

Aus dem Institut für Sozialmedizin
der Universität zu Lübeck
Komm. Direktor: Prof. Dr. med. Alexander Katalinic

**Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen
Herausforderungen der Profession – theoretische Erwägungen
und eine postalische Befragung von Ärzten in Schleswig-Holstein**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Universität zu Lübeck
- Aus der Medizinischen Fakultät -

vorgelegt von
Thies Hendrik Schröder
aus Berlin

Lübeck 2011

1. Berichterstatter/Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans-Heinrich Raspe

2. Berichterstatter/Berichterstatterin: Prof. Dr. med. Jörg Braun

Tag der mündlichen Prüfung: 24.02. 2012

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 24.02. 2012

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung, Hintergrund und Fragestellungen.....	005 - 024
1.1. Eine Einleitung.....	
Identität stiftende Dokumente der Ärzteschaft früher und heute.....	
Ein aktuelleres Beispiel: Physician Charter und „medical professionalism“....	
Eine heterogene Ärzteschaft? Aktuellere Streitpunkte.....	
Die homogene Ärzteschaft, Beispiel „ärztliche Freiberuflichkeit“.....	
Herausforderungen im Gesundheitssystem: ein Beispiel.....	
1.2. „Medical professionalism“ und ärztliche Grundwerte.....	
Definitionen, Begriffliches und Inhaltliches.....	
Professionalism: aktuelle Studienlage.....	
„Professionalism“ und berufsethische Aspekte im ärztlichen Curriculum von Aus- und Weiterbildung.....	
1.3. Fragestellungen der Arbeit.....	
2. Material und Methoden.....	025 - 038
2.1. Studientyp, Grundgesamtheit, Stichprobenmerkmale und Stichprobenschichtung.....	
2.2. Fallzahlberechnung.....	
2.3. Ablauf der Untersuchung.....	
2.4. Untersuchungsinstrument.....	
2.5. Auswertungsplan.....	
3. Ergebnisse.....	039 - 069
Allgemeine Anmerkungen zum Ablauf der Befragung.....	
3.1. Rücklauf, Repräsentativität der Studie, Non-Response-Analyse	
3.2. Ergebnisse der Befragung nach Themen.....	
Freie Kommentare und Kritikpunkte an der Studie.....	
Allgemeine Aspekte zum ärztlichen Beruf: Generelles Berufsverständnis.....	
Berufliche Gratifikationskrisen.....	
Zufriedenheit mit dem Beruf und Aspekten des Lebens allgemein.....	
Aktuelle Herausforderungen im ärztlichen Beruf.....	
Ärztliche Grundwerte und Aufgaben.....	
Ärztliche Aufgaben und deren subjektive Wichtigkeit.....	
Ärztliche Freiberuflichkeit.....	
Einstellungen zum Umfang der GKV-Leistungen.....	
Die Weiterentwicklung des ärztlichen Berufsstandes.....	
Demografische Angaben.....	

3.3. Ein zentrales Thema: Entlohnung der Ärzte.....	
Frage 2.1, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Belastungen).....	
Frage 2.2, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Widerspruch).....	
Frage 2.3, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Auswirkungen).....	
Frage 4.1, Item 7 „meine Person“.....	
Frage 5, Item 15 „eigenes Einkommen sichern“, Item 19 „unentgeltlich Leistungen erbringen“, Item 28 „eigenes Einkommen erhöhen“, Item 29 „Werbung für eigene Einrichtung betreiben“.....	
Frage 6.1, Item 9 „Angemessenheit des Gehalts“.....	
Frage 8, Item 3 „Einkommen“.....	
Frage 10.12, finanzielle Gesamtsituation.....	
Ist das Antwortverhalten in sich konsistent?.....	
Zusammenfassende Beurteilung.....	
3.4. Gendersensitivität und Genderunterschiede im Antwortverhalten.....	
4. Diskussion und Schlussfolgerung.....	070 - 083
Kritikpunkte und Limitationen unserer Studie.....	
Zentrale Ergebnisse im Lichte von Prädiktorvariablen, „Entlohnung der Ärzte“, Heterogenitätsannahme und Genderaspekte,.....	
Die (Muster)Berufsordnung im Kontext der Befragungsergebnisse, „medical professionalism“ und „physician charter“.....	
Schlussfolgerungen und mögliche Empfehlungen.....	
5. Zusammenfassung.....	084 - 085
6. Literaturverzeichnis.....	086 - 089
7. Danksagungen.....	090 - 090
8. Lebenslauf.....	091 - 092
9. Publikationsliste.....	093 - 093
A. Anhang.....	A01 - A38

Anmerkungen: Wo immer Ärzte adressiert sind, sind expliziert sowohl weibliche und männliche Kollegen gemeint; gleiches gilt für Patienten etc. Auf ein separates Abkürzungsverzeichnis wurde verzichtet: Bei erstmaliger Nennung einer Abkürzung wird diese unmittelbar erläutert. Die Nummerierungen für Tabellen und Abbildungen beginnen jeweils abschnittsweise von Neuem.

1. EINLEITUNG, HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

1.1. Eine Einleitung

» Gibt es innerhalb des ärztlichen Berufsstandes einen Konsens über Funktion und Inhalt ärztlicher Ethik? [...] Es gibt meines Wissens keine hinreichend gesicherten sozialempririschen Untersuchungen dieser Frage. [...] Es bedarf sorgfältiger sozialempririscher Untersuchungen dieser Frage, um festzustellen, an welchen Stellen und in welcher Tiefe, ebenfalls in welchen Mehrheitsverhältnissen hier Diskrepanzen bestehen. Wir halten ein solches Forschungsvorhaben für vordringlich, weil sich nach unserer festen Überzeugung in dieser Fragestellung Patientenschicksale entscheiden «

Zitat J.F.V. Deneke aus einem Beitrag in „Ärztliche Ethik. Symposium, Köln, 1.10.1977“, Schattauer Verlag, Stuttgart (1978).

Identität stiftende Dokumente der Ärzteschaft früher und heute

Auch mehr als 30 Jahre nach diesem Beitrag (Deneke, 1978) lässt sich die Frage nach einem Konsens über Funktion und Inhalt ärztlicher Ethik mitnichten klar beantworten. Dabei mangelt es mittlerweile nicht an sozialempririschen Befunden und „Identität stiftenden“ Dokumenten, die eine Momentaufnahme ärztlicher Wertvorstellungen festhalten. Einige solcher Befunde und Dokumente sollen im Folgenden exemplarisch dargestellt werden:

Obwohl weder Verfasser noch genauer zeitlicher Kontext sicher überliefert sind hat sich der „Hippokratische Eid“ als Richtschnur und Leitlinie für ärztliche Handlungsstrategien durchgesetzt. Bauer führt in einem Beitrag im Ärzteblatt Baden-Württemberg zum Thema „der gute Arzt“ aus: „Das rationale Kalkül des Hippokratischen Eides beruhte auf der Tatsache, dass in seinen Vorschriften ärztlicher Eigennutz und ärztliches Ethos in harmonischer Weise zusammentrafen.“ (Bauer, 1995; Bauer, 2005). Der in diesem „Dokument“ verankerte Konsens spiegelt also vermutlich weniger ein (überhöhtes) ärztliches Ethos wieder, als vielmehr Konventionen, um das berufliche Auskommen eines Teils der (griechischen) Ärzte zu sichern.

Aspekte des Hippokratischen Eides finden sich auch in der „Declaration of Geneva“ der World Medical Association (World Medical Association, 1948). In deutscher Übersetzung und in Form eines Gelöbnisses, also eines feierlichen Versprechens, ist dieses Dokument auch der (Muster)Berufsordnung der Ärzte vorangestellt und gilt „für jeden Arzt“ (Bundesärztekammer, 2006). Dieser „Selbstverpflichtungseid“ („[...] Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“) ist zumindest in Deutschland - im Gegensatz zu einigen „white coat ceremonies“ im angloamerikanischen Raum - ein bestenfalls still geleisteter.

Verschiedene (Selbst)Verpflichtungen des Arztes finden sich auch in „The International Code of Medical Ethics“ (World Medical Association, 1949). Ein aktuelles Dokument zur ärztlichen Ethik, als (Handlungs)Leitfaden (Guidance) und „Pflichtenkanon“ ist „Good Medical Practice“ des General Medical Council (GMC) Englands (2006). Dort heißt es: „The guidance that follows describes what is expected of all doctors registered with the GMC. [...] Serious or persistent failure to follow this guidance will put your registration at risk. [...] Patients must be able to trust doctors with their lives and health.“ Die Stärkung und Aufrechterhaltung des Vertrauens des Patienten in (seine) Ärzte soll also Triebkraft für das „professionelle“ Verhalten des einzelnen Arztes sein.

„Trust in Physician“ scheint derart wichtig zu sein, dass sogar eine „Trust in Physician Scale“ als Assessment-Instrument zur Erfassung der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung existiert. 2007 führten Glattacker et al. eine Studie zur Validierung einer deutschen Version der „Trust in Physician Scale“ durch (Glattacker et al., 2007). In weiteren Untersuchungen sollten entsprechende psychosoziale Outcomes in Abhängigkeit von den erhobenen Skalenwerten untersucht werden (Compliance, Selbstmanagement des Patienten).

Wenngleich aus Dokumenten wie z.B. „Good Medical Practice“ bei Verstößen nicht zwingend zivil- und strafrechtliche Folgen erwachsen, sind berufsrechtliche Konsequenzen durch z.B. den Verlust der Approbation unmittelbar. Umso mehr bedarf es breiter Zustimmung zu derartigen „Identität stiftenden“ Schriftstücken.

Ein aktuelleres Beispiel: Physician Charter und „medical professionalism“

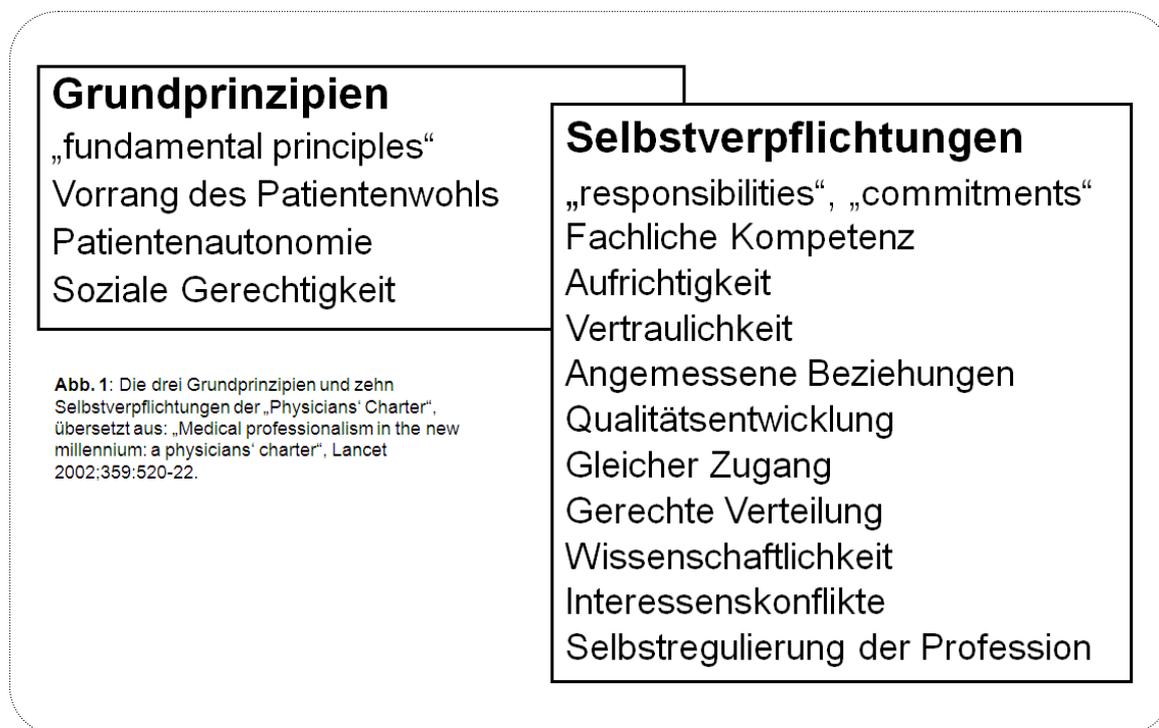
Sox hat in einer Arbeit die historischen Wurzeln von Verhaltenskodizes („Codes of Conduct“) untersucht (Sox, 2007) und in seinen Ausführungen auch eine so bezeichnete „Physician Charter“ aus dem Jahr 2002 aufgeführt (ABIM Foundation et al., 2002).

Diese für meine Arbeit zentrale Charta ist das Ergebnis eines Projekts mehrerer amerikanischer und europäischer Fachgesellschaften der Inneren Medizin. Eine (inoffizielle) deutsche Übersetzung dieser Charta liefert Köbberling (Köbberling, 2003). In der Präambel des Ursprungstextes heißt es: „Professionalism is the basis of medicine’s contract with

society” – faktisch existiert ein derartiger Vertrag zwischen Arzt und Gesellschaft aber nicht. Es wird in der Charta betont, dass es in einem sich stark verändernden beruflichen Umfeld notwendig sei, ärztliche Werte „nochmals zu bestätigen“ („[...] reaffirming the fundamental and universal principles and values of medical professionalism [...]“). Die Charta definiert weiter drei „fundamental principles“ (Principle of primacy of patient welfare, Principle of patient autonomy, Principle of social justice). Es folgen zehn „professional responsibilities“ (Köbberling schlägt als Übersetzung „ärztliche Verantwortlichkeiten“ vor).

Weiter unten werden die Prinzipien und Verpflichtungen noch näher dargestellt werden. Eine Übersicht liefert Abb. 1.

Campbell et al. (Campbell et al., 2007) nehmen diese Prinzipien und Verantwortlichkeiten als Grundlage für eine umfassende Ärztebefragung in den USA. Sie untersuchen die Einstellungen der Ärzte zu den in der Charta tradierten Werten und deren Befolgung im Arbeitsalltag. Es zeigt sich eine deutliche Bestätigung der in der Charta angebotenen Werte durch die befragte Ärzteschaft in den USA, obwohl die Autoren Einflüsse durch „social desirability“ wegen der auf Selbstauskünften der Ärzte beruhenden Studienergebnisse nicht ausschließen konnten. Das umfangreiche und diffizile Thema (medical) professionalism soll in Abschnitt 1.2. näher gebracht werden.



Eine heterogene Ärzteschaft?

Aktuellere Streitpunkte innerhalb der Ärzteschaft

Die flüchtigen Ausführungen geben vielleicht eine Idee, wie vielgestaltig nicht nur die das ärztliche Berufsbild konstituierende und dessen Handlungsrahmen definierende Dokumente, Chartas, Gelöbnisse oder Selbstverpflichtungseide sind, sondern dass diese immer auch Produkt eines mehr oder weniger breiten Konsens einzelner Ärztegruppen sind. Dass dieser (Konsens) auf verschiedenen (grundsätzlichen) Ebenen und teilweise mühsam errungen werden muss, zeigt die Diskussion über „Evidence-based-Medicine“ (EbM). Befürworter und Verfechter, darunter z.B. Sackett et al. (Sackett et al., 1996) definieren: „The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research“.

Gegner kritisieren das Konzept EbM teilweise als „Kochbuchmedizin“ oder stören sich an einzelnen Komponenten der EbM, wie z.B. für klinische Interventionen, wonach der Randomised Controlled Trial (RCT) die „best evidence“ bereit stellte. Befürchtet wird z.B. auch eine Unterminierung der Entscheidungskompetenz der Ärzte durch EbM (Kienle et al., 2003; Kienle, 2008). Gleichzeitig zeigt sich, dass sich dieser durch einzelne Vertreter zugespitzte Dissens durch sozialemprirische Untersuchungen an einer breiten Basis von Ärzten (Meyer et al., 2004) relativiert und teilweise auflöst.

Gleichzeitig ist die Koexistenz verschiedener „Ärztevertretungen“ (Ärztetkammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Berufsverbände, andere Verbände wie z.B. Marburger Bund, Hartmannbund, NAV Virchow-Bund und Ärztegenossenschaften) auffallend und möglicherweise Indiz für die mangelnde Überbrückbarkeit von Partikularinteressen zwischen einzelnen Ärztegruppen. Beispielhaft könnte hier z.B. auch das Thema „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL), wie weiter unten näher betrachtet, angeführt werden.

Die homogene Ärzteschaft, Beispiel „ärztliche Freiberuflichkeit“

Dass neben diesen die Ärzteschaft (scheinbar) spaltenden Themen auch viele einende Themen vorhanden sind, zeigt sich z.B. an dem Thema „ärztliche Freiberuflichkeit“, welches unter anderem auf dem 112. Deutschen Ärztetag in Mainz unter der Überschrift „Der Beruf des Arztes - ein freier Beruf heute und in Zukunft“ behandelt worden ist. Im Beschlussprotokoll (Bundesärztekammer, 2009) wurden zentrale Charakteristika der ärztlichen Freiberuflichkeit aufgenommen. Es heißt dort: „Das Spezifische des Arztberufes als freier Beruf ist die Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen. [...] Der Beruf des Arztes als freier Beruf findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt.“ Die ärztliche Tätigkeit beruhe auf „professioneller Autonomie mit ethisch begründeten Normen und Werten auf Basis hoher fachlicher Kompetenz“.

Die Delegierten forderten einhellig eine „Revitalisierung der Selbstverwaltung“, um einer zunehmend regulierten „Staatsmedizin“ entgegenzuwirken. „Eine Einschränkung der freien Ausübung des ärztlichen Berufes gefährdet die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung“. Die „ärztliche Freiberuflichkeit“ ist auch in der (Muster)Berufsordnung verankert: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ (Bundesärztekammer, 2006). Gesellensetter widmet sich in ihrer Arbeit den verschiedenen verfassungs-, sozial- und berufsrechtlichen Definitionen und den Folgen für die Berufsausübung (Gesellensätter, 2007). Weiter unten wird die Arbeit noch näher ausgeführt.

Die „nach Außen“ vermittelte Geschlossenheit der deutschen Ärzteschaft im Punkt „ärztliche Freiberuflichkeit“ ist möglicherweise auch reaktiv den vermehrt „von Außen“ wirkenden (externalen) Herausforderungen im ärztlichen Beruf geschuldet - es sei an die Ausführungen von Bauer zum Hippokratischen Eid („ärztlicher Eigennutz“ vs. „ärztlicher Ethos“) erinnert.

Exemplarisch für diese optimistisch als „Herausforderungen“ beschriebenen Problemfelder sollen im Folgenden die Individuellen Gesundheitsleistungen betrachtet werden.

Herausforderungen im Gesundheitssystem: ein Beispiel

Individuelle Gesundheitsleistungen sind nach Definition einer EntschlieÙung des 109. Deutschen Ärztetages (Bundesärztekammer, 2006) „ärztliche Leistungen, die generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterliegen, aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht sind.“ Der Ärztetag hat damit auch auf eine zunehmende Kommerzialisierung durch diesen „zweiten Gesundheitsmarkt“ reagiert, welche möglicherweise auch durch vermehrten ökonomischen Druck und einer Einschränkung des Leistungsumfangs der GKV begünstigt wurde.

Bedenklich sind an der Ausweitung der Kommerzialisierung vor allem auch einige den ärztlichen Grundsätzen entgegenstehende Verhaltensweisen einiger Leistungserbringer gewesen. Es sind daher zehn Gebote zur Erbringung der IGeL formuliert worden, die unter anderem sachliche Informationen mit seriöser Beratung und Indikationsstellung sowie umfangreiche Aufklärung mit angemessener Bedenkzeit fordern. Andererseits fühlen sich einige Ärztgruppen in der freien Leistungserbringung eingeschränkt und fordern liberale und den Grundsätzen der freien Marktwirtschaft entsprechende Regeln (z.B. auch Möglichkeit umfassender Werbung für die eigene Einrichtung, freie Preisgestaltung).

Es zeigt sich vielleicht schon: Herausforderungen im Gesundheitssystem können teilweise von Außen (external) auf den Ärztstand einwirken (z.B. durch zunehmenden ökonomischen Druck (durch die GKV), immer neue rechtliche Normen (durch den Gesetzgeber) oder den zunehmenden Einfluss der Verwaltungen, teilweise innerhalb des Ärztstandes ihren Ursprung haben (z.B. durch eine zunehmende innerärztliche Spezialisierung oder den Wettbewerb unter Leistungserbringern) also internal sein, teilweise, wie z.B. IGeL, auch eine externale und internale Komponente enthalten: Eine Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV (external) begünstigt möglicherweise einen „zweiten“ Gesundheitsmarkt, der über zunehmende Kommerzialisierung zu einem Konkurrenzdruck unter den Ärzten (internal) führe und so eventuell eine Erosion z.B. altruistischer Grundsätze fördern könnte. Raspe geht in einer Publikation detailliert auf Chancen und Risiken der IGeL aus medizinethischer Sicht ein (Raspe, 2007).

Ausblick auf die Themen der Einleitung und die Fragestellung der Arbeit.

Die in den vorigen Abschnitten angerissenen Aspekte des „medical professionalism“ haben beim Leser vermutlich mehr Fragen aufgeworfen, als Antworten zu Sprachgebrauch und Inhalt geliefert werden konnten. Im folgenden Abschnitt (1.2.) versuche ich nun Begriffliches und Inhaltliches aufzuarbeiten. Abschließend stelle ich die Fragestellungen meiner Arbeit dar.

1.2. „Medical professionalism“ und ärztliche Grundwerte

Vor allem im angloamerikanischen Raum wird seit Ende der 1990er verstärkt eine intensive Diskussion um „ärztliche Berufsethik“ und „medical professionalism“ geführt. Das Royal College of Physicians of London definiert: „Medical professionalism signifies a set of values, behaviours, and relationships that underpins the trust the public has in doctors“ (Royal College of Physicians, 2005).

„Vertrauen in die Ärzte(schaft)“ ist somit Ergebnis konkreter Verhaltensweisen einzelner Ärzte, von (Grund)Werten des ärztlichen Berufsstandes („ärztlicher Ethos“) und professioneller Beziehungsverhältnisse. Diese normativen Voraussetzungen werden durch Verhaltenskodizes („codes of professional medical conduct“) als Produkt allgemeiner Übereinkunft zwischen Ärztevertretungen schriftlich fixiert und in die Ärzteschaft tradiert. Gleichwohl existieren, wie schon eingangs geschildert, zahlreiche Richtlinien, Leitlinien und Rechtsverordnungen parallel, die dem Arzt/der Ärztin im 21. Jahrhundert ein „externes rechtsethisches Stützkorsett“ verpassen (Bauer, 2005), aber nicht vor inneren Konflikten bewahren können.

Definitionen, Begriffliches und Inhaltliches

In der deutschsprachigen Literatur findet man kaum eindeutige Entsprechungen für „(medical) professionalism“. Dies beschreibt auch Köbberling im Vortext der Übersetzung zur eingangs erwähnten und für unsere Studie zentralen „Physicians Charter“. Köbberling schlägt „ärztliche Berufsethik“ vor. Dies erleichtert aber das Verständnis nur scheinbar, denn auch „ärztliche (Berufs)Ethik“ sollte definiert und von Moral, Ethos und Etikette abgegrenzt werden. Steigleder definiert Ethik als die „Theorie der Moral“. „Mit Moral kann zum einen die Gesamtheit der moralischen Überzeugungen Urteile und Normen gemeint sein, die eine Person oder Gruppe von Personen hat, trifft oder anerkennt [...] oder treffen oder anerkennen *soll*“ (Steigleder, 2006). Riha grenzt davon die Begriffe „Etikette und Ethos“ ab: Etikette als „überwiegend ungeschriebenes Regelwerk für als angemessen empfundenen, „konventionelles“ Verhalten in einer bestimmten Situation“, (Berufs)Ethos

als „Leitwerte und Verhaltensrichtlinien eines Berufs, die sich über längere Zeit bewährt haben, aber typisch für eine bestimmte Kultur sind und dort Selbstbild und Selbstverständnis der Berufsangehörigen definieren“ (Riha, 1998). Dabei kommt Ethos eine Doppelbedeutung durch den griechischen Ursprung des Wortes zu: gr. *éthos* = Gewohnheit, Gewöhnung und gr. *ēthos* = Sitte, Sinnesart, Charakter.

Honnefelder führt ebenfalls zum Ethos aus: „In diesem Sinn meint Ethos sowohl den normativen Inbegriff der in einer gegebenen Gruppe eingelebten und von ihr für verbindlich gehaltenen Sitte bzw. Moral (lat. *mos, moris* = Sitte) als auch den sittlichen Charakter des einzelnen Handelnden bzw. einen bestimmte Typus guten und richtigen Handelns im Sinne eines Entwurfs des guten Lebens“ (Honnefelder, 2006). Dies vorausgesetzt erscheint „ärztliche Berufsethik“ als Übersetzung für „medical professionalism“ nicht ganz passend, sondern eher „ärztliches Berufsethos“ oder „ärztliche Selbstverpflichtungsethik“.

Es erscheint auch notwendig, die etymologischen Wurzeln des Begriffskomplexes „professionalism“, „(dt.) Profession/(engl.) profession“, „Professionalisierung“ näher zu untersuchen. Lat. *professio, professionis* meint eine „öffentliche Erklärung, Äußerung oder Anmeldung“, teils auch ein religiös intendiertes „Bekenntnis, Gelübde“: „[...] KEISERBERG *baum der seligkeit* (1518) 4^a; also in der profession schaffet der geistlich clauTERMensch gott sein seele“ (Grimm und Grimm, 1889).

In „Webster’s Third New International Dictionary“ (Encyclopedia Britannica, 1981) heißt es zu „profession“: „[...] a calling requiring specialized knowledge and often long and intensive preparation [...] maintaining by force of organization or concerted opinion high standards of achievement and conduct, and committing its members to continued study and to a kind of work which has as its prime purpose the rendering of a public service“.

An umfassenden Definitionen haben sich in der in Mitte des 20. Jahrhunderts insbesondere im angloamerikanischen Raum zahlreiche Autoren versucht. Ausufernde „check lists“ mit „profession“ definierenden Elementen sind dabei neben „klassischen“ Professionen wie z.B. Ärzte, Anwälte, Hochschullehrer auf verschiedenste Berufsgruppen angewendet worden. Kuper und Kuper halten allerdings fest: „No single item was accepted by every author as a necessary characteristic of a profession, and neither were any two authors who agreed about which combination of elements could be taken as defining a profession.“ (Kuper und Kuper, 1996).

Sie finden zumindest sechs häufig erwähnte Elemente, die „professions“ charakterisieren (wie wir weiter unten bei Gesellenstätter sehen werden, entsprechen die aufgeführten Punkte auch denen eines freien Berufes):

- possession of a skill based on theoretical knowledge
- provision of training and education
- testing of competence of members
- organization
- adherence to a code of conduct
- altruistic service.

Jener überwiegend deskriptive Weg ist ab den 1970ern zugunsten eines übergreifenden und kritischeren Konzeptes von „profession“ und „professionalism“ verlassen worden. Kuper und Kuper erwähnen hier unter anderem den Soziologen Eliot Freidson: „Freidson argued that it is professional autonomy – the power of the profession to define and to control their own work – which is the distinguishing characteristic of the professions.” (Kuper und Kuper, 1996). Angehörige dieser „professions“ [i.S. von Standesangehörigen] seien in Besitz von „specialized knowledge and skills“, dessen Besonderheit in der Wahrung der Unabhängigkeit in der Ausübung dieses Wissens und dieser Fähigkeiten liege (vergleiche auch Freidson, 2001).

Damit thematisieren wir auch noch einmal Aspekte von „ärztliche Freiberuflichkeit“ und „Freie Berufe“, wie bereits zuvor kurz angerissen. Gesellenstätter fasst in ihrer Arbeit „typische Wesensmerkmale der Freien Berufe“ zusammen (in Eckklammern sollen einige von mir gesetzte Stichwörter Erläuterungen geben):

- fachliche und sachliche Unabhängigkeit
[professional autonomy, siehe Freidson, 2001]
- besondere Verantwortung für das Gemeinwohl
[„altruism“] und fehlendes Gewinnstreben
- ein besonderes Vertrauensverhältnis [z.B. zwischen Arzt-Patient]
- persönliche Leistungserbringung [z.B. aber auch die Folgen und Auflagen der Delegation ärztlicher Tätigkeit an nicht-ärztliches Personal]
- fachliche Vorbildung [und die Vorrangigkeit überwiegend geistiger Tätigkeit]

Einige dieser Punkte stimmen, wie bereits erwähnt, mit Charakteristika der „professions“ und „professionalism“ überein. Vieles lässt sich gleichwohl weder begrifflich noch inhaltlich übertragen. Diese Schwierigkeiten sind an anderer Stelle bereits aufgezeigt worden. Vielleicht ist die Diskussion um „professionalism“ und „professions“ aber auch wie von

Freidson an anderer Stelle angemerkt „an Anglo-American disease“: „[the problem is not created] by including traits or attributes in a definition. The problem [...] lies much deeper than that. It is created by attempting to treat profession as if it were a generic concept rather than a changing historic concept with particularistic roots in those industrial nations that are strongly influenced by Anglo-American institutions.“ (Freidson, 1986).

Die jahrzehntlang geführte Debatte um „professionalism“ und „professions“, um „codes of ethical conduct“ ist eng mit den jeweils aus den unterschiedlichen Anforderungen an den Arztberuf und dem daraus resultierenden Selbstbehauptungsanspruch des Ärztestandes gegenüber konkurrierenden Berufsgruppen verbunden. Sox zeigt in seiner Darstellung der historischen Wurzeln von „professionalism“, dass die „codes of ethical conduct“ als Möglichkeit fungierten den ärztlichen Berufsstand nach Innen und Außen zu präsentieren und definieren: „Codes of Conduct were designed to help physicians to rise in public esteem at a time when the public made little distinction between physicians and folk healers“ (Sox, 2007). Auch hier geht es darum, ein von der Öffentlichkeit entgegengebrachtes (Vor-)schuss)Vertrauen mit u.a. weitgehenden Privilegien [professional autonomy] nicht zu enttäuschen und in der Folge zu verlieren.

Es gibt viele Möglichkeiten, deutlich tiefer in die Hintergründe der historischen Entwicklung von „professions“, „professionalism“, „professionalization“ oder „Professionalisierung“ einzusteigen. Dies führt aber an der Zielsetzung dieser Arbeit mit dem Anspruch an eine zeitgemäße und aktuelle Darstellung von ärztlichen Werthaltungen vorbei. Es sollen daher im Folgenden nur aktuellere Dokumente und Definitionen von „professionalism“ dargestellt werden:

Die Canadian Medical Association (CMA) hat sich bereits 2001 in einem Diskussionspapier dem Thema „professionalism“ gewidmet (CMA, 2001). Die Autoren weichen dem Versuch aus, *eine* allgemeingültige Definition zu liefern. Stattdessen führen sie verschiedene Definitionen unterschiedlicher Publikationen auf. In Fettdruck von mir eingefügt sind (für mich) wesentliche Punkte bzw. Charakteristika (die Quellen in Eckklammern sind nicht noch einmal im Literaturverzeichnis aufgeführt, da bereits erwähnt (CMA, 2001)):

„Profession“

“A **self-disciplined** group of individuals who hold themselves out to the public as possessing a **special skill** derived from **training or education**, and who are prepared to exercise that skill **primarily in the interests of others.**” [Mr. Justice P. Wright, Ontario Court, 1951]

Wright führt hier in verkürzter Weise die gleichen Punkte wie Kuper und Kuper an. Wichtig erscheinen insbesondere die Aspekte Altruismus/Gemeinwohlorientierung und Autonomie.

