

2 Forschungsstand und Fragestellung

Eine umfangreiche empirische Forschung fokussiert die Auswirkungen besonderer Strukturen des medizinischen Feldes sowie des Medizinstudiums auf das Befinden ärztlicher und medizinstudentischer Akteure und verweist damit auf bestimmte, für das medizinische Feld auch typische Belastungsfaktoren und Bedingungen, denen sich Mediziner, aber auch schon Medizinstudierende ausgesetzt fühlen, die ihnen Auseinandersetzung abverlangen. Diese Untersuchungen haben vor allem die Forschungsperspektive gemein, da sie in einer quantitativen Herangehensweise allgemeine Aussagen zu Repräsentativität und Häufigkeit verschiedener Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen auf emotionaler, kognitiver und Handlungsebene treffen.

In vergleichsweise weitaus weniger Untersuchungen werden auch den Deutungen und Sichtweisen, den Alltagskonstruktionen der Akteure selbst Aufmerksamkeit geschenkt und die Handlungsorientierungen von Mediziner*innen und Studierenden der Medizin rekonstruiert, um diese Bedingungen nicht nur aufzuzeigen sondern in ihrer Verflechtung mit habituellen Merkmalen und systemischen Gegebenheiten auch erklären, verstehen zu können.

Nicht zuletzt soll auch der Perspektive der Patienten Rechnung getragen werden, die in ihren Vorstellungen und Erwartungen an das medizinische System und seinen Akteure ein Bild entwerfen, welches möglicherweise für Studierende der Medizin zu Beginn ihres Studiums eine nicht unerhebliche Vergleichsfolie ihrer Erwartungen und Haltungen darstellt.

Die Auswahl der vorgestellten Studien versteht sich nicht als eine erschöpfende, sie soll vielmehr Anregung sein, die Bedingungen, den Habitus und die Erwartungen nicht als ein monokausales Gefüge zu verstehen, sondern gerade auch die Deutungen der in dieser medizinischen Welt Agierenden mit den Befunden zu vernetzen, um das Bild einzufärben, reichhaltiger zu zeichnen.

Aus der Zusammenfassung dieser Untersuchungen und der Darstellung einer wahrgenommenen Forschungslücke wird im Anschluss daran die eigene Fragestellung herausgearbeitet und abgeleitet.

2.1 Zum Befinden von Ärztinnen und Ärzten

In zahlreichen Studien zum physischen wie auch psychischen Befinden von Medizinerinnen, wird besonderes Augenmerk auf die Themen Substanzabhängigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch, auf die Prävalenzen depressiver Erkrankungen, speziell des Burn-Out, und die Suizidhäufigkeit gerichtet.

2.1.1 Abhängigkeit

In einer anonymen Befragung von 9600 amerikanischen Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich ihrer Substanzabhängigkeit im vergangenen Jahr (Hughes et al. 1992, im Auftrag der American Medical Association; AMA) geben 1,6 % der Ärzte einen Alkoholmissbrauch an; bezogen auf das gesamte Leben zeigen schon 6 % der Ärzte einen Missbrauch von Alkohol. Diese Befunde verweisen auf eine höhere Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit von Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung der USA.

Untersuchungen der Substanzabhängigkeit deutscher Ärztinnen und Ärzte beziehen zusätzlich dazu auch soziodemografische Merkmale ein. So finden Mäulen et al. (1991) bei 100 Ärzten, die auf Grund von *Substanzmissbrauch* oder *-abhängigkeit* auf eine psychiatrische Station aufgenommen wurden, Zusammenhänge mit dem Alter der ärztlichen Patienten: 34 % der aufgenommenen süchtigen Ärzte sind im Alter von 20 bis 40 Jahren, mehr als die Hälfte (51 %) zwischen 41 und 60 Jahren und nur 15 % älter als 60 Jahre. Zum Verhältnis von Ärztinnen und Ärzten werden keine Angaben gemacht, jedoch zum Familienstand und zur beruflichen Qualifikation. Demzufolge sind 50 % verheiratet, 17 % ledig und 16 % geschieden. Fast 80 % haben eine Facharztausbildung abgeschlossen und nur 13 % sind ohne Gebietsbezeichnung. Unter den Fachärzten finden sich am häufigsten Chirurgen (18 %), Allgemeinmediziner (13 %) und Internisten (10 %). Über die Hälfte der untersuchten Mediziner führt eine eigene Praxis, 13 % sind in leitender Funktion und 19 % in nichtleitender Funktion tätig, während sich 16 % im Ruhestand befinden. Am häufigsten finden sich in dieser speziellen Untersuchung Alkoholabhängigkeiten (43 %). Über ein Drittel der untersuchten Ärzte zeigt ein kombiniertes Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsverhalten (Alkohol plus Medikamente), und immerhin noch 10 % der Befragten nehmen Substanzen ein, die im Betäubungsmittelgesetz aufgeführt werden.

