasser 2003b). Die Verflechtung von medizinischer Forschung und Industrie auf der einen Seite sowie das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen durch die Pharmaindustrie auf der anderen Seite ist ein vielschichtiges und sensibles Thema. Dieser Problematik hat sich u.a. Finzen angenommen und weist auf die in Teilen in gesponserten Veranstaltungen vermittelten inhaltlichen Verzerrungen hin und belegt dies mit Aktionen aus der Zeit der Einführung einer neuen Generation von Antidepressiva (Finzen 2002). Tatsache ist, dass Fortbildung ohne Unterstützung der Industrie in bisherigem Umfang nicht möglich wäre. Untersuchungen allerdings, die objektiv darstellen, wie weit eine Verflechtung tatsächlich vorangeschritten ist oder Beeinflussungen von Verschreibungsaktivitäten durch Sponsoring beschreibt, sind derzeit nicht publiziert.

## **6.2.4 Wissenschaftliches Arbeiten**

Von mehr als der Hälfte der befragten Kliniker wird wissenschaftliche Arbeit im Sinne von Forschung und Lehre geleistet, interessanterweise findet nicht nur an Universitätskliniken Forschung und Lehre statt. Je höher die berufliche Position der Befragten, desto besser fühlen sie sich in didaktischer Hinsicht ausgebildet. Beim Erlernen der Lehrpraktiken orientieren sich die Befragten überwiegend an den Lehrpraktiken von Kolleginnen und Kollegen. Unterstützung erfahren die Befragten überwiegend in Form der Bereitstellung von Räumlichkeiten sowie Sach- und Finanzmitteln. Nur 37,4% gaben an, auch inhaltlich unterstützt zu werden. Mehr als 50% der Befragten gaben weiter an, dass wissenschaftliche Tätigkeit und Lehre überwiegend außerhalb der Regelarbeitszeit stattfindet. Als Motivation führen zwei Drittel der Befragten medizinisch-naturwissenschaftliches Interesse an, jeweils etwa 50% gaben darüber hinaus extrinsische Motivationsfaktoren wie Weiterqualifizierung für den beruflichen Werdegang und Wunsch der Abteilungsleitung an. Die Finanzierung von Kongressreisen geschieht überwiegend (zu mehr als 80%) privat. Jeweils ein Drittel der Befragten gab Industrie- bzw. Institutsmittel als Quelle an. Der zeitliche Aufwand für wissenschaftliche Tätigkeit unterscheidet sich bei Assistenzärzten und Oberärzten nur geringfügig, ist jedoch für beide Gruppen deutlich höher als bei den Chefarzten und Klinikdirektoren.

### **Motivation zur wissenschaftlichen Arbeit**

Interessant sind die unterschiedlichen Motive, weshalb deutsche Mediziner Wissenschaft betreiben. Bei der Möglichkeit zu Mehrfachantworten gaben 66,4% an, sie machten es aufgrund von medizinisch-naturwissenschaftlichem Interesse, 52,9% betreiben es, weil die Leitung der Abteilung es erwarte und 47,5% erhoffen sich eine Weiterqualifizierung für die weitere Karriere. Eine Erfassung von Gründen derer, die keine Wissenschaft betreiben, ist nicht durchgeführt worden. Um die Motivation zur wissenschaftlichen Arbeit aufrechterhalten zu können, ist es wesentlich, ob und inwieweit diese Tätigkeit von der Klinikleitung unterstützt wird. Von 17,4% der Befragten wurde angegeben, gar nicht unterstützt zu werden, zumindest 23,1% der Befragten gaben an, zeitweilig freigestellt zu werden. Eine inhaltliche Betreuung gaben 37,4% der Befragten an. Diese Angaben zeigen, dass selbst im Bereich der nicht unmittelbar von Drittmitteln abhängigen Unterstützungsformen Defizite bestehen.

### **Zeitlicher Aufwand für Wissenschaft und Lehre**

Eine berechnete Frage bei der Betrachtung der Zahlen lautet: Ist das nun Viel oder Wenig? Das Design dieser Studie, in der Fragen zu Wissenschaft und Lehre lediglich ein Modul darstellten, kann diese Frage nicht beantworten. Hierzu müssten u.a. weitergehende Aspekte zur Forschungsstruktur und Organisation oder die Einbindung in Forschungsschwerpunkte bekannt sein, die nicht Gegenstand dieser Befragung waren. Es bleibt aber festzuhalten, dass der erfasste zeitliche Aufwand für wissenschaftliches Arbeiten bei den meisten Befragten zusätzlich zur durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 60 Stunden nach einem 10-12 Stundentag erfolgt. Als ein Qualitätskriterium wissenschaftlicher Arbeit wird die Publikationsleistung herangezogen. Daten liegen hier aus einer Online Umfrage vor, die vom Ministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des „Project TALENT“ unter 650 deutschen Postdocs in den USA durchgeführt worden ist. Hiernach werden durchschnittlich 2,7 wissenschaftliche Arbeiten pro Jahr von Postdocs in führenden Journalen ihrer Disziplin publiziert, davon 1,3 als Erstautorschaften. Diese Publikationszahl wird von Nachwuchswissenschaftlern erreicht, die 100% ihrer Arbeitszeit und Arbeitskraft in einem meist gut funktionierenden Umfeld investieren können (Buechtemann 2001). Wie effektiv Nachwuchswissenschaftler unter heimischen, deutschen Rahmenbedingungen sind oder wie hoch die Drop-out Rate von ambitionierten Nachwuchswissenschaftlern ist, ist bisher überhaupt nicht erfasst.

### **Inhalte wissenschaftlicher Arbeit**

Die inhaltliche Ausrichtung wissenschaftlicher Arbeit ist bei allen Antwortenden zu 84,9% klinisch ausgerichtet, weitere 25,8% betreuen Medikamentenstudien und lediglich 21% sind grundlagenorientiert. Bei einer Unterteilung in einzelne Fachbereiche sind chirurgische Fächer weniger grundlagenorientiert (Chirurgie zu 14,8%, Frauenheilkunde zu 4%) als konservative Fächer (Kinderheilkunde 21,1%, Psychiatrie 20,9%). Medikamentenstudien werden von Anästhesisten zu 41,9% und von Internisten zu 38,2% angegeben, Chirurgen gaben diese Form wissenschaftlicher Arbeit zu 10,1% an. Welchen Phasen einer klinischen Prüfung (I.-IV) diese Studien zugeordnet werden, ist nicht erfragt worden.

Gründe des vergleichsweise geringen Anteils von Grundlagenforschung und eines unbefriedigenden Stellenwertes auch der Qualität klinischer Forschung (Rothmund 1997) werden seit Jahren durch Gremien (u.a. Medizinischer Fakultätentag) oder Experten (Adler 2000) klar benannt, die Umsetzung geforderter struktureller Veränderungen steht weiterhin aus.

## **Finanzierung von Wissenschaft und Forschung**

Die Verflechtung zwischen Industrie und Universitäten ist kein deutsches Phänomen, sondern ein internationales. Kooperationen zwischen Industrie und medizinischen Einrichtungen beruhen einerseits auf gesetzlichen Vorschriften, vor einer Produkteinführung klinische Studien durchzuführen und nach der Markteinführung Nebenwirkungen und Anregungen zu Verbesserungen in Anwendungsbeobachtungen zu erfassen. Brisant und derzeit noch nicht definitiv geklärt ist andererseits die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Einwerbung von Drittmitteln durch industrienah kooperierende Medizin die Straftatbestände der Vorteilsnahme oder Vorteilsgewährung erfüllen (Tag et al. 2003). Die Zahlen dieser Umfrage deuten an, dass fast die Hälfte der medizinisch-wissenschaftlichen Aktivitäten in Deutschland nicht finanzierbar erscheint, wenn es keine industriell- universitären Kooperationen gäbe. Neben der rechtlichen Problematik birgt diese Form der Zusammenarbeit womöglich Gefahren für die Darstellung von Studienergebnissen. In einem systematischen Review arbeiteten Lexchin und Mitarbeiter 2003 heraus, dass Medikamentenstudien, die durch die Pharmaindustrie- Sponsoring finanziert worden sind, weniger publiziert werden als Studien, die durch andere, z.B. öffentlich vergebener Drittmittel, abgewickelt worden sind (Lexchin 2003). Weiterhin zeigte sich, dass industriell gesponserte Arbeiten häufiger Ergebnisse präsentierten, die den Sponsoren Vorteile erbrachten. Bezogen auf das methodische Design der untersuchten Arbeiten zeigten industriell gesponserte Arbeiten keine schlechtere Qualität. Eine vergleichsweise große Bedeutung hat die Industrie auch, wenn nach der Finanzierung von Kongressreisen gefragt wird. Befragte, die klinische Studien bearbeiten, gaben zu 38% an von der Industrie bei Kongressreisen zur Präsentation ihrer wissenschaftlichen Daten unterstützt zu werden. Befragte, die grundlagenorientiert arbeiten, gaben dies zu 42,2% an, Betreuer von Medikamentenstudien zu 48,9%. Die Höhe der Unterstützungen wurde nicht erfragt.

## **Benotung der Lehre aus der Sicht der Lehrenden**

Durch das In-Kraft-Treten der neuen Approbationsordnung für Ärzte im Oktober 2003 ist viel Bewegung in die Lehre in Deutschland gekommen (Jünger et al. 2003). Durch problemorientiertes Lernen (POL) und „best evidence medical education (BEME)“ soll das klinische Lehrangebot praktischer und interdisziplinärer werden. Modellversuche wie das Heidelberger Curriculum Medicinale (HEICUMED) oder das Dresdner integrative problemorientierte Lernen (DIPOL) verliefen erfolgreich. In diesem Zusammenhang ist an vielen Orten eine wissenschaftlich begleitete Bewertung der Lehre durch die Studenten erfolgt (Jünger et al. 2003). Nach einer Befragung aller medizinischen Fakultäten kommt der Medizinische Fakultätentag

zu dem Schluss, dass die Lehrevaluation etabliert sei, wobei die eingesetzten Methoden sehr heterogen seien und das Problem der Bewertung von Lehrleistungen ungelöst sei (Weber et al. 2000). Obwohl für Studenten viele, nachhaltig positive Veränderungen eingeleitet worden sind, fehlen moderne Ansätze, die Hochschullehre zu erlernen. Lehrerfahrungen gehören allerdings in 31/37 der medizinischen Fakultäten in Deutschland zu den Habilitationsvoraussetzungen (Weber et al. 2000). Welche Methoden die Lehrenden genutzt haben, um sich selbst didaktisch fortzubilden, zeigt Ansätze für Verbesserungen. 61,9% gaben an, sich an den Lehrpraktiken von Kollegen und Kolleginnen zu orientieren. Die Teilnahme an hochschuldidaktischen Veranstaltungen werden mit 20% oder die Lektüre von Literatur mit pädagogischem und /oder psychologischem Inhalt werden mit 15,8% deutlich weniger eingesetzt. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Selbsteinschätzung der Lehrenden. Auf die Frage „Wie gut fühlen Sie sich für die Aufgaben als Lehrender in didaktischer Hinsicht ausgebildet?“ geben sich Klinikdirektoren/Chefärzte im Vergleich zu den Oberärzten oder Stationsärzten/Assistenten noch die besten Noten. Ob eine diskutierte „virtuelle Akademie für Didaktik“ die didaktische Ausbildung deutlich anheben kann bzw. genutzt werden wird, ist gegenwärtig rein spekulativ. Der Trend, dass Klinikdirektoren/Chefärzte erfragte Zustände positiver beurteilen als Oberärzte oder Assistenten, findet sich in gleicher Weise auch statistisch signifikant in den bereits publizierten Daten zur Fort- und Weiterbildung (Rohde et al. 2004).