“The core of every profession contains two elements: **possession of a specialized body of knowledge** and a **commitment to service**.... **Self-regulation** is granted to those who have specialized knowledge because that knowledge is not readily available to the rest of society, and the professional is best able to determine for society how the knowledge should or should not be used. **Autonomy** is given on the understanding that **professionals will devote themselves to serving the best interests of society and will self-regulate to maintain high quality service**. Finally, professions must have **agreed-upon values and a code of ethics**, in the case of medicine in order that the **professional role may support that of the healer**.” [Cruess RL, Cruess SR: Teaching medicine as a profession in the service of healing. Acad Med, 72:941-52 (1997)]

Cruess und Cruess proklamieren hier ein relativ idealisiertes Bild vom ärztlichen Berufsstand. Es wird unterstellt, dass sich die Ärzte im besten Interesse für die Gesellschaft einsetzen und einen „high quality service“ abliefern. Dies rechtfertigt die berufsständische Autonomie (bzw. rechtfertigt auch den Entzug derselben). Auch Pellegrino und Relman führen mit einer Auslöschung persönlicher Interessen („Effacement of self-interest [...]“) als Kennzeichen von „profession“ idealisierte Werte an. Zusätzlich sollte dies in einer öffentlichen Erklärung versprochen werden.

“**Effacement of self-interest** is the distinguishing feature of a true profession that sets it apart from other occupations. It is the heart of the professing of medicine, i.e., the **public declaration** and promise that **physicians can be trusted to use their skills for something other than their own benefit**.” [Pellegrino ED, Relman AS: Professional medical associations: ethical and practical guidelines. JAMA, 282:984-6 (1999)]

Insgesamt zeigen die erwähnten Quellen ein hohes Anforderungsprofil an “professions”; Anforderungen, die vielleicht von der Ärzteschaft proklamiert werden können, an realen Herausforderungen im tagtäglichen Berufsleben aber scheitern (können).

Professionalism

Eine recht allgemein gehaltene Definition von "professionalism" liefert die folgende Quelle:

"The term professionalism is used to describe those **skills, attitudes and behaviors** which we have come to expect from individuals during the practice of their profession and includes concepts such as **maintenance of competence, ethical behavior, integrity, honesty, altruism, service to others, adherence to professional codes, justice, respect for others, selfregulation**, etc." [CanMEDS 2000: professional role document. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Ottawa (2000)]

Die folgende Quelle von Sullivan erwähnt einen (virtuellen) Vertrag zwischen der Ärzteschaft und der Gesellschaft, der auf gegenseitigem Vertrauen fußt:

"In Canada and the United States the social basis of the **extraordinary grant of occupational authority and independence to professionalized occupations** such as medicine and law has been a **social contract between the profession and the public**. Professionalism is the **moral understanding** among professionals that gives concrete reality to this social contract. **It is based on mutual trust**. In exchange for a grant of authority to control key aspects of their market and working conditions through licensing and credentialing, professionals are expected to **maintain high standards of competence and moral responsibility**." [Sullivan WM: Medicine under threat: professionalism and professional identity. CMAJ, 162:673-5 (2000)]

Interessant erscheint der folgende Beitrag von Wynia et al. Es geht hier nicht nur um eine gerechte Verteilung begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem. Akteure im Gesundheitssystem sollen zusätzlich in einer öffentlich geführten Diskussion als Advokat von „health care values“ auftreten und diese gegenüber „other important, perhaps competing, societal values“ verteidigen:

"We think of professionalism as an activity that involves both the **distribution of a commodity and the fair allocation of a social good** but that is uniquely defined according to moral relationships.... Three core elements of professionalism, each different in nature, are necessary for it to work properly. First, professionalism requires a moral commitment to the ethic of medical service, which we will call **devotion to medical service and its values**. This devotion leads naturally to a public, **normative act**: public profession of this ethic. Public profession of the ethic serves both to maintain professionals' devotion to medical service and to **assert its values in societal discussion**. These discussions lead naturally to engagement in a **political process of negotiation**, in which **professionals advocate for health care values** in the context of other important, perhaps competing, societal values." [Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel: Medical professionalism in society. N Engl J Med, 341:1612-6 (1999)]

2004 bringt der King's Fund London ein Dokument unter dem Titel „On being a doctor“ heraus. Die Autoren definieren „modern professionalism“ über vier Hauptkomponenten (Rosen und Dewar, 2004):

- a calling or vocation linked to public service and altruistic behaviour
- the observance of explicit standards and ethical codes
- the ability to apply a body of specialist knowledge and skills
- a high degree of self-regulation over professional membership and the content and organisation of work.

Das Royal College of Physicians of London definiert in der bereits erwähnten Publikation (RCP, 2005):

"Medicine is a vocation in which a doctor's knowledge, clinical skills, and judgement are put in the service of protecting and restoring human well-being. This purpose is realised through a partnership between patient and doctor, one based on mutual respect, individual responsibility, and appropriate accountability. In their day-to-day practice, doctors are committed to:

- **integrity**
- **compassion**
- **altruism**
- **continuous improvement**
- **excellence**
- **working in partnership with members of the wider healthcare team.**

These values, which underpin the science and practice of medicine, form the basis for a moral contract between the medical profession and society. Each party has a duty to work to strengthen the system of healthcare on which our collective human dignity depends."

Neben recht schwammigen Begriffen wie „compassion“, „excellence“ oder „integrity“ betonen die Autoren das partnerschaftliche, von gegenseitigem Respekt, Vertrauenswürdigkeit und Verantwortlichkeit gekennzeichnete Arzt-Patient-Verhältnis. Auch hier wird ein „moral contract“ zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft unterstellt.

In Abschnitt 1.1. habe ich eine „Physicians Charter“ aus dem Jahre 2002 erwähnt - ein neuerlicher Versuch eines zeitgemäßen „Code of Conduct“ für die Ärzteschaft. Die Beweggründe zur Auflage dieser Charter werden von den Autoren gleich zu Beginn genannt: „Physicians today are experiencing frustration as changes in the health care delivery systems in virtually all industrialized countries threaten the very nature and values of medical professionalism.“; und in der Präambel wird konstatiert: „Professionalism is the basis of medicine's contract with society.“

Diese „fundamental principles“ und „commitments“ der „Physician Charter“ sind im Einzelnen (in Klammern ist eine deutsche Übersetzung von Köbberling (2003) wiedergegeben):

„Principle of ... primacy of patient welfare (das Primat des Patientenwohls), patient autonomy (das Selbstbestimmungsrecht des Patienten) and social justice (die soziale Gerechtigkeit).

„Commitment to ... professional competence (fachliche Kompetenz), honesty with patients (Wahrhaftigkeit im Umgang mit Patienten), patient confidentiality (Vertraulichkeit), maintaining appropriate relations with patients (Pflege angemessener Beziehungen zum Patienten), improving quality of care (ständige Qualitätsverbesserung), improving access to care (Erhalt [wörtl. Verbesserung] des Zugangs zu medizinischen Leistungen), a just distribution of finite resources (gerechte Verteilung begrenzter Mittel im Gesundheitswesen), scientific knowledge (Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse), maintaining trust by managing conflicts of interest (angemessenes Verhalten bei Interessenskonflikten), professional responsibilities (kollegiale Verantwortung)“.

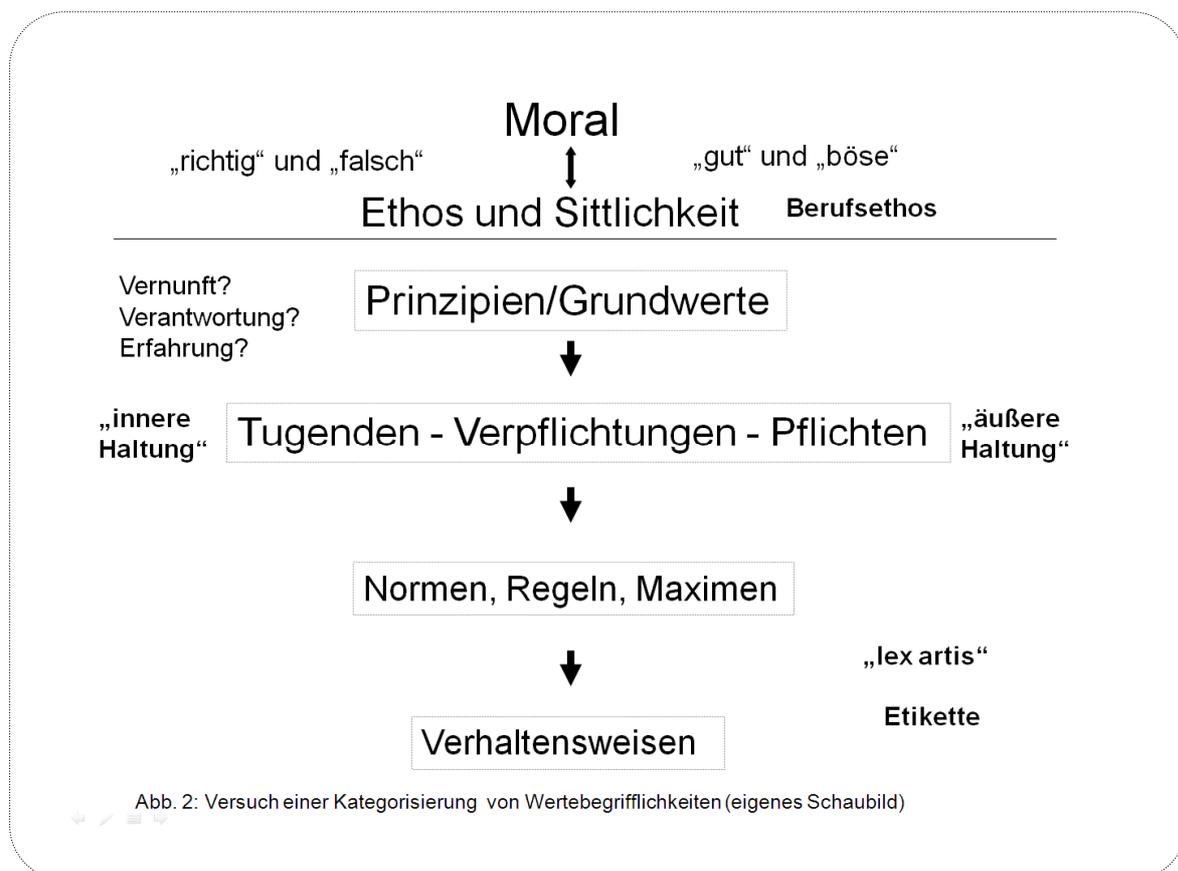
„Commitment“ lässt sich am sinnvollsten mit „Selbstverpflichtung jemandem oder einer Sache gegenüber“ übersetzen.

Ähnliche Vorstellungen finden sich in einer Veröffentlichung der British Medical Association (BMA) zu einer Konferenz im Jahr 1994 mit dem Titel „Core Values for the medical profession in the 21st century“ (BMA, 1995): Dabei können verschiedene Benefiziere oder Nutznießer der „Commitments“ unterschieden werden:

Zum einem die „Verpflichtung dem (einzelnen) Patienten gegenüber“; „Caring, sympathy, compassion and sensitivity“ sind einige der hier genannten und eher pauschalen Begriffe. Die „Verpflichtung dem Gesundheitssystem gegenüber“ äußert sich unter anderem in „Generality/holism of all aspects of care“, „Availability of highest standard of care for all“. Ob hier allerdings nur das Gesundheitssystem profitiert oder auch Patienten und Patientengruppen, ist nicht klar zu trennen. Auch der „Profession selbst“ verpflichtet man sich mit „Self-regulation of competence, standards and clinical freedom“. Ergänzend aufgeführt wird noch ein „Commitment to public health“, also durch Verpflichtung zu Präventiv- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen einem (noch) gesunden Kollektiv gegenüber.

Es wird ferner festgehalten: „The profession’s ancient virtues “distilled over time” remain doctors’ greatest asset and will be relevant to the practice of 21st century medicine“. Was Substrat für dieses Destillat ärztlicher Werthaltungen ist, wird von den Autoren leider nicht genannt (BMA, 1995).

In Zusammenschau der verschiedenen oben genannten Befunde zeigt sich ein gemischtes Bild von (Grund)Prinzipien, Tugenden, (Selbst)Verpflichtungen, Pflichten, (Handlungs) Normen und -Maximen, konkreten Verhaltensweisen und daraus resultierenden Handlungen mit ganz unterschiedlichen Nutznießern (in Abb. 2 habe ich versucht, die genannten Wertebegriffe entsprechend einzuordnen). Ganz überwiegend sind in den genannten Befunden Patienten Hauptbenefiziarer ärztlichen Handelns. Es fällt auf, dass nachvollziehbare und konsistente Wertehierarchien von den Autoren bewusst oder unbewusst vermieden werden. Vielfach werden einzelne Werte willkürlich als besonders prominent hervorgehoben, ohne diese Wahl näher oder gar empirisch zu belegen (z.B. durch Ärzte- oder Patientenbefragungen).



Ein kurzer Blick auf die Quellen und ihre Erträge macht auch klar: Die Hoffnung auf eine einheitliche Theorie von Sittlichkeit und Moral i.S. eines Berufsethos ist nicht zu erfüllen. Jeder Arzt, jede Ärztin ist gehalten einem Höchstmaß an Übereinstimmung des eigenen Verhaltens mit den jeweils landesspezifisch als „gut“ angesehen Verhaltensmustern entgegen zu streben. In der Sozialisierung des Arztes/der Ärztin werden so mehr oder weniger einheitliche Wege verfolgt.

Professionalism: aktuelle Studienlage

Der umfangreiche Wertehorizont, der aus der Vielschichtigkeit der angebotenen Definitionen und inhaltlichen Füllung von „professionalism“ resultiert, spiegelt sich auch in – zumindest im angloamerikanischen Raum – umfangreichen Erhebungen, Erörterungen und Debatten wieder.

Reiser und Banner fassen noch einmal die vorrangigen Ziele der Charter zusammen: „Advancing the well-being and dignity of patients, improving the accessibility and quality of institutional health services, encouraging principled physician behavior, moving society to equitable positions in distributing health resources“. Sie kritisieren an der Physician Charter: „[...] the charter was written without visible patient input [...]“. Ferner seien die formulierten Ziele und Anforderungen nicht auf „Health Care Institutions“ übertragbar. Gerade diese würden aber zunehmend Einfluss auf die Ärzte und den Ablauf im Gesundheitssystem nehmen. Die „Medical Power“ liege damit im Gegensatz zu früher nicht mehr alleine in den Händen des einzelnen Arztes. Kooperationen, gerade auch in der Umsetzung derartiger Chartas seien notwendig („Physicians need other health care partners to realize the charter’s aspirations“, Reiser und Banner, 2003). Wie zuvor Wynia et al. zielen auch Reiser und Banner darauf ab, dass sich die Ärzteschaft aktiv in einen Diskurs mit der Öffentlichkeit und den Akteuren im, Gesundheitssystem einbringt.

Horton widmet sich den Implikationen der Ergebnisse des Beitrages „Doctors in society“ des Royal College of Physicians of London (Horton, 2005). Sein Fazit: „Medical regulation has swung too far in favour of tightly enforced rules devised in a culture of suspicion about doctors. This punitive system needs to be balanced by an emphasis on doctor’s natural desire to promote positive patient outcomes compassionately, altruistically, and scientifically“. Sozusagen eine Reaktivierung der alten Tugendethik gegenüber einer (von außen regulierten) Pflichtenethik. Dieser Aspekt erscheint sehr interessant, bedarf aber sicherlich einer kritischen Überprüfung, inwiefern nur durch „doctor’s natural desire to promote positive patient outcomes“ einem wachsenden Misstrauen innerhalb der Gesellschaft zu begegnen ist.

In Deutschland ist die Physician Charter und die damit einhergehende „professionalism“-Debatte nur wenig beachtet worden. Blackmer führt 2007 in seiner Arbeit alle (inter)nationalen Fachgesellschaften auf, die sich der Physician Charter angeschlossen haben. Für Deutschland wird nur die „Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin“ angeführt (Blackmer, 2007). Es scheint in Deutschland berufspolitisch vielmehr eine Diskussion um „ärztliche Freiberuflichkeit“ (siehe 112. Deutscher Ärztetag) geführt zu werden, die momentan noch zwischen verhärteten Fronten (Ärzeschaft vs. Bundesministerium für Gesundheit vs. gesetzliche Krankenversicherungen) stattfindet. Ein deutlicher Wille zur (ge-

meinsamen) Etablierung und Umsetzung eigener „Codes of Ethical Conduct“, sei es die der Musterberufsordnung oder der Physicians Charter oder eines neuerlichen Dokumentes, nicht erkennbar.

Auf der anderen Seite wird in den letzten Jahren zunehmend intensivere Forschung um Arbeitsbedingungen und Befinden sowie Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten betrieben. Zahlreiche Befunde sind jüngst in einem „Report Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer zusammengetragen worden (Fuchs et al., 2010)

„Professionalism“ und berufsethische Aspekte im ärztlichen Curriculum von Aus- und Weiterbildung

Es ist verwundert nicht, dass die begrenzte Diskussion um „professionalism“ in Deutschland auch in einer gewissen Nachrangigkeit von der Vermittlung von berufsethischen bzw. genauer Berufsethos-Aspekten im medizinischen (Aus-) und Weiterbildungscurriculum niederschlägt. Die Gegenstandskataloge des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) für die ärztlichen Prüfungen sehen fast überwiegend fachgebundene Themen vor. Gleichzeitig wird den medizinischen Fakultäten in jüngster Zeit durch die Vergabe von Studienplätzen jenseits von numerus clausus und Abiturzeugnisnoten durch Einzelinterviews die Möglichkeit gegeben, Bewerber anhand besonderer Befähigungen auszuwählen. Hier existieren keine formalen Vorgaben im Sinne konkreter Fremdbeurteilungsskalen oder verwandter Verfahren.

Hilton und Slotnick beschreiben „six domains of medical professionalism“: ethical practice, reflection and self-awareness, responsibility/accountability for actions, respect for patients, working with others, social responsibility. Sie schreiben neben „knowledge“ und „skills“ vor allem auch „practical wisdom“ (gr. phronesis) eine große Bedeutung zu. Sie definieren hierzu: „phronesis: prudence or practical wisdom, such that professionals know which rules to break and how far to break them to accommodate the reality at hand. [...] We believe that phronesis arises from 2 components – experience and reflection on experience – interacting with the professional’s evolving knowledge and skills base“. Sie sehen Aspekte in Aus- und Weiterbildung, die stark betont werden (science, expertise, technical rationality, bioscience, objective, detachment [innerer Abstand], evidence-based, specialism, hierarchy, intra-professionalism), andere die vernachlässigt werden (art, inter-professionalism, reflective practitioner, mindfulness, humanism, subjective, empathy, relationship-centred, generalism, collegiality). Es bedarf aber Ansätzen im ärztlichen Curriculum, die eine Balance zwischen den Aspekten herstellen (Hilton und Slotnick, 2005).

Stern und Papadakis unterscheiden drei Bereiche, die die Lehre von „professionalism“ obligat enthalten müsse: setting expectations, providing experiences, evaluating outcomes. Dies beinhaltet unter anderem: white-coat ceremonies, orientation sessions, policies and procedures, codes and charters; formal curriculum, problem-based learning, ethics courses, patient-doctor courses, community-based education, international electives, hidden curriculum, role models, parables, the environment as teacher; assessment before entry into medical school, assessment by faculty, by peers, by patients, multiperspective (360°) evaluation (Stern und Papadakis, 2006).

Im angloamerikanischen Raum werden aktuell große Anstrengungen unternommen, „professionalism“ von Medizinstudierenden und berufstätigen Ärzten zu evaluieren (z.B. mittels eines Consciousness-Index (Gewissenhaftigkeits-Index), McLachlan et al., 2009) und ggf. Verstöße auch deutlich zu sanktionieren (Black C, 2009; Wynia, 2010). Einen aktuellen systematischen Review zu Assessment-Tools liefern Wilkinson et al. (2009).

Green et al. (2009) untersuchten in Fokusgruppen und anhand dreier größerer Stichproben, ob Unterschiede im Verständnis von „professionalism“ zwischen Ärzten, Patienten und Pflegenden bestehen (Wichtigkeit von verschiedenen „signs of behaviour of professionalism“) und ob es möglich sei, derartige Verhaltensweisen auch zu evaluieren. Die Ärzttestichprobe wies nur den Items „controls own emotions and maintains composure“ sowie „has good hygiene (e.g., washes hands, wears clean clothes)“ gleichzeitig besondere Wichtigkeit und auch die Möglichkeit zur Evaluation dieses Verhaltens zu. Patienten- und Pflegendengruppen werteten deutlich mehr Items als gleichzeitig wichtig und evaluierbar.

Es zeigen sich einige vielversprechende Interventionsansätze, die auch zuteilen an einzelnen deutschen medizinischen Fakultäten, nicht aber wie z.B. von Stern und Papadakis gefordert, umfassend umgesetzt werden. Insbesondere dem Bereich „evaluating outcomes“ fernab von Multiple Choice- Auswahlen, aber auch „setting expectations“ wird in Deutschland noch deutlich zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Dies liegt sicherlich auch an einer Überfrachtung mit fachlichen Inhalten im Pflichtcurriculum und einer (zwangsweise) Nachordnung eines „Studium generale“ bzw. eines Studium des beruflichen Ethos.

1.3. Fragestellungen der Arbeit

Die vorangestellten Ausführungen haben Folgendes verdeutlicht und sollen zusammenfassend als Ausgangslage für die der Arbeit zugrunde liegende Studie dienen:

- a. Definitionen und Begriffliches zum Thema „professionalism“ sind uneinheitlich
- b. umfangreiche Befunde im angloamerikanischen Raum liegen vor
- c. in Deutschland existieren eine Vielzahl empirischer Befunde zum Thema Arztbefinden und Arztzufriedenheit; „ärztliche Freiberuflichkeit“ wird aktuell berufspolitisch diskutiert
- d. empirische Befunde zu aktuellen Werthaltungen von Ärzten in Deutschland unter dem Einfluss veränderter beruflicher und gesellschaftlicher Anforderungen sind hingegen rar
- e. gleichzeitig wächst der Bedarf z.B. von Akteuren der ärztlichen Aus- und Weiterbildung (z.B. medizinische Dekane, medizinische Fachgesellschaften), der professionellen Selbstverwaltung (Ärztikammern und KVen) und anderen Gruppen (z.B. Patientenvertretungen, politische Akteure) nach einer möglichst umfassenden und repräsentativen Standortbestimmung zu ärztlichen Werthaltungen im Kontext aktueller Herausforderungen im Gesundheitssystem

Daraus abgeleitet sollen folgende Fragestellungen formuliert werden:

- Welchen Herausforderungen sehen sich die Ärztinnen und Ärzte aktuell gegenüber?
- In welchem Ausmaß werden diese als belastend und im Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf wahrgenommen?
- Welchen ärztlichen Aufgaben und Wertorientierungen (Grundwerte, konkrete Verhaltensweisen) wird besondere Wichtigkeit beigemessen?
- Wem sehen sich die Ärzte vor allem verpflichtet (Benefiziarer)?

Mittels einer postalischen Befragung von knapp 5000 Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein, wird der Versuch unternommen, einer umfangreichen Momentaufnahme zu diesen Fragen gerecht zu werden.

Dabei wird davon ausgegangen, dass sich Gruppen von Ärzten nach den Schichtungsmerkmalen Geschlecht, Alter, Tätigkeitsort und Fachgebiet der Stichprobe und weiteren Prädiktoren (berufliche Zufriedenheit, Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt, Alleinverdienerstatus, wöchentliche Arbeitszeit, finanzielle Gesamtsituation) auch in ihrem Antwortverhalten für zentrale Themen unterscheiden (Heterogenitätsannahme).

Neben den oben genannten Fragestellungen sollen insbesondere auch das Thema „Entlohnung der Ärzte“ sowie Genderaspekte untersucht werden.

In Zusammenschau unserer Befragungsergebnisse und der theoretischen Grundlagen sollen Aktualität und Repräsentativität unserer (Muster)Berufsordnung diskutiert und mögliche Verbesserungsvorschläge formuliert werden.

2. MATERIAL UND METHODEN

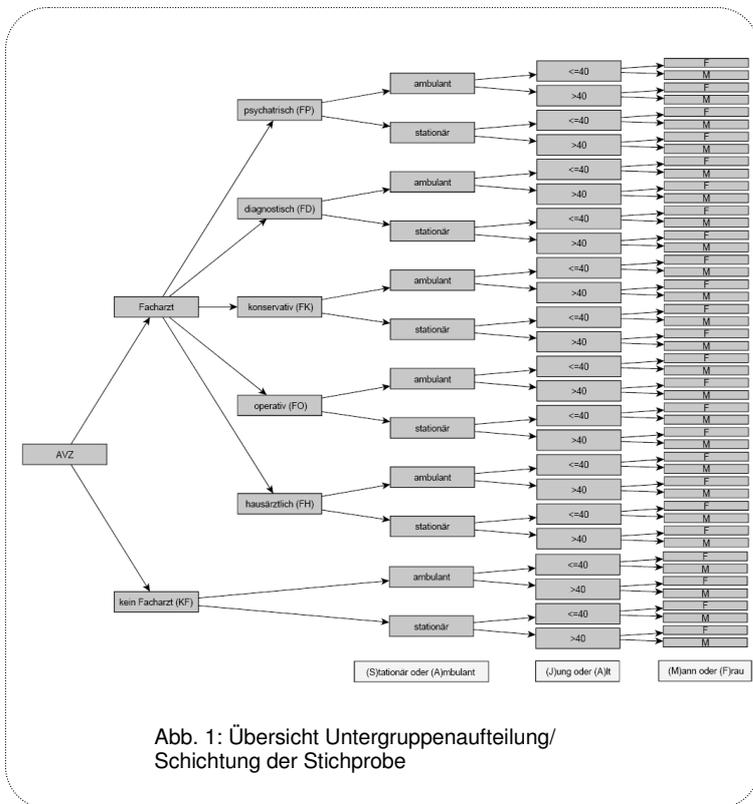
2.1. Studientyp, Grundgesamtheit, Stichprobenmerkmale und Stichprobenschichtung:

Zusammengefasst ist unsere Befragungsstudie als bevölkerungsbezogene Querschnittstudie angelegt gewesen. Die Probanden, also die befragten Ärzte, werden mittels eines hoch standardisierten Fragebogeninstrumentes postalisch befragt und maximal zweimalig erinnert. Zielpopulation sind alle – zum Zeitpunkt der Erhebung – ärztlich tätigen Praxis- und Krankenhausärzte in Schleswig-Holstein. Um der im Einleitungsteil beschriebenen möglichst umfassenden und repräsentativen Standortbestimmung zu ärztlichen Werthaltungen und spezifischen Antwortmustern nachzukommen, wird aus jener Grundgesamtheit - der Praxis- und Krankenhausärzte in Schleswig-Holstein - durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein eine nach folgenden von uns definierten Merkmalen geschichtete Stichprobe gezogen:

- **„Facharzt“ vs. „Nicht-Facharzt“**
- bei der Subpopulation „Facharzt“ wird differenziert nach:
 - überwiegend **diagnostisch** tätig
 - überwiegend **hausärztlich** tätig
 - überwiegend **konservativ** tätig
 - überwiegend **operativ** tätig
 - überwiegend **psychiatrisch-psychotherapeutisch** tätig
- **ambulant** vs. **stationär** tätig
- **<= 40 Jahre** („jung“) vs. **> 40 Jahre** („alt“), wobei das Geburtsdatum 01.01.1968 als Stichdatum gilt.
- **weiblich** vs. **männlich**

Schematisch ist die Stichprobenaufteilung in Abb. 1 gezeigt. Dabei lassen sich insgesamt 48 Gruppen unterscheiden, die mit einem spezifischen Schlüssel codiert sind (Tab. 1).

Die Ziehung der Stichprobe ist im Vorfeld der Studie auf dieser Grundlage durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein anhand der Daten des Ärzteverzeichnisses erfolgt. Die Auswahl der Stichprobenmerkmale soll hier noch einmal ausführlicher erläutert werden:



Gruppe: Anzahl: Anzahl <200:

FDAAF	: 32	: 32
FDAAM	: 93	: 93
FDAJF	: 9	: 9
FDAJM	: 9	: 9
FDSAF	: 29	: 29
FDSAM	: 78	: 78
FDSJF	: 13	: 13
FDSJM	: 20	: 20
FHAAF	: 326	: 200
FHAAM	: 786	: 200
FHAJF	: 63	: 63
FHAJM	: 83	: 83
FHSAF	: 58	: 58
FHSAM	: 32	: 32
FHSJF	: 19	: 19
FHSJM	: 16	: 16
FKA AF	: 284	: 200
FKAAM	: 731	: 200
FKAJF	: 21	: 21
FKAJM	: 53	: 53
FKSAF	: 250	: 200
FKSAM	: 684	: 200
FKSJF	: 135	: 135
FKSJM	: 211	: 200
FOAAF	: 286	: 200
FOAAM	: 821	: 200
FOAJF	: 57	: 57
FOAJM	: 70	: 70
FOSAF	: 121	: 121
FOSAM	: 487	: 200
FOSJF	: 98	: 98
FOSJM	: 217	: 200
FPAAF	: 150	: 150
FPAAM	: 148	: 148
FPAJF	: 6	: 6
FPAJM	: 4	: 4
FPSAF	: 93	: 93
FPSAM	: 146	: 146
FPSJF	: 27	: 27
FPSJM	: 17	: 17
KFAAF	: 100	: 100
KFAAM	: 47	: 47
KFAJF	: 73	: 73
KFAJM	: 45	: 45
KFSAF	: 264	: 200
KFSAM	: 168	: 168
KFSJF	: 1058	: 200
KFSJM	: 905	: 200

Gesamtzahl: 9443
Benutzt: 4933

Tab. 1: Anzahl an Probanden in Grundgesamtheit nach Gruppe (z.B. FDAAF „Fachärzte diagnostisch tätig, ambulant, > 40 Jahre, weiblich“). Dritte Spalte: Anzahl an Probanden in Stichprobe je Gruppe.

Facharzt/Nicht-Facharzt: Das Merkmal „in Weiterbildung“ bzw. „Praxisassistent/-in“ oder „Assistenzarzt/-ärztin“ ist im Ärzteverzeichnis nicht mit eigenem Schlüssel codiert. Es kann lediglich eine Aussage über „Facharzt/-ärztin vorhanden“ vs. „kein Facharzt/-ärztin vorhanden“ erfolgen. Zwar werden im Ärzteverzeichnis Weiterbildungszeiten der Ärzte geführt, doch obliegt es den Ärzten, die Ärztekammer zu informieren, wenn Abschlüsse erfolgt sind; die Daten können daher veraltete Informationen enthalten; zudem ergibt sich als weitere mögliche Fehlerquelle, dass die Daten bei Umzug eines Arztes/einer Ärztin in ein Gebiet einer anderen Landesärztekammer neu erhoben werden müssen.