Einigen Bedingungen wird in der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen bei Ärzten eine herausragende Bedeutung beigemessen; so wird als zentraler Konflikt der Widerspruch hervorgehoben zwischen dem Gefühl, als Helfer

etwas Besonderes zu sein, aber andererseits Gefühle von Ohnmacht zu erleben (Mäulen 1993). Das daraus resultierende Empfinden von Stress, was in einer außerklinischen Befragung immerhin 9 % der Ärzte erleben (Herrschbach 1991), wird dabei als wichtige Variable gedeutet. Demnach könnten durch eine Bearbeitung individueller Möglichkeiten und Grenzen der Stressbewältigung sowie durch den Ausbau sozialer Unterstützungssysteme über 80 % der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte eine erfolgreiche Behandlung ihrer Abhängigkeit erfahren (Mäulen 1993). Zusätzlich zu diesen Merkmalen kommen weitere hinzu, die die Gruppe der Mediziner von anderen unterscheiden. Die erhöhte Zugriffsmöglichkeit zu bestimmten Substanzen, aber auch eine bedeutsame Co-Abhängigkeit von Kollegen und Vorgesetzten, die das Phänomen möglicherweise sehen, jedoch ein Verhalten des Zuwartens an den Tag legen, werden dabei betont (Mäulen 1993, 1). Auch einem besonderen Reaktionsverhalten der Ärzte kommt eine Bedeutung zu, was sich in Abwehr, Verurteilung und Gereiztheit suchtkranken Patienten gegenüber äußert (Reimer & Freisfeld 1984). Trotz dessen bescheinigen sich die Ärzte selbst ein objektives und professionelles Verhalten. Die Autoren deuten diesen Widerspruch als eine Art Abwehr, die Ärzte diesen Patienten entgegenbringen, da sie sich selbst als besonders vulnerabel für Suchterkrankungen erleben. Die Patienten stellen somit möglicherweise sogar eine Bedrohung der eigenen ärztlichen Unverletzlichkeit dar.

Dieser mögliche Erklärungszusammenhang wird gleichfalls gestützt durch Überlegungen, die die kategoriale Grenze zwischen „gesund“ und „krank“ als ein Zeichen der Abgrenzung der Ärzte von einer Idee der Perfektion und der existenziellen Bedrohung dieser Idee durch das Leiden und die Imperfektion des Patienten darstellen (Shapiro 2008). Das als professioneller Anspruch und Imperativ gedeutete „objektive“ Verhalten der Ärzte den Patienten gegenüber wird hier als Abgrenzung zum Schutz der Idee der Perfektion der Ärzte umgedeutet. Die damit einhergehende Verobjektivierung des Patienten und das Rationalisieren der Erlebenskomponente der Erkrankung bei einem individuellen Patienten wird damit fast zu einer Zwangsläufigkeit, da es dem Selbstschutz des Mediziners dienlich zu sein scheint.

2.1.2 Alkoholkonsum

Unter den Abhängigkeitserkrankungen des pflegerischen und therapeutischen Personals (Mäulen 1991 fasst diese Berufsgruppe als „helfende Berufe“ oder „Medizinalberufe“ zusammen) findet sich am häufigsten der Alkoholismus. Diesem folgt die Einnahme von Medikamenten und Betäubungsmitteln oder

Drogen. Die Prävalenzraten aller Abhängigkeitserkrankungen liegen zwischen 5 und 8 %, je nach Studie und Substanzklasse.