### 6.2.5 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Die größte Unzufriedenheit äußern die Befragten –Kliniker wie Niedergelassene- in Bezug auf das „Arztbild in den Publikumsmedien“. Tendenziell sind die Kliniker etwas zufriedener als die Niedergelassenen, wobei hier die rechtsschiefe Verteilung deutlich macht, dass einige Niedergelassene extrem unzufrieden sind, während sich die Unzufriedenheit der Kliniker symmetrisch verteilt ist. Wirklich bedeutende (klinisch signifikante) Unterschiede zeigen sich jedoch nur in der Zufriedenheit mit den „vorhandenen Möglichkeiten der Kinderbetreuung“ und dem „Netz der sozialen Sicherung“. Im Gegensatz zu den übrigen inhaltlichen Bereichen des Fragebogens, in denen vorwiegend Fakten abgefragt wurden, wird im Fragebogenteil zur allgemeinen Lebenszufriedenheit eine subjektive Bewertung verschiedener relevanter Lebensbereiche abgefragt. Dadurch, dass ein anderes Instrumentarium (Fragebogen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit aus dem Sozioökonomischen Panel) eingesetzt wurde, ist auch der Einsatz entsprechend angemessener statistischer Methodik erforderlich (vgl. Kapitel 5.4). Interessant ist der aufgezeigte Alterseffekt, dass die älteren Befragten zufriedener sind als die jüngeren. Bei Untersuchung des Einflusses von Einkommen auf die allgemeine Zufriedenheit zeigte sich kein eindeutiger Trend. Deutliche Unterschiede zeigten sich dagegen zwischen männlichen und weiblichen Befragten. Die signifikant (inhaltlich wie statistisch) höhere Unzufriedenheit insbesondere in Dimensionen, die den familiären Bereich betreffen, deutet an, dass für Ärztinnen die Kombination „Beruf und Familie“ nach wie vor schwieriger ist als für ihre männlichen Kollegen. Beim Vergleich mit der „Normalbevölkerung“ zeigten sich zwar Unterschiede, eine klare Tendenz in die eine oder andere Richtung lässt sich jedoch nicht ausmachen, d.h. die deutschen Ärztinnen und Ärzte sind weder deutlich unzufriedener noch zufriedener als die „Normalbevölkerung“. Die Hypothese, dass die berufliche Unzufriedenheit der Medizinerinnen und Mediziner darauf zurückzuführen ist, dass sie generell unzufriedener als der „Durchschnittsbürger“ sind, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht belegen.

## 6.2.6 Reformansätze im Gesundheitswesen

Eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser wird von Klinikern und Niedergelassenen sehr unterschiedlich bewertet, wobei Kliniker dem Reformansatz positiver gegenüberstehen als Niedergelassene. Die Mehrzahl sowohl der Klinikern wie auch der Niedergelassenen befürchtet, dass eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung zu Konflikten mit den Niedergelassenen führt. Die Einführung von DRGs hingegen wird von den Klinikern weniger positiv eingeschätzt als von den Niedergelassenen. Die Vertretung durch die ärztlichen Interessenvertreter wird sowohl von den Klinikern wie auch von den Niedergelassenen verhältnismäßig negativ bewertet. In beiden Gruppen sind mehr als 50% der Befragten der Meinung, dass sie nicht gut in ihren Interessen vertreten werden. Über 80% der Befragten glauben nicht oder eher nicht, dass die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter in der Lage sind, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten vier Jahren zu lösen. Einig sind sich Kliniker und Niedergelassene weiter darin, dass der Einfluss der unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen wirksame Reformen blockiert. Im Falle einer harten Konfrontation zwischen Politik und Ärzteschaft gibt es deutliche Unterschiede in der Handlungsbereitschaft von Klinikern und Niedergelassenen. Jeweils 19% der Klinikern und der Niedergelassenen kann sich vorstellen zu streiken. Bei den Niedergelassenen kann sich ein höherer Prozentanteil der Befragten vorstellen, die Patienten zu mobilisieren. Auch die Bereitschaft, Einfluss auf die standespolitischen Interessenvertreter zu nehmen, ist bei den Niedergelassenen größer. Erstaunlicherweise ist bei den Niedergelassenen der Anteil derer, die die Patientenversorgung wie bisher weiterführen würden ebenfalls höher als bei den Klinikern, was auf eine größere Heterogenität in der Gruppe der Niedergelassenen schließen lässt.

Den aktuellen Entwicklungen und Reformplänen stehen die befragten Ärztinnen und Ärzte überwiegend skeptisch gegenüber. Die Einführung von Disease-Management-Programmen bewerten sie vorwiegend kritisch. Wie Hölzel und Mitarbeiter sind die Befragten größtenteils der Meinung, dass Disease-Management-Programme mit einem sehr hohen bürokratischen Aufwand verbunden sind und die Versorgung der Patienten nicht unbedingt verbessern (Hölzel et al. 2004). Auch ein gemeinsames Casemanagement mit den Krankenkassen kann sich die Mehrheit der Befragten nicht vorstellen. Es ist jedoch nicht so, dass die Ärztinnen und Ärzte in Ablehnung und Passivität verharren. Die Mehrzahl ist bereit, sich für ein besseres Gesundheitswesen zu engagieren. Immerhin 19% der Befragten können sich vorstellen, im Falle einer harten Konfrontation zu streiken. Bei Interpretation dieser Zahlen ist jedoch auch

der Zeitpunkt zu beachten, an dem die empirische Studie durchgeführt wurde. Anfang des Jahres 2003 herrschte unter deutschen Mediziner\*innen gesundheitspolitisch ein aufgeheiztes Klima, es kam vor allem unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu weitreichenden Protestaktionen (z.B. Androhung von „Dienst nach Vorschrift“) gegen die Gesundheitspolitik und Sparpläne der Bundesregierung. Auch die Bereitschaft, im Sinne einer konstruktiven und problemorientierten Reform Einfluss auf die ärztlichen Interessenvertreter zu nehmen, ist beachtlich hoch. Dennoch glauben mehr als 80% der Befragten nicht, dass die Konzepte ihrer Interessenvertreter in der Lage sind, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten vier Jahren zu lösen. Hier schreibt sich anscheinend der Trend der steigenden Unzufriedenheit mit den Interessenvertretern fort, den Brechtel und Mitarbeiter im Jahre 1999 im Vergleich zweier Ärzteeumfragen feststellten (Brechtel et al. 1999). Schnittstellenprobleme deuten sich in der Bewertung der Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie der Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhausärzten. Eine Erklärung für diese relativ schlechten Bewertungen ist möglicherweise die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten und Krankenhausärzten: Sie wird von jeweils etwa 80% der Kliniker und der Niedergelassenen als nicht gerecht beurteilt.

## 6.2.7 Geschlechtsspezifische Unterschiede

In der formalen Ausbildung zeigten sich keine markanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die prozentualen Anteile mit wissenschaftlichen Abschlüssen (Promotion, Habilitation) unterscheiden sich nicht signifikant. Dies ist insofern verwunderlich, als dass in der Literatur immer wieder beschrieben wird, dass der Anteil von Frauen unter den abgeschlossenen Promotionen bei ca. 40% und unter den abgeschlossenen Habilitationen nur noch bei ca. 10% liegt (Huch 2003).

Deutliche Unterschiede fanden sich hingegen in Hinblick auf die Altersverteilung und die derzeitige berufliche Position: Unter den weiblichen Befragten fanden sich überproportional mehr jüngere Befragte in niedrigerer Hierarchieposition. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass der Frauenanteil in der Medizin erst langsam zunimmt. Mehr und mehr Frauen entscheiden sich für ein Medizinstudium und auch der Frauenanteil bei den Absolventen und AIPlern steigt kontinuierlich, d.h. es gibt unter den Berufsanfängern einen deutlich höheren Anteil von jungen Ärztinnen. Da das Alter in der Medizin „von erheblicher Bedeutung für die jeweilige Position ist“ (Jurkat et al. 2001), bleibt es spannend, ob sich diese Disparitäten im Laufe der nächsten Jahre ausgleichen, möglicherweise gar zu einer „Feminisierung der Medizin“ führen, oder ob beim weiblichen Nachwuchs auch der „Schereneffekt“ zum Tragen kommt, den Andrea Abele-Brehm 2002 in einer Längsschnittstudie bei den weiblichen Befragten beschrieben hat (Abele (-Brehm) et al. 2002). Hier wurde gezeigt, dass –obwohl es direkt nach dem Examen keinen Unterschied in den Leistungen, Erwartungen und Zielen zwischen Ärztinnen und Ärzten gibt– der berufliche Erfolg bei Frauen bereits ab dem AIP deutlich geringer ist als bei den männlichen Kollegen (Abele (-Brehm) et al. 2002).

Auch bei Betrachtung des Familienstandes zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Medizinern. Bei den weiblichen Befragten ist der Ledigenanteil deutlich höher und der Anteil der Verheirateten niedriger. Ähnliche Befunde zeigten sich auch in der Literatur (Abele (-Brehm) et al. 2002). Die befragten Frauen haben in der Regel häufiger vollzeitberufstätige und gut ausgebildete Partner, während Ärzte oft mit Partnerinnen zusammenleben, die im Hinblick auf Ausbildung und Status etwas unter ihnen stehen und deshalb eher bereit sind, ihre beruflichen Ambitionen hinter die des Mannes zurückzustellen (Buddeberg 2003). Daher ist die Entlastung und soziale Unterstützung durch den Partner bei den

Männern höher als bei den Frauen. Partnerschaft ist für Ärztinnen also karrieremäßig weniger förderlich als für Ärzte (Mesletzky 1996).