Tätigkeitsgebiet: Die Zuordnung der Population „Facharzt/-ärztin“ zu den fünf Tätigkeitsbereichen erfolgt per definitionem (durch uns): Wie in Tab. 2 zu sehen, werden die Facharztbezeichnungen den Tätigkeitsschwerpunkten „überwiegend...diagnostisch oder hausärztlich-allgemeinmedizinisch

oder konservativ oder operativ oder psychiatrisch-psychotherapeutisch... tätig“ zugeordnet. Die Fachärzte für Gynäkologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Urologie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde werden dabei dem operativen Feld zugerechnet, weil die Weiterbildungsinhalte neben konservativen Behandlungsverfahren auch operative Tätigkeiten vorsehen.

Fachgebiet	Schlüssel*	Zuordnung zu...
Laboratoriumsmedizin	16	diagnostisch
Mikrobiologie/Virologie	17	diagnostisch
Pathologie	24	diagnostisch
Radiologie	30	diagnostisch
Allgemeinmedizin	13	hausärztlich
Anästhesiologie	01	konservativ
Innere Medizin	13	konservativ
Kinder- und Jugendmedizin	14	konservativ
Neurologie	21	konservativ
Nuklearmedizin	22	konservativ
Physikalische/Rehabilitative Medizin	26	konservativ
Augenheilkunde	04	operativ
Chirurgie	06	operativ
Frauenheilkunde	07	operativ
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08	operativ
Dermatologie und Venerologie	09	operativ
Neurochirurgie	20	operativ
Urologie	36	operativ
Kinder- und Jugendpsychiatrie	15	psychiatrisch
Nervenheilkunde	19	psychiatrisch
Psychiatrie	28	psychiatrisch
Psychosomatik	29	psychiatrisch

Tab. 2: Zuordnung von Fachgebiet zu Tätigkeitsschwerpunkt (diagnostisch, hausärztliche Versorgung, konservativ, operativ, psychiatrisch-psychotherapeutisch). *Schlüssel gibt den im Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Schleswig-Holstein verwendeten Codierschlüssel an. Die restlichen Fachgebiete sind nicht aufgenommen, da überwiegend beratende Tätigkeiten als Patientenkontakt/klinische Tätigkeit vorherrschen (z.B. öffentl. Gesundheitswesen, Arbeitsmedizin), bzw. zahnmedizinische Fächer (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie)

Fachärzte mit überwiegend beratender Tätigkeit (z.B. Facharzt/-ärztin für öffentliches Gesundheitswesen, Arbeitsmedizin, Humangenetik), bzw. überwiegend ohne Patientenkontakt bzw. ohne klinische Tätigkeit (z.B. auch Facharzt/-ärztin für Anatomie) werden ausgeschlossen. Zur Entscheidungshilfe wurde außerdem die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2006 herangezogen. Die Summe aus ambulant und stationär tätigen Ärzten eines jeweiligen Fachgebietes wurde in Relation zur Gesamtzahl ärztlich tätiger Fachärzte berechnet. Die aus der Stichprobe ausgeschlossenen Fachgebiete zeigten in der Summe einen prozentualen Anteil < 1% an allen Fachgebieten (siehe Anlage „Ärztstatistik“ auf CD).

Die Zuordnung von Ärzten der Subpopulation „Nicht-Facharzt“ zu einem Tätigkeitsbereich ist nicht möglich. Zwar wird im Ärzteverzeichnis wie bereits oben erwähnt der Tätigkeitsort/die Weiterbildungsstätte vermerkt (z.B. Universitätsklinikum Musterstadt, Institut für X), doch lässt sich eine Aussage über die überwiegende ärztliche Tätigkeit nicht sicher treffen. Ebenso sind aber auch die per definitionem getroffenen Zuordnungen mit einer gewissen Unschärfe verbunden, bedingt z.B. auch durch nicht laufend aktualisierte Daten im Ärzteverzeichnis. Hier musste teilweise post hoc anhand der demografischen Angaben der Ärzte im Fragebogen eine Zuordnung erfolgen.

Tätigkeitsort: Die Unterscheidung „ambulant“ vs. „stationär“ tätig bildet ab, ob die Ärztin/der Arzt im niedergelassenen Bereich („Praxis“) oder im Krankenhaus tätig ist. Auch hier liegt eine gewisse Unschärfe vor, da niedergelassene Ärztinnen und Ärzte teilweise auch als Belegarzt/-ärztin bzw. in anderen Kooperationsformen (z.B. Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)) tätig sind. Auch hier musste post hoc eine Zuordnung bzw. ein Ausschluss erfolgen.

Alter: Die Zuordnung in die Gruppen „jung“ vs. „alt“ erfolgte ebenfalls per definitionem: Es wird dabei angenommen, dass eine Ärztin/ein Arzt mit frühestens 25 Jahren in den Beruf eintritt: Abitur mit circa 18 Jahren plus eventuell ein Jahr Zivil- oder Wehrdienst bzw. ein Freiwilliges Soziales Jahr plus sechs Jahre Regelstudienzeit Medizin. Diese idealisierte Rechnung schließt Verlängerungen durch eine vorherige Ausbildung, eine längere Studienzeit, Elternzeit usw. nicht ein. Realistischer Weise kann ein Berufseintritt mit 25 bis 30 Jahren angenommen werden. Werden dann noch weitere fünf bis sieben Jahre Weiterbildungszeit addiert, käme man auf einen Erwerb des Facharztstatus mit frühestens 30 Jahren, im Mittel etwa 33 Jahren und teilweise auch erst mit 35 Jahren und älter. Es wird das Alter ≤ 40 Jahre vs. > 40 Jahre gewählt, um bei den jungen Ärztinnen und Ärzten eine ausreichend große Population zu erzielen.

Geschlecht: Um geschlechtsspezifische Unterscheidungen im Antwortverhalten („Gender-Aspekte“) untersuchen zu können, wird das Geschlecht als weiteres Schichtungsmerkmal gewählt.

2.2. Fallzahlberechnung

Aus den verschiedenen Schichtungsmerkmalen ergibt sich eine Gesamtgruppenszahl von 48 (siehe Abb.1). Die Fallzahlberechnung wird mit dem EDV-Programm nQuery Advisor® (Version 3.0, Statistical Solutions Ltd.) durchgeführt: Um im Intergruppen-Vergleich eine Odds Ratio von 0,429 bzw. 2,333 als signifikant darstellen zu können (z.B. Verteilung Gruppe 1: 0,500 zu Verteilung Gruppe 2: 0,300 (bzw. 0,700) mit Signifikanzniveau $\alpha = 0,05$, Power 80%) ist eine jeweilige Gruppengröße von $n=103$ notwendig. Bei einer erwarteten Responserate von 50% wäre jede Gruppe mit mindestens 200 Probanden zu besetzen. Es ergäbe sich somit eine Gesamtzahl von $48 \times 200 = 9600$ Probanden. Tab. 1 zeigt aber, dass einige Gruppen deutlich geringer besetzt sind als mit $n=200$ (z.B. männliche Fachärzte, ambulant-psychiatrisch tätig, ≤ 40 Jahre: $n=4$). Hier erfolgt eine Vollerhebung der Gruppe. Ist die Gruppe mit mehr als 200 Personen besetzt, werden hieraus jeweils die ersten 200 einer Gruppe (alphabetisch geordnet nach Nachnamen) gezogen. Namen wie z.B. „van der Mustermann“ werden im Ärzteverzeichnis unter dem Hauptnamen also „Muster“ geführt. Eine systematische Verzerrung der Stichprobe durch Namenszusätze kann daher nicht angenommen werden. Dieses Verfahren der Stichprobenziehung gilt bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein als etabliert. Insgesamt werden 4933 Ärzte gemäß der Stichprobenziehung durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein angeschrieben.

2.3. Ablauf der Untersuchung

Der Erstversand der Fragebögen durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein erfolgt am 08.02.2008. Der Versand eines eventuellen 1. Erinnerungsschreibens erfolgt am 07.03.2008. Am 15.04.2008 wird eine letztmalige Erinnerung inklusive eines Duplikats des Fragebogens versandt.

Die Probanden erhalten beim Erstversand das Anschreiben (siehe Anlage „Anschreiben“) zur Studie, einen 14-seitigen Fragebogen im DIN A4-Format (siehe Anlage „Fragebogen“) sowie einen frankierten DIN A4-Rücksendeumschlag (mit Adressaufkleber des Probanden zur Rücklaufkontrolle) sowie einen DIN A5-Umschlag. Der Versand der Studienunterlagen, sowie maximal zweier Erinnerungsschreiben (siehe Anlage „Erinnerungsschreiben“) erfolgt durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein erhält von den Probanden jeweils den DIN A4-Rückumschlag, in dem sich in dem verschlossenen DIN A5-Umschlag der Fragebogen befindet. Die verschlossenen DIN A5-Umschläge (mit Fragebogen) werden von der Ärztekammer an das Institut für Sozialmedizin weitergeleitet, welches somit nur die komplett

anonymen Fragebögen erhält und zu keinem Zeitpunkt in Besitz personenbezogener Daten ist. Die Ärztekammer erhält durch die Adresse der Absender auf dem DIN A4-Rückumschlag die Möglichkeit zur Rücklaufverwaltung. Die Responder werden nach Eingang bei der ÄKSH aus der elektronisch geführten Erinnerungsliste gelöscht; Nonresponder bleiben in der Erinnerungsliste und werden durch ein erstes und ggf. zweites Erinnerungsschreiben benachrichtigt. Gewisse Überschneidungen lassen sich nicht vermeiden, da dem Versand der Erinnerungsschreiben einige Vorbereitungsstage vorausgehen und einige Spätresponder daher nochmalig ein Erinnerungsschreiben erhalten haben. Durch die räumliche und institutionelle Trennung von Versand und Erinnerungskontrolle (Ärztekammer Schleswig-Holstein) sowie Weiterverarbeitung der Fragebögen und Auswertung (Institut für Sozialmedizin) wird die größtmögliche Anonymität der Angaben der Probanden gewährleistet.

Die verschlossenen DIN A5-Umschläge werden nach Eingang im Institut für Sozialmedizin durch den Doktoranden geöffnet, die Fragebögen werden mit einer fortlaufenden Nummerierung versehen und maschinell per Scanner und spezieller Software (Teleform®) eingelesen. Dabei werden die Einträge jedes Fragebogens sowohl durch das EDV-Programm als auch manuell durch den Untersucher/Doktoranden auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüft.

Die Rohdaten werden durch das Programm Teleform als sav.-Datei in SPSS (Version 15.0) überführt. Die Arbeitszeit für Einlesen und Plausibilitätskontrolle beträgt pro Fragebogen circa fünf Minuten. Zusätzlich werden die freien Kommentare auf den Fragebögen per Hand durch den Doktoranden in einem Textdokument digitalisiert. Es folgt die deskriptive und induktive Auswertung (siehe „Datenauswertung“).

Die Daten werden auf einem separaten und nur für autorisierte Personen zugänglichen PC gespeichert. Eine Weitergabe der Daten an Unbefugte erfolgt nicht. Die Auswertungsergebnisse sollen so publiziert werden, dass Rückschlüsse auf einzelne Datensätze nicht möglich sind.

Theoretisch-inhaltliche Erläuterungen zum Fragebogeninstrument finden sich im folgenden Abschnitt:

2.4. Das Untersuchungsinstrument

Der eigentlichen Befragung vorausgegangen war die umfangreiche und mehrstufige Etablierung eines Fragebogeninstrumentes. Substrat der Items des Fragebogens sind nationale wie internationale Publikationen zu ärztlichen Wertorientierungen (Grundwerte, Tugenden, (Selbst)Verpflichtungen, Verhaltensweisen), zum generellen Berufsverständnis, zu ärztlicher Professionalisierung und spezifischen Herausforderungen und Problemfeldern des Arztberufes. Im Folgenden werden die Fragen des Fragebogeninstrumentes und die ihnen zugrunde liegenden theoretisch-inhaltlichen Grundlagen im Einzelnen dargestellt:

Dem Fragebogen vorangestellt ist eine kurze Zusammenfassung der Intention der Befragung, des konkreten Vorgehens sowie Ausführungen zur Einhaltung des Datenschutzes (siehe Anlage Fragebogen).

Frage 1: zum generellen Berufsverständnis

Grundlage für diese Frage ist die bereits erwähnte „Cohort Study of 1995 graduates“ der British Medical Association (BMA, 2008). Die Längsschnittstudie befragt im jährlichen Intervall 545 Ärzte, die 1995 ihren Hochschulabschluss in Humanmedizin absolviert hatten, zu ihrer beruflichen Entwicklung und ihrer Einstellung zur ärztlichen Tätigkeit. Die postalische Befragung wird durch Fokusgruppen ergänzt. Mit Frage 1 des Fragebogens soll das grundsätzliche Verständnis der befragten Ärzte vom Arztberuf als Einstieg zur Thematik des Fragebogens ermittelt werden. Es werden fünf - aus dem Englischen frei durch uns übersetzte - Aussagen angeführt, abgestuft von „Medizin als höchste Verpflichtung“ bis hin zu „Medizin als Beruf wie jeder andere“. Die befragten Ärzte sind gehalten, die für sie treffendste Aussage anzukreuzen. Die Frage lässt zudem eine tendenzielle Einschätzung zur wahrgenommenen Bedeutung des Themenfeldes „Work-Life-Balance“ zu.

Die Frage liegt ordinal skaliert vor.

Frage 2.1 bis Frage 2.3: Aktuelle Herausforderungen

Die Fragen 2.1, 2.2 und 2.3. beschäftigen sich mit (aktuelleren) Herausforderungen und Problemfeldern im ärztlichen Beruf. Ein sich schnell veränderndes (Berufs)Umfeld fordert die Ärzteschaft im Ganzen wie auch jeden Arzt/jede Ärztin individuell heraus. Derartige „challenges“, wie sie unter anderem von der Canadian Medical Association in dem bereits erwähnten Diskussionspapier (CMA, 2001) oder dem Beitrag „Medical professionalism in a changing world“ des Royal College of Physicians (RCP, 2005) genannt werden, sind - wie bereits angeführt - sowohl externer als auch interner Natur.

Insgesamt werden 23 übergeordnete Themenfelder zu Herausforderungen im ärztlichen Beruf gefunden (siehe Anlage Fragebogen, Seite A5-9). Die Schwierigkeit bei der Fragegestaltung besteht darin, die Items einerseits möglichst neutral zu formulieren, andererseits auch in begrenztem Maße tendenziös, damit klar wird, welches Problem damit aufgegriffen werden soll. So wäre für das erste Item „ökonomische Vorgaben und Zwänge“ auch nur der Begriff „Ökonomie“ denkbar gewesen, allerdings könnte dann bei den Befragten unklar sein, was dies einschließen soll.

Die vor die Hauptbegriffe gesetzten Adjektive (z.B. „zunehmender“ Wettbewerb) unterstellen eine Dynamik („Zunahme an Häufigkeit“, „Zunahme an Intensität“), die möglicherweise gar nicht existiert. Wir erhofften uns dadurch aber die Befragten eher zu einer Meinungsäußerung bewegen zu können, als durch eine zu abstrakte Formulierung des Begriffs. Zusätzlich werden die Herausforderungen anhand konkreter Beispiele jeweils aus dem Umfeld der niedergelassenen Ärzte wie auch der Krankenhausärzte illustriert.

Die 23 Herausforderungen werden in Frage 2.1 bis Frage 2.3 auf drei unterschiedliche Ebenen hin untersucht: (1) ob die befragten Ärzte überhaupt von den Herausforderungen betroffen werden und wenn ja, wie stark sie sich dadurch belastet fühlen; (2) ob die befragten Ärzte die Herausforderungen im Widerspruch zu ihrer persönlichen Auffassung vom Arztberuf sehen (Mehrfachauswahl, maximal 3 Items); (3) ob Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand der Patienten gesehen werden und wenn ja, ob diese negativer, positiver oder ambivalenter Art (teils/teils) sind.

*Die Items der Fragen 2.1. und 2.3. liegen ordinal skaliert vor, durch entsprechende Rekodierung kann ein metrisches Maß berechnet werden (**siehe Ergebnisse**); bei Frage 2.2. besteht eine Mehrfachauswahl.*

Frage 3: erwartete Arbeits- und Berufssituation

In dieser Frage soll nicht eine aktuell wahrgenommene, sondern eine für die Zukunft prognostizierte Berufssituation der Befragten untersucht werden. Dabei geht es um eine generelle (Gesamt)Einschätzung, nicht um Einzelaspekte des Berufs (siehe Anlage Fragebogen, Seite A9).

Die Frage kann als metrisch skaliert aufgefasst werden.

Frage 4.1: ärztliche Verantwortungsbereiche

Ärztliches Handeln ist eingebunden in eine Struktur von Kommunikations- und Beziehungspartnern; es stellt sich nicht nur die Frage, wie ärztliches Handeln generell aussehen sollte, sondern auch, auf wen sich die Handlung bezieht. Derartige Benefiziere haben wir auch in der bereits erwähnten Studie der BMA kennengelernt (BMA, 1995).

In der (Muster)Berufsordnung der Ärzte heißt es: „Der Arzt dient der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung“ (Bundesärztekammer, 2006). Damit sind zwei Benefiziere ärztlichen Handelns erwähnt, weitere können benannt werden (siehe Anlage Fragebogen, Seite A9). Diese Frage thematisiert eine Problematik des ärztlichen Berufs: Der Arzt/die Ärztin befindet sich häufig in Inter- und Intrarollenkonflikten. Intrarollenkonflikte der Rolle „Arzt/Ärztin“ können sein: Einerseits Gesundheit und Wohl der Patienten, andererseits die wirtschaftliche Situation der Krankenversicherung zu berücksichtigen; oder die „Dreiteilung“ eines Klinikarztes in führender Position: Forschung, Lehre und Patientenversorgung. Interrollenkonflikte können z.B. zwischen der Rolle des Arztes als persona privata („meine Person, meine Familie“) und z.B. als Hausarzt in kleiner Landarztpraxis gesehen werden. Weitere Beispiele sind möglich, zahlreiche Konflikte denkbar.

Es stellt sich daher für jeden einzelnen Arzt/jede einzelne Ärztin, möglicherweise auch nur unbewusst, die Frage nach einer Priorisierung der eigenen Verantwortungsbereiche. Die Frage forderte daher von den Befragten eine Rangfolge der Verantwortungsbereiche nach Wichtigkeit zu bilden.

Frage 4.2: ärztliche Grundwerte

Diese Frage hat als Substrat einerseits die „fundamental principles“ der Physicians Charter (Patient autonomy, Patient welfare, Justice, ABIM Foundation et al., 2002), die Prinzipien „mittlerer Reichweite“ von Beauchamp und Childress (beneficence, non-maleficence, autonomy, justice, Beauchamp und Childress, 2001), sowie den immer wichtiger werdenden Aspekt von Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem (§12, SGB V, Bundesministerium für Justiz, 2010). Es werden vier Grundwerte ärztlichen Handelns formuliert: Patientenwohl (und Abwendung von Schaden), Patientenselbstbestimmung, Soziale Gerechtigkeit (gleicher Zugang, gleiche Behandlung bei gleichem Bedarf) und Wirtschaftlichkeit (sparsamer Umgang mit knappen Ressourcen). Die Befragten sollen den vier Grundwerten durch Rangvergabe unterschiedliche Bedeutung zuweisen.

Es sei erwähnt, dass für Frage 4.1. und 4.2. zunächst ein Punkteallokationsverfahren (sogenannter „budget pie“) angedacht gewesen ist. Hierbei müssen z.B. 100 virtuelle Punkte auf z.B. die acht Benefiziare je nach Wichtigkeit aufgeteilt werden. Bei der Pretestung des Fragebogens hat sich jedoch gezeigt, dass dieses Verfahren für eine hohe Anzahl an Items oder Auswahlmöglichkeiten nicht praktikabel ist und wenig akzeptiert wird (siehe Ergebnisse). Um ein einheitliches Verfahren zu gewährleisten, wird daher die Rangbildung verwendet.

Die Items der Fragen 4.1. und 4.2. liegen ordinal skaliert vor; durch entsprechende Rekodierung kann ein metrisches Maß berechnet werden (siehe Ergebnisse).

Frage 5: ärztliche Aufgaben

Grundlage für diese Frage und die aufgeführten Items sind verschiedene Dokumente zu ärztlichen (Selbst)Verpflichtungen, Handlungsmaximen und Grundsätzen ärztlichen Handelns. Es werden bereits erwähnte nationale wie auch internationale Dokumente untersucht. Die einzelnen aus der Literatur gefundenen Aufgaben werden danach in eine Matrix eingeordnet, die als X-Achse Benefiziare (siehe hierzu Frage 4.1. im obigen Abschnitt) enthält, als Y-Achse die Grundwerte „Patientenwohl“, „Patientenselbstbestimmung“, „Soziale Gerechtigkeit“, „Wirtschaftlichkeit“ sowie zusätzlich „Fachliche Kompetenz“ (siehe hierzu auch Anlage „ärztliche Aufgaben“). Als zentraler und auch in den Dokumenten führender Benefiziar ist der (einzelne) Patient anzusehen; die meisten ärztlichen Aufgaben finden sich somit im Kontext der individuellen Arzt-Patient-Beziehung. Wenn möglich wird jeweils für die übrigen Benefiziare versucht, entsprechende Items zu formulieren. Die

Items werden schließlich in zufälliger, nicht thematisch geordneter Reihenfolge in die Frage eingebracht und in Hinblick auf die Wichtigkeit im ärztlichen Alltag abgefragt (siehe Anlage Fragebogen, Seite A10-12). Es konnten so insgesamt 39 Items formuliert werden.

Die Items liegen ordinal skaliert vor; durch entsprechende Rekodierung kann ein metrisches Maß berechnet werden (siehe Ergebnisse).

Frage 6.1: Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit

Siegrist et al. stellen unter anderem in ihrer Publikation das Modell der beruflichen Gratifikationskrise dar (Siegrist et al., 2004). Eine solche entsteht, wenn Aufwand („effort“) und Entlohnung („reward“) für eine erbrachte Arbeitsleistung als in einem Missverhältnis zueinander stehend („imbalance“) wahrgenommen werden. Der Grad der beruflichen Gratifikationskrise wird über verschiedene Items abgefragt, und es lässt sich daraus ein Score berechnen. Für unsere Befragung werden einige Items übernommen, jedoch teilweise an die ärztliche Zielgruppe angepasst, teilweise um eigene Items ergänzt. Es muss daher auf die Berechnung eines derartigen Scores verzichtet werden.

Die Items liegen ordinal skaliert vor; durch entsprechende Rekodierung kann ein metrisches Maß berechnet werden (siehe Ergebnisse).

Frage 6.2: Arztberuf und Freie Berufe

Wie bereits im Einleitungsteil genannt, sind freie Berufe durch zahlreiche Merkmale charakterisiert. Diese Frage führt einige dieser Merkmale im Erklärungsteil auf und erfragt, inwiefern die Ärzte ihre Berufssituation in Übereinstimmung mit den Charakteristika eines freien Berufes sehen.

Die Frage kann als metrisch skaliert aufgefasst werden.

Frage 7: Umfang ärztlicher Behandlungsleistung

Nach dem Sozialgesetzbuch V, §12 (Wirtschaftlichkeitsgebot) müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“, „sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Diese Maßgabe wird in der Frage in verschiedener Ausprägung abgewandelt: In Antwort 1 soll alles ermöglicht werden, „was sich der Patient/die Patientin wünscht“, unabhängig von entstehenden Kosten, der Frage nach gerechtfertigter Indikation und Wirksamkeit der Leistung. Den Gegenpol liefert Antwort 5: Leistungen sollen nur erbracht werden, sofern sie noch vom Praxis- bzw. Krankenhausbudget gedeckt sind. Die Antworten 2 und 4 variieren den Kosten-Leistungsaspekt (medizinisch optimal, Kosten spielen fast keine Rolle vs. knappe Grundversorgung, zusätzlich private Zusatzversicherung und IGeL). Antwort 3 greift explizit einen Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsaspekt auf.

Die Frage liegt ordinal skaliert vor.

Frage 8: Lebens- und Berufszufriedenheit

Die befragten Ärzte sollen in dieser Frage ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens angeben. Angelehnt sind die Items an Fragen zur Lebenszufriedenheit im Sozioökonomischen Panel, wie sie etwas variiert und ergänzt auch von Bestmann et al. (2004) in ihrer Ärztebefragung verwendet wurden. Wir haben auf einige Themen (z.B. Zustand der Umwelt, Tätigkeit im Haushalt) verzichtet, da diese Frage nur eine grobe Einnordung liefern soll. Mit den inhaltlich sehr ähnlichen Items „Arbeit“ und „berufliche Tätigkeit“ (i.S. von ärztlicher Tätigkeit), soll untersucht werden, ob diese synonym aufgefasst werden.

Die Items liegen metrisch skaliert vor.

Frage 9: Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes

In den vorangegangenen Fragen (insbesondere die Fragen 2.1 bis 2.3) werden verschiedene Problembereiche in der Ausübung des ärztlichen Berufs genannt. Zur Lösung dieser Bereiche aber auch zur Weiterentwicklung des Berufsstandes im Allgemeinen können verschiedene „Akteure“ des Gesundheitssystems beitragen. Frage 9 stellt die Befragten vor die Aufgabe, die genannten Akteure in eine Rangfolge nach Wichtigkeit zu bringen.

Die Items liegen ordinal skaliert vor; durch entsprechende Rekodierung kann ein metrisches Maß berechnet werden (siehe Ergebnisse).

Zum Schluss: demografische und zusätzliche Angaben

Abschließend sollen einige demographische Angaben (Geschlecht, Alter, Tätigkeitsort, Tätigkeitsgebiet) noch einmal der post hoc Zuordnung der befragten Ärzte zu den von uns gewählten Merkmalskategorien dienen. Es folgen Fragen zu Tätigkeitsdauer und Wochenarbeitszeit sowie Haushaltsgröße und (subjektiver) Einkommenszufriedenheit.

Im Freitext können zusätzlich noch Anmerkungen, Kritikpunkte und Ergänzungen vermerkt werden.

Generell gilt für die Fragen des Fragebogens: Mehr als ein Kreuz wird als „ungültige Angabe“, weniger als ein Kreuz als „fehlende Angabe“ gewertet und entsprechend kodiert, sofern in den Fragen nicht explizit andere Vorgaben gemacht werden.

Die inhaltliche und formale Gestaltung wurde eng mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein, dem Ausschuss Ärztinnen der Ärztekammer (hinsichtlich Gender-Sensitivität) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein abgestimmt. Die Vorläuferversion des aktuellen Fragebogens hat zudem einen qualitativen Pretest (n=10-15) an ausgewählten Ärzten sowie Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin sowie einen quantitativen Pretest an 50 zufällig ausgewählten Allgemeinmedizinern in Schleswig-Holstein durchlaufen (Ergebnisse siehe Anlage „quantitativer Pretest“ auf CD).

Auswertungsplan

Mit Ausnahme einiger Angaben im demographischen Teil (Abschnitt 10) des Fragebogens, liegen die meisten Antwortformate nominal oder ordinal skaliert vor. Frage F2.1, F2.3, F3, F4.1, F4.2, F5, F6.1, F6.2, F8, F9 können aber als metrisch skaliert angesehen werden bzw. durch Rekodierungen auf ein metrisches Maß gebracht werden: So wurde z.B. in Frage 2.1. ein Mittelwert (MW) aus folgenden Wertekodierungen errechnet: 1 = (die Herausforderung) trifft auf mich zu, belastet überhaupt nicht; 2 = trifft zu, belastet ein wenig; 3 = trifft zu, belastet ziemlich; 4 = trifft zu, belastet stark; Die Antwort „trifft auf mich nicht zu“ wurde nicht in die Mittelwert-berechnung einbezogen. Für die übrigen Fragen wurde analog verfahren – Näheres bei der Erläuterung der Ergebnisse.

Zur deskriptiven Analyse werden Häufigkeitstabellen mit fehlenden Werten in Prozent und kumulativen Prozentsen erstellt und nach Stichprobenschichtungsmerkmalen getrennt aufgelistet. Für die metrisch skalierten (bzw. rekodierten) Angaben werden zusätzlich entsprechende Lage- und Streuungsmaße verwendet und ebenfalls nach den Stichprobenschichtungsmerkmalen getrennt dargestellt. Aus der Differenz der Mittelwertunterschiede

nach Merkmalen (dividiert durch die Standardabweichung) werden Effektstärken berechnet.

Zur Exploration eventuell zusammenhängender Items werden für Frageteil 2 („Herausforderungen“) sowie Frage 5 („ärztliche Aufgaben“) Faktoranalysen berechnet. Die Faktorwerte werden für weitere unten aufgeführte multivariate Analysen benützt. Es folgen korrelationsanalytische Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhängen zwischen einzelnen Frageabschnitten: Entsprechend für die nominalskalierten Antwortformate Chi-Quadrat basierte Zusammenhangsmaße, für die ordinal skalierten Antwortformate Rangkorrelationskoeffizienten (Kendalls Tau-b, Spearmans Rho). Für metrisch skalierte und (annähernd) normalverteilte Daten wird der t-Test für unabhängige Stichproben zur Überprüfung von Mittelwertunterschieden verwendet, bzw. bei Verletzung des Kriteriums der Normalverteilung nonparametrische Tests (Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-H-Test).

Der Einfluss ausgewählter unabhängiger Variablen (insbesondere Alter, Geschlecht, Tätigkeitsort, Tätigkeitsgebiet) auf metrisch bzw. dichotomisierte abhängige Variablen zu zentralen Themen soll durch lineare und logistische Regressionsmodelle überprüft werden. Das Signifikanzniveau für den Fehler 1. Art wurde auf $\leq 5\%$ festgesetzt.

3. E R G E B N I S S E

Die Vielzahl erfragter Aspekte im Fragebogen lassen es im Folgenden nötig erscheinen neben der Darstellung der Ergebnisse bereits Befunde zu diskutieren. Im eigentlichen Diskussionsteil soll Raum für die Analyse übergreifender Themen gegeben sein.

Allgemeine Anmerkungen zum Ablauf der Befragung

Erstversand der Fragebögen, Rücklaufkontrolle der eingegangenen Fragebögen sowie der Versand der Erinnerungsschreiben bzw. eines Duplikats des Fragebogens mit der zweiten Erinnerung wurden nach unseren Vorgaben von der Ärztekammer Schleswig-Holstein planmäßig durchgeführt. Telefonische Anfragen von Probanden mit der Bitte um ein Fragebogenduplikat nach der ersten Erinnerungswelle wurde umgehend entsprochen um eine zeitlich vergleichbare Antwortsituation zu gewährleisten. Einige Probanden wünschten keine weitere Erinnerung und wurden aus der Erinnerungsliste gestrichen.