In einem Vergleich des Alkoholkonsums von Ärztinnen und Ärzten der Gesundheitssysteme in Norwegen und Deutschland (Rosta & Aasland 2010) findet sich eine Abhängigkeit der Abstinenzraten vom Alter, wobei die Gruppe der Jüngeren (27-44 Jahre) höhere Raten an Abstinenz aufweist als die Gruppe der Älteren (45-65 Jahre). Auch zeigen jüngere Ärztinnen und Ärzte unregelmäßigen Alkoholkonsum mit moderaten Mengen und weniger Episoden exzessiven Trinkens im Vergleich zu älteren Ärztinnen und Ärzten. Die Ausnahme bilden norwegische Ärztinnen, die in beiden Altersgruppen die gleichen Abstinenzraten aufweisen. Insgesamt geben die Ärztinnen beider Altersgruppen und beider Länder ein moderateres Trinken mit weniger und seltenerem Alkoholkonsum an als die Ärzte beider Länder und Altersgruppen.

2.1.3 *Burn-Out*

In einer Untersuchung zum Erleben und der Häufigkeit von *Burn-Out* bei Medizinerinnen und Medizinern nehmen Deckert et al. (2008) eine Verbindung der spezifischen Berufsbedingungen und der Prävalenz von *Burn-Out*-Erkrankungen an. Sie vermuten den Zusammenhang darin, dass Ärztinnen und Ärzte eine starke Verknüpfung von persönlicher Identität und Beruf erleben, die sich im Selbstverständnis dieser Berufsgruppe ausdrückt. Dies stellt die Grundlage dafür dar, dass an die Ausgestaltung der beruflichen Biografie sehr hohe Ansprüche und Anforderungen gestellt werden. Zusätzlich kämen die hohe Leistungsbereitschaft und die starke Identifikation mit dem ärztlichen Beruf hinzu – all das also Kriterien, die nach Annahme der Autoren den Nährboden für ein *Burn-Out* bilden können. Die Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse und die hohe Leistungs- und Patientenzentrierung könne zu einem „Aufgehen“ in der beruflichen Tätigkeit führen. Bei Enttäuschungen sei dann das *Burn-Out* fast schon selbstverständlich.

Shanafelt et al. (2003) und Shanafelt (2009) kennzeichnen das Phänomen *Burn-Out* als ein gerade im medizinischen Arbeitsfeld häufig anzutreffendes. Unabhängig von der Facharztrichtung über die Lebens- (respektive Berufs-)zeit weist jeder dritte Arzt Symptome des *Burn-Out* auf. Diverse Studien verorten die Konsequenzen zum einen in der Arzt-Patient-Beziehung, zum anderen zeigen sich aus betriebswirtschaftlicher Perspektive Konsequenzen und nicht zuletzt Auswirkungen auch auf die persönliche psychische wie physische Gesundheit der betroffenen Ärztin oder des Arztes. Beziehungen zu Empathiefähigkeit und

Mitgefühl, aber auch zur Verschreibungspraxis von Medikamenten und Behandlungsfehlern werden ausgemacht. Gleichfalls sinkt das Vertrauen der Patienten in die Behandlung und damit auch die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung. Nachwirkungen auf der individuellen Arzzebene schließen Substanzmissbrauch, Ausstieg aus dem medizinischen Beruf sowie Suizide nicht aus.