Die Bezahlung ist bei den weiblichen Befragten deutlich geringer als bei ihren männlichen Kollegen. Dies liegt jedoch keineswegs daran, dass bei den Ärztinnen der Anteil der Teilzeitbeschäftigungen höher ist. Der gleiche signifikante Unterschied findet sich auch, wenn man nur Vollzeitbeschäftigte untersucht. Trotz des steigenden Frauenanteils in der Medizin fanden auch andere Autoren beispielsweise in Quebec immer noch deutliche Unterschiede hinsichtlich des Einkommens und der Arbeitszeit (Dedobbeleer et al. 1995).

Die Arbeitszeit wurde nur bei den abhängig Beschäftigten, d.h. nur bei den Klinikerinnen und Klinikern, erfragt. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist bei den Frauen fast zehnmal so hoch wie bei den Männern. Sowohl bei den Teilzeitarbeitnehmern als auch bei den Befragten in Vollzeit zeigte sich, dass die männlichen Befragten durchschnittlich mehr Stunden pro Monat arbeiten als die weiblichen Befragten. Ähnliche Befunde finden sich auch bei Sagebiel und Vetter (Sagebiel et al. 2003). Die Gründe lassen sich mit den vorliegenden Daten nicht abschließend beurteilen. Ein möglicher Grund hierfür ist, dass es für Frauen aufgrund der geringeren Entlastung durch den Partner schwieriger ist, die Lebensbereiche „Klinische Ausbildung“, „Akademische Profilierung“ und „Familie und Haushalt“ unter einen Hut zu bringen.

„Von Frauen wird heute in widersprüchlicher Weise sowohl berufliche Leistung als auch familiäre Arbeit erwartet. Frauen –insbesondere in hochqualifizierten Berufen- sollen beruflich „ihren Mann stehen“ und privat „die Familie managen“ (Abele (-Brehm) et al. 2002). Speziell für den Arztberuf gilt, dass die Ausbildung eine lange und zeitliche Flexibilität verlangt, durch die sich die Lebenssphären „Beruf“ und „Familie“ nur schwer miteinander vereinbaren lassen. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen an einigen Stellen Unzufriedenheitspotentiale und geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Diese Befunde betreffen vor allem die Arbeitszeit, die Vergütung sowie familienassoziierte Bereiche (Tätigkeit im Haushalt, Möglichkeiten der Kinderbetreuung etc.) der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Hier besteht von Seiten der Politik, Krankenhäuser und Universitäten deutlich Handlungsbedarf. Es sollten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Ärztinnen und Ärzten ein zufrieden stellendes Nebeneinander von Beruf und Familie ermöglichen. Das entsprechende Problembewusstsein ist in der Politik vorhanden, wie sich beispielsweise in der Rede der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Edelgard Bulmahn, auf dem 105. Ärztetag in Rostock (2002) über „Frauen in Wissenschaft und Lehre- Familie und Beruf als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ zeigt (Bulmahn

2002). Leider lässt eine konkrete Umsetzung dieser Erkenntnisse bisher auf sich warten. In den Krankenhäusern und Universitäten liegt der Schlüssel für Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte, da gerade Hochschullehrer als Rollenvorbilder prägend sind. Die Veränderungen müssen schon zu Beginn der Ausbildung ansetzen, damit sie in zukünftigen Generationen greifen können (Henne-Bruns 2002).

Betrachtet man zusammenfassend zunächst die Gesamtgruppe der Befragten, so ist aus Sicht der Autoren vor allem die Diskrepanz zwischen den von den Befragten genannten Belastungsfaktoren und der dennoch verhältnismäßig hohen Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen erstaunlich. Weder Hierarchieposition, Anzahl der Überstunden, mangelnde Unterstützung durch den Weiterbilder, Anzahl der wöchentlichen Überstunden, personelle Ausstattung der jeweiligen Einrichtung noch die Bezahlung haben bei Ärztinnen oder Ärzten einen Einfluss auf die berufliche Zufriedenheit. Dies ist in Bezug auf Medizinerinnen noch deutlicher: Neben der insgesamt größeren Unzufriedenheit mit allen in dieser empirischen Studie abgefragten Bereichen gibt es spezifische Unzufriedenheiten mit den familienbezogenen Rahmenbedingungen (Kinderbetreuung etc.) der ärztlichen Tätigkeit. Dennoch hat dieses gerade bei Ärztinnen keinen Einfluss auf die Gesamtbewertung des Berufes, denn in einem Punkt herrscht Übereinstimmung zwischen Medizinerinnen und Medizinern: Trotz aller Unzufriedenheit geben 63,0% der Männer und 68,1% der Frauen an, dass sie sich zu den gegenwärtigen Bedingungen auch heute wieder für diesen Beruf entscheiden würden.

## 7. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung zur Berufssituation von Ärztinnen und Ärzten ist die bislang umfangreichste und repräsentativste in Deutschland. Die große Bandbreite der Antworten gerade in denjenigen Fragen, die Bewertungen enthielten, zeigt, dass nicht die „Extremen“ (nur die vollkommen Unzufriedenen bzw. die vollkommen Zufriedenen) geantwortet haben. Dies ist ein deutliches Indiz für die Repräsentativität der Stichprobe. Die Heterogenität zeigt darüber hinaus, dass man nicht einfach von „der Ärzteschaft“ an sich sprechen kann.

Das gewählte Studiendesign inklusive seiner Themenvielfalt ist geeignet, die vielschichtigen Problemfelder im Ansatz transparent zu machen, aber unzureichend, um unmittelbar konkrete inhaltliche Veränderungen ableiten zu können. Diese Studie kann die Probleme in den abgefragten Themenbereichen nicht verändern, aber das Problembewusstsein schärfen und damit eine datenbasierte Grundlage für problemorientierte Lösungen auf verschiedenen Ebenen (Politik, Interessenverbände, etc.) darstellen.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine repräsentative Bestandsaufnahme in den Bereichen Arbeitszeit und Überstunden, Organisation und Leitung, Fort- und Weiterbildung, wissenschaftliches Arbeiten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Reformansätze im Gesundheitswesen, geschlechtsspezifische Unterschiede sowie Ost-West-Vergleich vorzunehmen, um den verschiedenen Interessenvertretern eine empirisch solide Datenbasis an die Hand zu geben. Es bleibt die Hoffnung, dass mit Hilfe solcher Studien die Situation derjenigen, die vom Wandel des Gesundheitssystems ebenso betroffen sind wie die Patienten, stärker evidenzbasiert gewürdigt werden kann.

## 8. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme der gegenwärtigen beruflichen Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. Die Ergebnisse der zu diesem Zweck durchgeführten empirischen Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Angaben zu *Arbeitszeit und Überstunden* wurden nur von den Klinikern erfragt, wobei in der Analyse Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte getrennt berücksichtigt wurden. In der wöchentlichen Arbeitszeit der Vollzeitbeschäftigten zeigte sich ein linearer Trend in Abhängigkeit vom Beschäftigungsstatus: Je höher die Befragten in der Hierarchie angesiedelt sind, desto höher ist die wöchentliche Arbeitszeit. Bei mehr als der Hälfte der Befragten werden Überstunden nicht vergütet. Auf die Frage, wie Überstunden ausgeglichen werden sollten, sprach sich die Mehrzahl der Befragten für eine Lösung aus, die einen Ausgleich sowohl in Freizeit als auch in Bezahlung vorsieht. Das Betriebsklima wird von der Mehrzahl der Befragten im Themenkomplex „*Organisation und Leitung*“ positiv bewertet. Die größte Zustimmung fand das Statement „Durch den Kostendruck hat sich die tägliche ärztliche Tätigkeit verschlechtert. Auch dass die Anzahl ärztlichen und qualifizierten Pflegepersonals nicht ausreicht, äußerten jeweils mehr als die Hälfte der Befragten. Moderne Führungsinstrumente wie beispielsweise externes Coaching werden in den meisten Einrichtungen bislang noch nicht eingesetzt.

In der vorliegenden Stichprobe konnten prozentual in etwa gleich viele Männer und Frauen ihre *Weiterbildung* nicht zeitgerecht beenden. Ärzte führten als Grund hierfür häufiger dienstliche Gründe an, während Ärztinnen „persönliche Gründe“ wie z.B. Babypause signifikant häufiger nannten. Aus der Perspektive der jeweiligen hierarchischen Position, bewerten Chefärzte und Klinikdirektoren die theoretische und praktische Weiterbildung signifikant besser als Assistenten, Stations- und Oberärzte. Zieht man für die Interpretation der Benotung der Weiterbildung zusätzlich die Versorgungsstufen heran, so fällt auf, dass die Befragten aus Universitätskliniken die Weiterbildung deutlich schlechter beurteilen als die aus Kliniken der Maximal- bzw. Grund- und Regelversorgung.

Von mehr als der Hälfte der befragten Kliniker wird wissenschaftliche Arbeit im Sinne von *Forschung und Lehre* geleistet, die überwiegend außerhalb der Regelarbeitszeit stattfindet. Je höher die berufliche Position der Befragten, desto besser fühlen sie sich in didaktischer Hinsicht ausgebildet. Beim Erlernen der Lehrpraktiken orientieren sich die Befragten überwiegend an den Lehrpraktiken von Kolleginnen und Kollegen. Unterstützung erfahren die



Befragten überwiegend in Form der Bereitstellung von Räumlichkeiten sowie Sach- und Finanzmitteln.

Im Bereich *Allgemeine Lebenszufriedenheit* sind die Kliniker tendenziell etwas zufriedener als die Niedergelassenen, es zeigen sich jedoch nur wenig wirklich bedeutende Unterschiede. Im Vergleich mit der Normalbevölkerung aus dem Sozioökonomischen Panel zeigte sich in der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte eine stärkere Heterogenität, d.h. in der Ärztestichprobe war sowohl der Anteil der Zufriedenen wie der Unzufriedenen höher.

Die Vertretung durch die ärztlichen Interessenvertreter wird sowohl von den Klinikern wie auch von den Niedergelassenen im Themenkomplex *Reformansätze im Gesundheitswesen* verhältnismäßig negativ bewertet. Einig sind sich Kliniker und Niedergelassene weiter darin, dass der Einfluss der unterschiedlichen Interessengruppen im Gesundheitswesen wirksame Reformen blockiert.