Ein formaler Fehler zeigte sich erst nach Drucklegung und Erstversand in der optischen Gestaltung bzw. Reproduktion des Fragebogens bei Frage 2.1 bis 2.3, Item „weitere Dokumentationen, Schreibkram“ sowie Frage 4.1, Item „Gesundheit und Wohl der Bevölkerung, der Umwelt“: hier fehlte – im Gegensatz zu den übrigen Items - die Formatierung in Fettdruck. Um eine Bias durch diese unterschiedliche optische Gestaltung abzuklären, wurde das mit dem zweiten Erinnerungsschreiben verschickte Duplikat des Fragebogens dahingehend korrigiert und das Antwortverhalten mit folgenden statistischen Verfahren verglichen:

Für Frage 2.1 und 2.3, Item „Schreibkram“ sowie Frage 4.1 „Gesundheit und Wohl der Bevölkerung, der Umwelt“ zeigte sich in einem U-Test nach Mann-Whitney folgendes Ergebnis: Zwischen korrigierter und nicht korrigierter Fragebogenversion bestand für Frage 2.1 und 2.3 kein signifikanter Unterschied, bei Frage 4.1 zeigte sich für das zweite Item „Public Health“ zwar ein signifikanter Unterschied zwischen korrigierter und unkorrigierter Version (Mittelrang 3,97 vs. 4,20), doch war die Effektstärke mit 0,12 sehr gering (Tab. 1).

Ränge

Fragebogenversion		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
F21 Schreibkram	1. Version (mit Formatierungsfehler)	2104	1348,18	2836560,50
	2. Version (korrigierte Version)	595	1356,45	807089,50
	Gesamt	2699		
F23 Schreibkram	1. Version (mit Formatierungsfehler)	1781	1138,00	2026781,50
	2. Version (korrigierte Version)	507	1167,33	591834,50
	Gesamt	2288		
F41 Public Health	1. Version (mit Formatierungsfehler)	2150	1394,77	2998750,50
	2. Version (korrigierte Version)	598	1301,63	778375,50
	Gesamt	2748		

	F21 Schreibkram	F23 Schreibkram	F41 Public Health
Mann-Whitney-U	622100,500	439910,500	599274,500
Wilcoxon-W	2836560,500	2026781,500	778375,500
Z	-,259	-1,251	-2,571
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,795	,211	,010

Tab.1: Vergleich nach Fragebogenversion

Bei Frage 2.2. (Mehrfachantwortenset, siehe Anlage „F22 nach Fragebogenversion“) zeigte sich, dass in der Version mit nicht fett gedrucktem Item „weitere Dokumentationen, Schreibkram“ weniger angekreuzt wurde. Dieser Unterschied relativiert sich allerdings, wenn man die Rangfolge der angekreuzten Items betrachtet: In beiden Versionen landete das Item „ökonomische Vorgaben“ auf Rang 1. In der korrigierten Version folgte auf Rang 2 das Item „Schreibkram“, in der unkorrigierten Version „Einfluss durch Verwaltungen“, allerdings nur knapp vor „Schreibkram“. Dahinter schließen in der unkorrigierten Version „unangemessenes Einkommen“ und „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ an. In der korrigierten Version lag „unangemessenes Einkommen“ auf Rang 3, dahinter „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ und „Einfluss der Verwaltungen“. Es zeigt sich, dass drei „Antwortblöcke“ mit je fünf Items existieren: ein Block mit den vorgeannten Items, die jeweils 10% und mehr der Nennungen auf sich vereinen, ein zweiter Block mit jeweils 5% Nennungen und ein Dritter mit jeweils 1% der Nennungen. Die Rangfolgen innerhalb dieser Blöcke unterscheiden sich teilweise zwischen den Fragebogenversionen; insgesamt bleibt aber die grundsätzliche Rangfolge bestehen.

Man kann festhalten, dass Formatierungsfehler bei Fragen, die überwiegend je Item beantwortet werden („horizontal gelesen werden“) nur geringen Einfluss haben. Bei Fragen, die als Mehrfachantwortensets oder Rangfolgen angelegt sind, also eher eine „vertikale Leserichtung“ vorgeben, zeigen sich hingegen signifikante Unterschiede, die in der Relevanz jedoch nicht zu hoch bewertet werden sollten. Ein relevanter Bias konnte durch Vergleich der beiden Fragebogenversionen ausgeschlossen werden.

3.1. Rücklauf, Repräsentativität der Studie und Non-Response-Analyse

Von den 4933 verschickten Fragebögen wurden insgesamt 2923 nach maximal zweimaliger Erinnerung zurückgeschickt, was einer (rohen) Rücklaufquote von 59,3% entspricht. Ausgeschlossen wurden von der weiteren Auswertung Fragebögen mit Nennungen im soziodemografischen Abschnitt wie „nicht mehr ärztlich tätig“, „arbeitslos, freigestellt“, „im Ruhestand“, „ausschließlich administrativ/in Lehre tätig“ sowie mit Doppelnennungen „sowohl in Praxis als auch im Krankenhaus tätig“. Komplette unausgefüllte Fragebögen oder Fragebögen ohne soziodemografische Angaben wurden ebenfalls ausgeschlossen. Zwei Personen konnten, weil „verzogen“, nicht kontaktiert werden. Insgesamt lag der bereinigte Rücklauf bei 2800 von 4838 Fragebögen, entsprechend 57,9%. Tabelle 2 zeigt die Verteilung der Schichtungsmerkmale nach Erhebungswelle (Erstantwort, 1. und 2. Erinnerungswelle und Gesamt), sowie die Verteilung der Merkmale innerhalb des Ärzteverzeichnisses von Schleswig-Holstein. Erläuterungen hierzu finden sich direkt in der Legende.

	Erstantwort		1. Erinnerung		2. Erinnerung ^a		Gesamt		ÄVZ ^b
GESCHLECHT	1689		450		655		2794		
weiblich	822	48,7%	237	52,7%	305	46,6%	1364	48,8%	37,8%
männlich	867	51,3%	213	47,3%	350	53,4%	1430	51,2%	62,2%
ALTER	1681		448		648		2777		
≤ 40 Jahre	520	30,9%	138	30,8%	212	32,7%	870	31,3%	34,2%
> 40 Jahre	1161	69,1%	310	69,2%	436	67,3%	1907	68,7%	65,8%
TÄTIGKEITSORT	1655		438		649		2742		
Praxis	791	47,8%	202	46,1%	295	45,5%	1288	47,0%	45,5%
Krankenhaus	864	52,2%	236	53,9%	354	54,5%	1454	53,0%	54,5%
FACHGEBIET	1691		451		658		2800		
FA diagnostisch (FD)	80	4,7%	15	3,3%	36	5,5%	131	4,7%	3,0%
FA hausärztlich (FH)	331	19,6%	63	14,0%	134	20,4%	528	18,9%	14,6%
FA konservativ (FK)	424	25,1%	116	25,7%	160	24,3%	700	25,0%	25,1%
FA operativ (FO)	306	18,1%	89	19,7%	113	17,2%	508	18,1%	22,8%
FA psychiatrisch (FP)	226	13,4%	61	13,5%	66	10,0%	353	12,6%	6,3%
Nicht-Facharzt (KF)	233	13,8%	73	16,2%	111	16,9%	417	14,9%	28,2%
nicht eindeutig definiert ^c	91	5,4%	34	7,5%	38	5,8%	163	5,8%	0%

Tab. 2: Soziodemografische Merkmale nach Antwortwelle. ^a mit der 2. Erinnerung wurde auch noch einmal ein Duplikat des Fragebogens versandt. ^b ÄVZ: Daten aus dem Ärzteverzeichnis der Ärztekammer Schleswig-Holstein, einbezogen sind Nichtfachärzte, sowie Fachärzte der eingeschlossenen Fachgebiete. ^c hierin enthalten sind Personen, bei denen nicht alle zur Einteilung notwendigen Merkmale (Alter, Geschlecht etc.) vorhanden waren. Für das Merkmal Geschlecht sowie die Untergruppen der Nicht-Fachärzte und der Fachärzte psychiatrisch tätig weicht die beobachtete Zusammensetzung stärker von der des ÄVZ ab.

Eine schriftliche Nachbefragung der Nonresponder erfolgte nicht. Ein indirektes Verfahren, um auf die (soziodemografische) Zusammensetzung der Gruppe der Nonresponder zu schließen, stellt die Analyse nach Antwortwellen dar („Wave Analysis“, vgl. Latza et al., 2004). Sie unterstellt, dass die Zusammensetzung der letzten Antwortwelle dem der Nonresponder nahe kommt. Im Vergleich zur Erstantwortwelle zeigte die Zusammensetzung der 2. Antwortwelle tendenziell eine höhere Beteiligung von männlichen, jungen Krankenhausärzten ohne Facharzttitle.

Ein auf Selbstselektion der Antwortenden beruhender Non-Response-Bias ist also generell nicht auszuschließen. Dies verbietet u.E. auch eine künstliche Auf- bzw. Abgewichtung einzelner über- oder unterrepräsentierter Merkmalsgruppen, um künstlich Repräsentativität unserer Ergebnisse für die gesamte Ärzteschaft Schleswig-Holsteins herzustellen. Streng genommen können wir nur über den Teil der Kollegenschaft etwas aussagen, der uns geantwortet hat. Die von uns ausgewertete Gruppe enthält mehr weibliche und psychiatrisch-psychotherapeutisch weitergebildete Ärzte und weniger männliche und weibliche Ärzte in Weiterbildung als die Gesamtärzteschaft in Schleswig-Holstein. Die Verteilung unserer Altersgruppen und Tätigkeitsorte zeigt keine Auffälligkeiten.

3.2. Ergebnisse der Befragung nach Themen

Freie Kommentare und Kritikpunkte an der Studie

Insgesamt lagen rund 600 schriftliche freie Kommentare vor (siehe Anlage „freie Kommentare“ auf beiliegender CD), von kurzen Anmerkungen zu einzelnen Fragen bzw. Items bis hin zu langen Schilderungen der erlebten Berufssituation. Wann immer möglich werden die Kritikpunkte zu einzelnen Fragen sowie grundsätzliche Anmerkungen auszugsweise bei den (Einzel-) Ergebnissen beschrieben. Prinzipiell fanden sich einerseits Befürworter der Studie, die die Möglichkeit zur Partizipation und zur Meinungsbildung an einer für die Ärzteschaft wichtigen Thematik positiv bewerteten. Auf der anderen Seite kamen Gegenstimmen, die bezweifelten, dass derartige (quantitative) Studien grundsätzlich Werthaltungen abbilden und zu Veränderungen führen könnten. Uneinheitlich wurde auch das Fragebogeninstrument bewertet: einerseits von vielen als „zu lang“, „thematisch überfrachtet“ eingeschätzt, auf der anderen Seite als „nicht detailliert genug“ und „zu oberflächlich“. Andere wiederum begrüßten, dass sie durch den Fragebogen für viele Bereiche ihrer Arbeitssituation thematisch sensibilisiert worden wären. Einzelne Items schienen nicht gleichermaßen Praxis- wie auch Krankenhausärzte angesprochen zu haben, wenn gleich wir uns bemüht hatten, für beide Gruppen entsprechende Beispiele aufzunehmen

bzw. grundsätzliche Einschätzungen abzufragen. Es wurde auch angemerkt, dass einige soziodemografische Angaben hätten ergänzt werden können, so z.B. die Frage nach Umfang des Umsatzes durch privat Krankenversicherte bzw. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), eine detailliertere Aufschlüsselung der Arbeitszeit nach Tätigkeit sowie der Einkommensverhältnisse und Aufwendungen.

Allgemeine Aspekte des ärztlichen Berufs

Generelles Berufsverständnis (Frage 1 des Fragebogens)

In unserer Befragung stellten wir als Einstieg die Frage nach dem allgemeinen Berufsverständnis der befragten Ärzte. Als Vorlage diente eine Frage aus einer englischen Kohortenstudie, die sich mit Werthaltungen von frisch approbierten Ärzten beschäftigte (British Medical Association, 2008). Tabelle 3 zeigt die (prozentuale) Verteilung auf die von uns (und auch im englischen Original) vorgegebenen fünf Antwortmöglichkeiten. Die befragten Ärzte sollten die am ehesten für sie zutreffende Antwort ankreuzen. Auffallend ist die Bevorzugung von Antwort 4 in unserer Befragung im Gegensatz zu Antwort 3 in der englischen Befragung. Ob hier sprachliche Unterschiede (engl. Originalversion vs. ins Deutsche übersetzte Version) oder generell eine andere Auffassung vom Beruf (zwischen englischen und deutschen Ärzten) ausschlaggebend sind, lässt sich nicht sicher erklären.

	N ^a	% ^a	N ^b	% ^b
„Medizin ist eine Berufung und nur diejenigen, die bereit sind, sie zu ihrer höchsten Verpflichtung zu machen, sollten diesen Beruf ergreifen.“	77	2,8	5	1,1
„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung und Ärzte(innen) sollten nicht erwarten, ein Leben wie Nicht-Mediziner zu führen.“	163	6,0	40	8,5
„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung, aber Ärzte(innen) verdienen auch ein annehmbares Familienleben und Freizeit.“	1061	39,1	253	53,8
„Die Arzttätigkeit muss so organisiert werden, dass eine Balance zwischen beruflicher Entwicklung und Familie sowie anderen Interessen möglich ist.“	1224	45,1	132	28,1
„Medizin ist ein Beruf wie jeder andere und Ärzte(innen) haben ein Recht auf normale Arbeitszeiten und darauf, die Arbeit nach Dienstschluss zu vergessen.“	189	7,0	40	8,5
Gesamt	2714	100,0	470	100,0

Tab. 3: Allgemeines Berufsverständnis. Frei übersetzt aus dem Englischen (“Views on level of commitment involved in being a doctor”, BMA Cohort Study of 1995 Graduates, 2004). (a) Antworten der Ärzte(innen) unserer Befragung. (b) Vergleichswerte der englischen Originalstudie.

Tabelle 4 gibt eine Übersicht über das Antwortverhalten nach Untergruppenmerkmalen.

„Medizin ist eine Berufung und nur diejenigen, die bereit sind, sie zu ihrer höchsten Verpflichtung zu machen, sollten diesen Beruf ergreifen“												
ALL	♀	♂	JUNG	ALT	P	K	FD	FH	FK	FO	FP	KF
2,8%	2,3%	3,3%	1,8%	3,3%	3,8%	1,9%	3,2%	3,2%	1,8%	3,4%	1,8%	3,4%
„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung und ÄrztInnen sollten nicht erwarten, ein Leben wie Nicht-Mediziner zu führen“												
ALL	♀	♂	JUNG	ALT	P	K	FD	FH	FK	FO	FP	KF
6,0%	4,6%	7,3%	4,0	6,9%	7,2%	5,0%	6,3%	6,3%	6,2%	9,1%	4,4%	2,7%
„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung, aber ÄrztInnen verdienen auch ein annehmbares Familienleben und Freizeit“												
ALL	♀	♂	JUNG	ALT	P	K	FD	FH	FK	FO	FP	KF
39,1%	36,3%	41,8%	38,6%	39,4%	40,4%	38,3%	43,7%	39,4%	43,3%	45,5%	32,5%	32,3%
„Die Arztstätigkeit muss so organisiert werden, dass eine Balance zwischen beruflicher Entwicklung und Familie sowie anderen Interessen möglich ist“												
ALL	♀	♂	JUNG	ALT	P	K	FD	FH	FK	FO	FP	KF
45,1%	51,3%	39,2%	48,1%	43,7%	42,8%	47,0%	41,3%	45,9%	42,4%	35,6%	55,0%	51,2%
„Medizin ist ein Beruf wie jeder andere und ÄrztInnen haben ein Recht auf normale Arbeitszeiten und darauf, die Arbeit nach Dienstschluss zu vergessen“												
ALL	♀	♂	JUNG	ALT	P	K	FD	FH	FK	FO	FP	KF
7,0%	5,4%	8,4%	7,5%	6,7%	5,8%	7,8%	5,6%	5,1%	6,3%	6,5%	6,2%	10,4%

Tab. 4: Ergebnisse von Frage 1 nach Untergruppen (ALL: Gesamt, ♀: Ärztinnen, ♂: Ärzte, P: Praxisärzte, K: Krankenhausärzte, FD: FA diagnostisch tätig, FH: FA hausärztlich, FK: FA konservativ tätig, FO: FA operatives Fach, FP: FA psychiatrisch-psychotherapeutisch, KF: Nicht-Facharzt).

Überwiegend weisen die geringen Unterschiede zwischen den Untergruppen auf ein homogenes Antwortverhalten hin.

Ein binär logistisches Regressionsmodell mit einer dichotomen Aufteilung der fünf Antworten in „Medizin als Berufung“ (Antworten 1 und 2) versus „Work-Life-Balance“ (Antworten 3, 4 und 5) mit den unabhängigen (Prädiktor-)Variablen Alter, Geschlecht, Tätigkeitsort (Praxis, Krankenhaus), Fachgebiet (Facharzt diagnostisch, konservativ, hausärztlich, operativ, psychiatrisch tätig und Nichtfachärzte) sowie weiteren Prädiktorvariablen (wöchentl. Arbeitszeit, Alleinverdiener Ja/Nein, finanzielle Gesamtsituation, Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit und dem Leben insgesamt) lieferte allerdings folgendes Ergebnis:

Ältere Ärzte (Exp(B)≡ Odds Ratio (OR): 1,591; Konfidenzintervall (KI): 1,356-1,866), Praxisärzte (Exp(B): 1,584; KI: 1,111-2,258), Ärzte mit längerer wöchentlicher Arbeitszeit (Exp(B): 1,576; KI: 1,329-1,867) und Ärzte mit größerer Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Tätigkeit (Exp(B): 1,696; KI: 1,423-2,021) kreuzten signifikant häufiger die Antworten 1 und 2 („Medizin als Berufung“) an, als die entsprechende Referenzgruppe. Psychiatrisch tätige Ärzte (Exp(B): ,546; KI: ,308-,968) kreuzten Antworten 1 und 2 signifikant seltener an als die Referenzgruppe (Fachärzte konservativ tätig) (Nagelkerkes R²: 0,120 für dieses Modell, siehe Anlage „lineare und logistische Regressionsmodelle“ auf CD).

Berufliche Gratifikationskrisen (Frage 6.1 des Fragebogens)

Mögliche Ursachen für einen tendenziell stärkeren Wunsch nach einem ausgeglichenem Arbeits- und Familienleben können in anderen von uns erfragten Aspekten gefunden werden. Angelehnt an die von Siegrist und Mitarbeitern entwickelten Items zur beruflichen Gratifikationskrise („Effort-Reward-Imbalance“, Siegrist et al., 2004), wurden die von uns befragten Ärzte mit neun Aussagen zu Verausgabungen (Effort) und Belohnungen (Reward) im ärztlichen Beruf konfrontiert. In Tabelle 5 sind die neun Items mit Antwortformat und den Befragungsergebnissen dargestellt. Die genannten Belastungen sind häufig und ausgeprägt. Allerdings werden auch relativ häufig positive Aspekte angegeben z.B. Anerkennung durch Patienten – hier stimmen knapp 56% der befragten Ärzte der Aussage zu (Antwort „Ja“, %^b). Eine Ausnahme bildet die Einschätzung der Angemessenheit des eigenen Gehalts bzw. Verdienstes. Das Thema „Entlohnung“ wird Fragen bzw. Item übergreifend auch noch einmal unter Abschnitt 3.3 untersucht.

	MW ^a	% ^b
„Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig Zeitdruck.“	3,32	4,3
„Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.“	2,99	9,3
„Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.“	3,21	7,0
„Ich erfahre eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.“	3,10	15,8
„Ich erwarte eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.“	3,07	17,5
„Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch meine Kollegen/Vorgesetzten für angemessen.“	2,39	44,2
„Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch meine Patienten für angemessen.“	2,38	55,6
„Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch die Angehörigen von Pflege und Arztassistenz für angemessen.“	2,22	49,9
„Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Verdienst für angemessen.“	2,51	13,6

Tab. 5: Verausgabungen (Item 1 bis 5) und Belohnungen (Item 6 bis 9) im ärztlichen Beruf. Der Mittelwert (MW^a) errechnet sich bei Item 1 bis 5 aus der Wertekodierung 1= „Ja, und das belastet mich überhaupt nicht“; 2 = „Ja, und das belastet mich ein wenig“; 3 = „Ja, und das belastet mich ziemlich“; 4 = „Ja, und das belastet mich stark“. Bei Item 6 bis 9 gilt die Wertekodierung analog, allerdings beginnend mit „Nein, und das belastet mich...“. %^b: Angegeben ist der Anteil derjenigen, die der Aussage zustimmen (also „Nein“-Antworten (Item 1 bis 5), bzw. der „Ja“-Antworten (Item 6 bis 9)).

Zufriedenheit mit dem Beruf, seiner Zukunft und Aspekten des Lebens allgemein (Fragen 3 und 8 des Fragebogens)

Wir fragten auch generell nach den Erwartungen an die berufliche Zukunft: „Wie sehen Sie die ärztliche Arbeits- und Berufssituation insgesamt in der Zukunft?“ mit einer Skalierung von -5 („generell schlechter“) bis +5 („generell besser“). Der Mittelwert über alle Antworten lag bei -2,13 (Standardabweichung SD 2,284). Weibliche Ärzte, ältere Ärzte und Praxisärzte geben in einem linearen Regressionsmodell signifikant niedrigere Werte als die jeweils korrespondierenden Arztgruppen (männliche Ärzte, jüngere Ärzte, Krankenhausärzte) an. Die psychiatrisch tätigen Fachärzte zeigen signifikant höhere Werte. Die erklärte Varianz ist mit einem R^2 von 0,137 insgesamt aber recht gering (siehe Anlage „lineare und logistische Regressionsmodelle“ auf CD).

Ein differenzierteres Bild erhält man aus einem weiteren von uns untersuchten Fragenbereich: Lebenszufriedenheit wurde über verschiedene Einzelbereiche bzw. Aspekte (z.B. Beruf, Freizeit, Einkommen und Weitere) ermittelt, angelehnt an Indikatoren des Sozio-Oekonomischen-Panels (SOEP). Es zeigte sich bei den Befragten eine überwiegend hohe Zufriedenheit mit ihrer beruflichen Tätigkeit: Auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht zufrieden“) bis 10 („voll und ganz zufrieden“) gaben die befragten Ärzte im Mittel für das Item „Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit“ einen Wert von 6,70 (SD 2,27) an, für „Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt“ 7,52 (SD 1,77). „Zufriedenheit mit Freizeit“ lag hingegen im Mittel nur bei 4,53 (SD 2,64), „Zufriedenheit mit dem Einkommen“ bei 4,73 (SD 2,57). Wird fragten ebenfalls nach der „Zufriedenheit mit der Arbeit“. Hier gaben die befragten Ärzte im Mittel einen Wert von 6,43 (SD 2,18) an; zwischen „beruflicher Tätigkeit“ und „Arbeit“ besteht mit einem Korrelationskoeffizient von 0,772 (Pearsons r) ein hoher positiver Zusammenhang. Dieser Zusammenhang ist hochsignifikant ($\alpha < 0,01$). Die beiden Items werden also inhaltlich nahezu als identisch angesehen. Unter Abschnitt 3.3 wird das Item „Einkommen“ näher betrachtet.

In einer Studie der Sächsischen Landesärztekammer (Hübler et al., 2009) ergab sich ein ähnliches Bild: eine hohe Berufszufriedenheit bei gleichzeitig hoher subjektiver Belastung. Bei Bestmann et al. (2004) zeichneten sich im Vergleich zur „Normalbevölkerung“ insgesamt ähnliche Zufriedenheitswerte ab, allerdings mit einer stärkeren Polarisierung durch besonders zufriedene und besonders unzufriedene Ärzte(innen). Diese hohe Polarisierung lässt sich in unserer Befragung nicht finden.

Aktuelle Herausforderungen im ärztlichen Beruf (Fragen 2.1. bis 2.3. des Fragebogens)

Als weitere Thematik untersuchten wir verschiedene Belastungsbereiche im ärztlichen Beruf. Weibliche und männliche Ärzte, ambulant und stationär arbeitende Ärzte, Fachärzte wie Nicht-Fachärzte sehen sich zahlreichen aktuellen wie auch grundsätzlichen Herausforderungen und Problemen gegenüber. Die Herausforderungen können dabei „von außen“ einwirken (z.B. ökonomische Zwänge, rechtliche Anforderungen) wie auch „von innen“ (z.B. innerärztliche Spezialisierung, veränderte „Selbstdefinition“ der Ärzte), teilweise sind externe und interne Herausforderungen eng miteinander verbunden (z.B. im Bereich der IGe-Leistungen).

Aus verschiedenen Publikationen sowie Interviews mit „Praktikern“ hatten wir 23 Belastungsbereiche abgeleitet. Jedes einzelne wurde dreifach angesprochen:

1. Fühlen sich die befragten Ärzte von dem genannten Problem betroffen und wenn ja, wie stark belastet es sie (vierfach skaliert)?
2. Welche der „Herausforderungen“ sehen die Ärzte im besonderen Widerspruch zu ihrer persönlichen Auffassung vom Arztberuf? Hier konnten bis zu drei Probleme ausgewählt werden.
3. Sehen die befragten Ärzte Auswirkungen der Herausforderungen/Probleme auf die Behandlung und den Gesundheitszustand ihrer Patienten?

Tabelle 6a gibt die Ergebnisse für die drei Fragenteile wieder („Herausforderungen... belasten“, „...stehen im Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf“, „...haben Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand der Patienten“). Die Gruppierung der Probleme orientiert sich an den Ergebnissen einer explorativen Faktorenanalyse (Hauptkomponenten-Analyse, Varimax-Rotation, siehe Anlage „Faktorenanalysen“) der 23 Items von Fragenteil 1. Die angebotenen Herausforderungen ließen sich den vier folgenden und von uns so bezeichneten Faktoren zuordnen:

1. externe Kontrollen und administrative Anforderungen.
2. (moderne) fachliche Anforderungen.
3. Wettbewerbs- und Kostendruck.
4. Externe Motivatoren.

Externe Kontrollen und administrative Anforderungen	MW ^a	% ^b	Rang ^c	MW ^d	% ^e
weitere Dokumentationen, Schreibkram.....	3,46	3,1	2.	1,22	15,4
ökonomische Vorgaben und Zwänge Vorgaben.....	3,12	11,0	1.	1,32	7,4
zunehmender Einfluss der Verwaltungen.....	3,11	8,2	3.	1,24	16,9
immer neue rechtliche Normen.....	3,03	16,4	10.	1,62	22,5
vermehrte Kontrollen und Prüfungen.....	2,90	11,7	8.	1,68	27,9
Ausweitung von Managed Care.....	2,70	26,3	15.	1,89	30,7
schärferes Haftungsrecht.....	2,67	7,5	11.	1,74	37,3
zunehmender Wettbewerb unter Leistungserbringern.....	2,45	15,0	14.	2,00	26,7
Moderne fachliche Anforderungen					
rascher medizinisch-technischer Fortschritt.....	2,39	8,5	22.	2,44	13,0
anspruchsvollere EDV und Technik.....	2,36	3,9	18.	2,30	30,1
zunehmender Einfluss durch Leitlinien, Evidenz-basierte-Medizin....	2,28	3,2	13.	2,26	12,4
sich verändernde Patienten.....	2,17	3,0	17.	2,08	25,4
Fortbildungspflicht.....	2,14	2,0	16.	2,71	22,9
zunehmende innerärztliche Spezialisierung.....	2,06	11,0	19.	2,24	22,5
Anforderungen aus der Teamarbeit.....	1,85	13,7	23.	2,68	37,4
Wettbewerbs- und Kostendruck					
zunehmende Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV.....	2,58	20,3	9.	1,17	15,5
zunehmende Kommerzialisierung.....	2,49	26,0	6.	1,38	14,9
zunehmende Belastung, Ausgrenzung sozial schwacher Mitbürger..	2,40	16,9	7.	1,10	28,2
Konkurrenz mit anderen medizinischen Fachberufen.....	1,81	23,5	21.	1,98	46,6
Konkurrenz zu Heilpraktikern, Alternativmedizin.....	1,42	20,1	20.	1,84	59,4
Externe Motivatoren					
schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf.....	3,05	5,4	5.	1,17	39,2
unangemessenes Einkommen.....	2,87	8,0	4.	1,23	66,2
verringertes Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit.....	2,18	5,7	12.	1,42	57,1

Tab. 6a: Herausforderungen im ärztlichen Arbeitsfeld. Geordnet nach Bereichen aufgrund Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse, nach Varimax-Rotation).

^a Der Mittelwert (MW) errechnet sich aus folgenden Wertekodierungen: 1 = (die Herausforderung) trifft auf mich zu, belastet überhaupt nicht; 2 = trifft zu, belastet ein wenig; 3 = trifft zu, belastet ziemlich; 4 = trifft zu, belastet stark; Die Antwort „trifft auf mich nicht zu“ wurde nicht in die Mittelwertberechnung einbezogen; %^b gibt die relative Häufigkeit der Antwort „trifft auf mich nicht zu“ an.

^c Diese Items stehen im besonderen Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf; angegeben sind Ränge nach Häufigkeit der Nennungen.

^d Der Mittelwert (MW) zur Frage „Sehen Sie Auswirkungen der Herausforderungen auf Behandlung und Gesundheitszustand Ihrer Patienten?“ berechnet sich aus folgenden Wertekodierungen: 1 = ja, negative (Auswirkungen); 2 = teils positive, teils negative; 3 = ja, positive; Die Antwort „keine Auswirkungen“ wurde nicht in die Mittelwertberechnung einbezogen; %^e gibt die relative Häufigkeit der Antwort „keine Auswirkungen“ an.

Für die als stark belastend wahrgenommenen Items „weitere Dokumentationen, Schreibkram“ (Bereich „externe Kontrollen und administrative Anforderungen“) sowie „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ (Bereich „externe Motivatoren“) soll im Folgenden der Einfluss der Schichtungsmerkmale („Arztgruppen“) genauer dargestellt werden (siehe hierzu auch die Anlage „Effektstärken gesamt“ auf CD). Grundlage ist die Mittelwertberechnung für Fragenteil 1 („Herausforderungen...belasten“), wie in der Legende zu Tab. 6a dargestellt. Zwischen weiblichen und männlichen Ärzten bestehen hier nur geringe Mittelwertunterschiede für „weitere Dokumentationen, Schreibkram“ (3,4 vs. 3,5, Standardabweichung (SD) 0,7), ebenso für die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Be-

ruf“ (3,1 vs. 3,0, SD 0,9). Für die jungen Ärzte (≤ 40 Jahre) zeigte sich eine stärkere Belastung durch die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ als für die älteren Ärzte (3,3 vs. 2,9, SD 0,9). „Dokumentationen, Schreibkram“ wiesen dagegen identische Mittelwerte auf (3,5 vs. 3,5, SD 0,7). Im Vergleich „Krankenhausärzte“ vs. „Praxisärzte“ gaben die Krankenhausärzte stärkere Belastungen durch „Dokumentationen, Schreibkram“ an (3,5 vs. 3,4, SD 0,7) als die Praxisärzte, auch die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ belastete die Krankenhausärzte stärker (3,3 vs. 2,8, SD 0,9).