In einer Studie von Aster-Schenck et al. (2010) führen die Autoren einleitend verschiedene Studienergebnisse vor und hypothesisieren Zusammenhänge und Ursachen des *psychosozialen Stresses* bei Ärzten. Demzufolge erschwerend und ein Burn-Out verstärkend sei die Idee der Ärzte, sich Anerkennung und Liebe durch besondere Leistungen verdienen zu können. Damit steht der Entwicklung der alleinigen Lebensaufgabe, Arzt, Ärztin zu sein und einer daraus folgenden Verausgabung nichts mehr im Weg. Die Unterdrückung eigener Bedürfnisse und Ansprüche an die Berufsausübung, aber auch bestimmter Bewältigungsmöglichkeiten und dem Akzeptieren und Anerkennen von Grenzen ärztlicher Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten bestimmter Situationen führen nachweislich in vielen Fällen zu einer Diskrepanz von Wirklichkeit und Erwartung, Anspruch und Wunsch und somit eben auch oft zu den hier dargestellten Konsequenzen dieses bestimmten Musters. Die Autoren beschreiben eine besondere Gefährdung bei Ärzten, die sich situativen Komponenten ausgesetzt fühlen, wie ökonomischen und bürokratischen Anforderungen, die die eigene Handlungsfähigkeit einschränken, demgegenüber jedoch eine besonders hohe Leistungsbereitschaft zeigen (Aster-Schenck, Schuler et al. 2010)⁹.

2.1.4 Suizide

Laut Statistischem Bundesamt von 2007 liegt die *Suizidrate* in Deutschland bei 11,4 pro 100.000 Einwohner und damit unterhalb des weltweiten Durchschnitts, der von der WHO (Hawton & Heeringen 2009) als bei 14,5 pro 100.000 Einwohnern liegend angegeben wird. Trotz einiger Unterschiede der Studien zu Prävalenzen von Suiziden bei Ärztinnen und Ärzten scheinen die Ergebnisse in eine Richtung (Mäulen 2010) zu deuten: Die Suizidraten der Ärzte liegen um das 0,9 bis 3-fache höher; bei Ärztinnen ist der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung noch deutlicher mit 1,7 bis 6-fach höheren Suizidraten (Niederkrotenthaler

⁹ Weitere Studien zu Burn-Out bei Ärztinnen und Ärzten finden sich u. a. bei Gundersen (2001) und Bergner (2004).

& Sonneck 2007). Weitere Untersuchungen¹⁰ kommen zu Ergebnissen, die in dieselbe Richtung weisen, so z. B. Swanson et al. (2004), die in einer Übersichtsarbeit ein 2,5 bis 3,4-fach erhöhtes Suizidrisiko für Ärzte und 2,5 bis 5,7-fach erhöhtes Suizidrisiko für Ärztinnen analysieren. In einer englischen Untersuchung finden sich keine erhöhten Suizidraten bei Medizinern, dafür jedoch eine erhöhte Morbidität und Mortalität bei Ärztinnen und Ärzten (Hawton, Clements et al. 2001).

In einer Übersichtsarbeit von Studien seit 1980 mit dem Ziel, die Häufigkeit *ärztlicher Suizide* zu erfassen, kommen Reimer et al. (2005) zu dem Ergebnis, dass die Suizidraten bei Ärztinnen und Ärzten korrespondierend zur Allgemeinbevölkerung ansteigen. Mögliche Gründe lassen sich in steigenden Prävalenzraten depressiver und Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten finden. Zusätzlich kommen Faktoren, wie eine erhöhte Arbeitsbelastung und dem daraus resultierenden ansteigenden Erleben von Stress hinzu.

Die Untersuchung von Bämayr (1986) nimmt Bezug auf die *Suizide* von Ärztinnen / Ärzten und Zahnärztinnen / Zahnärzten zwischen 1963 und 1978 in Oberbayern. In dieser Zeit suizidierten sich insgesamt 67 Ärzte, 27 Ärztinnen, 19 Zahnärzte und 6 Zahnärztinnen. Hinsichtlich Alter, Fachrichtung und weiterer Variablen sowie des Vergleichs mit der Allgemeinbevölkerung wurden soziodemografische Daten dieser verstorbenen Ärztinnen und Ärzte ausgewertet. Es finden sich höhere Prävalenzraten der ärztlichen Suizide im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung; signifikant sind die Unterschiede bei Ärzten (1,6-fach höher), bei Ärztinnen (3-fach höher) und bei den Zahnärztinnen (2,9-fach höher); bei den Zahnärzten wurden höhere (1,3-fach), jedoch nichtsignifikante Raten ausgewertet. Bezogen auf das Alter fassen die Autoren das Ergebnis so zusammen, dass die meisten Suizide von Ärzten unterhalb von 55 Jahren und von Zahnärzten oberhalb von 55 Jahren begangen wurden. Bei Ärztinnen und Zahnärztinnen wurden die meisten Suizide zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr begangen. Interessant ist die Untersuchung der Familiensituation der verstorbenen Mediziner: In der Mehrzahl hat es nie ein Familienleben gegeben, oder das vorhandene Familienleben ist vor kurzer Zeit beendet worden (durch Scheidung, Trennung, Tod). Auch leben keine Kinder (mehr) im Haushalt, entweder sind sie ausgezogen, oder die Mediziner sind kinderlos gewesen.