In der formalen Ausbildung zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten. Die weitere Auswertung zeigte an einigen Stellen jedoch deutliche Unzufriedenheitspotentiale und *geschlechtsspezifische Unterschiede* auf. Diese Befunde betreffen vor allem die Arbeitszeit, die Vergütung sowie familienassoziierte Bereiche (Tätigkeit im Haushalt, Möglichkeiten der Kinderbetreuung etc.) der allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Betrachtet man zusammenfassend zunächst die Gesamtgruppe der Befragten, so ist vor allem die Diskrepanz zwischen den von den Befragten genannten Belastungsfaktoren und der dennoch verhältnismäßig hohen Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen erstaunlich. Dies ist bei den weiblichen Befragten noch deutlicher: Neben der insgesamt größeren Unzufriedenheit mit allen in dieser empirischen Studie abgefragten Bereichen gibt es spezifische Unzufriedenheiten mit den familienbezogenen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit. Dennoch hat dieses gerade bei Ärztinnen keinen Einfluss auf die Gesamtbewertung des Berufes: Trotz aller Unzufriedenheit geben etwa zwei Drittel aller Befragten an (Ärztinnen und Ärzten), dass sie sich zu den gegenwärtigen Bedingungen auch heute wieder für diesen Beruf entscheiden würden.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, eine repräsentative Bestandsaufnahme vorzunehmen, um den verschiedenen Interessenvertretern im Gesundheitswesen eine empirisch solide Datenbasis an die Hand zu geben. Es bleibt die Hoffnung, dass mit Hilfe solcher Studien die Situation der Ärztinnen und Ärzte, die vom Wandel des Gesundheitssystems in Deutschland ebenso betroffen sind wie die Patienten, in Zukunft stärker evidenzbasiert gewürdigt werden kann.

## 9. Literatur

Abele, Andrea E.: Arzt oder Ärztin sein heute - Zwischen Erwartung und Realität. Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E, in: Brandenburg, Ulrike u.a. (Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF, Gießen 2001, S. 21-31

Abele, Andrea E.: Lebens- und Berufsplanung von Frauen, in: Roos-Schumacher, Hedwig (Hrsg.): Kompetent in die Öffentlichkeit Köln 2001, S. 27-43

Abele (-Brehm), Andrea E./ Nitzsche, U.: Der Schereneffekt bei der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 127, 2002, S. 2057-2062

Adler Guido: Evaluation of scientific medicine in Germany, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125 (38), 2000, S. 1115-1116

Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter/ Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus- Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim/München 1993

Badura, Bernhard/ Siegrist, Johannes (Hrsg.): Evaluation im Gesundheitswesen : Ansätze und Ergebnisse. 2. Aufl., Weinheim/München 2002

Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter: Systemgestaltung im Gesundheitswesen: zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. 2. Aufl., Weinheim/München 1996

Bestmann, Beate/ Schmidt, Christian/ Kuchler, Thomas: Workload in Nursing. An Empirical Study Comparing Oncology and Non-Oncology, in: Journal of Cancer Research and Clinical Oncology 128 (suppl.), 2002

Bestmann, Beate, u.a.: Berufsreport 2003: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten, in: Deutsches Ärzteblatt 101(1-2), 2004, S. A-28-32

Bestmann, Beate, u.a.: Berufsreport 2003: Geschlechterunterschiede im Beruf, in: Deutsches Ärzteblatt, 101(12), 2004, S. A-776-779

Brähler, Elmar, in: Hofmann, Eva: Psychologische Ost-West-Studie. Westdeutsche zufriedener und optimistischer. Deutsches Ärzteblatt 96(40), 1999, S. A 2498-2500

Brechtel, Thomas/ Schnee, Melanie: Ärzte-Umfrage 1992 und 1998. Steigende Unzufriedenheit mit Interessenverbänden, in: Deutsches Ärzteblatt 96(25), 1999, S. A3233

Brechtel, Thomas/ Schnee, Melanie: Ärzte-Umfrage 1992 und 1998. Ärztinnen haben geringere Einkommen, in: Deutsches Ärzteblatt 96(48), 1999, S. A 3093-3094

Bruggemann, Agnes/ Groskurth, Peter/ Ulich, Eberhard: Arbeitszufriedenheit, Bern 1975

Bruggemann, Agnes/ Groskurth, Peter: Probleme der Arbeitszufriedenheit, Frankfurt 1977

Buddeberg-Fischer, Barbara: Welche Frauen braucht die Medizin? Karriereentwicklung von Frauen und Männern in der Medizin, in: Vetter, Klaus/ Buddeberg, Claus (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin, 2003, S.26-41

Buechtemann, Christopf F.: Deutsche Nachwuchswissenschaftler in den USA. Perspektiven der Hochschul- und Wissenschaftspolitik. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Referat Öffentlichkeitsarbeit, 2001

Bühren, Astrid (Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes): Vortrag auf dem 105. Deutschen Ärztetag 2002 in Rostock zum Tagesordnungspunkt „Ärztinnen: Zukunftsperspektiven für die Medizin“

Bulmahn, Edelgard: Frauen in Wissenschaft und Lehre. Familie und Beruf als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, Vortrag auf dem 105. Deutschen Ärztetag in Rostock 2002 zum Tagesordnungspunkt „Ärztinnen: Zukunftsperspektiven für die Medizin“

Bundesärztekammer: Analyse des Frauenanteils bei verschiedenen Qualifikationsstufen des Faches Humanmedizin in Deutschland,  
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztinnen/104Frauenanteil.html> (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Carmines, Edward G./ Zeller, Richard A.: Reliability and validity assessment, 19. Druck, Newbury Park u.a., 1994

Clade, Harald: Arzt im Krankenhaus- Plädoyer für das Teamarzt-Modell, in: Deutsches Ärzteblatt 95(26), 1998, S. A 1430-1434

Clade, Harald: Verzahnung ambulant und stationär. Personale Integration und gestufte Versorgung, in: Beilage zum Deutschen Ärzteblatt, Heft 21, 1999

Cox David R./ Wermuth, Nanny: Test of linearity, multivariate normality and adequacy of linear scores, in: Applied Statistics Vol. 43, 1994, S. 347-355

Dedobbeleer, Nicole/ Contandriopoulos, Andre-Pierre/ Desjardins, Sylvie: Convergence or divergence of male and female physicians' hours of work and income, in: Med Care 33, 1995, S. 796-805

Degenhardt, Jörg: Struktur- und Führungswandel im Krankenhaus, Stuttgart 1998

Deming, Edwards/ Stephan, Frederic: On a least Squares Adjustment of a Sampled Frequency Table when the Expected Marginal Totals are known, in: The Annals of Mathematical Statistics 11, 1940, S. 427-444

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Gesundheitssystemforschung in Deutschland, Denkschrift, herausgegeben von Friedrich Wilhelm Schwartz, Bernhard Badura, Bernhard Blanke, Klaus-Dirk Henke, Uwe Koch und Rainer Müller, Weinheim 1995

Diekmann, Andreas: Diagnose von Fehlerquellen und methodischer Qualität in der sozialwissenschaftlichen Forschung, in: ITA manuskript (Institut für Technikfolgen-Abschätzung), Wien, 2002

Diener, Edward: Subjective well-being, in: Psychological Bulletin 95, 1984, S. 542-575

Dillmann, Don A.: Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method, New York 1978

Ellert, Ute/ Knopf, Hiltraud: Zufriedenheit mit Lebensumständen und Gesundheit, in: Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 1999, S.145-150

Endruweit, Günter: Organisationssoziologie, Berlin 1981

Finzen, Asmus: Wir dankbaren Ärzte, in: Deutsches Ärzteblatt 99(12), 2002, S. A 766–769

Fischer, Lorenz: Strukturen der Arbeitszufriedenheit. Zur Analyse individueller Bezugssysteme, Göttingen 1989

Flintrop, Jens: Arbeitszeiten im Krankenhaus: Die Euphorie ist verflogen, in: Deutsches Ärzteblatt 101(14), 2004, S. A-898-899

Flintrop, Jens: Arbeitszeiten im Krankenhaus- Gefährdete Erfolge, in: Deutsches Ärzteblatt 101(23), 2004, S.A 1621

Freidson, Eliot: Profession and Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge, New York 1970 (dt.: Der Ärztestand, Stuttgart 1979)

Gabler, Siegfried/ Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen/ Krebs, Dagmar: Gewichtungen in der Umfragepraxis, Opladen 1994

Glatzer, Wolfgang/ Zapf, Wolfgang (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden, Frankfurt [am Main]/ New York 1984

Grossmann, Ralph: Leitungsfunktionen und Organisationsentwicklung im Krankenhaus, in: Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter; Schott, Thomas (Hrsg.): System Krankenhaus- Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim/ München 1993

Heilmann, Jennifer: Perspektiven einer jungen Ärztin, in: Vetter, Klaus/ Buddeberg, Claus: Feminisierung in der Medizin, 2003, S.104-111

Henne-Bruns, Doris (Ärztliche Direktorin der Abteilung für Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universität Ulm): Vortrag auf dem 105. Deutschen Ärztetag in Rostock zum Tagesordnungspunkt „Ärztinnen: Zukunftsperspektiven für die Medizin“ 2002

Hennes, Roland/ Werr, Günther: Krankenhäuser- Führungsstruktur ändern, in: Deutsches Ärzteblatt 100(25), 2003, S. A 1714

Henrich, Gerhard/ Herschbach, Peter: Articles - Questions on Life Satisfaction (FLZM). A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life, in: European journal of psychological assessment, Bd. 16/3, 2000, S. 150-159

Hippler, Hans-Jürgen/ Seidel, Kristiane: Schriftliche Befragungen bei allgemeinen Bevölkerungsumfragen- Untersuchungen zur Dillmanschen „Total Design Method“, in: ZUMA-Nachrichten 16, 1985, S. 39-56

Hoefert, Hans-Wolfgang: Führung und Management im Krankenhaus, Göttingen/ Stuttgart 1997

Hölzel, Dieter/ Engel, Jutta/ Schubert-Fritschle, Gabriele: Disease-Management-Programm Brustkrebs- Versorgungsrealität, Konzeptkritik und Perspektiven, in: Deutsches Ärzteblatt 101(25), 2004, S.A1810-1819

Hofmann, Eva: Psychologische Ost-West-Studie, Westdeutsche zufriedener und optimistischer, in: Deutsches Ärzteblatt 96(40), 1999, S. A 2498-2500

Hofstätter, Peter R.: Bedingungen der Zufriedenheit, Osnabrück 1986

Hoppe, Jörg-Dietrich: Pressemitteilung der Bundesärztekammer. Arztberuf muss wieder Berufung werden, <http://www.bundesaerztekammer.de/10/005Arztzahlen/Hoppe.html> (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Huch, Renate: Frauen und akademische Karrieren, in: Vetter, Klaus/ Buddeberg, Claus (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin, 2003, S. 60-69

Hurrelmann, Klaus: Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 4., völlig überarbeitete Auflage von "Sozialisation und Gesundheit", Weinheim, 2000

Hurrelmann, Klaus: Einführung in die Sozialisationstheorie: Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit, 6., neu ausgestattete Auflage, Weinheim: 1998

Hurrelmann, Klaus: Sozialisation und Gesundheit: somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, Weinheim 1988

Jünger, Jana/ Köllner, Volker: Integration eines Kommunikationstrainings in die klinische Lehre, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 53, 2003, S. 56-64