Das Item „Dokumentationen, Schreibkram“ zeigte für die Fachärzte hausärztlich tätig (3,6) sowie die Fachärzte operativ tätig (3,5) die höchsten Belastungen, für die Fachärzte diagnostisch tätig mit 3,0 die niedrigste Belastung (SD 0,7). Die Fachärzte psychiatrisch tätig gaben insgesamt geringere Belastungen durch die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ an (2,8) als z.B. die Nicht-Fachärzte (3,4, SD 0,9). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Arztgruppen im Lichte dieser Items eher gering; die Effektstärke der dichotomen Prädiktorvariablen erreicht nur einmal (ohne Kontrolle der Einflüsse anderer Variablen) 0,80 („Schreibkram“ in der Sicht von Hausärzten vs. Labor- und Röntgenärzten).

Um zu entscheiden, ob Mittelwertunterschiede zwischen den Untergruppen nicht nur signifikant, sondern auch relevant sind, wird zur Abschätzung der Effektstärke die Formel

$$\frac{\mu_A - \mu_B}{\sigma}$$

als Differenz der interessierenden (Untergruppen)Mittelwerte der Einzelitems $\mu_A - \mu_B$, standardisiert auf die Standardabweichung (Streuung σ) der gesamten Stichprobe dieser Items verwendet. Die Effektgrößen werden wie folgt klassifiziert: $\geq 0,20$ = klein, $\geq 0,50$ = mittel, $\geq 0,80$ groß. In der Anlage „Effektstärken gesamt“ sind jeweils die Mittelwerte für die Einzelitems (fast) aller Fragen des Fragebogens nach Untergruppen aufgeschlüsselt aufgeführt; für die jeweils größten Mittelwertdifferenzen wurde die Effektstärke berechnet (siehe Anlage „Effektstärken gesamt“ auf CD).

Der generelle Befund weitgehender Homogenität zwischen den verschiedenen Schichtungsmerkmalen bestätigte sich auch in der multivariaten Analyse. Mit den Faktorenwerten aus den oben geschilderten und in Anlage „Faktorenanalyse“ aufgeführten vier Faktoren wurde in einem linearen Regressionsmodell der Einfluss von verschiedenen Prädiktorvariablen untersucht. Tabelle 6b zeigt signifikante Effekte verschiedener Prädiktorvariablen. Die erklärte Varianz durch die Prädiktoren ist jedoch insgesamt gering.

F21 Faktorwerte

	Geschlecht: weiblich	Alter	Tätigkeitsort: Praxis	FA diagnostisch	FA hausärztlich	FA operativ	FA psychiatrisch	Nicht-Facharzt	Alleinverdiener: Ja	wöchentl. Arbeitszeit [Std.]	finanzielle Gesamtsituation	Zufriedenheit mit berufl. Tätigkeit	Zufriedenheit mit Leben insg.	R ²
Fachliche Anforderungen	+	.	-	0,073
Kontrolle und Administration	.	+	.	.	+	+	.	-	.	0,084
Wettbewerbs- und Kostendruck	+	.	+	.	.	.	-	.	.	.	+	.	-	0,212
Externe Motivatoren	.	-	-	+	.	+	+	-	.	0,273

Tab. 6b: Lineares Regressionsmodell zu Frage 2.1. Abhängige Variablen: Faktorwerte zu F21. Unabhängige Variablen (metrisch skaliert, z-standardisiert): Alter, wöchentliche Arbeitszeit, finanzielle Gesamtsituation (ursprünglich 1: ausgezeichnet bis 6: miserabel), Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit (F8, Item 9), Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt (F8, Item 10). Unabhängige Variablen (Dummykodierung): Geschlecht (Referenz männlich), Tätigkeitsort (Referenz Krankenhaus), Fachgebiet (Referenz: Fachärzte konservativ tätig), Alleinverdiener (Referenz: nicht Alleinverdiener). + gibt an, dass durch dieses Merkmal signifikant stärkere Belastungen angegeben werden. Für Felder, die mit einem Punkt · gekennzeichnet sind, liegen keine signifikanten Effekte vor.

Es fällt auf, dass bestimmte Merkmalsgruppen besonders stark belastende Bereiche angeben: Ärztinnen fachliche Anforderungen und Wettbewerbs-/Kostendruck; ältere Ärzte Kontrolle und Administration, dafür geringere Belastungen durch externe (De)Motivatoren; Praxisärzte leiden vor allem unter Wettbewerbs- und Kostendruck. Fachliche Anforderungen und geringere Entlohnung (externe Motivatoren) scheinen sie jedoch weniger zu belasten. Diesen Befund konnten wir ja bereits in Frage 1 sehen (Bevorzugung von Antworten 1 und 2 gegenüber den jüngeren Ärzten). Für die Hausärzte zeigt sich eine besonders hohe Belastung durch Administration („Schreibkram“). Auch dies mag an den hohen organisatorischen Anforderungen (z.B. Pflegeplanung, Disease Management Programme für Patienten) zusätzlich zu den rein ärztlichen Anforderungen liegen.

Ärztliche Grundwerte und Aufgaben (Fragen 4.1. und 4.2. des Fragebogens)

Viele der im (ärztlichen) Arbeitsalltag gelebten Werthaltungen und Maximen ärztlichen Handelns basieren auf grundlegenden Prinzipien. Erinnerung sei z.B. an die vier von Beauchamp und Childress formulierten Prinzipien (Beauchamp und Childress, 2001) Autonomie („autonomy“), Wohltun („beneficence“), Schadensvermeidung („nonmaleficence“) und Gerechtigkeit („justice“).

Zahlreiche nationale wie internationale Gelöbnisse, Deklarationen, Leit- und Richtlinien sowie Gesetze geben dem praktisch tätigen Arzt nach Bauer (2005) ein „rechtsethisches Stützkorsett“. „Dieses könne ihn [den Arzt] aber nicht vor inneren Konflikten im Hinblick auf sein ärztliches Selbstverständnis bewahren“.

Welche Werte Bestandteil eines möglicherweise heterogenen ärztlichen Selbstverständnisses sind und welche Gewichtung diesen Werten beigemessen wird, ist unklar; empirische Befunde sind rar. Unsere (Muster-)Berufsordnung in der Fassung von 2006 konstatiert in §1 (Bundesärztekammer, 2006): „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen wie der Bevölkerung“. Hier werden also Gemeinwohlaspekte auf eine annähernd gleiche Stufe wie Individualwohlaspekte (des Patienten) gestellt. Nebenbei wird noch einmal ausgedrückt, dass grundlegende ärztliche Wertorientierungen unterschiedliche Nutznießer haben können, hier neben dem einzelnen Patienten auch „die Bevölkerung“. Diesem Gedanken folgend werden sich unterschiedliche Teilleistungen der ärztlichen Tätigkeit unterschiedlichen Benefiziaren zuordnen lassen.

In Frage 4.2 und 4.1 hatten wir die eventuell abgestufte Bedeutung verschiedener Grundwerte einerseits und die ggf. unterschiedliche Bedeutung verschiedener „Nutznießer“ andererseits erhoben. Wir untersuchten in Frage 4.2 vier in der Literatur als zentral gewichtete Grundprinzipien: die von Beauchamp und Childress genannten sowie den zunehmend relevanten und in §12 SGB V verankerten Aspekt der „Wirtschaftlichkeit“.

Die befragten Ärzte sollten jedem dieser vier Grundwerte in Frage 4.2 einen Rang zwischen 1 (größte Wichtigkeit) bis 4 zuordnen. Das Patientenwohl rangiert mit weitem Abstand auf Platz 1, die Wirtschaftlichkeit mit weitem, wenn auch etwas geringerem Abstand auf Platz 4. Mehrfachbesetzungen von Rängen sollten vermieden werden. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden Doppelbesetzungen von Rängen einbezogen, weil es offenbar für eine recht hohe Anzahl der Befragten nicht möglich war, eine klare Hierarchisierung (wichtiger als...) zwischen einzelnen Items durchzuführen.

Ein erweitertes Bild erhält man, wenn neben diesen Grundwerten auch deren mögliche „Nutznießer“ betrachtet werden, also Personen, Gruppen oder Institutionen, die von ärztlichem Tun profitieren (können). Die befragten Ärzte sollten hierzu in Frage 4.1 jedem der acht von uns vorgegebenen möglichen „ärztlichen Verantwortungsbereichen“ einen Rang von 1 (größte Bedeutung) bis 8 (geringste Bedeutung) zuordnen. Gleiche Ränge sollten auch hier vermieden werden. Die Auswertung der Rangfolgen in Frage 4.2 und 4.1 zeigte eine Schwierigkeit in der Darstellung der Ergebnisse: es hätten theoretisch $4!$ (=24, Frage 4.2) bzw. $8!$ (=40.320, Frage 4.1) verschiedene Rangfolgen gebildet werden können, die man in ihrer Häufigkeit hätte darstellen müssen.

Doch auch wenn einige Rangfolgen bevorzugt, also häufiger besetzt gewesen wären, wäre der darstellbare Rahmen gesprengt. Auch der Versuch z.B. für Frtage 4.1. die Ränge 1-3, 4-5 und 6-8 zusammenzulegen, führte nicht zu einer spürbaren Reduktion darzustellender Rangfolgekombinationen. Es wurde daher je Item ein Mittelrang gebildet.

Tabelle 7 gibt die Anteile der auf die einzelnen Grundwerte entfallenden Ränge sowie jeweils den mittleren Rangplatz an.

	N	MIN	MAX	Mittelwert	SD
Patientenwohl (und Abwendung von Schaden)	2697	1	4	1,21	,502
Soziale Gerechtigkeit (gleicher Zugang, gleiche Behandlung bei gleichem Bedarf)	2697	1	4	2,49	,807
Patientenselbstbestimmung	2697	1	4	2,84	,907
Wirtschaftlichkeit (sparsamer Umgang mit knappen Ressourcen)	2697	1	4	3,47	,742

Tab. 7: Mittlere Ränge; ohne Doppelbesetzungen von Rängen (also z.B. alle Items mit Rang „2“).

Tabelle 8 gibt die mittleren Ränge für jeden einzelnen „Nutznießer“ an. Die geringere Zahl valider Antworten weist auf die Schwierigkeit dieses Fragetypus hin. Personen, die verschiedenen Bereichen gleiche Ränge zuordneten wurden ausgeschlossen. Wieder führt „Gesundheit und Wohl meiner Patienten“, wieder rangiert die „Wirtschaftliche Situation der Krankenversicherung“ auf dem letzten Platz. Bemerkenswert ist die hohe Gewichtung der eigenen Familie, engsten Freunde und eigenen Person und die niedrige des eigenen Berufsstandes.

	N	MIN	MAX	Mittelwert	SD
Gesundheit/Wohl meiner Patienten	2612	1	8	1,81	1,139
Meine Familie und engste Freunde	2612	1	8	3,21	1,853
Meine Person (Einkommen, persönliche Interessen, Gesundheit)	2612	1	8	3,51	1,765
Gesundheit und Wohl der Bevölkerung („Public Health“)	2612	1	8	4,19	1,895
Wirtschaftliche Situation meiner Praxis, meines Krankenhauses	2612	1	8	4,69	1,566
Die Entwicklung der Medizin durch Forschung und Lehre	2612	1	8	4,93	1,775
Ansehen und Einfluss des ärztlichen Berufsstandes	2612	1	8	6,39	1,417
Wirtschaftliche Situation der Krankenversicherung	2612	1	8	7,28	1,217

Tab. 8: Mittlere Ränge; ohne Doppelbesetzungen von Rängen (also z.B. alle Items mit Rang „2“).

Bei den Fragen mit Rangfolge zeigte sich, dass die strikt hierarchische Rangbildung teilweise nicht eingehalten werden konnte und Ränge mehrfach besetzt wurden. In den frei-

en Kommentaren wurden Gründe geliefert: „Meine lieben Freunde, das gehört doch alles zusammen!! Frage: Welches Rad an Ihrem Auto ist das Wichtigste? a) vorne rechts? b) vorne links? c) hinten rechts? d) hinten links?“. Ein weiterer Kommentar: „Die Frage ist m.E. nicht zu bearbeiten/zu beantworten, da die Abhängigkeit der einzelnen Punkte voneinander, bzw. deren Auswirkung aufeinander zu stark ist (z.B. tritt meine Familie zwangsläufig hinter dem Wohl meiner Patienten zurück – weniger Zeit, viel Kompromisse nötig... - im Ernstfall würde ich aber notfalls den Beruf aufgeben, ehe die Familie zerbricht.) Und: Gesundheit und Wohl meiner Patienten hängen manchmal von der wirtschaftlichen Situation (auch der Krankenkassen) ab – wie soll ich da sinnvoll eine Rangfolge erstellen?“ Es wurde auch angemerkt, dass „meine Person“ und „meine Familie“ nicht den ärztlichen Verantwortungsbereichen zugerechnet werden könnten.

Ärztliche Aufgaben und deren subjektive Wichtigkeit (Frage 5 des Fragebogens)

Aus Grundwerten und Nutznießern lässt sich gedanklich eine zweidimensionale Matrix aufbauen, deren Zellen mit ärztlichen Teilaufgaben gefüllt werden können. Auf dem Boden einer Analyse verschiedener (im Abschnitt „Einleitung und Hintergrund“ und im Literaturverzeichnis aufgeführter) Publikationen hatten wir 39 unterschiedliche ärztliche Aufgaben bzw. Leistungen identifiziert und in unseren Fragenkatalog aufgenommen – eine sicherlich nicht erschöpfende Anzahl. Im Fragebogen sollten die Befragten die Wichtigkeit jeder einzelnen dieser „konkreten Aufgaben“ einschätzen. Es wurde ein fünfstufiges Antwortformat vorgegeben: „überhaupt nicht wichtig“, „wenig wichtig“, „ziemlich wichtig“, „sehr wichtig“ und „äußerst wichtig“. Zur einfachen Darstellung und Interpretation werden jeweils nur die Mittelwerte angegeben (Wertekodierung siehe Tab. 9).

Zusätzlich ordneten wir jedes Einzelitem einem von acht (übergeordneten) Aufgabenbereichen zu: **„Patient und Autonomie“**, **„Patient und Nichtschaden“**, **„Patient und Wohltun: Zuwendung und Empathie“**, **„Patient und Wohltun: fachliche Aspekte“**, **„Eigenwohl des Arztes“**, **„Eigenwohl des Berufsstandes“**, **„Gemeinwohl („Public Health“)**“ sowie **„Systemwohl und Wirtschaftlichkeitsaspekt“**.

Ausgewählte freie Kommentare sollen einige Items qualitativ beleuchten; das jeweilige Item ist in Eckklammern vorangestellt. Zum Bereich „Patient und Autonomie“: [Dem Pat. Alternativen darstellen, das Einholen von Zweitmeinungen unterstützen]: „Alternativen

sind ziemlich wichtig, Zweitmeinungen nur in besonderen Fällen“. [Selbstsorge des Patienten fordern und fördern]: „Interessiert die Patienten aber fast gar nicht!!!“. „Die meisten Patienten sind nicht gerne krank. Fördern ja, wenn möglich. Fordern nein!“. Bereich „Patient Wohltun: Zuwendung und Empathie“: [Zuhören und sprechen]: „Das widerspricht sich!“. Bereich „Patient Wohltun: fachliche Aspekte“: [Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt)]: „Betrachten Sie Respekt vor dem Gegenüber als „Etikette“?“. [unentgeltlich Leistungen erbringen]: „Bei allen psychosomatischen Patienten.“; „Wenn es sein muss, wird es gemacht.“; „In Grenzen.“; „Geht nicht ohne!!“; „Machen wir unfreiwillig von morgens bis abends!!!“. Zum Bereich „Eigenwohl des Arztes“: [eigenes Einkommen erhöhen]: „In der Kassenpraxis nicht möglich, selbst wenn die Patienten mit den Beinen abstimmen, KV streicht!“. [Werbung für eigene Einrichtung betreiben]: „Eigentlich: überhaupt nicht wichtig; leider: sehr wichtig“. Zum Bereich „Eigenwohl des Berufsstandes“: [Beteiligung an Forschung und Lehre]: „Noch mehr unbezahlte Arbeit.“; „Falls zeitlich noch machbar“. [Ausarbeitung von Leitlinien]: „Halte ich nicht mehr für sinnvoll, seit sich herausgestellt hat, dass die Krankenkassen die Leitlinien benutzen, um Call-Center auszubauen“. Zum Bereich „Public Health“: [Ausgleich sozialer Benachteiligung]: „Verantwortung anderer Stellen“. Zum Bereich „Systemwohl“: [Beteiligung an Rationierungsdebatte]: „Unter ideologischem Druck sinnlos!“. [nicht-indizierte Leistungen verweigern]: „Kommt drauf an, welche...“. „Zu Lasten der Allgemeinheit notfalls“. [Dokumentationspflichten (Pflichten unterstrichen)]: „Da hat man keine Wahl, egal wie ich es bewerte“.

Zur Kontrolle der von uns gewählten Zuordnungen führten wir eine Faktorenanalyse über alle in Frage 5 erfragten ärztlichen Aufgaben durch (Hauptkomponenten-Analyse, Varimax-Rotation, siehe Anlage „Faktorenanalysen“).

Für insgesamt 5 Items (eigenes Einkommen sichern, eigenes Einkommen erhöhen, unentgeltlich Leistungen erbringen, Werbung für eigene Einrichtung betreiben, Beteiligung an Forschung und Lehre) zeigte jeweils ein Kaiser-Meyer-Olkin-Maß (KMO-Maß) $< 0,800$ eine geringere Stichprobeneignung an als für die übrigen Items.

Damit entspricht unsere Konzept geleitete Zuordnung der Items zu den acht Benefiziären zumindest für die hochladenden Items im Wesentlichen den Ergebnissen der explorativen Faktorenanalyse. Einige Items laden jedoch teilweise mehrdeutig (mit Faktorladungen $< 0,500$). Aus den in ihrer Wichtigkeit eingeschätzten Aufgaben der acht Bereiche wurden jeweils noch einmal Mittelwerte zweiter Ordnung berechnet (Tabelle 9).

Patient und Autonomie:	4,05^a
Selbstsorge des Patienten fördern und fördern	4,23
Patienten sorgfältig und umfassend aufklären	4,20
Patientenverfügung achten	4,18
Dem Patienten Alternativen darstellen	3,59
Patient und Nichtschaden:	4,15
Verbot der Diskriminierung nach Alter, sexueller Orientierung, ethnischer Herkunft	4,36
Verschwiegenheit, Datenschutz	4,33
Berücksichtigen eigener Kompetenzgrenzen (Überweisungen, Konsile)	4,04
Schutz vor ökonomischer Ausbeutung des Patienten	3,85
Patient und Wohltun (Zuwendung und Empathie):	3,89
Zuhören und sprechen	4,27
Mitgefühl, „Liebe“, Empathie empfinden/zeigen	3,89
Angehörige und Lebenswelt des Pat. einbeziehen	3,76
Fürsorge und psychosoziale Unterstützung für den Pat. anbieten	3,66
Patient und Wohltun (fachliche Aspekte):	3,10
Fortbildung wahrnehmen („lebenslanges Lernen“)	3,99
„Lotse“ für den Pat. im Gesundheitssystem sein	3,47
Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt) wahren	3,40
Interessen des Pat. gegenüber Ämtern und Behörden vertreten	2,83
Klinisch-technische Kompetenz („Medizin als Handwerk“) betonen	2,76
Unentgeltlich Leistungen erbringen	2,18
Eigenwohl des Arztes:	3,40
Eigene Familie, Privatsphäre schützen	4,29
Achtsamer Umgang mit sich selbst; sich bei Problemen helfen lassen	3,76
Eigenes Einkommen sichern	3,50
Eigenes Einkommen erhöhen	2,92
Werbung für eigene Einrichtung betreiben	2,53
Eigenwohl des Berufsstandes:	3,23
Unbestechlichkeit bewahren	4,45
Interessenskonflikte aufdecken	3,68
Fehler eingestehen, dem Patienten Unsicherheiten mitteilen	3,46
Keine Patienten abwerben	3,34
Beteiligung an Forschung und Lehre, z.B. auch durch Teilnahme an Studien	2,73
Beteiligung an Ausarbeitung von Leitlinien	2,58
Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung (ÄK)	2,41
Public Health:	3,27
Präventionsarbeit stärken (Impfen, Ernährung, Lebensstil etc.)	3,85
Schulungen für Patienten-/Krankengruppen anbieten	3,19
Medizinisches Wissen für das Laienpublikum aufbereiten	3,03
Ausgleich sozialer Benachteiligung fördern	3,02
Systemwohl (Wirtschaftlichkeitsaspekt):	2,86
Nicht-indizierte Leistungen verweigern	3,39
Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten	3,02
Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl	2,87
Alle Dokumentationspflichten erfüllen	2,59
Beteiligung an Rationierungs-/Priorisierungsdebatte	2,45

Tab. 9: Ärztliche Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen. Angegeben ist der Mittelwert aus folgenden Wertekodierungen: 1 = ich bewerte die Aufgabe als überhaupt nicht wichtig; 2 = wenig wichtig; 3 = ziemlich wichtig; 4 = sehr wichtig; 5 = äußerst wichtig. ^a Mittelwert des Aufgabenbereiches.

Es fällt wieder ins Auge, dass Items, die auf den Individualwohlaspekt des Patienten zielen, insgesamt als besonders wichtig bewertet werden, wohingegen „patientenferne“ Systemaspekte und berufsständische sowie Wissenschaftsaspekte weniger wichtig zu sein scheinen.

Für weitere multivariate Auswertungen wurde eine zweite Faktorenanalyse (ebenfalls Hauptkomponentenanalyse, Varimax-Rotation, siehe Anlage „Faktorenanalysen“) berechnet, aus der die oben erwähnten fünf Items ausgeschlossen wurden, um das Maß der Stichprobeneignung KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) weiter zu erhöhen. Die Lösung ist weniger konzeptgeleitet, damit auch weniger eindeutig. Bei der Betrachtung der Faktorenwerte müssen daher auch niedrig ladende Items inhaltlich berücksichtigt werden. Tabelle 10 (auf der folgenden Seite) gibt die 8-Faktorenlösung mit den dazugehörigen Faktorenladungen der Items wieder.

Unterschiede in der Bewertung der acht Aufgabenbereiche sollten zusätzlich in linearen Regressionsmodellen durch unsere Schichtungsmerkmale (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsort und Fachgebiet) sowie weitere mögliche Prädiktoren erklärt werden. Aufgeführt sind in Tabelle 11 die Merkmale, die unter Kontrolle der übrigen Merkmale einen statistisch signifikanten Einfluss auf den Faktorenwert des jeweiligen Aufgabenbereichs hatten, bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit für den Fehler 1. Art von unter 5 %.

Tab. 11: Lineares Regressionsmodell zu Frage 5. Abhängige Variablen: Faktorwerte zu Frage 5. Unabhängige Variablen wie in Tabelle 6b erläutert. + gibt an, dass die ärztlichen Aufgaben signifikant höher bewertet werden. Für Felder, die mit einem Punkt · gekennzeichnet sind, liegen keine signifikanten Effekte vor.

	Geschlecht: weiblich	Alter	Tätigkeitsort: Praxis	FA diagnostisch	FA hausärztlich	FA operativ	FA psychiatrisch	Nicht-Facharzt	Alleinverdiener: Ja	wöchentl. Arbeitszeit [Std.]	finanzielle Gesamtsituation	Zufriedenheit mit berufl. Tätigkeit	Zufriedenheit mit Leben insg.	R ²
F5 Faktorwerte														
Wissenschaft und Berufspolitik	·	·	-	+	·	·	·	·	·	·	·	·	·	0,018
Ehrlichkeit und Offenheit	·	·	-	·	·	+	+	·	·	·	·	·	·	0,019
Empathie und Psychosoziales	+	+	·	-	+	·	+	+	·	·	·	+	·	0,110
Unbestechlichkeit und Fairness	+	+	+	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	0,058
Präventionstätigkeit	+	-	·	·	+	-	-	·	·	·	·	·	·	0,056
Wirtschaftlichkeit	-	·	+	+	-	+	-	-	·	+	·	-	·	0,060
Eigenschutz	+	-	·	·	+	·	+	+	·	·	·	-	+	0,081
Pflichterfüllung	+	·	+	·	-	+	-	-	·	·	·	+	·	0,038

Wissenschaft und Berufspolitik

Ärztliche Selbstverwaltung	,638
Ausarbeitung v. Leitlinien	,576
Schulungen anbieten	,573
Rationierungs-/Priorisierungsdebatte	,559
Gemein- vs. Individualwohl	,548
Medizinisches Wissen aufbereiten	,527
Pat. gegenüber Behörden vertreten	,383
Präventionsarbeit stärken	,343
Ausgleich soz. Benachteiligung	,324
Psychosoz. Unterstütz. f. Pat.	,290
Alle Dokumentationspflichten erfüllen	,254

Ehrlichkeit und Offenheit

Zweitmeinungen einholen	,698
Fehler eingestehen	,606
Berücksichtigen v. Kompetenzgrenzen	,531
Schutz vor ökon. Ausbeutung	,487
Pat. aufklären	,460
Verbot v. Diskriminierung	,455
Lebenswelt des Pat. einbeziehen	,397
Ausgleich soz. Benachteiligung	,305
Lotse im Gesundheitssystem	,253

Empathie und Psychosoziales

Mitgefühl	,778
Zuhören/Sprechen	,733
Psychosoz. Unterstützung f. Pat.	,537
Pat. gegenüber Behörden vertreten	,440
Lebenswelt des Pat. einbeziehen	,396
Etikette	,377
Lotse im Gesundheitssystem	,376
Ausgleich soz. Benachteiligung	,357

Unbestechlichkeit und Fairness

Unbestechlichkeit	,659
Keine Pat. abwerben	,646
Interessenkonflikte aufdecken	,566
Schutz vor ökon. Ausbeutung	,475
Datenschutz	,431
Verbot v. Diskriminierung	,414
Ausgleich soz. Benachteiligung	,374

Präventionstätigkeit

Selbstsorge des Pat. fördern	,619
Präventionsarbeit stärken	,591
Patientenverfügung achten	,526
Lebenswelt des Pat. einbeziehen	,438
Schulungen anbieten	,429
Lotse im Gesundheitssystem	,268

Wirtschaftlichkeit

Kosten-Nutzen beachten	,642
Nicht-indizierte Leist. verweigern	,604
Klinisch-techn. Kompetenz	,577
Etikette	,327
Rationierungs-/Prior.debatte	,262

Eigenschutz

Eigene Familie schützen	,778
Achtsamer Umgang mit s. selbst	,760
Psychosoz. Unterstütz. f. Pat.	,253

Pflichterfüllung

Alle Dokum.pflichten erfüllen	,581
Fortbildung/lebenslanges Lernen	,553
Pat. aufklären	,490
Datenschutz	,485
Etikette	,301
Verbot v. Diskriminierung	,263

Tab. 10: Faktoren und Faktorenladungen aus Faktorenanalyse (Hauptkomponenten, Varimax-Rotation) mit N=2475 zu 34 Items aus Frage 5 („ärztliche Aufgaben“).

Ärztliche Freiberuflichkeit (Frage 6.2. des Fragebogens)

In unserer Befragung sollten die Ärzte auch zum Thema „freie Berufe“ Stellung beziehen und angeben, inwiefern ihre berufliche Tätigkeit der eines freien Berufes entspräche. Möglich waren Antworten von 0 („überhaupt nicht“) bis 10 („in höchstem Maße“). Über alle Antworten ergab sich ein Mittelwert von 4,45 (SD 2,63). Praxisärzte und psychiatrisch tätige Ärzte gaben signifikant höhere, Hausärzte signifikant niedrigere Werte an (siehe Anlage „lineare und logistische Regressionsmodelle“ auf CD).

Insgesamt zeigt sich, dass die befragten Ärzte ihre berufliche Tätigkeit kaum mit den Merkmalen eines freien Berufes identifizieren können. In einigen schriftlichen Kommentaren (und Randbemerkungen) hat sich gezeigt, dass die in der Frage aufgeführten Charakteristika durchaus unterschiedlich in die Gesamtwertung einfließen: So werden „ein hohes Maß an Eigenverantwortung“ oder „fundierte Spezialausbildung“ hoch bewertet, „wirtschaftliche Selbstständigkeit“ oder „weitgehende Selbstverwaltung und Disziplinargewalt“ aber kaum in der beruflichen Tätigkeit wieder erkannt. Dies könnte auch ein Beleg dafür sein, dass Einflüsse durch externe Regulation im Kontrast zum ärztlichen Selbstverständnis wahrgenommen werden.

Einstellungen zum Umfang der GKV-Leistungen (Frage 7 des Fragebogens)

Von 2725 Personen (97,3%) liegen gültige Antworten vor. 41 Personen kreuzten mehr als eine Antwortmöglichkeit an (ungültige Antwort), 34 Personen beteiligten sich überhaupt nicht an dieser Frage. 1714 Befragte (62,9%) entschieden sich für Antwort drei: „Der/die Patient/in in der GKV hat das Recht auf medizinisch umfassende Behandlung – aber nur mit Verfahren, deren Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erwiesen sind („Evidenz-basierte-Medizin“). 23,5% wählten „Der/die Patient/in in der GKV hat das Recht auf medizinisch optimale Behandlung – der Leistungskatalog der GKV und die Kosten dürfen dabei (fast) keine Rolle spielen.“ Die extremeren Positionen „der Patient soll erhalten was er wünscht“ (0,8%) und „der Patient hat nur Anspruch auf Leistungen, die vom Budget gedeckt werden“ (2,8%) sind unbedeutend. „Eine knappe Grundversorgung und darüber hinaus gehende Absicherungen durch eigene Aufwendungen (PKV und IGeL)“ werden von 9,0% bevorzugt.

Die Weiterentwicklung des ärztlichen Berufsstandes: Welche Akteure sollen das Primat haben? (Frage 9 des Fragebogens)

Es sollte in unserer Befragung auch darum gehen, „wie man den ärztlichen Berufsstand stärken und weiter entwickeln kann.“ Wem soll dabei nach Meinung der Antwortenden „die Hauptaufgabe zukommen?“ Wir gaben 9 mögliche Akteure vor, denen Ränge zwischen 1 (höchste Bedeutung) und 9 (am wenigsten bedeutend) zugeordnet werden sollten. Es wurde jeweils der mittlere Rang jedes potentiellen Akteurs berechnet:

Mit einem mittlerem Wert von 3,40 kommt fachspezifischen Berufsverbänden zusammen mit Ärztekammern (3,86) und jedem Arzt individuell (3,86) die Spitzenposition zu, gefolgt von anderen Verbänden (z.B. Marburger Bund, Hartmannbund, NAV Virchow-Bund, Mittelwert 4,54), Ärztegenossenschaften (5,58), wissenschaftlichen Fachgesellschaften (5,60) und Universitäten und medizinischen Fakultäten (5,65). Dem Gesetzgeber (6,23) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (6,28) wird die geringste Bedeutung zur Stärkung und Weiterentwicklung des Berufsstandes beigemessen. Die Effektstärke durch die Merkmale sind bestenfalls gering bis mittelstark ausgeprägt (siehe Anlage „Effektstärken gesamt“ auf CD)

Demografische Angaben

Tabelle 12 führt verschiedene, im demografischen Abschnitt des Fragebogens erfragte Angaben an, jeweils getrennt nach den bekannten Untergruppen. Unterschiede zwischen den Untergruppen sind, wo nicht offensichtlich (z.B. Alter und Approbationsdauer der „jungen“ Ärzte), zumindest doch plausibel zu erklären:

Die kürzere wöchentliche Arbeitszeit der weiblichen Ärzte könnte sich z.B. durch einen höheren Teilzeit-Anteil erklären (hier nicht erfragt); Fachärzte operativ und Krankenhausärzte allgemein haben wahrscheinlich durch längere (nicht planbare) Arbeitszeiten einerseits und ein höheres Pensum an Bereitschaftsdiensten andererseits eine insgesamt höhere wöchentliche Arbeitszeit.