10 Schernhammer et al. (2004) führten ein Review über Studien zu Suizidraten durch. Weitere Ergebnisse zu Suizidhäufigkeiten u. a. bei Gold et al. (2005), Gray (2009), König (2001), Klimpel (2005), Carpenter et al. (1997), Mäulen (2002), Möller (2002), Riesselmann et al. (1999), Schernhammer (2005), Schmidtke et al. (1998), Schmidt (2001), Silverman (2000) und Wolfersdorf (2007).

2.1.5 Arbeitszufriedenheit

In einem internationalen systematischen Review von Studien zu *Arbeits-* und *Berufszufriedenheit* von Ärztinnen und Ärzten kommt das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) in einer ersten Einschätzung (Gothé, Köster et al. 2007) zu dem Befund, dass erstaunlicherweise wenig Studien vorliegen, die sich dem Thema in qualitativ hochwertigen Studien widmen. Gerade vor dem Hintergrund der Auswirkungen, seien sie jetzt betriebswirtschaftlicher Art oder auf der Ebene therapeutischer Entscheidungen und das Wohl des Patienten betreffend, sei es überraschend, dass dieses Thema so wenig bearbeitet wird. Durch die Unterschiedlichkeit der untersuchten Variablen von 77 eingeschlossenen Erhebungen sei es schwierig, die Ergebnisse zu vergleichen bzw. eine eindeutige Zuordnung von Arbeitsbedingungen und Berufszufriedenheit zu folgern. Ebenso ist nicht gesichert, dass die meist in den USA erhobenen Daten auch auf deutsche Verhältnisse übertragbar sind. Dennoch kann die Tendenz aufgezeigt werden, dass Arbeitsbedingungen (wie z. B. eine prospektive Finanzierung), die wirtschaftlichen Druck ausüben und die Handlungsräume der Ärztinnen und Ärzte einschränken, besonders mit einer geringen Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Tätigkeit an diesem Arbeitsplatz gekoppelt sind. Ebenso stellen hohe Qualitätsanforderungen bzw. ein Qualitätsdruck Indikatoren für Unzufriedenheit am Arbeitsplatz dar. Effekte der Unzufriedenheit zeigen sich vor allem hinsichtlich Behandlungsfehlern sowie der Verschreibung von Medikamenten und auch seitens der Patienten-Compliance. Diese Auswirkungen sind Resultate einer physischen wie psychischen Befindlichkeit der jeweiligen Ärztinnen und Ärzte, die demzufolge vermittelnde Variablen darstellen.

Zusammenfassend kann ärztliche Autonomie (bezüglich Behandlung, aber auch des Einkommens) als eine Bedingung für Zufriedenheit beschrieben werden. Alarmierend sind Hinweise, nach denen die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Ärzteschaft höher liegt, als in den meisten anderen Berufsgruppen. Einige eingeschlossene Studien zeigen deutliche Zahlen: 27 % der in einer Studie untersuchten Ärztinnen und Ärzte weisen einen hohen Score im General Health Questionnaire (GHQ) auf, der auf eine psychische Erkrankung hindeutet. Einer anderen Untersuchung nach war nur knapp die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte frei von Symptomen einer Angsterkrankung, und 27 % zeigten Anzeichen einer Depression. Die Autoren des Reviews kommen zu dem Schluss, dass die international berichteten erhöhten Suizidraten auf Grund dieser Befindlichkeiten zustandekommen und nicht auf Grund des besseren Wissens der Ärztinnen und Ärzte über 'erfolgreichere' Suizidmethoden.