Jurkat, Harald/ Weimann, S./ Reimer, Christian: Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten, in: Der Internist, 4, 1997, S.381-386

Jurkat, Harald/ Reimer, Christian: Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten, in: Schweizerische Ärztezeitung 82(32/33), 2001

Kaczmarczyk, Gabriele: Wissenschaftliche Arbeit und Qualifizierung am Universitätsklinikum, Charité, Berlin 2000

Kaiser, Roland/ Kortmann, Andreas: Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte, in: Hessisches Ärzteblatt 2, 2002

Keel, Peter: Psychische Belastungen durch die Arbeit: Burnout-Syndrom, in. Sozial- und Präventivmedizin 38 (suppl 2), 1993, S. 131-132

Klein, Sabine/ Porst, Rolf: Mail Surveys- Ein Literaturbericht, in: ZUMA-Technischer Bericht 10, Mannheim 2000

Kopetsch, Thomas: KBV-Studie zu Arztlzahlen. Überaltert und zu wenig Nachwuchs, in: Deutsches Ärzteblatt 99(9), 2002, S. A 544–547

Kopetsch, Thomas: Zusammenfassung: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, <http://www.bundesaerztekammer.de/10/005Arztzahlen/01Zusammenfassung.html> (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Kopetsch, Thomas: Ärztestatistik: Moderater Zugang, Überalterung setzt sich fort. Deutsches Ärzteblatt 101(20), 2004, S. A1396-1397

Kromrey, Helmut: Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage, Opladen 1991

Lexchin, Joel et al.: Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review, in: British Medical Journal 326 (7400), 2003, S. 1167-1170

Mäulen, Bernhard: Die gesundheitliche Situation von Ärzten, in: Deutsches Ärzteblatt 93(27), S. A-1845-1847

Mesletzky, Josephine: Beruf und Familie bei Medizinerinnen und Medizinem, Herbolzheim 1996

Meyer zum Buschenfelde Karl-Hermann: The hard way to establish research culture in medicine, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 125(18), 2000, S. 571-3

Möhrle, Alfred: „Klare Absage an die Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus. Der 104. Deutsche Ärztetag in Ludwigshafen“, in: Hessisches Ärzteblatt 7, 2001

Neubauer, Günter: Gemeinsame Selbstverwaltung : Eine ordnungspolitische Alternative für die Gesundheitsversorgung, Spardorf 1984

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): OECD Health Data 2001: comparative analysis of 30 countries, OECD und CREDES, Paris 2001



Ohne Verfasser: Change of Work Organisation and Development of Key Qualifications,  
[http://www.eurocarenet.org/allefiler/Goodpractice/Leonardoprojektet/Leo\\_oversigt.shtm](http://www.eurocarenet.org/allefiler/Goodpractice/Leonardoprojektet/Leo_oversigt.shtm)

(letzter Zugriff am 11.07.2004)

Ohne Verfasser: Ärztestatistik der Bundesärztekammer/ Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
<http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztestatistik/> (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Ohne Verfasser: Studie der Landesärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit dem „Arbeitskreis Junge Ärzte“

([http://aekb.arzt.de/10\\_Aktuelles/18\\_BERLINER\\_AERZTE/BAEthemen/05mai02/10ErgFrag eb.html](http://aekb.arzt.de/10_Aktuelles/18_BERLINER_AERZTE/BAEthemen/05mai02/10ErgFrag eb.html)) (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Ohne Verfasser: Studie zu Gesundheit und Betriebsklima, Deutsches Ärzteblatt, 93(7), 1996, Seite A-366

Ohne Verfasser, Erfahrungen mit dem Modellversuch zur CME-Fortbildung in Baden-Württemberg, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 14, 2003, S. 710-711

Ohne Verfasser, Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages vom 20. bis 23. Mai 2003 in Köln, [www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106\\_DAET/index.html](http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/106_DAET/index.html) (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Popovic, Michael/ Möhrle, Katja/ Kaiser, Roland: Krankenhausärzte: Immer noch Ausbeutung, Deutsches Ärzteblatt, 99(12), 2002 S. A-758

Pospeschill, Markus: SPSS für Fortgeschrittene- Durchführung fortgeschrittener statistischer Verfahren, 1. Auflage, RRZN (Regionales Rechenzentrum Niedersachsen) 2000

Rieser, Sabine: Ärztemangel: Der Nachwuchs bricht weg, Deutsches Ärzteblatt, 100(36), 2003 S. A-2262

Robert-Bosch-Stiftung: Das Arztbild der Zukunft. Arbeitskreis Mediziner-Ausbildung, 1995

Rösch, Günther: Kriterien der Gewichtung einer nationalen Stichprobe, in: Gabler, Siegfried/ Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen/ Krebs, Dagmar (Hrsg.): Gewichtungen in der Umfragepraxis, Opladen 1994

Rohde, Volker/ Wellmann, Axel/ Bestmann, Beate: Erste bundesweite repräsentative Umfrage unter deutschen Ärzten: Beurteilungen der Fort- und Weiterbildung. Deutsches Ärzteblatt, 101(5), 2004 S. A-233-238

Rohde, Volker/ Bestmann, Beate/ Wellmann, Axel: Berufsreport 2003: Klinik, Forschung und Lehre - Ein Spagat, Deutsches Ärzteblatt, 101(14), 2004 S. A-908-912

Rothe, Günter: Wie (un)wichtig sind Gewichtungen? Eine Untersuchung am ALLBUS 1986 in: Gabler, Siegfried/ Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen/ Krebs, Dagmar (Hrsg.): Gewichtungen in der Umfragepraxis, Opladen 1994

Rothmund Matthias: An international comparison of the position of clinical research in Germany, Deutsche Medizinische Wochenschrift. 122(44), 1997, S. 1358-1362

Rottenfuß, Renate: "Ausgebrannte Mediziner?: Arbeitszufriedenheit und Burnout-Gefährdung von Vertragsärzten", Regensburg 1998

Sagebiel, Daniel/ Vetter, Klaus: Feminisierung in der Medizin – Chance oder Risiko? Repräsentative Umfrage zur Situation junger Ärztinnen und Ärzte, in: Vetter, Klaus/ Buddeberg, Claus (Hrsg.): Feminisierung in der Medizin 2003, S. 86-95

Schwartz, Friedrich Wilhelm u.a.: Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung in: Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Gesundheitssystemforschung in Deutschland, Denkschrift, herausgegeben von Friedrich Wilhelm Schwartz, u.a., Weinheim 1995, S. 1-11

Selbmann, Hans-Konrad: Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Sicht des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Fortschritte in der Medizin, 110, 1992, S. 183-186

Simon, Jörg u.a.: Weiterbildung in Deutschland. Wege aus der Sackgasse. Urologe A, 41 (2), 2002, S. 174-176

SOEP Group: The German Socio-Economic Panel (GSOEP) after more than 15 years – Overview, in: Holst, Elke / Lillard, Dean R./ DiPrete, Thomas A. (Hrsg.): Proceedings of the 2000 Fourth International Conference of German Socio-Economic Panel Study Users (GSOEP2000), Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung, Jg. 70, (1), 2001, S. 7-14

Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn (StBA): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, <http://www.destatis.de> (letzter Zugriff am 11.07.2004)

Tag, Brigitte/ Tröger, Jochen: Drittmittelinwerbung- strafbare Dienstpflicht? Deutsches Ärzteblatt, 100 (43), 2003 S. A 2776-2780

Veit, Clairice T/ Ware John E.: The structure of psychological distress and well-being in general populations. Journal of consulting and clinical psychology, 51(5), 1983, S. 730-42

Vetter, Klaus/ Buddeberg, Claus: Feminisierung in der Medizin, 2003

Viefhues, Herbert: Lehrbuch der Sozialmedizin, Stuttgart, 1981

Weber, Andreas u.a.: Assessment of teaching at the faculties of medicine in Germany. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125(51-52), 2000 S. 1560-1564

Werner, Andreas: Krankenhaus- Evaluation von Stationsteam-Supervision, Deutsches Ärzteblatt, 95(36), 1998, S. A 728-729

Wetterneck, Tosha B et al.: Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Group: Worklife and satisfaction of general internists, Archive of Internal Medicine, 162 (6), 2002, S. 649-656

Wiegand, Annemarie: Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel, Deutsches Ärzteblatt 99 (20), 2002 S. A1349-1350

## **10. Anhang**

Fragebogen Kliniker

Fragebogen Niedergelassene

## Beruflicher Hintergrund

### Frage 1

In welchem Fachgebiet arbeiten Sie?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Allgemeinmediziner/Praktiker       | <input type="radio"/> Nervenheilkunde                  |
| <input type="radio"/> Anästhesiologie u. Intensivmedizin | <input type="radio"/> Orthopädie                       |
| <input type="radio"/> Arbeitsmedizin                     | <input type="radio"/> Pathologie                       |
| <input type="radio"/> Augenheilkunde                     | <input type="radio"/> Psychiatrie                      |
| <input type="radio"/> Chirurgie                          | <input type="radio"/> Psychosomatik                    |
| <input type="radio"/> Frauenheilkunde u. Geburtshilfe    | <input type="radio"/> Radiologie und verwandte Gebiete |
| <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde          | <input type="radio"/> Rechtsmedizin                    |
| <input type="radio"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten   | <input type="radio"/> Strahlentherapie                 |
| <input type="radio"/> Innere Medizin                     | <input type="radio"/> Urologie                         |
| <input type="radio"/> Kinderheilkunde                    | <input type="radio"/> Sonstige Gebiete, und zwar _____ |

### Frage 2

In welcher Position sind Sie derzeit beschäftigt?

- AIP
- Assistent
- Stationsarzt
- Oberarzt
- Chefarzt
- Klinikdirektor

### Frage 3

Welchen Beschäftigungsstatus haben Sie? (Mehrfachantworten möglich)

- Vollzeit
- Teilzeit
- Drittmittelstelle
- Gastarzt

### Frage 4

Was für eine Art des Vertrages haben Sie?

- zeitlich befristet
- unbefristet

#### Frage 5

Welche wissenschaftlichen Abschlüsse oder Titel haben Sie bisher erworben?

- keinen
- Promotion
- Habilitation
- anderes, nämlich \_\_\_\_\_

#### Frage 6

Wie sieht die Trägerschaft des Hauses aus?

- öffentlich
- kirchlich
- privat
- anderes, nämlich \_\_\_\_\_

#### Frage 7

Wer ist Ihr aktueller Arbeitgeber?

- Uniklinik
- Klinik der Maximal- und Schwerpunktversorgung
- Klinik der Grund- und Regelversorgung
- Klinik für AHB und Reha
- Angestellter Arzt in einer Praxis
- Sonstiges

#### Frage 8

Wie viele Jahre sind Sie bereits als Arzt/ Ärztin tätig?