Die Unterschiede in der (subjektiv) eingeschätzten finanziellen Situation sind bestenfalls marginal. Rund 40% der befragten Ärzte geben an, Alleinverdiener zu sein (über alle Gruppen). Zwischen den Merkmalen Fachgebiet, Alter und Tätigkeitsort bestehen nur geringe Unterschiede; das Merkmal Geschlecht spaltet hier deutlicher.

	Geschlecht		Fachgebiete						Alter		Tätigkeitsort	
	w	m	FD	FH	FK	FO	FP	KF	jung	alt	P	K
	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW	MW
Alter [Jahre]	45,16	47,04	48,79	48,79	45,76	45,53	50,67	38,33	36,03	50,71	49,22	43,32
seit Approbation ärztl. tätig [Jahre]	16,82	18,42	20,54	20,11	17,80	17,61	21,81	8,74	8,23	21,93	20,78	14,77
wöchentl. Arbeitszeit [h]	45,79	56,96	51,69	51,39	52,06	57,55	46,53	49,48	53,03	50,83	48,84	54,24
finanzielle Gesamtsi- tuation [1= ausgezeichnet, 6=miserabel]	3,19	3,21	2,99	3,26	3,12	3,13	3,25	3,40	3,23	3,18	3,22	3,19

	Geschlecht		Fachgebiete						Alter		Tätigkeitsort	
	w	m	FD	FH	FK	FO	FP	KF	jung	alt	P	K
Alleinverdiener: Ja												
Anzahl	468	678	64	217	279	237	133	164	352	784	499	634
% innerhalb von Alleinverdiener	40,8	59,2	5,9%	19,8	25,5	21,7	12,2	15,0	31,0	69,0	44,0	56,0
% innerhalb von Untergruppe	34,4	47,6	48,9%	41,3	39,9	46,7	37,9	39,5	40,7	41,2	38,9	43,8

Tab. 12: Demografische Angaben und Angaben zur finanziellen Situation nach Untergruppen.

3.3. Ein zentrales Thema: Entlohnung der Ärzte

Die Ergebnisse der vorigen Abschnitte haben einen detaillierten Blick auf verschiedene, teilweise deutlich voneinander abgegrenzte Aspekte des ärztlichen Berufs(bildes) ermöglicht. Der Fokus soll im Folgenden nun auf ein aktuelles berufs- und tarifpolitisches Streitthema gelegt und Fragen-/Item übergreifend beleuchtet werden. Die Entlohnung der Ärzte in Krankenhaus wie Praxis wird von den beteiligten Tarifparteien heftig umkämpft. Immer wieder gab es in jüngster Zeit Streikandrohungen und vollzogene Streikmaßnahmen im Krankenhausbereich wie auch im niedergelassenen Bereich. Ankündigungen einzelner Ärztgruppen (z.B. Hausärzte in Bayern Anfang 2008), ihre Kassenzulassung kollektiv zurückzugeben und sich nicht mehr an der Krankenversorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu beteiligen, zeigen, wie aufgeladen die Stimmung um ärztliche (Tarif)Gehälter, Honorare und EBM-Punktwerte sind (z.B. Maus und Schmidt, 2010; Korzilius, 2009).

Gemeint ist im Folgenden primär die pekuniäre Entlohnung; weitergehende Gratifikationen, z.B. durch Anerkennung der erbrachten Leistung im Beruf im Sinne externer Motiva-

toren (Reward im Sinne Siegrists) sollen hier nicht Gegenstand der Untersuchung sein. Im Folgenden werden die im Fragebogen zu dieser Thematik gehörenden Items aufgeführt, zunächst beschrieben und im Weiteren auf Item-Interkorrelationen und multivariate Effekte hin untersucht.

Ein Ergebnis der Faktorenanalyse zu Frage 2.1. (siehe oben) war u.a., dass „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, „unangemessenes Einkommen“ sowie „verringertes Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit“ auf einen gemeinsamen Faktor laden. Es wird dennoch im Folgenden nur „unangemessenes Einkommen“ einbezogen, um die primär pekuniäre Definition von „Entlohnung“ nicht aufzuweichen.

Frage 2.1, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Belastungen):

Von einem „unangemessenen Einkommen“ fühlen sich nur 8% der Befragten nicht betroffen. Insgesamt 60,2% werden durch „unangemessenes Einkommen“ ziemlich bis stark belastet, 27,9% wenig, 4,0% sind zwar davon betroffen, fühlen sich aber „überhaupt nicht belastet“. Tendenziell fühlen sich die jüngeren Ärzte etwas stärker betroffen, als die älteren Ärzte. Hausärzte, Nichtfachärzte und Fachärzte „operativ“ nehmen sich im Vergleich zu den Fachärzten „diagnostisch“ als stärker durch ein unangemessenes Einkommen belastet wahr. Die Effektstärke zwischen niedrigstem und höchstem Mittelwert (FD vs. KF) beträgt 0,57 (mittel). Zwischen den anderen Untergruppen sind die Effektstärken noch geringer.

Frage 2.2, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Widerspruch):

Als widersprüchlich zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf wird „unangemessenes Einkommen“ mit 832 Nennungen (von 8185) auf Rang vier gesetzt - nach „ökonomische Vorgaben“, „weitere Dokumentationen“ und „Einfluss der Verwaltungen“. Ähnlich wie in F2.1 verhält es sich auch bei den Unterschieden zwischen den Untergruppen: jüngere Ärzte, Nichtfachärzte, Hausärzte und Fachärzte „operativ“ sehen ein unangemessenes Einkommen eher im Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf.

Frage 2.3, Item 2 „unangemessenes Einkommen“ (Auswirkungen):

Gefragt, ob sie Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand der Patienten durch „unangemessenes Einkommen“ erkennen, verneinen dies 66,2 % der Ärzte. Lediglich 26,3% erkennen „negative Auswirkungen“, 7,3% teils positive, teils negative Auswirkungen. 4 Befragte geben an, dadurch sogar positive Auswirkungen zu erkennen. Weibliche Ärzte, jüngere Ärzte sowie Psychiater/Psychotherapeuten, Hausärzte und Nichtfachärzte sehen tendenziell negativere Auswirkungen durch ein unangemessenes Einkommen auf ihre Patienten.

Frage 4.1., Item 7 „Meine Person

(Einkommen, persönliche Interessen, Gesundheit)“:

„Meine Person“ wird von den befragten Ärzten von insgesamt 56,8% auf Rang 1, 2 oder 3 gesetzt, am häufigsten (24,0%) allerdings auf Rang 3. Für zusammen nur 14,8% ist „meine Person“ mit Rang 6, 7 oder 8 eher unbedeutend. 28,4% vergeben für „meine Person“ die mittleren Ränge 4 oder 5. Auch bei der Betrachtung eines mittleren Ranges für dieses Item, landet „meine Person“ mit Rang 3,51 an dritter Stelle direkt hinter „Patientenwohl“ und „meine Familie“. Auch wenn angemerkt wurde, dass „meine Familie“ und „meine Person“ nicht primär ärztliche Verantwortungsbereiche seien, können diese doch Grundlage für Interrollenkonflikte zwischen „Vater/Mutter/Partner“ und „Arzt/Ärztin“ sein. Prioritäten müssen auch hier gesetzt werden. Jüngere und weibliche Ärzte messen „meine(r) Person“ tendenziell eine größere Bedeutung zu als ältere bzw. männliche Ärzte, ebenso Fachärzte „psychiatrisch-psychotherapeutisch“ und Nichtfachärzte im Vergleich zu Fachärzten „diagnostisch“ oder „operativ“.

Frage 5, Item 15 „eigenes Einkommen sichern“, Item 19 „unentgeltlich Leistungen erbringen“, Item 28 „eigenes Einkommen erhöhen“, Item 29 „Werbung für eigene Einrichtung betreiben“:

Der Aufgabe „das Einkommen zu sichern“ bewerten zusammen 8,8% als überhaupt nicht oder wenig wichtig. Ziemlich bis sehr wichtig ist dies für insgesamt 79,4% der Befragten. 11,8% sehen dies als äußerst wichtig an. Das „Einkommen erhöhen“ wird hingegen von zusammen 35,9% als wenig bis überhaupt nicht wichtig angesehen. 57,0% sehen die Bedeutung dieser Aufgabe als ziemlich oder sehr wichtig an, 7,1% als äußerst wichtig. „Unentgeltlich Leistungen zu erbringen“ ist für insgesamt 69,3% der Befragten wenig bis überhaupt nicht wichtig, 24,1% sehen dies als ziemlich wichtig an. Lediglich für 6,5% der Befragten ist diese Aufgabe sehr oder äußerst wichtig. Betrachtet man das Item „Werbung für eigene Einrichtung betreiben“, so wird dies von 53,3% als wenig bis überhaupt nicht wichtig angesehen, von zusammen 43,7% als ziemlich oder sehr wichtig und nur von 3,0% als äußerst wichtig.

Für junge Ärzte und männliche Ärzte sind die Items „Einkommen erhöhen/sichern“ sowie „Werbung für die eigene Einrichtung betreiben“ tendenziell wichtiger als für ältere oder weibliche Ärzte. Für Praxisärzte ist „Einkommen erhöhen/sichern“ wichtiger, „Werbung für die eigene Einrichtung betreiben“ hingegen unwichtiger als für Krankenhausärzte, was etwas überrascht. Insgesamt sind die Effekte zwischen den Untergruppen klein.

Frage 6.1, Item 9 „Angemessenheit des Gehalts“:

Gemessen an den erbrachten Leistungen, halten nur 13,6% der Befragten ihr Gehalt/ihren Verdienst für angemessen. 41,5% verneinen dies und fühlen sich dadurch ziemlich oder stark belastet. 45,0% halten zwar ihr Gehalt für unangemessen, fühlen sich dadurch aber nur wenig bis überhaupt nicht belastet. Hier besteht ein Unterschied zu Frage 2.1, obwohl die Items inhaltlich und von der Formulierung her sehr ähnlich sind. Die jungen Ärzte geben nur zu 8,4% an, dass sie ihr Gehalt für angemessen halten. Bei den älteren Ärzten sind dies 15,9%. Ebenso fühlen sich die jüngeren Ärzte tendenziell stärker durch ein unangemessenes Gehalt belastet. Praxisärzte halten zu 16,4% ihr Gehalt für angemessen, Krankenhausärzte zu 10,7%.

Frage 8, Item 3 „Einkommen“:

Das Item „Zufriedenheit mit dem Einkommen“ kommt im Mittelwert auf 4,73 (SD 2,573) und ist damit nur knapp vor „Freizeit“ auf dem vorletzten Platz. Der Wert von 4,73 liegt dennoch insgesamt in der Mitte der Skala, wenn man diesen kaufmännisch auf 5 rundet: Es liegen somit die Antwortmöglichkeiten 0,1,2,3,4 darunter, 6,7,8,9,10 darüber. Bestmann et al. finden in Ihrer Studie (2004) einen Wert von rund 60% (0% überhaupt nicht zufrieden, 100% voll und ganz zufrieden), allerdings wurde hier nach dem Haushaltseinkommen gefragt. Dieser Aspekt findet sich in Frage 10.12. Nach Tätigkeitsgebiet beträgt die Effektstärke für den größten Mittelwertunterschied (FD-KF) 0,70 (mittel). Tendenzuell sind ältere Ärzte zufriedener mit dem Einkommen als jüngere, Praxisärzte zufriedener als Krankenhausärzte.

Frage 10.12, Finanzielle Gesamtsituation:

Es findet sich ein Mittelwert von 3,2 (SD 0,791) auf einer Skala von 1 (ausgezeichnet) bis 6 (miserabel). Die finanzielle Gesamtsituation wird somit als „gut“ bezeichnet. 12,3% der Befragten bezeichnen ihre finanzielle Gesamtsituation als ausgezeichnet oder sehr gut, 5,5% als schlecht oder miserabel, 22,3% als weniger gut, 59,2% als gut. Die schriftlichen Kommentare haben jedoch gezeigt, dass häufig das Gehalt des Partner/der Partnerin, Erbschaften oder Nebeneinkünfte das Haushaltseinkommen entscheidend beeinflussen. So gaben 41,6% der Befragten an, Alleinverdiener zu sein, bei 58,4% trägt hingegen auch der Partner/die Partnerin zum Haushaltseinkommen bei. Jüngere Ärzte, Krankenhausärzte und Nichtfachärzte geben eine schlechtere finanzielle Gesamtsituation an.

Ist das Antwortverhalten in sich konsistent?

Es ist anzunehmen, dass ein Individuum, welches in Frage 2.1 angibt, durch unangemessenes Einkommen belastet zu werden, dies in ähnlicher Form auch in Frage 6.1, Item 9 wiedergibt („Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/meinen Verdienst für angemessen“: „Nein, und das belastet mich...“). In vergleichbarer Weise sollte Unzufriedenheit mit dem Einkommen in Frage 8 auch mit einer als schlechter wahrgenommenen finanziellen Gesamtsituation (F10.12) korrelieren.

Um dies zu überprüfen, werden für das Itempaar F2.1/F6.1 sowie für F8/F10.12 Korrelationskoeffizienten berechnet. Für das Itempaar F2.1/F6.1 ergibt sich ein Wert von 0,312 (Spearman-Rho) bzw. 0,281(Kendall-tau-B). Der Wert ist mit einem $\alpha < 0,01$ signifikant, d.h. die Variablen korrelieren miteinander – wenn auch schwach. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson beträgt für das Itempaar F8/F10.12 -0,572, bei einem Signifikanzniveau $< 0,01$. Der negative Wert lässt sich durch die gegenpolige Skalierung von F8 (hohe Werte = hohe Zufriedenheit) und F10.12 (hohe Werte = geringe Zufriedenheit) erklären.

Im nächsten Schritt soll überprüft werden, ob die Einkommenszufriedenheit (F8) mit dem Antwortverhalten in F2.1 korreliert. Der hierfür berechnete Korrelationskoeffizient (Spearman-Rho) beträgt -0,649, was eine stärkere gegenläufige Korrelation zwischen den Items andeutet (je stärker die Belastung durch ein unangemessenes Einkommen, desto geringere Werte bei der Zufriedenheit mit dem Einkommen). Die in Frage 5 konstatierten Meinungen zur Bedeutung von „Einkommen erhöhen/sichern“, „unentgeltlich Leistungen erbringen“ und „Werbung für die eigene Einrichtung betreiben“ sollen als Handlungsmaximen auf ihren Zusammenhang mit den angegebenen Belastungen (F2.1) untersucht werden.

Zunächst soll aber der Frage nachgegangen werden, wie stark die Zusammenhänge zwischen den vier Items ausgeprägt sind: In der folgenden Tabelle sind für die jeweiligen Itempaare die Korrelationskoeffizienten nach Pearson angegeben (** bedeutet signifikant auf 0,01-Niveau):

Item A	Item B	Korrelationskoeffizient
Einkommen sichern	Einkommen erhöhen	**0,572
Einkommen sichern	unentgeltlich Leistungen erbringen	** -0,128
Einkommen sichern	Werbung betreiben	**0,279
Einkommen erhöhen	unentgeltlich Leistungen erbringen	** -0,071
Einkommen erhöhen	Werbung betreiben	**0,421
Werbung betreiben	unentgeltlich Leistungen erbringen	-0.004

Im Folgenden soll die die wahrgenommene Belastung durch „unangemessenes Einkommen“ in Hinblick auf Korrelationen (Spearman-Rho) mit den Handlungsfolgen/ärztlichen Aufgaben in Frage 5 untersucht werden:

<i>Item A</i>	Items B	Korrelationskoeffizient
<i>unangemessenes Einkommen (F2.1)</i>	Einkommen erhöhen (F5)	0,413**
	Einkommen sichern (F5)	0,251**
	unentgeltlich Leistungen erbringen (F5)	-0,081**
	Werbung betreiben (F5)	0,095**

Exemplarisch soll für Frage 2.1 („unangemessenes Einkommen“) überprüft werden, welchen Einfluss einzelne Merkmale der Stichprobenschichtung (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsort und Fachgebiet) sowie weitere Prädiktoren (wöchentliche Arbeitszeit, finanzielle Gesamtsituation, Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit und dem Leben insgesamt, Alleinverdiener Ja/Nein), jeweils adjustiert für die übrigen Merkmale, auf das Antwortverhalten haben. Es wird das Verfahren der binär-logistischen Regression gewählt. Hierzu wird die abhängige Variable dichotomisiert: Antwort „trifft zu, belastet aber nicht“ und „trifft zu, belastet wenig“ werden als 1 kodiert; „trifft zu, belastet stark“ und „Trifft zu, belastet stark“ werden mit 0 kodiert. 1 wird als „unangemessenes Einkommen belastet kaum“, 0 wird als „unangemessenes Einkommen belastet“ interpretiert (siehe Anlage „lineare und logistische Regressionen“ auf CD). Für Frage 8, Item „Zufriedenheit mit dem Einkommen“ wird mit den gleichen Prädiktorvariablen eine lineare Regression berechnet.

Es zeigt sich, dass Praxisärzte (Exp(B): 0,700; KI: 0,567-0,863), Fachärzte operativ tätig (Exp(B): 0,685; KI: 0,528-0,890) sowie Nicht-Fachärzte (Exp(B): 0,711; KI: 0,529-0,956) signifikant seltener „unangemessenes Einkommen belastet kaum“ ankreuzen. Ärzte, die eine schlechtere finanzielle Gesamtsituation (F10.12) angeben, fühlen sich ebenfalls durch ein unangemessenes Einkommen in F2.1 stärker belastet, kreuzten also signifikant seltener Antwort „belastet nicht oder wenig“ an (Exp(B): 0,512; KI: 0,460-0,570). Personen, die in Frage 8 eine höhere berufliche Zufriedenheit angeben, kreuzten hingegen signifikant häufiger „belastet nicht oder wenig“ an (Exp(B): 1,312; KI: 1,188-1,450). Nagelkerkes R^2 beträgt für dieses logistische Regressionsmodell 0,149.

In einem linearen Regressionsmodell (R^2 : 0,414) für Frage 8 zeigten sich signifikante (positive) Effekte für diagnostisch tätige Fachärzte, Alleinverdiener, sowie Ärzte, die generell mit der beruflichen Tätigkeit und dem Leben insgesamt zufriedener sind. Personen mit

einer höheren wöchentlichen Arbeitszeit sowie einer subjektiv als schlechter empfundenen finanziellen Gesamtsituation erlebten auch ihr Einkommen eher als unbefriedigend.

Zusammenfassende Beurteilung:

„Entlohnung“ (im engeren Sinne) scheint ein von den befragten Ärzten wichtiger, auch überwiegend als belastend wahrgenommener Themenkomplex zu sein. Dennoch stellt es für die Mehrheit der Befragten nicht die größte Belastung im Arbeitsalltag dar. Die Majorität (zwischen 60-70%) erkennt zudem keine Auswirkungen auf „Behandlung und Gesundheitszustand“ der Patienten. Wahrscheinlich wird die Belastung von den Ärzten „gepuffert“ und so von den Patienten ferngehalten.

Den Bereichen „meine Familie“ und „meine Person“ wird nach „Patientenwohl“ die größte Bedeutung beigemessen (Frage 4.1). Inwiefern dadurch eine *primär* ich-zentrierte Rolle des Arztes als Privatperson ausgedrückt wird, oder diese nur als Mittel zum Zweck (der Patientenversorgung) dient - als schützenswerte Ressource - ist nicht ganz klar. Freie Kommentare zu diesem Bereich weisen daraufhin, dass „ein gesunder Geist in einem gesunden Körper“ Voraussetzung für eine adäquate Behandlung der Patienten sei. Ein Blick auf die Items „achtsamer Umgang mit sich selbst“ (Mittelwert 3,76) und „eigene Familie schützen“ (MW 4,29) in Frage 5 sowie die Globaleinschätzung zum Berufsverständnis (Frage 1) stützt diese Vermutung.

Auf der anderen Seite stehen die Zufriedenheit mit dem persönlichen Einkommen und dem finanziellen Gesamteinkommen, welche trotz der wahrgenommenen Belastungen überwiegend als „gut“ beurteilt werden. Offenbar ist der Begriff Entlohnung deutlich weiter zu fassen: Eine subjektiv als „gerecht“ wahrgenommene Entlohnung muss immaterielle Faktoren einschließen, sich am Einsatz („effort“) ermessen und diesen mindestens aufwiegen.

3.4. Gendersensitivität und Genderunterschiede im Antwortverhalten

Die zuvor dargestellten Ergebnisse unserer Befragung haben neben einer insgesamt hohen Homogenität im Antwortverhalten der befragten Ärzte punktuell auch immer wieder Unterschiede zwischen verschiedenen Ärztegruppen aufgezeigt. Die Effekte, die sich aus einem bestimmten Merkmal ergeben, haben indes oftmals nur geringe bis mittlere Ausprägung; auch die erklärte Varianz, die sich aus regressions-analytischen Modellen ergeben hat, ist häufig nur gering.

Dennoch sind Unterschiede z.B. auch zwischen Ärztinnen und Ärzten, kontrolliert für die übrigen Merkmale, nicht von der Hand zu weisen. Gender-Studies untersuchen schon seit Längerem geschlechtsspezifische Unterschiede; auch in der Medizin existieren mittlerweile einige sozialemprirische Studien, die sich z.B. mit geschlechtsspezifischen Berufsverläufen oder bevorzugten Tätigkeitsfeldern befassen und teils deutliche Unterschiede (nach objektiven Maßstäben z.B. Einkommen, Anteil in Führungspositionen) zwischen Ärztinnen und Ärzten aufzeigen. Einige Studien werden unter „Diskussion“ näher betrachtet. Welche Unterschiede konnten wir nun aber im Wertverhalten der Ärztinnen und Ärzte feststellen? Tabelle 13 fasst noch einmal Befunde zu wesentlichen Themenbereichen in regressions-analytischen Modellen zusammen.

Tab. 13: Lineare Regressionsmodelle zu verschiedenen Fragen. Unabhängige Variablen wie in Tabelle 6b erläutert. Für Felder, die mit einem Punkt · gekennzeichnet sind, liegen keine signifikanten Effekte vor.

	Geschlecht: weiblich	Alter	Tätigkeitsort: Praxis	FA diagnostisch	FA hausärztlich	FA operativ	FA psychiatrisch	Nicht-Facharzt	Alleinverdiener: Ja	wöchentl. Arbeitszeit [Std.]	finanzielle Gesamtsituation	Zufriedenheit mit berufl. Tätigkeit	Zufriedenheit mit Leben insg.	R ²
F21 Faktorwerte														
Fachl. Anforderungen	+	·	-	·	·	·	·	·	·	·	·	·	-	0,073
Kontrolle und Administration	·	+	·	·	+	·	·	·	·	+	·	-	·	0,084
Wettbewerbs- und Kostendruck	+	·	+	·	·	·	-	·	·	·	+	·	-	0,212
Externe Motivatoren	·	-	-	·	·	·	·	+	·	+	+	-	·	0,273
F3	-	-	-	·	·	·	+	·	·	·	-	+	·	0,137
F5 Faktorwerte														
Wissenschaft und Berufspolitik	·	·	-	+	·	·	·	·	·	·	·	·	·	0,018
Ehrlichkeit und Offenheit	·	·	-	·	·	+	+	·	·	·	·	·	·	0,019
Empathie und Psychosoziales	+	+	·	-	+	·	+	+	·	·	·	+	·	0,110
Unbestechlichkeit und Fairness	+	+	+	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	0,058
Präventionstätigkeit	+	-	·	·	+	-	-	·	·	·	·	·	·	0,056
Wirtschaftlichkeit	-	·	+	+	-	+	-	-	·	+	·	-	·	0,060
Eigenschutz	+	-	·	·	+	·	+	+	·	·	·	-	+	0,081
Pflichterfüllung	+	·	+	·	-	+	-	-	·	·	·	+	·	0,038
F62	·	·	+	·	-	·	+	·	+	·	-	+	·	0,149
F8 Einkommen	·	·	·	+	·	·	·	·	+	-	-	+	+	0,414

Betrachtet man z.B. das Belastungsniveau durch fachliche Anforderungen und Wettbewerbs- und Kostendruck, geben die Ärztinnen signifikant höhere Werte an, als ihre männlichen Kollegen. Der Blick auf Mittelwertunterschiede für Einzelitems verdeutlicht dies z.T. ebenfalls: für die auf den Faktor „fachliche Anforderungen“ ladenden Items „medizinisch-technischer Fortschritt“ (weiblich: 2,43; männlich: 2,35), „anspruchsvollere EDV und Technik“ (w: 2,40; m: 2,32) und „sich verändernde Patienten“ (w: 2,20; m: 2,15) ergeben etwas höhere Belastungsniveaus der Ärztinnen; bei „zunehmender innerärztlicher Spezialisierung“ sind Frauen und Männer fast gleichauf (w: 2,07; m: 2,06). bei den Anforderungen aus „Teamarbeit“, „Einfluss durch Leitlinien“ und „Fortbildungspflicht“ kehrt sich das stärkere Belastungsniveau sogar zu(un)gunsten der Männer um.

Die männlichen Ärzte scheinen technischen Neuerungen gegenüber etwas aufgeschlossener zu sein; Bereiche, die verändertes oder offeneres Verhalten voraussetzen (z.B. Anforderungen aus Teamarbeit, Einfluss durch Leitlinien, Fortbildungspflicht) sind für die Ärztinnen etwas unproblematischer. Dass sich weibliche Ärzte auch durch sich verändernde, informierte, fordernde Patienten etwas stärker belastet fühlen, könnte möglicherweise an vereinzelt noch bestehenden Vorbehalten von (männlichen?) Patienten gegenüber weiblichen Ärzten bestehen. Dies lässt sich so sicher nicht eindeutig (empirisch) belegen; aus Gesprächen mit jüngeren Ärztinnen und Studentinnen, die teils als „Schwester“ tituliert werden, zeigen sich jedoch vereinzelt noch die teils starken Anforderungen aus solchen Ressentiments.

Die „zunehmende Kommerzialisierung“ (w: 2,52; m: 2,46), die „zunehmende Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV“ (w: 2,64; m: 2,54) und die Konkurrenz durch „Heilpraktiker, Alternativmedizin“ (w: 1,45; m: 1,39) belasten die Ärztinnen etwas stärker. Bei den Bereichen „Konkurrenz mit anderen medizinischen Fachberufen“ und „zunehmender Wettbewerb zwischen Leistungserbringern“ sind Männer und Frauen fast gleichauf. Für die Faktoren „Kontrolle und Administration“ sowie „externe Motivatoren“ (worunter auch „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ fällt) zeigten, zumindest für unser Modell, keine signifikanten Geschlechterunterschiede. Hier trennt eher das Merkmal „Alter“.

Für die ärztlichen Aufgaben, aufgeteilt in die acht Faktoren der (zweiten) Faktorenanalyse weisen die Ärztinnen den Bereichen „Empathie und Psychosoziales“, „Unbestechlichkeit und Fairness“, „Präventionstätigkeit“, „Eigenschutz“ und „Pflichterfüllung“ eine signifikant größere Bedeutung zu. Diese Unterscheide decken sich auch im Wesentlichen mit den Mittelwertunterschieden nach Items für die Aufgaben aus Frage 5 (hier nicht näher erwähnt; siehe Anlage „Effektstärken gesamt“). Von den 39 Items aus Frage 5 weisen die Ärztinnen 25 Items eine höhere Wichtigkeit zu; lediglich 10 Items (darunter „Einkommen

erhöhen/sichern“, „Werbung betreiben“ oder „klinisch-technische Kompetenz“) werden von den Männern höher gewichtet. Für vier Items (darunter „eigene Familie schützen“) finden sich nur minimale Unterschiede.

Für die Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Einkommen (Frage 8, Item 3) und „ärztliche Freiberuflichkeit (Frage 6.2) konnten wir in den regressions-analytischen Modellen keine signifikanten Geschlechterunterschiede nachweisen.

Ärztinnen sehen jedoch die „ärztliche Arbeits- und Berufssituation in der Zukunft“ etwas pessimistischer als ihre männlichen Kollegen (Frage 3). Dies spiegelt sich auch in niedrigeren Mittelwerten wider: Frauen vergeben insgesamt -2,35, Männer hingegen nur -1,91. Bei der (aktuellen) Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens (Frage 8) zeigen sich die Ärztinnen hingegen mit fast allen Bereichen außer mit „Partner“ und „Leben insgesamt“ zufriedener als Ärzte.

Zusammenfassende Beurteilung

Wenngleich die hier erhobenen Befunde in der Gesamtheit zwar signifikante, aber nur geringe Unterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten aufzeigen, zeigt sich insgesamt doch ein roter Faden in den Antwortmustern: Ärztinnen scheinen idealtypischere Werthaltungen zu verfolgen: Aufgaben, die das Wohlergehen des Patienten in den Mittelpunkt setzen, werden grundsätzlich höher bewertet als von den männlichen Kollegen. „Empathie und Psychosoziales“, „Unbestechlichkeit und Fairness“, „Präventionstätigkeit“ oder „Pflichterfüllung“ sprechen einerseits die „sprechende Medizin“ an, andererseits klassische tugend- und pflichtenethische Aspekte. Männer vergeben alleine für Items, die auf „Wirtschaftlichkeit“ laden, signifikant höhere Werte. Es überrascht nicht, dass Belastungen, die dem Wohlergehen des Patienten eher entgegenstehen (z.B. „Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV“) auch stärker von den Frauen wahrgenommen werden. Dass Ärzte durch eine technokratische Medizin tendenziell weniger Belastungen angeben, überrascht vielleicht auch nicht. Die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens wird von den Ärztinnen höher angegeben; dies zeigt sich auch in Frage 6.1 (Gratifikationskrisen): männliche Ärzte weisen im Mittelwert etwas höhere Verausgabungen und etwas geringer wahrgenommene Gratifikationen auf die weiblichen Kollegen. „Idealtypischere“ Verhaltensweisen scheinen eher gute Auswirkungen auf das Arbeitserleben zu haben; die Befürchtungen (Frage 3), diese aufgrund veränderter Rahmenbedingungen nicht mehr erreichen zu können, scheinen jedoch zunehmend zu frustrieren.

4. DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNG

Im Folgenden sollen zunächst methodische und inhaltliche Kritikpunkte und Limitationen unserer Studie angeführt und diskutiert werden. Es folgt eine Zusammenfassung wesentlicher Befunde zu den in der Fragestellung definierten Themen (inkl. Entlohnung, Genderthematik und Heterogenitätsannahme) im Lichte der Einflussvariablen bzw. Prädiktoren und einiger freier Kommentare. Davon ausgehend sollen die Grundsätze und Regeln unserer (Muster)Berufsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 24.11.2006 mit unseren Befragungsergebnissen verglichen, diskutiert und ggf. Verbesserungsvorschläge ausgesprochen werden. Hier sollen auch noch einmal das in der Einleitung angeführte Thema „medical professionalism“ und die „physician charter“ kritisch einbezogen werden.

Kritikpunkte und Limitationen unserer Studie

Unsere Studie bezieht sich auf die Ärzteschaft eines kleinen Bundeslandes; die Antwortrate liegt knapp unter 60 %, ein erheblicher Non-Response-Bias ist nicht auszuschließen, eine Repräsentativität der Ergebnisse für alle in Schleswig-Holstein arbeitenden Ärzte ist nicht gegeben, mitnichten für die gesamte deutsche Ärzteschaft. Dennoch spiegelt die Auswertung der demografischen Daten zumindest das anhand der Grundgesamtheit erwartete Verhältnis zwischen Krankenhaus- und Praxisärzten sowie zwischen älteren und jüngeren Ärzten wieder. Auch die Besetzungen der Fachgebiete stimmen weitestgehend mit denen der Grundgesamtheit in Schleswig-Holstein überein. Weibliche und männliche Ärzte zeigen in etwa eine gleiche Responserate – wenngleich der Anteil der Ärztinnen in der Grundgesamtheit nur etwa 1/3 beträgt. Unsere Befragung hat somit proportional mehr weibliche Ärzte angesprochen.

Angesichts der zunehmenden Geschwindigkeit und Reichweite der Veränderungen in unserem Gesundheitswesen kann mit dieser Querschnittstudie nur von einer Momentaufnahme gesprochen werden. Hier könnten z.B. Wiederholungs- oder Längsschnittstudien mögliche Veränderungstendenzen besser aufdecken. Die Besetzung der von uns angezielten 48 Ärztgruppen ist sehr unterschiedlich, überwiegend wurde die Zielzahl von 200 Personen pro Gruppe nicht erreicht; dies beeinträchtigt die Power der Subgruppenvergleiche zum Teil erheblich.

Der Fragebogen konnte - wenngleich qualitativ und quantitativ vorgetestet – nicht einer umfassenden Reliabilitäts- und (externen) Validitätsprüfungen unterzogen werden. Die Antwortformate sind häufig unterschiedlich skaliert, teils mussten, um Ergebnisse leichter darstellen und interpretieren zu können, Mittelwerte aus ordinalen Daten berechnet werden, teils mussten Antworten unberücksichtigt bleiben, um z.B. weiterführende multivariate Verfahren (Faktorenanalysen, Regressionsanalysen) anwenden zu können. Dies ist auch dem Anspruch geschuldet, verschiedene Themen zu beleuchten, zu denen bisher keine standardisierten und geprüften Fragebögen vorliegen.

Dennoch zeigt sich trotz dieses umfangreichen Fragebogeninstrumentes und der komplexen Thematik eine erfreulich hohe Rücklaufquote von verschiedenen Ärztegruppen. Unsere Studie nimmt auch eine internationale Diskussion auf, die bei uns annähernd ohne Echo geblieben ist. Einzig die sogenannte Deprofessionalisierungsthese unseres Berufsstandes hat in Deutschland einige polemische Furore gemacht. Die international weitläufig geführte Professionalismus-Diskussion ist an Deutschland aber bisher vorübergegangen. Die oben zitierte Charta ist nie offiziell ins Deutsche übersetzt worden. Auch wenn wir u.a. nach Zufriedenheiten und Befindlichkeiten gefragt haben – unser Hauptfokus lag auf den Wertorientierungen der Befragten: welchen möglichen Adressaten bzw. Benefiziaren ärztlichen Tuns fühlen sie sich besonders verpflichtet. Welche ethischen Prinzipien sind leitend?

Zentrale Ergebnisse unserer Studie im Lichte von Prädiktorvariablen, „Entlohnung der Ärzte“, Heterogenitätsannahme und Genderaspekte

Die ärztliche Berufsausübung scheint in den Augen nur noch einer Minderheit „die höchste“ oder eine zumindest „bedeutende Verpflichtung“ zu sein, denen andere Bereiche deutlich nachgeordnet sein sollten. Eine Balance mit anderen Bereichen (z.B. private Interessen) wird zunehmend eingefordert (Frage 1, Tab. 3), sicherlich nicht aus reiner Egozentrierung sondern auch als „Ressourcenschonung“ (siehe auch die nächsten beiden freien Kommentare). Auf die Prominenz des Bereichs „Eigenwohl des Arztes“ (und seiner Familie) sei auch z.B. in den Ergebnissen zu Frage 4.1 noch einmal hingewiesen. Vielleicht ist das angebotene Antwortformat (in Frage 1) aber auch nicht adäquat gewesen – in einem freien Kommentar wurde z.B. „Medizin ist eine Berufung... und ÄrztInnen haben ein Recht auf normale Arbeitszeiten. Damit sie die Chance haben, auch mal über einen Patienten nachzudenken“ als ideal gewertet.

„Der Arztberuf – gerade hausärztlich – ist familienfeindlich. Um den Beruf des Hausarztes über längere Zeit ausüben und durchstehen zu können, bedarf es eines menschlichen Rückhalts und Unterstützung (Ehefrau/Familie im konservativen* Sinne). * Conservare = schützen/erhalten. In diesem Fall die Leistungsfähigkeit der ÄrztInnen.“

„Nur ein Arzt, der sich auf seine ärztliche Aufgabe konzentrieren kann, der genug Erholungszeit und Freiräume hat und sich dann auch gerne weiterbildet – und auch angemessen entlohnt wird – kann ein Nutzen für den Patienten sein.“

Hier zeigen sich Tendenzen, die z.B. bei den Ärztinnen (Genderaspekte) deutlich wurden: Prinzipiell sind hohe und überwiegend dem individuellen Patientenwohl gewidmete Ansprüche vorhanden; zahlreiche von außen wirkende und teils kontrahierende Ansprüche (Wirtschaftlichkeitsgebot, Dokumentationsansprüche, Verrechtlichung) erodieren diesen natürlichen (?) Selbstanspruch. Wie auch Horton („[...] in a culture of suspicion about doctors.“, Horton, 2005) sehen viele der von uns befragten Ärzte den Einfluss und das Misstrauen durch z.B. Krankenkassen, Politik und Verwaltung als lähmend für den eigenen Beruf:

„Als Arzt ist man in den Augen von Politikern, Kassen etc. Verschwender, Betrüger und grundsätzlich inkompetent. Das gilt es zu kontrollieren! Warum kann ein MDK [medizinischer Dienst der Krankenkassen] eigentlich über Dinge nach Aktenlage entscheiden, die man selbst nicht gesehen hat? Die Patienten achten uns mehr!“

„Die Wahrnehmung und Abwertung ärztlichen Handelns durch Politik und Presse erlebe ich als Kränkung. Ich wünsche mir einen selbstbewussten Aufbruch der Ärzteschaft [...]“

„Ich bin angetreten um Arzt zu werden – und nun in einer politisch nicht gewollten Berufsgruppe gelandet; die eben auch entsprechend vergütet wird. Die permanent steigenden Sachzwänge politisch, wirtschaftlich, medizinisch sind de facto unüberbrückbar. Schon in Hinblick auf die nächste Zukunft sind das ganz schlechte Aussichten.“

Der letzte freie Kommentar spiegelt auch die Ergebnisse zur prognostizierten Berufssituation wieder: Ganz überwiegend - und mit Spitzen bei Ärztinnen, älteren Ärzten und Praxisärzten – blicken die befragten Ärzte pessimistisch in die Zukunft. Über 50% der Ärzte kreuzten Werte von -5, -4 oder -3 an. Dabei sei noch einmal darauf hingewiesen, dass prinzipiell die Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit hoch ist (Mittelwert 6,70 auf einer Skala von „0: überhaupt nicht zufrieden“ bis „10: voll und ganz zufrieden“. In den folgenden freien Kommentaren, aber auch in den Ergebnissen zu Gratifikationskrisen (Frage 6.1) zeigen sich die vielfach untersuchten Folgen (z.B. Hofmeister, 2010) permanenter Überlastung (Zeitdruck, Leistungsverdichtung) bei mangelnder Entlohnung (im engeren und weiteren Sinne) auf die Berufszufriedenheit:

„Um ein angemessenes Einkommen zu erarbeiten muss eine enorme Arbeitszeit in Kauf genommen werden. Dies gleicht einem Verrat an Ehe, Kindern und dem eigenen Leben.“

„Medizin muss wieder Spaß bringen! Die Motivation der Ärzte ist sehr angeschlagen. Das Ansehen der Ärzte wird leider immer wieder durch Betrügereien in der Ärzteschaft infrage gestellt. Die Verwaltungsarbeit hat gewaltig zugenommen; die Zuwendung zum Patienten hat stetig abgenommen. Um Letzteres zu kompensieren wird länger und härter denn je gearbeitet, was der eigenen Familie zum Nachteil gereicht, zumal das ärztliche Einkommen viele Jahre stagnierte. Mein eigenes Berufsbild hat in den letzten Jahren schwer gelitten!“

Eine als angemessen erfahrene Anerkennung durch Patienten wird zumindest von 55,6% der befragten Ärzte bejaht (im Gegensatz zum „angemessenen Einkommen“: 13,6%). Dennoch ist auch dieser Wert deutlich von 100% verschieden. Dabei scheinen z.B. „sich verändernde, informierte, fordernde Patienten“ (Frage 2.1 bis 2.3, Item 15) nicht stark zu belasten (Mittelwert von 2,17 auf einer Skala von „1: belastet überhaupt nicht“ bis „4: belastet stark“). Hier sind andere Bereiche deutlicher im Fokus:

Unter den aktuellen Herausforderungen und Belastungen nimmt die durch „weitere Dokumentationen, Schreibkram“ unangefochten den ersten Rang ein (Tabelle 6a). Keine andere wird so häufig als zutreffend und stark belastend angegeben. Sie rangiert auf dem zweiten Rang der Probleme, die in besonderem Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf gesehen werden und wird mit überwiegend negativen Auswirkungen auf die Behandlung und den Gesundheitszustand der Patienten in Verbindung gebracht. In enger Nachbarschaft befindet sich der „Einfluss der Verwaltungen“. Dicht dahinter rangieren „ökonomische Vorgaben und Zwänge“. Bedeutend ist auch hier das Problem des „unangemessenen Einkommens“, das allerdings für die Mehrheit der Befragten keine Auswirkungen auf die Patientenbehandlung habe.

Hervorstechend ist schließlich auch die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“. Interessanterweise rangieren die heftig diskutierte „Fortbildungspflicht“ und der „zunehmende Einfluss von Leitlinien, Evidenz-basierte Medizin“ auf mittleren bis hinteren Rängen. Beiden Herausforderungen wird eine eher positive Funktion zugeschrieben. Das Gleiche gilt für die „Anforderungen aus der Teamarbeit“. Ausgewählte freie Kommentare legen den Fokus eher auf Fortbildungspflicht und sehen hier Probleme. Auch die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ wird indifferent gesehen:

„Fortbildung ist wichtig, wurde aber auch schon immer vor dem Sammeln von Fortbildungspunkten geleistet. Fortbildungsunwillige/schwarze Schafe gab es und wird es auch weiterhin geben. Das

Sammeln von Fortbildungspunkten ist lächerlich und ineffektiv wie das einheimsen von Rabattmarken bei Kloppenburg. Ich kenne zu viele KollegInnen, die auf irgendwelchen Fortbildungsveranstaltungen abhängen oder ganz fachfremde Vorträge besuchen, um ihren Punktestand zu verbessern. Unwürdig!!“

„Das allgemeine Problem der Tätigkeit des Arztes in Deutschland liegt nicht in der Interdependenz Beruf-Familie, sondern darin, dass in der Tätigkeit, zumindest bei den Klinikern, immer nur die Patientenversorgung als wertschöpfliche Maßnahme definiert ist. Die Tätigkeit des Arztes umfasst aber auch die eigene Fortbildung und die Vorbereitung von Fortbildungen für andere, wissenschaftliches und forschendes Engagement und das „Hinausschauen über den Tellerrand“ in andere Fachgebiete (BWL, Psychologie usw.). Alles Dinge, die für eine umfassende Patientenversorgung notwendig sind. Dass alle diese Tätigkeiten in der Freizeit und auf Kosten der Familie laufen, ist eigentlich das, was mich am meisten belastet.“

Kritisch gesehen werden auch die „zunehmende Kommerzialisierung“ der ärztlichen Praxis und die „zunehmende Belastung, Ausgrenzung sozial schwacher Mitbürger“. Das „verringerte Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit“ scheint dagegen kein herausragendes Problem darzustellen und steht auch auf dem vorletzten Rang der von uns angebotenen acht „ärztlichen Verantwortungsbereiche“.

Konnte man dem eben behandelten Fragenkomplex (Tabelle 6a) entnehmen, dass die befragten Ärzte fachfremde Aufgaben und Einflussnahmen besonders kritisch beurteilt und für schädlich halten, so verdeutlichen Antworten auf weitere Fragen den positiven Hauptfokus der ärztlichen Orientierung. Immer stehen „Gesundheit und Wohl meiner Patienten“ an erster Stelle (Tabellen 7, 8, 9). So setzen zusammen 92,9% der befragten Ärzte (in Frage 4.1) „Patientenwohl“ auf Rang 1, 2 oder 3. Die Ärzte sehen sich in der Verantwortung, in allererster Linie der Gesundheit des Einzelnen zu dienen. Die Sorge um die in der Bundesärzteordnung annähernd gleichrangig genannte „Gesundheit der Bevölkerung“ spielt eine etwas nachgeordnete Rolle (in Tabelle 8: vierter von 8 Rängen), wengleich zumindest 37,8% „Gesundheit der Bevölkerung“ auf Rang 1, 2 oder 3 setzen. Weiter dahinter rangiert noch die Sorge für das Ansehen des Berufsstandes und für die wirtschaftliche Stabilität unseres Systems.

Dort, wo „soziale Gerechtigkeit“ oder Diskriminierungsverbote angesprochen und für wichtig erachtet werden, scheint es damit eher um den Schutz einzelner Patienten als um den von Patienten- oder Bevölkerungsgruppen zu gehen. Dass die Sorge um den Patienten eng interpretiert wird, verdeutlicht z.B. das relativ geringe Gewicht des Items „Interessen des Patienten gegenüber Ämtern und Behörden vertreten“ (Tabelle 9). Für eine Minder-

heit von zumindest 23,4%% ist diese Aufgabe hingegen noch „sehr wichtig“ oder „äußerst wichtig“. Auffällig geringe Bedeutung wird Aufgaben im (sekundär ärztlichen) Bereich von Forschung, Lehre, ärztlicher Selbstverwaltung und (gesundheits)politischer Beteiligung zugeschrieben. Vielleicht ist aber auch dies einer generellen Überlastung im Bereich der Patientenversorgung geschuldet. Die sekundär ärztlichen Bereiche fallen – vom persönlichen Aufwand - vielfach der Freizeit zu. Und „Freizeit“ zeigt neben „Einkommen“ in Frage 8 die geringsten Zufriedenheitswerte.

Angesichts der eher pessimistischen Prognosen (Frage 3, freie Kommentare) für die eigene berufliche Zukunft und die der gesamten Profession ist abschließend noch ein Blick auf die Rangreihe der Akteure zu werfen, die „den ärztlichen Berufsstand stärken und weiter entwickeln“ könnten. Nach den führenden Berufsverbänden soll dies neben den Ärztekammern überraschender Weise „jeder Arzt/jede Ärztin individuell“ sein. 43,4% der Befragten vergeben dafür Rang 1 oder 2. Am wenigsten wird den Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Gesetzgeber zugetraut. Auch von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Fakultäten scheint nicht viel erwartet zu werden. Besser stehen weitere Ärzteverbände und die Ärztegenossenschaften da.

Es fällt jedoch auf, dass zumindest bei der Betrachtung mittlerer Rangwerte alle deutlich von der 1 verschieden sind. Die Häufigkeitsverteilung auf die verschiedenen Ränge ist - von einigen Akzentuierungen abgesehen (z.B. „jeder Arzt individuell“) - ziemlich uneinheitlich verteilt. Wirkliche Favoriten existieren nicht. Vielleicht zeigt sich aber in der Gruppe „jeder Arzt individuell“ der Wunsch nach einer Rückbesinnung auf eine Tugendethik („[...] doctor's natural desire to promote positive patient outcomes compassionately, altruistically, and scientifically“, Horton, 2005), statt einer sanktionierenden Pflichtenethik. Dieser Aspekt soll später noch diskutiert werden.

Die Orientierung der hier antwortenden Ärzte unterscheidet sich in der Bedeutung, die dem Punkt „soziale Gerechtigkeit“ beigemessen wird, von dem, was die „Charter on Medical Professionalism“ formuliert. Ein Aspekt ihres dritten *Grundprinzips* (soziale Gerechtigkeit) ist „the fair distribution of health-care resources“. Und auf dieses Prinzip beziehen sich auch zwei der 10 „commitments“ bzw. „responsibilities“: „to improve access to care“ einschließlich „to reduce barriers to equitable health care“ und „to a just distribution of finite resources“. In der Erläuterung zu dieser Selbstverpflichtung heißt es:

“The physician's professional responsibility for appropriate allocation of resources requires scrupulous avoidance of superfluous tests and procedures. The provision of unnecessary

services not only exposes patients to avoidable harm and expense but also diminishes the resources available to others.”

Hier klingen Aspekte an, die man unter “Priorisierung ärztlicher Leistungen” fassen kann. Dies beträfe die gesamten GKV-Versicherten, was natürlich Konsequenzen für das individuelle Arzt-Patient-Verhältnis hätte. Doch gerade das steht - zumindest nach unseren Ergebnissen - im Fokus für die antwortenden Ärzte. Es sei noch einmal erinnert: zu 23,5% wählten die Ärzte in Frage 7 folgende Aussage: „Der Patient in der GKV hat Anspruch auf medizinisch optimale Behandlung – der Leistungskatalog der GKV und die Kosten dürfen dabei (fast) keine Rolle spielen.“

Entlohnung ärztlicher Leistung

Viele Ärzte äußerten sich in freien Kommentaren zum Thema „Entlohnung“. Tenor ist häufig die - unabhängig von objektiven Maßzahlen - subjektiv als ungerecht empfundene Höhe des eigenen Einkommens (siehe auch Frage 6.1), insbesondere im Vergleich zu anderen Berufsgruppen, aber auch zu anderen Facharztgruppen. Verantwortung (auch straf- und zivilrechtlich), Arbeitsleistung und fachliche Anforderungen rechtfertigten ein höheres Gehalt. Wir haben jedoch auch gesehen, dass Entlohnung deutlich weiter als nur monetär gefasst werden muss.

Als sehr problematisch wird insbesondere von den niedergelassenen Kollegen die fehlende Planungssicherheit angesehen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und dessen regelmäßige Änderung erschweren langfristige Investitionen und Personalplanungen. Eine Identifizierung mit einem „freien Beruf“ ist so nur eingeschränkt gegeben.

So fühlten sich einige Ärzte auch durch eine Herabwürdigung von grundsätzlichen, aber auch vergleichsweise zeitintensiven ärztlichen Leistungen (Anamnese, körperliche Untersuchung) gedrängt, Lücken in profitableren Sparten (z.B. auch fragwürdige IGeL) zu füllen. Gleichwohl ist die Entlohnung ärztlicher Leistungen deutlicher als in der „freien Wirtschaft“ konjunkturunabhängig (- und dennoch unterliegen die laufenden Praxiskosten den üblichen Veränderungen).

Zur Heterogenitätsannahme

Es ist nicht zu übersehen, dass die von uns unterschiedenen Ärztegruppen sich in bestimmten Bereichen in ihren Einstellungen, Haltungen und Beurteilungen merklich unterscheiden. Deutlich wird dies z.B. in der Zustimmung zur Aussage: „die Arzttätigkeit muss so organisiert werden, dass eine Balance zwischen beruflicher Entwicklung und Familie sowie anderen Interessen möglich ist“ (Tabelle 4). Ärztinnen stimmten dieser Aussage in 51 % zu, Ärzte nur in 39 %; operativ weitergebildete zu 36 % vs. 55 % der psychiatrisch-

psychotherapeutisch tätigen Fachärzte. Im binär logistischen Regressionsmodell bevorzugten ältere und Praxisärzte, ferner Ärzte mit längerer wöchentlicher Arbeitszeit und höherer beruflicher Zufriedenheit im Vergleich zur jeweiligen Gegenkategorie die Antworten 1 und 2 („bedeutende“ oder „höchste Verpflichtung“).

Dennoch waren wir überrascht, wie vergleichsweise einzigartig sich alle von uns untersuchten Gruppen in den anderen oben dargestellten Orientierungen waren. Eine grundlegende Heterogenität ließ sich bisher nicht herausarbeiten. Die aktuellen Herausforderungen, ihr Belastungs- und Schadens- bzw. Nutzenpotential, die individuellen und kollektiven Zukunftsaussichten, die ärztlichen Verantwortungsbereiche, Leitwerte und Aufgaben werden – abgesehen von einigen Akzentuierungen - relativ einheitlich beurteilt.

Exkurs: klassifizierende Verfahren

Zur Überprüfung unserer Heterogenitätsannahme führten wir als Exkurs noch verschiedene klassifizierende Verfahren durch, um zu untersuchen, ob Cluster von Antwortmustern jenseits vordefinierter Merkmale/Prädiktoren existieren. Mehrere hierarchische Clusteranalysen (mit verschiedenen Methoden (Single-linkage, nächstgelegener Nachbar, Ward) und Distanzmaßen (quadrierter und nicht quadrierter euklidischer Abstand, Block)) mit den Faktorenwerten aus Frage 2.1 und Frage 5 lieferten uneinheitliche und nicht zielführende Ergebnisse:

Generell konnte keine eindeutige Clusteranzahl definiert werden: Nach dem Ellbogen-Kriterium müssten die Koeffizienten aus der Clusterzuordnung - aufgetragen in einem Diagramm gegen die Clusteranzahl - eine deutlich abgrenzbare Stufe aufweisen (ähnlich dem Ellbow-Kriterium der Faktorenanalyse). Hier läge dann (theoretisch) die optimale Clusteranzahl. In unseren Clusterlösungen zeigte sich ein völlig gleichmäßiger, asymptotisch auslaufender Chart. Eine 5-Clusterlösung wäre damit genauso passend (oder unpassend) wie eine 10- oder 20-Clusterlösung. Dies verbietet m.E. auch den Versuch einer Interpretation eines willkürlich herausgegriffenen Clustermodells.

Exploratorisch wurde zudem eine Konfigurationsfrequenzanalyse (KFA) über 4 Items aus Frage 2.1 und 8 Items aus Frage 5 durchgeführt. Die KFA ist ein Verfahren, mit dem vordefinierte und überzufällig häufige Typen und Antitypen von Antwortverhalten Chi²-basiert nachgewiesen werden können. In unseren Untersuchungen fanden sich zwar einige wenige signifikante Typen, doch machten diese zusammen nur etwa 5% der Fälle aus. D.h. umgekehrt, dass sich die Mehrheit der Fälle in einer großen, indifferenten Gruppe befindet. Auch mit den genannten Anstrengungen konnten wir keine befriedigenden Antwortmuster identifizieren.

Möglich wäre natürlich auch eine künstliche (Selbst)Homogenisierung der Ärzteschaft durch die Tendenz, im Sinne vermuteter sozialer Erwünschtheit zu antworten.

Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden

Auch größere geschlechtsspezifische Unterschiede fanden wir nicht: Wo signifikante Unterschiede nach Geschlecht aufgedeckt werden konnten (siehe Ergebnisse 3.3), war die erklärte Varianz bei uns nur gering. Reifferscheid und Kunz fanden 1999 noch Unterschiede bedingt durch unterschiedliche Rollenmuster. Das können wir so nicht bestätigen. Dass dennoch deutliche Unterschiede in objektiven Maßzahlen (Verdienst, Anteil der Ärztinnen in Führungspositionen etc.) und subjektiv wahrgenommener Anerkennung bestehen, wurde bereits erläutert; einige Studien belegen, dass Frauen in einigen relevanten Bereichen benachteiligt werden (z.B. Bund-Länder-Kommission, 2004; Bühren, 2010; Hofmeister et al., 2010) und geschlechtsspezifische Berufsverläufe zu unterscheiden sind (Hohner et al., 2010).

Die (Muster)Berufsordnung im Kontext der Befragungsergebnisse und „medical professionalism“ sowie der „Physician charter“

Die Berufsordnung von 1997 ist die für jeden Arzt rechtsverbindliche in Selbstverwaltungsautonomie durch die zuständige Landesärztekammer (daher auch *Musterberufsordnung*) geschaffene Satzungsnorm zur Regelung der jeweiligen Berufspflichten (Fuchs und Gerst, 2010). Einige ärztliche Standesordnungen sind der jetzigen Berufsordnung vorangegangen, die neben allgemeinen Aspekten zur ärztlichen Ethik auch spezielle Sachverhalte (z.B. "Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität", die "Richtlinien zur Gentherapie beim Menschen") regelt.

Der (Muster)Berufsordnung vorangestellt ist ein 1948 vom Weltärztebund in Genf verabschiedetes Gelöbnis. Viele darin enthaltene Grundsätze sind zeitlos (u.a. Primat des Patientenwohls, Schweigepflicht, Verbot der Diskriminierung), einige Passagen sind sehr allgemein gehalten („Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben“), andere erscheinen (zumindest begrifflich) überholt („Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die *edle Überlieferung des ärztlichen Berufes* aufrechterhalten [...]“, „[...] und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, *Rasse noch nach Parteizugehörigkeit* oder sozialer Stellung“). Es folgt eine Präambel, die voraussetzt:

Die [...] Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar.

Patient und Autonomie:	4,05^a	B §7, C1
Selbstsorge des Patienten fördern und fördern	4,23	C 1
Patienten sorgfältig und umfassend aufklären	4,20	B §8
Patientenverfügung achten	4,18	B §16?
Dem Patienten Alternativen darstellen	3,59	C 1
Patient und Nichtschaden:	4,15	G, B §11
Verbot der Diskriminierung nach Alter, sexueller Orientierung, ethnischer Herkunft	4,36	G
Verschwiegenheit, Datenschutz	4,33	G, B §9
Berücksichtigen eigener Kompetenzgrenzen (Überweisungen, Konsile)	4,04	C 2
Schutz vor ökonomischer Ausbeutung des Patienten	3,85	B §11, 12
Patient und Wohltun (Zuwendung und Empathie):	3,89	G, B §1
Zuhören und sprechen	4,27	C 1?
Mitgefühl, „Liebe“, Empathie empfinden/zeigen	3,89	-
Angehörige und Lebenswelt des Pat. einbeziehen	3,76	C 1
Fürsorge und psychosoziale Unterstützung für den Pat. anbieten	3,66	-
Patient und Wohltun (fachliche Aspekte):	3,10	C 2?
Fortbildung wahrnehmen („lebenslanges Lernen“)	3,99	B §4
„Lotse“ für den Pat. im Gesundheitssystem sein	3,47	-
Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt) wahren	3,40	B §2?
Interessen des Pat. gegenüber Ämtern und Behörden vertreten	2,83	-
Klinisch-technische Kompetenz („Medizin als Handwerk“) betonen	2,76	-
Unentgeltlich Leistungen erbringen	2,18	B §12?
Eigenwohl des Arztes:	3,40	-
Eigene Familie, Privatsphäre schützen	4,29	-
Achtsamer Umgang mit sich selbst; sich bei Problemen helfen lassen	3,76	-
Eigenes Einkommen sichern	3,50	B §12, 19, 23
Eigenes Einkommen erhöhen	2,92	-
Werbung für eigene Einrichtung betreiben	2,53	B §28
Eigenwohl des Berufsstandes:	3,23	G, P
Unbestechlichkeit bewahren	4,45	B §31-36
Interessenskonflikte aufdecken	3,68	B §34, 36
Fehler eingestehen, dem Patienten Unsicherheiten mitteilen	3,46	/?
Keine Patienten abwerben	3,34	B §30
Beteiligung an Forschung und Lehre, z.B. auch durch Teilnahme an Studien	2,73	B §5, 6, 15?
Beteiligung an Ausarbeitung von Leitlinien	2,58	-
Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung (ÄK)	2,41	-
Public Health:	3,27	B §1
Präventionsarbeit stärken (Impfen, Ernährung, Lebensstil etc.)	3,85	-
Schulungen für Patienten-/Krankengruppen anbieten	3,19	-
Medizinisches Wissen für das Laienpublikum aufbereiten	3,03	C 1?
Ausgleich sozialer Benachteiligung fördern	3,02	B §12?
Systemwohl (Wirtschaftlichkeitsaspekt):	2,86	-
Nicht-indizierte Leistungen verweigern	3,39	B §11
Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten	3,02	/?
Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl	2,87	B §1?
Alle Dokumentationspflichten erfüllen	2,59	B §10
Beteiligung an Rationierungs-/Priorisierungsdebatte	2,45	-

Tab. 1: Ärztliche Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen. Angeben ist hinter jedem Item die Fundstelle in der Musterberufsordnung (MBO): B = Abschnitt B, G = Gelöbnis, P = Präambel, C = Verhaltensregeln. /? widersprüchliche Punkte (Anmerkungen im Fließtext). Angegeben ist der Mittelwert aus folgenden Wertekodierungen: 1 = ich bewerte die Aufgabe als überhaupt nicht wichtig; 2 = wenig wichtig; 3 = ziemlich wichtig; 4 = sehr wichtig; 5 = äußerst wichtig. ^a Mittelwert des Aufgabenbereiches.

Die obige Tabelle (1) ist bereits zu Teilen bekannt, hier jedoch ergänzt um Fundstellen der einzelnen Items in der Berufsordnung.

Die Berufsordnung solle dem Vertrauen zwischen Arzt und Patient dienen, Qualität der ärztlichen Tätigkeit sicherstellen, berufswürdiges Verhalten fördern bzw. berufsunwürdiges Verhalten verhindern und gleichzeitig Freiheit und Ansehen des Arztberufes wahren.

Die im Gelöbnis und der Präambel definierten Grundsätze entsprechen den Werthaltungen der Mehrheit der von uns befragten Ärzte, wenn auch so nicht explizit von uns erfragt; dennoch ist nicht klar definiert, durch welche (empirische) Grundlage die Berufsordnung legitimiert ist („Überzeugung der Ärzteschaft“).