2.1.6 Ethische Konflikte

Die Autoren einer Studie zur *Arbeitsmoral* bei Ärztinnen und Ärzten (Nigel, Kornacki et al. 2002) zeigen anhand ihrer Ergebnisse eine rückläufige *Arbeitsmoral* der Mediziner. In ihrer Untersuchung finden sie Gründe für die Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte vor allem im Erleben von Dissonanzen zwischen den anfänglichen Erwartungen an den Beruf und der Realität von Bedingungen und Praxis des Berufs.

Auch in der Darstellung von Vilmar (2009) wird das Spannungsfeld der ärztlichen Berufsausübung mit den Eckpunkten Ethik und Kostendruck beschrieben, welche die Mediziner in ein *ethisches Dilemma* manövriert: Auf der einen Seite die uneingeschränkte Loyalität des Arztes oder der Ärztin dem Patienten gegenüber (im Sinne einer berufsethischen Verpflichtung) und auf der anderen Seite der Kostendruck durch verschiedene Maßgaben von Krankenhaus und Krankenversicherung. Weiterhin sind die Tätigkeitsbedingungen durch uneindeutige Rechtsbegriffe, wie „Notwendigkeit“ oder „Zweckmäßigkeit“, und klare Kostenvorgaben durch Budgetierung gekennzeichnet, die die Tätigkeit der Ärztin oder des Arztes in keiner Weise erleichtern. Unsicherheiten sind diesen Vorgaben immanent und können dadurch zu Unzufriedenheit oder eben den beschriebenen Dissonanzen führen.

In dem Forschungsprojekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ untersuchten das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und das Zentrum für Sozialforschung Bremen (ZeS) Auswirkungen der Einführung des DRG-Entgeltsystems auf die Arbeitsbedingungen und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern (Buhr and Klink 2006; Klink and Kühn 2006). Die Ergebnisse zeigen deutlich ein Phänomen auf, welches die Autoren mit „moralischer Dissonanz“ zwischen beruflichem Selbstverständnis und wirtschaftlicher Anspruchshaltung der Arbeitsbedingungen beschreiben. Auf die Frage, ob man „aus Kostengründen Patienten effektive Leistungen vorenthalten muss“, gaben 86 % der Krankenhausärzte eine ablehnende Haltung an, dem gegenüber waren 3,7 % für eine uneingeschränkte Rationierung, und 10 % schränkten ihre Zustimmung ein. Ihre Zustimmung zu dem Satz „Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist, und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“ drückten 71 % (25 % „voll“ und 47 % „eher“) (Klink & Kühn 2006, 14 f.) der Krankenhausärzte aus.

Die Autoren werten den hohen Anteil gewählter relativierender, abgeschwächter oder unverbindlicher Antwortmöglichkeiten als Hinweis auf eine deutlich spürbare Unsicherheit durch konfligierende Motive – einerseits der

medizinischen Normen und andererseits des ökonomischen Kalküls. Befragt nach der Einschätzung des realen Erfahrungs- und Handlungsraumes zeigt sich so auch ein starker Widerspruch: „Während zwischen 72 % und 86 % mehr oder weniger deutlich die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 9 % in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Nur 11 % der Ärzte, die der Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter dem medizinisch Notwendigen normativ voll zustimmen, arbeiten in einem Kontext, in dem das, was sie als richtig ansehen, nach ihrer Einschätzung tatsächlich auch der Fall ist“ (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ärztliche Entscheidungen häufig an einer bestimmten Kosten-Nutzen-Erwägung ausgerichtet werden, die sich stärker an ökonomischen Kriterien orientiert als am Wohl des Patienten. Dies jedoch widerspricht der eigentlichen Einstellung des Arztes. Er sieht sich eher zur Umsetzung wirtschaftlicher Interessen gezwungen als sich seinem Berufsethos entsprechend verhalten zu können. Diese „moralische Dissonanz“ müsse zwangsläufig zu einer Anpassung führen, da das damit einhergehende psychische Unbehagen bearbeitet werden muss, um weiterhin handlungsfähig zu bleiben. Wie könnte solch eine Bearbeitung aussehen? Zum einen könnten die inneren Werte und Einstellungen an die Imperative einer neoliberalen Wirtschaftspolitik angepasst werden. Dies bedeutete, dass ökonomische Kriterien die ärztlichen Einstellungen und deren Verhalten gleichermaßen dominieren, was zu einer Übernahme dieser Haltung in den Arztberuf und folglich dessen Industrialisierung bedeuten würde. Eine weitere Möglichkeit würde in der Ablehnung dieser dem Selbstverständnis des Arztes widersprechenden Imperative bestehen und ließe sich in dem ausschließlich treuhändlerischen Umgang mit Patienten zu deren Wohl zeigen. Denkbar wäre auch eine dritte Möglichkeit, die den Ausstieg aus dem dissonanten System als Folge des Konfliktes hervorriefe (Klinke & Kühn 2006).