- weniger als 5 Jahre
- 5 bis 9 Jahre tätig
- 10 bis 14 Jahre tätig
- 15 bis 20 Jahre tätig
- 21 bis 25 Jahre tätig
- 24 bis 29 Jahre tätig
- 30 Jahre und mehr tätig

## Arbeitszeit und Überstunden

### Frage 9

Wie setzt sich Ihre Arbeitszeit zusammen? Bitte verteilen Sie 100 % auf die Vorgaben.

Patientenversorgung	_____ %
Verwaltungsaufgaben	_____ %
(inkl. Krankenkassenanfragen, Verschlüsselung)	_____ %
Gutachten	_____ %
Lehre	_____ %
Forschung	_____ %
dienstliche Fortbildung	_____ %
Gesamt	100 %

### Frage 10

Wie sähe die Zusammensetzung Ihrer Arbeitszeit idealerweise für Sie aus? Bitte verteilen Sie 100 % auf die Vorgaben.

Patientenversorgung	_____ %
Verwaltungsaufgaben	_____ %
(inkl. Krankenkassenanfragen, Verschlüsselung)	_____ %
Gutachten	_____ %
Lehre	_____ %
Forschung	_____ %
dienstliche Fortbildung	_____ %
Gesamt	100 %

### Frage 11

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (**ohne** Bereitschaftsdienst)?

\_\_\_\_\_ Stunden/ Woche

### Frage 12

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit (**mit** Bereitschaftsdienst)?

\_\_\_\_\_ Stunden/ Woche

### Frage 13

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche Anzahl der Dienste im Monat?

\_\_\_\_\_ Dienste

#### Frage 14

Wie viele Stunden leisten Sie monatlich Bereitschaftsdienst?

Durchschnittlich \_\_\_\_\_Stunden

#### Frage 15

Wie viele Überstunden leisten Sie in der Woche (ohne Bereitschaftsdienste)?

- bis 5 Stunden
- bis 10 Stunden
- bis 15 Stunden
- bis 20 Stunden
- mehr als 20 Stunden
- trifft auf mich nicht zu

#### Frage 16

Werden die geleisteten Überstunden bei Ihnen erfasst?

- Alle Überstunden werden erfasst und dokumentiert
- Bis zu einer Wochenarbeitszeit von 48 Stunden werden sie erfasst und dokumentiert
- Erfassung erfolgt automatisch/elektronisch
- Erfassung erfolgt durch mich selbst
- Erfassung erfolgt durch die Verwaltung
- Werden nicht erfasst
- Sonstiges \_\_\_\_\_

#### Frage 17

Wie werden geleistete Überstunden bei Ihnen vergütet?

- Ausgleich in Freizeit
- Bezahlung
- Teils Freizeit, teils Bezahlung
- gar nicht

#### Frage 18

Wird geleistete Mehrarbeit (ausgenommen hiervon sind Arbeiten im Rahmen von wissenschaftlicher Tätigkeit und Nebentätigkeit und Lehre) bei Ihnen als Überstunden angeordnet?

- ja
- nein





### Frage 23

Es gibt verschiedene Formen der Fortbildung. Welche davon nutzen Sie?

- Fachzeitschriften
- Fachbücher
- Veranstaltungen
- Qualitätszirkel
- Strukturierte interaktive Fortbildung
- Keine
- Andere \_\_\_\_\_

### Frage 24

Wieviel Zeit wenden Sie in der Woche neben der dienstlichen Tätigkeit auf, medizinische Literatur zur Fortbildung zu lesen (nicht im Rahmen wissenschaftlicher Tätigkeiten)?

- 0 - 0,5 Stunden
- 0,5 - 1 Stunde
- 1 - 2 Stunden
- 2 - 4 Stunden
- Mehr als 4 Stunden

### Frage 25

Wie viele Fortbildungsveranstaltungen besuchen Sie im Jahr?

\_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_ Tage

### Frage 26

Sammeln Sie CME-Punkte (zertifizierte Fortbildung)?

- ja \_\_\_\_\_ Punkte
- ich sammle keine CME Punkte, weil \_\_\_\_\_

### Frage 27

Wie werden Ihre Fortbildungen bezahlt (Mehrfachantworten möglich)?

- privat/ aus eigenem Einkommen
- aus Institutsmitteln
- aus Industriemitteln
- aus Drittmitteln (z.B. DFG)

### Frage 28

Wann finden die von Ihnen besuchten Fortbildungsveranstaltungen statt?

- in der Arbeitszeit
- in der Freizeit
- teils, teils

Frage 29

Werden Sie für Ihre ärztliche Fortbildung von der Routinetätigkeit freigestellt?

- ja
- nein
- teils, teils

## Weiterbildung

Frage 30

Haben Sie eine Facharzt- Weiterbildung abgeschlossen?

- ja
- nein (wenn nein, weiter mit Frage 37)

Frage 31

Konnten Sie Ihre Weiterbildung gemäß der Weiterbildungsordnung in der vorgesehenen Zeit abschließen?

- ja
- nein

Frage 32

Wenn nein, welche Gründe haben dazu geführt?

- persönliche Gründe
- finanzielle Gründe
- dienstliche Gründe
- Qualitätsmängel
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Frage 33

Wurden/werden Sie während Ihrer Weiterbildung tarifgerecht vergütet?

- ja
- nein

Frage 34

Wie beurteilen Sie die Weiterbildung in Ihrem Fachbereich?

(Bitte vergeben Sie Schulnoten von 1 bis 6)

A. Theoretische Weiterbildung:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- ich habe hierzu keine Meinung

B. Praktische Weiterbildung:

- 1     2     3     4     5     6     ich habe hierzu keine Meinung

Frage 35

Wo sehen Sie Verbesserungsansätze?

---

---

---

Frage 36

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Weiterbilder/ Vorgesetzter Ihre Weiterbildung unterstützt hat (Weiterbilder/in/Vorgesetzte/r/=Zeugnisaussteller)?

- voll und ganz  
 eher ja  
 eher nein  
 nein, überhaupt nicht

## Wissenschaft und Lehre

Frage 37

Wird bei Ihnen wissenschaftliche Arbeit und Lehre im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit geleistet?

- ja     nein (wenn nein, weiter mit Frage 48)

Wenn ja,

- sie ist Bestandteil der tariflich geleisteten Arbeitszeit  
 sie findet überwiegend außerhalb der Regelarbeitszeit statt  
 sie wird nicht gesondert vergütet  
 ich beziehe Einkünfte aus wissenschaftlicher Tätigkeit und Lehre

### Frage 38

Wie ist Ihre wissenschaftliche Tätigkeit inhaltlich ausgerichtet?

- klinisch orientiert
- Grundlagen orientiert (Labortätigkeit)
- Versorgungsforschung
- Medikamentenstudien
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Frage 39

Wie hoch ist Ihr wöchentlicher Aufwand für

- a) wissenschaftliche Tätigkeit \_\_\_\_\_ Stunden  
davon für Schreiben von Drittmittelanträgen \_\_\_\_\_ Stunden
- b) Lehrtätigkeit (inkl. Vor- und Nachbereitung) \_\_\_\_\_ Stunden

### Frage 40

Wie wird Ihre wissenschaftliche Arbeit finanziert? (Mehrfachnennungen möglich)

- Öffentliche Organisationen (DFG, Ministerien, EU, usw.)
- private Stiftungen
- Deutsche Krebshilfe
- industrielle Stiftungen
- andere Einrichtungen, nämlich \_\_\_\_\_

### Frage 41

Wieviel Drittmittel haben Sie bisher eingeworben?

- Insgesamt \_\_\_\_\_ EURO
- Für Ihr letztes bzw. aktuelles Projekt \_\_\_\_\_ EURO
- Durchschnittlich \_\_\_\_\_ EURO

### Frage 42

Wie werden Ihre Kongreßreisen finanziert? (Mehrfachantworten möglich)

- privat/ aus eigenem Einkommen
- aus Institutsmitteln
- aus Industriemitteln
- anderes, nämlich \_\_\_\_\_

#### Frage 43

Warum arbeiten Sie wissenschaftlich? Was ist Ihre Motivation wissenschaftlich zu arbeiten (Mehrfachantworten möglich)?

- von der Leitung der Abteilung gewünscht/ erwartet
- medizinisch –naturwissenschaftliches Interesse
- Weiterqualifizierung für beruflichen Werdegang
- sonstige Gründe, nämlich \_\_\_\_\_

#### Frage 44

Wie wird Ihre wissenschaftliche Arbeit durch die Leitung Ihrer Abteilung unterstützt (Mehrfachantworten möglich)?

- Bereitstellung von Sach- und Finanzmittel
- Bereitstellung von Räumlichkeiten/ Infrastruktur
- personelle Unterstützung
- inhaltliche Betreuung
- Freistellung
- Finanzierung von Kongreßreisen
- gar nicht

#### Frage 45a

Wie hoch ist Ihr wöchentlicher Gesamtaufwand für Lehre, inklusive einer Vor- und Nachbereitung?

\_\_\_\_\_Stunden

#### Frage 45b

Wird die Lehre extern evaluiert?

- Ja
- nein

#### Frage 46

Wie gut fühlen Sie sich für die Aufgaben als Lehrende(r) in didaktischer Hinsicht ausgebildet?

Sehr gut  1    2    3    4    5    6 ungenügend

Frage 47

Welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie genutzt, um das Lehren zu lernen?  
(Mehrfachantworten möglich)

- Teilnahme an hochschuldidaktischen Veranstaltungen
- Orientierung an den Lehrpraktiken von Kollegen und Kolleginnen
- Lektüre hochschuldidaktischer, pädagogischer oder psychologischer Bücher
- didaktische Diskussionen mit Kolleginnen und Kollegen
- Systematische Erprobung und Auswertung unterschiedlicher Lehrformen
- Lehrtätigkeit außerhalb der Hochschule
- Veranstaltungen von Studierenden
- Ich habe keine dieser Möglichkeiten genutzt

## Organisation und Leitung

Frage 48

Wenn Sie an die Organisation und Leitung an Ihrem Arbeitsplatz denken, wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- Das Betriebsklima ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Leitung ist an der Meinung/ Verbesserungsvorschlägen Mitarbeiter interessiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Prozesse in der Klinik werden kontinuierlich angepaßt und verändert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter in der Klinik ist ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Anzahl qualifizierten Pflegepersonals in Ihrer Klinik ist ausreichend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Leitung der Abteilung ist für Führungsaufgaben speziell geschult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- In der Abteilung finden Mitarbeiter/innen-Gespräche ausreichend statt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- in der Abteilung findet externes Coaching statt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Mit den Vorgesetzten werden Karriereziele vereinbart, die regelmäßig evaluiert werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Leitung setzt sich für die Mitarbeiter ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Durch den Kostendruck hat sich die tägliche ärztliche Tätigkeit verschlechtert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Reformansätze im Gesundheitswesen

Derzeit sind zahlreiche Reformansätze im Gesundheitswesen im Gespräch.  
Wie ist Ihre persönliche Einstellung dazu?