2.1.7 Zusammenfassung

Zum Befinden von Ärzten liegt eine Fülle an Studien vor. Hauptsächlich werden dabei das psychische und physische Befinden, Vulnerabilitäten, Arbeitsbedingungen und Dilemmata per Fragebogen erfasst. Die Tendenz geht in folgende Richtung: Ärztinnen und Ärzte arbeiten unter Bedingungen, die gekennzeichnet sind durch Handlungs- und Kostendruck sowie hohe Qualitätsanforderungen,

weswegen die Arbeitsbelastung als hoch gekennzeichnet werden kann. Demzufolge erleben sie in hohem Maße Stress, Burn-Out und eine hohe Arbeitsunzufriedenheit. Die Suizidrate ist in dieser Berufsgruppe höher als in der Allgemeinbevölkerung und auch höher im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Man kann demnach schlussfolgern, dass Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hinsichtlich Suizidalität, Burn-Out, Alkoholmissbrauch und Arbeitsunzufriedenheit eine außergewöhnlich vulnerable Berufsgruppe darstellen.

2.2 Zum Befinden von Medizinstudierenden

Im folgenden Teil werden ausgewählte Untersuchungen vorgestellt, die sich dem Befinden von Medizinstudierenden widmen. Im Hintergrund steht die Frage, welche Bedingungen schon während des Studiums bestimmte Situationsparameter darstellen, denen zufolge sich auch bei Studierenden gewisse Erlebens-, Verarbeitungs- und Verhaltensmuster zeigen, die sich dann wiederum so deutlich in der Spezifik des ärztlichen Erlebens und Verhaltens ausdrücken. Die vorgenommene Auswahl bezieht sich hierbei auf Untersuchungen zu psychosozialem Erleben (studiumsbezogenem Erleben und Verhalten), zu studiumsbezogener Motivation, zu Erwartungen an Rollenbilder und Untersuchungen, die sich mit den Erwartungen der Studenten beschäftigt haben, Feedback für ihre Leistungen (nicht nur prüfungsbezogen, sondern z. B. auch bezüglich Patientengesprächen) zu erhalten.

2.2.1 Psychosoziale Belastung und physisches Befinden

Unter Verwendung des Fragebogens zur Erfassung *Arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebnismuster* (Schaarschmidt & Fischer 2008) untersuchten die Autoren insgesamt 360 Würzburger Medizinstudierende der Semester 2, 5 und 10. In der gesamten Stichprobe zeigt ca. ein Drittel der Studierenden ein gesundes Verhältnis zu Arbeit und Freizeit und ist demzufolge nicht burnoutgefährdet. Ein Muster von Schonverhalten¹¹ zeigt mehr als ein Drittel der Studierenden (34 %), wäh-

¹¹ Distanz zu Arbeit / Studium, keine Befriedigung durch die Arbeit, geringes Arbeitsengagement und starke Distanzierung gegenüber beruflichen Belastungen; motivational sei hier Intervention geboten.

Die medizinische Sozialisation

Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus

Reimann, S.

2013, X, 338 S., Softcover

ISBN: 978-3-531-19846-0