### Frage 49

Die Krankenhäuser sollen auch für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden.  
Dies führt zu (Mehrfachnennungen möglich)

- einer besseren Auslastung der medizinisch-technischen Einrichtung
- Überlastung des Krankenhauspersonals
- einer verbesserten Patientenversorgung
- einer Reduzierung von Doppeluntersuchungen
- Wartelisten in den Krankenhäusern
- Konflikten mit den niedergelassenen Kollegen

### Frage 50

Die Einführung der DRG (Fallpauschalen) in Krankenhäusern

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- wird die wirtschaftliche Situation in den Krankenhäusern verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird den Zeitdruck auf die Ärzte erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu deutlich mehr Verwaltungsaufwand führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Verweildauer der Patienten weiter verkürzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Patientenversorgung verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu Selektion von Patienten führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu einem erhöhten Versorgungsbedarf in der ambulanten Versorgung führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Frage 51

Wie beurteilen Sie die folgenden Statements?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- Die ärztlichen Interessenvertreter vertreten meine Interessen im politischen Reformprozess gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter sind in der Lage, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten 4 Jahren zu lösen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Der Einfluss unterschiedlichster Interessengruppen im Gesundheitswesen blockiert wirksame Reformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhäusern ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten, und Krankenhausärzten ist gerecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Qualitätszirkel sind geeignet, die Versorgungsqualität zu erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der Betroffenen verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der chronisch Kranken, die nicht an derartigen Programmen teilnehmen, verschlechtern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 52

Kommt es zu harten Konfrontationen zwischen Politik und Ärzteschaft über die Gesundheitsreform, könnten Sie sich dann vorstellen:

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- zu streiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- „Dienst nach Vorschrift“ zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ihre Zulassung/Ermächtigung/Beteiligung zurückzugeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- öffentlich zu demonstrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ihre Patienten zu mobilisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Patientenversorgung so wie bisher fortzusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Einfluss auf Ihre berufsständischen Interessenvertreter für eine konstruktive und problemorientierte Reformdiskussion zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Frage 53

Was müsste sich Ihres Erachtens nach ändern, um in Ihrem persönlichen Berufsfeld zufriedener zu sein? (Bringen Sie die einzelnen Aspekte bitte in eine Rangfolge nach Wichtigkeit)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

### Frage 54

Was muß Ihrer Meinung nach systemisch verändert werden, damit das Berufsbild des Mediziners wieder attraktiver wird? (Bringen Sie die einzelnen Aspekte bitte in eine Rangfolge nach Wichtigkeit)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

## Allgemeine Zufriedenheit

### Frage 55

Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit den Arbeitsbedingungen, unter denen sie Ihren Beruf ausüben?

- sehr zufrieden
- eher zufrieden
- eher nicht zufrieden
- gar nicht zufrieden



## Soziodemografische Daten

Für den Vergleich mit der Struktur der Grundgesamtheit bitten wir Sie um nachfolgende Angaben, welche für Hochrechnungen und Auswertung notwendig sind. Alle Daten werden anonym ausgewertet und statistisch aufbereitet.

### 57. Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich

### 58. Ihr Alter?

- bis 34 Jahre
- 35-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- über 60 Jahre

### 59. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- mit Partner zusammenlebend
- geschieden
- verwitwet

### 60. Bundesland der Niederlassung/Arbeitsstätte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Berlin                 | <input type="radio"/> Niedersachsen       |
| <input type="radio"/> Bremen                 | <input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="radio"/> Baden-Württemberg      | <input type="radio"/> Rheinland-Pfalz     |
| <input type="radio"/> Bayern                 | <input type="radio"/> Sachsen             |
| <input type="radio"/> Brandenburg            | <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt      |
| <input type="radio"/> Hamburg                | <input type="radio"/> Saarland            |
| <input type="radio"/> Hessen                 | <input type="radio"/> Schleswig-Holstein  |
| <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="radio"/> Thüringen           |

### 61. Wieviele Patienten behandeln Sie durchschnittlich pro Tag?

- bis zu 20
- mehr als 20 bis 40
- mehr als 40 bis 60
- mehr als 60

62. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen (Gewinn vor Steuern)?

- bis 35.000 €
- über 35.000 bis 50.000 €
- über 50.000 bis 90.000 €
- über 90.000 bis 150.000 €
- über 150.000 bis 250.000 €
- über 250.000 €

63. Wie hoch ist Ihr gesamtes Haushaltsnettoeinkommen pro Jahr nach Abzug von Steuern, Altersversorgung und Krankenversicherung?

- bis 35.000 €
- über 35.000 bis 50.000 €
- über 50.000 bis 90.000 €
- über 90.000 bis 150.000 €
- über 150.000 bis 250.000 €
- über 250.000 €

64. Würden Sie sich zu den gegenwärtigen Bedingungen noch einmal für diesen Beruf entscheiden?

- ja, auf jeden Fall
- ja, wahrscheinlich
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, auf keinen Fall

65. Haben Sie weitere Anregungen/ Bemerkungen/ Verbesserungsvorschläge? Gibt es andere Aspekte, die in diesem Fragebogen nicht zur Sprache kamen (z.B. Beruf und Familie, u.a.)?

---

---

---

---

---

---

---

Jetzt bitte noch den Fragebogen im beiliegenden Freiumschlag bis zum xx.xx.2003 an uns zurücksenden.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben. Durch Ihre Mitarbeit können wir objektive Daten zur Situation von Ärztinnen und Ärzten gewinnen.

## Beruflicher Hintergrund

### Frage 1

Welches ist Ihr Fachgebiet?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Allgemeinmediziner/Praktiker       | <input type="radio"/> Nervenheilkunde                  |
| <input type="radio"/> Anästhesiologie u. Intensivmedizin | <input type="radio"/> Orthopädie                       |
| <input type="radio"/> Arbeitsmedizin                     | <input type="radio"/> Pathologie                       |
| <input type="radio"/> Augenheilkunde                     | <input type="radio"/> Psychiatrie                      |
| <input type="radio"/> Chirurgie                          | <input type="radio"/> Psychosomatik                    |
| <input type="radio"/> Frauenheilkunde u. Geburtshilfe    | <input type="radio"/> Radiologie und verwandte Gebiete |
| <input type="radio"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde          | <input type="radio"/> Rechtsmedizin                    |
| <input type="radio"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten   | <input type="radio"/> Strahlentherapie                 |
| <input type="radio"/> Innere Medizin                     | <input type="radio"/> Urologie                         |
| <input type="radio"/> Kinderheilkunde                    | <input type="radio"/> Sonstige Gebiete, und zwar _____ |

### Frage 2

Welchen Beschäftigungsstatus haben Sie?

- Vollzeit
- Teilzeit

### Frage 3

In welcher Praxisform sind Sie tätig?

- Einzelpraxis
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- andere Kooperationsformen, nämlich \_\_\_\_\_

### Frage 4

Welche wissenschaftlichen Abschlüsse oder Titel haben Sie bisher erworben?

- keinen
- Promotion
- Habilitation
- anderes, nämlich \_\_\_\_\_

### Frage 5

Wie hoch ist Ihre durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit?

\_\_\_\_ Stunden/ Woche

### Frage 6

Wie viele Jahre sind Sie bereits als Arzt/ Ärztin tätig?

- weniger als 5 Jahre
- 5 bis 9 Jahre tätig
- 10 bis 14 Jahre tätig
- 15 bis 20 Jahre tätig
- 21 bis 25 Jahre tätig
- 24 bis 29 Jahre tätig
- 30 Jahre und mehr tätig

## Fortbildung

### Frage 7

Sie erhalten mannigfaltige Fachinformationen aus den Unternehmen der pharmazeutischen Industrie. Wie beurteilen Sie die Qualität der einzelnen Fachinformationsquellen? Bitte vergeben Sie eine Schulnote von 1 bis 6.

	1	2	3	4	5	6
Außendienst/Referenten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aussendungen/Mailings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Videos/CDs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tagungen/Kongresse/Vorträge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet/Online-Dienste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insertionen in Fachzeitschriften	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Frage 8

Es gibt verschiedene Formen der Fortbildung. Welche davon nutzen Sie?

- Fachzeitschriften
- Fachbücher
- Veranstaltungen
- Qualitätszirkel
- Strukturierte interaktive Fortbildung
- Keine
- Andere \_\_\_\_\_

**Frage 9**

Wieviel Zeit wenden Sie in der Woche neben der dienstlichen Tätigkeit auf, medizinische Literatur zur Fortbildung zu lesen (nicht im Rahmen wissenschaftlicher Tätigkeiten)?

- 0 – 0,5 Stunden
- 0,5 – 1 Stunde
- 1 – 2 Stunden
- 2 – 4 Stunden
- Mehr als 4 Stunden

**Frage 10**

Wie viele Fortbildungsveranstaltungen besuchen Sie im Jahr?

\_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_ Tage

**Frage 11**

Sammeln Sie CME-Punkte (zertifizierte Fortbildung)?

- ja \_\_\_\_\_ Punkte
- ich sammle keine CME Punkte, weil \_\_\_\_\_

**Frage 12**

Wie werden Ihre Fortbildungen bezahlt (Mehrfachantworten möglich)?

- privat/ aus eigenem Einkommen
- aus Institutsmitteln
- aus Industriemitteln
- anders, nämlich \_\_\_\_\_

**Frage 13**

Wann finden die von Ihnen besuchten Fortbildungsveranstaltungen statt?

- in der Arbeitszeit
- in der Freizeit
- teils, teils

**Frage 14**

Werden Sie für Ihre ärztliche Fortbildung von der Routinetätigkeit freigestellt?

- ja
- nein
- teils, teils
- nicht zutreffend



## Weiterbildung

### Frage 15

Haben Sie eine Facharzt-Weiterbildung abgeschlossen?

- ja
- nein (Wenn nein, weiter mit Frage 20)

### Frage 16

Konnten Sie Ihre Weiterbildung gemäß Weiterbildungsordnung in der vorgesehenen Zeit abschließen?

- ja
- nein

### Frage 17

Wenn nein, welche Gründe haben dazu geführt?

- persönliche Gründe
- finanzielle Gründe
- dienstliche Gründe
- Qualitätsmängel
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Frage 18

Wurden/werden Sie während Ihrer Weiterbildung tarifgerecht vergütet?

- ja
- nein

### Frage 19

Wie beurteilen Sie die Weiterbildung in Ihrem Fachbereich?

(Bitte vergeben Sie Schulnoten von 1 bis 6)

A. Theoretische Weiterbildung:

- 1    2    3    4    5    6    ich habe hierzu keine Meinung

B. Praktische Weiterbildung:

- 1    2    3    4    5    6    ich habe hierzu keine Meinung

### Frage 20

Wo sehen Sie Verbesserungsansätze?

---

---

#### Frage 21

Haben Sie das Gefühl, dass Ihr(e) Weiterbilder/in/ Vorgesetzte/r Ihre Weiterbildung unterstützt hat (Weiterbilder/in/Vorgesetzte/r=Zeugnisaussteller)?

- voll und ganz
- eher ja
- eher nein
- nein, überhaupt nicht

## Reformansätze im Gesundheitswesen

Derzeit sind zahlreiche Reformansätze im Gesundheitswesen im Gespräch. Wie ist Ihre persönliche Einstellung dazu?

#### Frage 22

Könnten Sie sich vorstellen, statt über die Kassenärztliche Vereinigung direkt mit den Krankenkassen Einzelverträge abzuschließen? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein, Einzelverträge liefern den Arzt den Krankenkassen aus
- nein, Einzelverträge zerstören die flächendeckende Versorgung
- ja, Einzelverträge sind unbedingt abzuschliessen
- ja, Einzelverträge sollte man abschließen können, aber mit der KV als Berater und Dienstleister im Rücken

#### Frage 23

Könnten Sie sich vorstellen, dass die Qualitätssicherung ambulanter ärztlicher Leistungen statt wie bisher durch die KV zukünftig durch eine staatliche Institution abgewickelt wird? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein, das wäre das Ende der ärztlichen Therapiefreiheit
- nein, denn dann würde die Ökonomie über die Medizin siegen
- ja, dann würde objektiver geprüft
- ja, dann würden Patienteninteressen stärker berücksichtigt

#### Frage 24

Können Sie sich vorstellen, dass andere Einrichtungen die Abrechnung Ihrer ärztlichen Leistungen effektiver vornehmen könnten als die Kassenärztliche Vereinigung? (Mehrfachnennungen möglich)

- nein, alle anderen Varianten wären teurer
- nein, dass sollte in den Händen der Selbstverwaltung bleiben
- ja, durch private Abrechnungsstellen
- ja, direkt durch die Krankenkassen

Frage 25

Die Krankenhäuser sollen auch für die ambulante fachärztliche Versorgung geöffnet werden.  
Dies führt zu (Mehrfachnennungen möglich)

- einer besseren Auslastung der medizinisch-technischen Einrichtung
- einer Überlastung des Krankenhauspersonals
- einer verbesserten Patientenversorgung
- einer Reduzierung von Doppeluntersuchungen
- Wartelisten in den Krankenhäusern
- der Beseitigung der flächendeckenden ambulanten fachärztlichen Versorgung
- Konflikten mit den niedergelassenen Kollegen

Frage 26

Die Einführung der DRG (Fallpauschalen) in Krankenhäusern

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- wird die wirtschaftliche Situation in den Krankenhäusern verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird den Zeitdruck auf die Ärzte erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu deutlich mehr Verwaltungsaufwand führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Verweildauer der Patienten weiter verkürzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Patientenversorgung verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu Selektion von Patienten führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird zu einem erhöhten Versorgungsbedarf in der ambulanten Versorgung führen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- wird die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 27

Welche Aspekte schränken die verantwortungsvolle Patientenversorgung bereits heute im ambulanten Bereich substantiell ein? (Mehrnennungen möglich)

- zeitaufwendige Prozeduren für Kostenübernahmen von Hilfsmitteln oder Rehabilitationsmaßnahmen verzögern ihren Einsatz bzw. sie kommen gar nicht zum Einsatz
- der wirtschaftlich notwendige hohe Patientendurchlauf birgt die Potenz eines Qualitätsverlustes in der Versorgung des einzelnen Patienten
- nicht mehr kostendeckende Untersuchungen oder Behandlungen werden hinausgezögert oder gar nicht mehr durchgeführt
- Kosten werden uneinheitlich übernommen
- Andere, nämlich: \_\_\_\_\_

Frage 28

Wie beurteilen Sie die folgenden Statements?

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- Die ärztlichen Interessenvertreter vertreten meine Interessen im politischen Reformprozess gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Konzepte der ärztlichen Interessenvertreter sind in der Lage, die Probleme im Gesundheitswesen in den nächsten 4 Jahren zu lösen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Der Einfluss unterschiedlichster Interessengruppen im Gesundheitswesen blockiert wirksame Reformen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhäusern ist gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Die Budgetverteilung zwischen Fachärzten, Hausärzten, und Krankenhausärzten ist gerecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Qualitätszirkel sind geeignet, die Versorgungsqualität zu erhöhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der Betroffenen verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Disease-Management-Programme (DMP) können die Versorgungsqualität der chronisch Kranken , die nicht an derartigen Programmen teilnehmen, verschlechtern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ich kann mir ein gemeinsames Case-Management mit den Krankenkassen im Rahmen von DMP vorstellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ich befürworte Gesundheitszentren als Zusammenschluss von Fachkollegen mit anderen Gesundheitsberufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Eine stärkere Anbindung an ein Krankenhaus sehe ich kritisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Eine Aufteilung des GKV-Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen halte ich für sinnvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 29

Kommt es zu harten Konfrontationen zwischen Politik und Ärzteschaft über die Gesundheitsreform, könnten Sie sich dann vorstellen

	Trifft voll und ganz zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu
- zu streiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- „Dienst nach Vorschrift“ zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ihre Zulassung/Ermächtigung/Beteiligung zurückzugeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- öffentlich zu demonstrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ihre Patienten zu mobilisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Patientenversorgung so wie bisher fortzusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Einfluss auf Ihre berufsständischen Interessenvertreter für eine konstruktive und problemorientierte Reformdiskussion zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Frage 30

Was müsste sich Ihres Erachtens nach ändern, um in Ihrem persönlichen Berufsfeld zufriedener zu sein? (Bringen Sie die einzelnen Aspekte bitte in eine Rangfolge nach Wichtigkeit)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Frage 31

Was muß Ihrer Meinung nach systemisch verändert werden, damit das Berufsbild des Mediziners attraktiver wird? (Bringen Sie die einzelnen Aspekte bitte in eine Rangfolge nach Wichtigkeit)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_



## Soziodemografische Daten

Für den Vergleich mit der Struktur der Grundgesamtheit bitten wir Sie um nachfolgende Angaben, welche für Hochrechnungen und Auswertungen notwendig sind. Alle Daten werden anonym ausgewertet und statistisch aufbereitet.

### 34. Ihr Geschlecht?

- männlich
- weiblich

### 35. Ihr Alter?

- bis 34 Jahre
- 35-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- über 60 Jahre

### 36. Wie ist Ihr Familienstand?

- ledig
- verheiratet
- mit Partner zusammenlebend
- geschieden
- verwitwet

### 37. Bundesland der Niederlassung/Arbeitsstätte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Berlin                 | <input type="radio"/> Niedersachsen       |
| <input type="radio"/> Bremen                 | <input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen |
| <input type="radio"/> Baden-Württemberg      | <input type="radio"/> Rheinland-Pfalz     |
| <input type="radio"/> Bayern                 | <input type="radio"/> Sachsen             |
| <input type="radio"/> Brandenburg            | <input type="radio"/> Sachsen-Anhalt      |
| <input type="radio"/> Hamburg                | <input type="radio"/> Saarland            |
| <input type="radio"/> Hessen                 | <input type="radio"/> Schleswig-Holstein  |
| <input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern | <input type="radio"/> Thüringen           |

### 38. Wieviele Patienten behandeln Sie durchschnittlich pro Tag?

- bis zu 20
- mehr als 20 bis 40
- mehr als 40 bis 60
- mehr als 60

39. Wie hoch ist Ihr eigenes Einkommen (Gewinn vor Steuern)?

- bis 35.000 €
- über 35.000 bis 50.000 €
- über 50.000 bis 90.000 €
- über 90.000 bis 150.000 €
- über 150.000 bis 250.000 €
- über 250.000 €

40. Wie hoch ist Ihr gesamtes Haushaltsnettoeinkommen pro Jahr nach Abzug von Steuern, Altersversorgung und Krankenversicherung?

- bis 35.000 €
- über 35.000 bis 50.000 €
- über 50.000 bis 90.000 €
- über 90.000 bis 150.000 €
- über 150.000 bis 250.000 €
- über 250.000 €

41. Würden Sie sich zu den gegenwärtigen Bedingungen noch einmal für diesen Beruf entscheiden?

- ja, auf jeden Fall
- ja, wahrscheinlich
- nein, wahrscheinlich nicht
- nein, auf keinen Fall

42. Haben Sie weitere Anregungen/ Bemerkungen/ Verbesserungsvorschläge? Gibt es andere Aspekte, die in diesem Fragebogen nicht zur Sprache kamen (z.B. Beruf und Familie, u.a.)?

---

---

---

---

---

---

---

Jetzt bitte noch den Fragebogen im beiliegenden Freiumschlag bis zum xx. xx. 2003 an uns zurücksenden.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zum Ausfüllen genommen haben. Durch Ihre Mitarbeit können wir objektive Daten zur Situation von Ärztinnen und Ärzten gewinnen.



# CURRICULUM VITAE

## PERSÖNLICHE DATEN

Name: Beate Susane Bestmann  
Geburtsdatum: 24. August 1975  
Familienstand: ledig  
Nationalität: deutsch

## SCHULISCHE AUSBILDUNG

1982-1986 Besuch der Grundschule am Maienbeek in Bad Bramstedt  
1986-1995 Besuch der Jürgen-Fuhlendorf-Schule in Bad Bramstedt; Abschluss: Abitur

## HOCHSCHUL-AUSBILDUNG

10/1995-02/2001 Studium des Masterstudienganges Soziologie mit den Nebenfächern Psychologie und öffentliches Recht an der Philosophischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; Abschluss: Soziologin, M.A.

## PRAKTIKA/ STUDIENBEGLEITENDE TÄTIGKEITEN

1996-1998 verschiedene freiberufliche Tätigkeiten für das Institut für Psychologie und Sozialforschung (IPS) in Kiel  
1999-2000 Tutorin für die Veranstaltung „Methoden der empirischen Sozialforschung II: Datenauswertung“ am Institut für Soziologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
1999-2001 Wissenschaftliche Hilfskraft am Institut für Soziologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
1999-2001 Wissenschaftliche Hilfskraft am Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie an der Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

Seit 07/2001 Wissenschaftliche Angestellte im Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie an der Klinik für Allgemeine Chirurgie und Thoraxchirurgie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel  
WS 2002/2003  
sowie Durchführung der Lehrveranstaltung „Methoden der empirischen Sozialforschung II: Datenauswertung“ im Institut für Soziologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel  
WS 2003/2004