Es fällt auf, dass zentrale Items unserer konzeptgeleiteten Zuordnung von der Berufsordnung erfasst werden. Viele der auf Patienten oder den Umgang mit Kollegen zielenden Grundsätze sind - wenn nicht schon von Gelöbnis oder Präambel erfasst - zumindest in Abschnitt B (Regeln zur Berufsausübung) oder C (Verhaltensregeln) enthalten. Ganz grundsätzliche Punkte (Aufklärungspflicht, Schweigepflicht, Diskriminierungsverbot) werden sogar mehrfach angesprochen. „Eigenwohl des Arztes“ und „Systemwohl und Wirtschaftlichkeit“ werden nicht grundsätzlich angesprochen. Viele der von uns dazu erfassten Items werden entweder gar nicht oder nur indirekt in der Berufsordnung angesprochen („Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl“ = (?) „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung“, §1, Abschnitt B, MBO). §1, Absatz (1) könnte neben dem Systemaspekt („Gemein- vs. Individualwohl“) auch Public Health ansprechen. Es wird in der Berufsordnung generell nicht klar, welchen Einfluss §12, SGB V („Wirtschaftlichkeitsgebot“) auf die „Regeln der Berufsausübung“ haben soll: Steht §2, Absatz (1) und (4) der MBO dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“ entgegen oder nimmt er dieses sogar auf? „Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten“ wird immerhin von unseren Befragten als „ziemlich bis sehr wichtig“ beurteilt (MW: 3,02).

Die Pflicht zur Teilnahme an wissenschaftlichen oder berufspolitischen Aufgaben (z.B. auch Priorisierungsdebatte) findet sich ebenso wenig wie Aspekte, die explizit auf das Eigenwohl des Arztes abzielen (erwähnt sind hier nur angemessene Vergütungen, nicht aber „achtsamer Umgang mit sich selbst“, „eigene Familie, Privatsphäre schützen“).

Etwas unterrepräsentiert sind in der MBO auch „sprechende, empathische Medizin“ und „Etikette“. §2, Absatz (2) gibt hier nur vor: „Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu ent-

sprechen.“ Hier ist z.B. „Good Medical Practice“ (General Medical Council, 2006) deutlich konkreter und näher am ärztlichen Alltag.

Wo viele grundlegende Aspekte („Menschlichkeit“, „Gewissen“, „Gebote der ärztlichen Ethik“) in der MBO nur unbefriedigend definiert und inhaltlich gefüllt werden, sind z.B. formale Aspekte der Berufsausübung deutlich konkreter: „Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild den Namen, die (Fach-) Arztbezeichnung, die Sprechzeiten sowie ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben“ (§17, Absatz (4) der MBO).

Die „Physician Charter“ (ABIM Foundation et al., 2002) mit ihren drei „fundamental principles“ und zehn „commitments“ bleibt in einigen Formulieren zwar auch schwammig, doch werden wesentliche Bereiche, die in unserer MBO nicht erwähnt werden, angesprochen: z.B. das „Principle of social justice“ (Commitment to improving access to care, to a just distribution of finite resources), „Commitment to... improving quality of care, scientific knowledge, professional responsibilities“. Betrachtet man die Erläuterungen zu den jeweiligen „Commitments“ werden gesamtgesellschaftlichen Verantwortungen jedes Arztes im Vergleich zu unserer Berufsordnung deutlich. Im Folgenden einige Ausschnitte aus der (inoffiziellen) Übersetzung der Charter von Köbberling (2003). In Eckklammern finden sich Anmerkungen von mir:

Ärzte müssen sich aktiv an der Entwicklung besserer Instrumente zur Beurteilung der medizinischen Qualität beteiligen sowie zur routinemäßigen Anwendung dieser Instrumente der Qualitätsmessung bei Einzelpersonen, Institutionen oder sonstigen mit der Gesundheitsversorgung betrauten Einrichtungen. Ärzte müssen sich also persönlich und über ihre Standesorganisationen für die Unterstützung bei der Entwicklung und der Anwendung von Maßnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen verantwortlich fühlen.“ **[Anmerkung: Wissenschaftliches und berufspolitisches Engagement]**

Ärzte müssen sich individuell und als Gruppe darum bemühen, Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. [...] Die Bemühungen um Gerechtigkeit schließen die Förderung von öffentlicher Gesundheitsversorgung und von präventiven Maßnahmen ein. **[Anmerkung: soziale Gerechtigkeit und Public Health]**

Sie müssen mit anderen Ärzten, Krankenhäusern und Versicherungen zusammenarbeiten, um Leitlinien für eine kosteneffektive Versorgung zu entwickeln. [...] Der Einsatz überflüssiger Maßnahmen setzt nicht nur den Patienten einer vermeidbaren Gefährdung aus, sondern vermindert auch die für andere Patienten zur Verfügung stehenden Mittel. **[Anm.: Systemwohl und Wirtschaftlichkeit]**

Ärzte haben die Pflicht, wissenschaftliche Standards aufrecht zu halten, Forschung zu fördern, neue Erkenntnisse zu gewinnen und deren angemessenen Gebrauch sicherzustellen. Die Ärzte-

schaft ist für die Richtigkeit dieser Erkenntnisse, die sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf ärztlicher Erfahrung beruhen, verantwortlich. **[Anm.: Wissenschaftliches Engagement]**

Als Mitglieder eines Berufsstandes muss von Ärzten erwartet werden, dass sie bei der Patientenversorgung kollegial zusammenarbeiten, respektvoll miteinander umgehen, sich am Prozess der Selbstkontrolle beteiligen und dabei auch Kollegen, die sich von gültigen ethischen Standards entfernt haben, korrigieren oder disziplinieren. [...] Ärzte haben sowohl eine persönliche als auch eine kollektive Verpflichtung, sich an solchen Prozessen zu beteiligen. Diese Verpflichtungen schließen eine Mitwirkung bei internationalen Vergleichen und eine Akzeptanz externer Vergleiche bezüglich aller Aspekte der beruflichen Tätigkeit ein. **[Anm.: Beteiligung an Selbstverwaltung]**

Es bedarf m.E. aus folgenden Gründen einer Neuausrichtung unserer Berufsordnung: Empirische und theoretische Grundlagen werden nicht deutlich. Ein roter Faden ist innerhalb der MBO nicht erkennbar, Redundanzen treten auf, Konkretes steht neben allzu Allgemeinem. Vielleicht wäre eine Version mit Erläuterungen und Querverweisen sinnvoll?

Einige wesentliche Themen werden außer Acht gelassen, darunter der Systemwohlaspekt und soziale Gerechtigkeit (innerhalb der Bevölkerung), Public Health und Prävention, Wissenschaftlichkeit in der Medizin und die Pflicht zum berufspolitischen und gesamtgesellschaftlichen Engagement sowie ein offener und aufrichtiger Umgang mit Fehlern. Auch die Rechte der Ärzte auf ihr Eigenwohl (außer Honorar) zugunsten (!) einer sicheren und befriedigenden Arzttätigkeit werden nicht deutlich. Dies schließt aus meiner Sicht auch den Umgang mit bzw. die Abwehr von wesentlichen Belastungen im ärztlichen Alltag ein (Administration, Verrechtlichung, Arbeitsverdichtung).

Schlussfolgerungen und mögliche Empfehlungen

Es soll noch einmal das eingangs erwähnte Zitat von J.F.K. Deneke aufgegriffen werden: Mit der nötigen Vorsicht und wissentlich, dass unsere Befragung deutliche Einschränkungen hinsichtlich Repräsentativität, Reliabilität und Validität hat, können zumindest deutliche Heterogenitäten innerhalb der Ärzteschaft ausgeschlossen werden. Somit kann ein gewisser Konsens über Funktion und Inhalt ärztlicher Ethik oder treffender Ethos konstatiert werden. Die Ergebnisse wurden entsprechend beschrieben. Der Konsens könnte teilweise auch „sozialer Erwünschtheit“ geschuldet sein (- was natürlich auch einen Konsens über Inhalte sozialer Erwünschtheit voraussetzt). Neben aller Übereinstimmung gilt es zu beachten, dass für einzelne Ärztgruppen (Ärztinnen, Praxisärzte, Berufsanfänger) spezifische Belastungs- und Werthaltungsbereiche bestehen (siehe auch Dettmer et al., 2010; Ochsmann et al., 2010;)

Im Wesentlichen steht für den einzelnen Arzt/die einzelne Ärztin der individuelle Patient im Fokus seines Handelns. Befragungen und „Identität stiftende Dokumente“ anderer Länder zeigen jedoch, dass das Aufgabenfeld und somit der Einflussbereich der Ärzteschaft deutlich weiter gefasst werden muss. Hier liegen große Chancen für die Ärzte, den „contract with society“ (ABIM Foundation et al., 2002) zu erneuern, die ärztliche „Selbstverpflichtungsethik“ zu stärken und eine zunehmend von außen wirkende Pflichtenethik i.S. von immer neuen rechtlichen Vorgaben abzuwehren. Dies setzt voraus, dass jedem Arzt/der Ärztin für diese Aufgaben angemessene und einzufordernde persönliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Dass wesentliche Verbesserungen der Arbeitszufriedenheit und Entlastungen der Ärzteschaft von administrativen Aufgaben durch neue Berufsgruppen (z.B. sogenannte PAMs: Patienten-Administrations-Manager) möglich sind, zeigen Modellprojekte (Ulich, 2010).

Es bedarf außerdem einer Neuausrichtung und Überprüfung der Berufsordnung und ihrer Ziele. Ob z.B. eine offizielle Übersetzung der Physician Charter in die Berufsordnung aufgenommen wird oder ob die Berufsordnung eher den Stil von „Good Medical Practice“ aufnehmen soll, bleibt zu diskutieren. Wesentliche Punkte werden jedoch in der heutigen MBO nicht genannt. Dies sind z.B. (neue) Aufgabenfelder und Pflichten, aber auch (neue) Rechte der Ärzte (Eigenwohlaspekte). Aus dem Diskurs mit verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen (z.B. Patientenvertretungen, gesetzliche und private Krankenversicherungen, Vertreter aus Politik), muss deutlich werden, welchen Inhalten des „Vertrages“ man sich verpflichtet fühlt, wo Belastungen diesen gefährden könnten. Umso mehr bedarf es einer regelmäßigen, standardisierten und für die gesamte deutsche Ärzteschaft repräsentativen Überprüfung von Werthaltungen und aktuellen Herausforderungen im Gesundheitssystem. Denkbar wären z.B. Eingangsbefragungen von Berufsanfängern im Rahmen der Approbation und Kohortenstudien im 5-jährlichen Intervall. Immer aber sollte der Bezug zur Berufsordnung als „rechtsverbindliche Satzungsnorm zur Regelung der jeweiligen Berufspflichten“ bestehen.

5. ZUSAMMENFASSUNG

TITEL DER DISSERTATION: Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession – theoretische Erwägungen und eine postalische Befragung von Ärzten in Schleswig-Holstein

HINTERGRUND: Seit Jahren wird vor allem im angloamerikanischen Raum eine Diskussion um ärztliches Berufsethos geführt („medical professionalism“) – umfangreiche, auch empirische Befunde liegen hierzu vor. Definitionen und Begriffliches zum Thema „professionalism“ sind jedoch uneinheitlich. In Deutschland existieren eine Vielzahl empirischer Befunde zum Thema Arztbefinden und Arztzufriedenheit; „ärztliche Freiberuflichkeit“ wird aktuell berufspolitisch diskutiert. Empirische Befunde zu ärztlichen Werthaltungen im Lichte aktueller Belastungen in Deutschland sind jedoch rar. Anforderungen z.B. auch aus ärztlichen Aus- und Weiterbildungscurricula bestehen hinsichtlich einer umfassenden und möglichst repräsentativen Standortbestimmung zu ärztlichen Werthaltungen und Einschätzungen zu aktuellen Herausforderungen im ärztlichen Berufsumfeld.

FRAGESTELLUNG: In einem Befragungssurvey, der Teil dieser Dissertation ist, sollen für die Ärzteschaft in Schleswig-Holstein (möglichst) repräsentative Ergebnisse zu folgenden Fragen gewonnen werden: Welchen Herausforderungen sehen sich die Ärztinnen und Ärzte aktuell gegenüber? In welchem Ausmaß werden diese als belastend und im Widerspruch zur persönlichen Auffassung vom Arztberuf wahrgenommen? Welchen ärztlichen Aufgaben und Wertorientierungen (Grundwerte, konkrete Verhaltensweisen) wird besondere Wichtigkeit beigemessen? Wem sehen sich die Ärzte vor allem verpflichtet (Benefiziare)? Dabei wird davon ausgegangen, dass sich Gruppen von Ärzten nach den definierten Schichtungsmerkmalen auch in ihrem Antwortverhalten für zentrale Themen unterscheiden (Heterogenitätsannahme).

METHODIK: Eine nach den Merkmalen Geschlecht, Alter, Tätigkeitsort (Praxis oder Krankenhaus) und Fachgebiet (Facharzt diagnostisch, konservativ, operativ, hausärztlich, psychiatrisch-psychotherapeutisch tätig, Nicht-Facharzt) geschichtete Stichprobe von 4933 in Schleswig-Holstein tätigen Ärzten wird durch ein hoch standardisiertes Fragebogeninstrument zu den in der Fragestellung genannten Punkte befragt. Neben deskriptiven Auswertungen werden für zentrale Prädiktoren regressions-analytische Effekte berechnet.

ERGEBNISSE: Der bereinigte Rücklauf beträgt 59,3%. Die Zusammensetzung der Responder entspricht im Wesentlichen der Grundgesamtheit der in Schleswig-Holstein tätigen Ärzte. Durch einen nicht zu bestimmenden Nonresponse-Bias kann dennoch keine Repräsentativität angenommen werden. Von den erfragten Herausforderungen werden vor allem Administration, externe Kontrollen, Wettbewerbs- und Kostendruck sowie die „schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ als belastend und im Widerspruch zum ärztlichen Beruf stehend angesehen. Die befragten Ärzte fühlen sich vor allem dem (individuellen) Patientenwohl verpflichtet; wichtig erscheint aber auch hier die Sorge um die eigene Person und die eigene Familie. Zahlreiche dar-

auf ladende Items werden als (besonders) wichtig bezeichnet. Nachrangig werden eher Gemeinwohl- und Systemwohlaspekte (Wirtschaftlichkeit, soziale Gerechtigkeit), wissenschaftliches und berufspolitisches Engagement sowie das Ansehen des Berufsstandes genannt. Die Heterogenitätsannahme kann zumindest für zentrale Bereiche verworfen werden. Es existieren zwar einzelne z.B. auch geschlechtsspezifische Akzentuierungen, doch sind die dadurch erklärten Effekte gering. Effekte durch Antworttendenzen im Sinne sozialer Erwünschtheit können nicht ausgeschlossen werden.

DISKUSSION UND SCHLUSSFOLGERUNGEN: Trotz einiger methodischer Einschränkungen der Untersuchung kann ein insgesamt präzises Bild aktueller Werthaltungen und Belastungen der in Schleswig-Holstein tätigen Ärzte gezeichnet werden. Die befragten Ärzte fühlen sich vor allem dem einzelnen Patienten und Eigenwohlaspekten gegenüber verpflichtet. Darüber hinausgehende Bereiche werden eher als nachrangig eingeordnet. Ärztebefragungen und „Identität stiftende Dokumente“ im Ausland haben jedoch gezeigt, dass die Rolle der Ärzte weiter zu fassen sei, ihr Engagement sich z.B. auch auf Systemwohlaspekte beziehen müsse. Unsere Befragungsergebnisse stimmen mit den Grundsätzen unserer Berufsordnung im Wesentlichen überein. Zentrale Punkte (wissenschaftliches und berufspolitisches Engagement, Systemwohl, Wirtschaftlichkeit) werden jedoch in der (Muster)Berufsordnung nicht explizit genannt. Um das Vertrauen der Gesellschaft in die Ärzteschaft zu stärken, gesellschaftlichen Diskurs anzuregen und externe Regularien durch den Gesetzgeber zu vermindern bedarf es einer Neuausrichtung der Berufsordnung unter Berücksichtigung repräsentativer gesamtdeutscher Befragungsergebnisse zum ärztlichen Berufsethos.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Ann Intern. Med.* 136, 243-246 (2002)
- Bauer A: Der Hippokratische Eid. Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 41, 141-148 (1995)
- Bauer A: Realität – Ideal - Projektion? Der „gute“ Arzt in medizinhistorischer Perspektive. *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 01, 23-26 (2005)
- Beauchamp TL, Childress JF: *Principles of Biomedical Ethics*. 5. Aufl., Oxford University Press, New York (2001)
- Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Kuchler T: Berufsreport 2003. Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. *Dtsch Arztebl* 101, A 28-32 (2004)
- Black C: Advancing 21st-Century Medical Professionalism. A Multistakeholder Approach. *JAMA* 20, 2156-58 (2009)
- Blackmer J: Professionalism and the Medical Association. *World Medical Association* (2007)
- British Medical Association (BMA): Core Values for the medical profession in the 21st century. BMA (1995)
- British Medical Association (BMA): Professional values – Findings from BMA cohort studies. BMA (2008). http://www.bma.org.uk/healthcare_policy/cohort_studies/cohortprofvalues.jsp (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Bühren A: Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht – Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
- Bundesärztekammer (BÄK): (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung vom 24.11.2006. BÄK (2006). <http://www.baek.de/downloads/MBOStand20061124.pdf> (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Bundesärztekammer (BÄK): Beschlussprotokoll des 112. Deutschen Ärztetages. BÄK (2009). <http://www.baek.de/downloads/112DAETBeschlussprotokoll20090901.pdf> (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Bundesärztekammer (BÄK): Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen. *Dtsch Arztebl* 22, A1540-41 (2006)
- Bundesministerium für Justiz: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung. Fassung vom 28.5.2008. http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung: Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. BLK, Heft 117 (2004)
- Campbell EG, Regan S, Gruen RL, Ferris TG, Rao SR, Cleary PPD, Blumenthal D: Professionalism in Medicine: Results of a National Survey of Physicians. *Ann Intern Med.* 147, 795-802 (2007)
- Canadian Medical Association: Professionalism in Medicine. CMA Series of Health Care Discussion Papers. CMA (2001)
- Deneke JFV: Ärztliche Ethik in standespolitischer Sicht. In: Gross R, Hilger HH, Kaufmann W, Scheurlen PG: *Ärztliche Ethik. Symposium*, Köln, 1.10.1977. 1. Aufl., 69-79, Schattauer, Stuttgart (1978)

- Dettmer S, Kuhlmeier A, Schulz S: Karriere- und Lebensplanung. Gehen oder bleiben? Dtsch Arztebl 1-2, A30-31 (2010)
- Encyclopedia Britannica: profession. In: Webster's Third New International Dictionary. Band II, 1811, Encyclopedia Britannica, Chicago (1981)
- Freidson E: Professional Powers: A Study of Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago (1986)
- Freidson E: Professionalism. The Third Logic. On The Practice of Knowledge. 1. Aufl., The University of Chicago Press, Chicago (2001)
- Fuchs C, Gerst T: Medizinethik in der Berufsordnung. Entwicklungen der Muster-Berufsordnung. (2010) <http://www.baek.de/page.asp?his=1.100.1142> (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC: Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
- General Medical Council: Good Medical Practice. GMC, London (2006)
- Gesellenstätter C: Die Annäherung des Freien Arztberufes an das Gewerbe. In: Sodan H: Schriften zum Gesundheitsrecht, Band 8, 1. Aufl., 37-43, Duncker & Humblot, Berlin (2007)
- Glattacker M, Gülich M, Farin E, Jäckel W: Vertrauen in den Arzt („VIA“) – Psychometrische Testung der deutschen Version der „Trust in Physician Scale“. Phys Med Rehab Kuror 17, 141-48 (2007)
- Green M, Zick A, Makoul G: Defining Professionalism From the Perspective of Patients, Physicians, and Nurses. Acad Med. 84, 566–573 (2009)
- Grimm J, Grimm W: Profession. In: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Band 13, 2159-60, DTV, München (1889, Nachdruck 1984)
- Hilton SR, Slotnick HB: Proto-professionalism: how professionalisation occurs across the continuum of medical education. Medical Education 39, 58-65 (2005)
- Hofmeister D, Rothe K, Alfermann D, Brähler E: Ärztemangel selbstgemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
- Hohner HU, Hoff EH, Grote S, Dettmer S, Olos L: Das DFG-Projekt „PROFIL“: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
- Honnefelder L: Zentrale Begriffe der Ethik. Sittlichkeit/Ethos. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner M: Handbuch Ethik, 2. Aufl., 491-496, Verlag J.B. Metzler, Ort, (2006)
- Hoppe JD: Einschränkungen der Handlungs- und Therapiefreiheit der Ärzte und der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung durch Verknappung der wirtschaftlichen und personellen Mittel – Was sind die Gebote der § 2 Abs. 1 und 4 Musterberufsordnung noch wert? ZaeFQ 101, 521-25 (2007)
- Horton R: Medicine: the prosperity of virtue. Lancet 366,1985-87 (2005)
- Hübler A, Scheuch K, Müller G, Kunath H: Gesundheitszustand und Berufszufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte im Freistaat Sachsen. Ärzteblatt Sachsen 1, 5-8 (2009)
- Kienle GS, Karutz M, Matthes H, Matthiessen P, Petersen P, Keine H: Evidenzbasierte Medizin. Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Dtsch Arztebl 33, A 2142-2146 (2003)
- Kienle GS: Vom Durchschnitt zum Individuum. Dtsch Arztebl 25, 1381-84 (2008)
- Köbberling J: Charta zur ärztlichen Berufsethik. ZaeFG 97, 76-79 (2003)

- Korzilius H: Ärzteprotest: „Die Idee, alles gleichzumachen, ist für mich einfach weltfremd“. Dtsch Arztebl 12, A537-38 (2009)
- Kuper A, Kuper J: professions. In: The Social Science Encyclopedia, 2. Aufl., 677-78, Routledge, London (1996)
- Latza U, Stang A, Bergmann M, Kroke A, Sauer S, Holle R, Kamtsiuris R, Terschüren C, Hoffmann W: Zum Problem der Response in epidemiologischen Studien in Deutschland (Teil I). Gesundheitswesen 24, 326-336 (2004)
- Maus J, Schmidt K: Eckpunkte zur Gesundheitsreform. Hausärzte laufen Sturm. Dtsch Arztebl 30, A1431-32 (2010)
- McLachlan JC Finn G, Macnaughton J: The Conscientiousness Index: A Novel Tool to Explore Students' Professionalism. Acad Med. 84, 559–565 (2009)
- Meyer T, Ströbel A, Raspe H: Evidenz-basierte Medizin aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte: ein repräsentativer Survey zu Akzeptanz und Fortbildungsinteressen. ZaeFQ 98, 293-300 (2004)
- Ochsmann E, Drexler H, Schmid K: Berufseinstieg bereitet vielen Absolventen Probleme. Dtsch Arzteblatt 14, A654-55 (2010)
- Raspe H: Individuelle Gesundheitsleistungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine medizinethische Diskussion. Ethik Med 19, 24-38 (2007)
- Reifferscheid G, Kunz G: Unterschiedliches Rollenverhalten. Arztberuf und soziales Geschlecht: Sind „weibliche“ Ärzte die besseren Ärzte? Ergebnisse einer breitangelegten Ärztebefragung. Dtsch Arztebl 40, 2493-98 (1999)
- Reiser SJ, Banner RS: The Charter on Medical Professionalism and the Limits of Medical Power. Ann Intern Med 138, 844-46 (2003)
- Riha O: Ethik in der Medizin. Eine Einführung. In: Riha O, Nartschik C, Helm S: Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V., Band 1, 7-13, Shaker Verlag, Aachen (1998)
- Rosen R, Dewar S: On being a doctor. King's Fund Publications (2004)
- Royal College of Physicians of London (RCP): Doctors in society. Medical Professionalism in a changing world. RCP, London (2005)
- Sackett DK, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312, 71-72 (1996)
- Schwartz FW, Angerer P: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
- Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R: The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. Social Science & Medicine 58, 1483-99 (2004)
- Sox H: The Ethical Foundations of Professionalism. A Sociologic History. CHEST 131, 1532-1540 (2007)
- Steigleder K: Moral, Ethik, Medizinethik. In: Schulz S, Steigleder S, Fangerau H, Paul N: Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, 1. Auflage, 15-45, Suhrkamp Verlag, Frankfurt (2006)
- Stern DT, Papadakis M: The Developing Physician – Becoming a Professional. NEJM 355, 1794-9 (2006)
- Ulich E: Arbeit und Befinden von Ärzten und Prinzipien gesundheitsorientierter Arbeitsgestaltung im Krankenhaus. In: Fuchs C, Kurth BM, Scriba PC, Report Versorgungsforschung, Band 2, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)

- Wilkinson TJ, Wade WB, Knock LD: A Blueprint to Assess Professionalism: Results of a Systematic Review. *Acad Med.* 84, 551–558 (2009).
- World Medical Association: Declaration of Geneva. Fassung von September 1948.
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/> (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- World Medical Association: International Code of Medical Ethics. Fassung von Oktober 1949.
<http://www.cirp.org/library/ethics/intlcode/> (Letzter Zugriff: 25.07.2011)
- Wynia MK: The Role of Professionalism and Self-regulation in Detecting Impaired or Incompetent Physicians. *JAMA* 2, 210-12 (2010)

7. DANKSAGUNGEN

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

Mein besonderer und herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater und Betreuer meines Dissertationsvorhabens, Herrn Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe. Durch sein engagiertes und pragmatisches Handeln und seine kritischen Anmerkungen konnte ich den Befragungssurvey und letztlich mein Dissertationsvorhaben erfolgreich umsetzen.

Mein herzlicher Dank gilt auch Juliane Hardt, Dr. Angelika Hüppe, Dr. Susanne Richter und Dr. Thorsten Meyer für methodische Ratschläge und Anmerkungen zu meiner Arbeit. Für die Einweisung in Teleform® danke ich Christel Zeuner und Dr. Christine Matthis. Für die Abwicklung von einigen organisatorischen Fragen danke ich Kathrin Krüger.

Ebenfalls sei den übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Sozialmedizin der Universität zu Lübeck für ihre kritischen Anmerkungen zum Fragebogen gedankt!

Die Befragung wurde ermöglicht durch das finanzielle und organisatorische Engagement der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Hier gilt mein besonderer Dank dem Präsidenten Dr. Franz-Joseph Bartmann, Thomas Neldner sowie Marion David und Mitarbeitern. Der Ausschuss Ärztinnen der Ärztekammer sowie Dr. Karl-Werner Ratschko haben sich durch kritische Anmerkungen zum Fragebogen eingebracht. Auch ihnen herzlichen Dank! Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sei ebenfalls für die Beteiligung an der Studie gedankt.

Ohne das große Engagement und die freien Kommentare der vielen an der Befragung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wären die Ergebnisse nicht so aussagekräftig. Ihnen gilt ebenfalls mein aufrichtiger Dank.

Des Weiteren möchte ich mich bei meinen Eltern und meiner gesamten Familie für ihre Rückendeckung und ihre stets motivierenden Zusprüche bedanken. Zu guter Letzt danke ich Katharina Schröder-Nachtigal, meiner Ehefrau, für ihre stetig währende Hilfe und ihre aufmunternden Worte.

8. Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Thies Hendrik Schröder
 Geburtsdatum: geb. am 10.10.1982 in Berlin
 Familienstand: verheiratet
 Konfession: evangelisch-lutherisch



Schulbildung

1989-1993 Grundschule Buckhorn, Hamburg
 1993-2002 Gymnasium Buckhorn, Hamburg

Studium

2003-2010 Studium der Humanmedizin, Universität Lübeck
 05/2010 2. Ärztliche Prüfung, Note: 2,00

Famulaturen

03/2006-04/2006 Innere Medizin /Kardiologie (Universitätsklinikum Lübeck)
 03/2007 Urologie /Poliklinik (Universitätsklinikum Lübeck)
 03/2007-04/2007 Radiologie (Röntgenpraxis Heegbarg, Hamburg)
 08/2007-09/2007 Psychiatrie (Klinik SGM Langenthal, Schweiz)
 03/2008-04/2008 Psychiatrie (Universitätsklinikum Lübeck)
 08/2008-09/2008 Innere Medizin (Internistische Praxis, Ahrensburg)
 09/2008-10/2008 Arbeitsmedizin (AMD TÜV Rheinland, Neumünster und Hamburg)

Praktisches Jahr (PJ)

02/2009-06/2009 Innere Medizin (Krankenhaus Großhansdorf, Großhansdorf)
 06/2009-10/2009 Psychiatrie (Luzerner Psychiatrie, Klinik St. Urban, Schweiz)
 10/2009-01/2010 Chirurgie (Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus, Hamburg)

Promotion

Seit 2006 Promotionsthema: „Die ärztliche Profession: aktuelle Werthaltungen und Herausforderungen. Theoretische Erwägungen und ein Befragungssurvey.“
 Doktorvater: Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe, Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck

Veröffentlichungen

Schröder TH, Raspe H: Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession - Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein. In: Schwartz FW, Angerer P: Report Versorgungsforschung, Band 2, Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, 83-100, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010).

Schröder TH, Raspe H: Ärztliche Werthaltungen und Herausforderungen. Teil I-III. Ärzteblatt Schleswig Holstein 03, 36-41 (Teil I); SHÄB 04, 48-52 (Teil II); SHÄB 06, 40-43 (Teil III) (2009).

Schröder TH, Raspe H: Der ärztliche Beruf vor alten und neuen Herausforderungen („new medical professionalism“). Ärzteblatt Schleswig-Holstein 08, 32-35 (2006)

Praktische Tätigkeiten

2002-2003	Zivildienst im OP-Bereich (Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus, Hamburg)
09/2003	Pflegepraktikum/Innere Medizin (Ev. Amalie Sieveking KH, Hamburg)
07/2004-09/2004	Pflegepraktikum/Innere Medizin (Ev. Amalie Sieveking KH, Hamburg)
2006-2007	Blutentnahmedienst/Innere Medizin (Universitätsklinikum Lübeck)
2007-2009	Lehrtätigkeit und Tagungsplanung, Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Universität Lübeck

Berufstätigkeit

Seit 01/2011	Assistenzarzt in Weiterbildung zum FA für Radiologie, Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie (Chefarzt: Prof. C. Weber, Ev. Amalie Sieveking KH, Hamburg)
--------------	---

Weitere Interessen und Fähigkeiten

Sprachkenntnisse

Englisch: sehr gut in Wort und Schrift
Chinesisch: Grundkenntnisse in Wort und Schrift
Latein: sehr gut in Schrift

EDV-Kenntnisse

Sehr gute Kenntnisse in MS Office und in Bildbearbeitungsprogrammen (z.B. Adobe Photoshop)
Gute Kenntnisse in SPSS (Statistikprogramm)

Lehrtätigkeit

WS 2008/09	Tutor für medizinische Terminologie, Institut für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte, Universität Lübeck
------------	--

Zusatzqualifikationen

Wahlfach Sonographie (WS 2006/2007)
Wahlfach „Handchirurgie und plastische Chirurgie auf anatomischer Basis“ (WS 2005/06)
Grundkurs und Fortgeschrittenenkurs SPSS (2007 und 2008)
Grundkurs „Evidenzbasierte Medizin“ (2007)
Zertifikat Lübecker Modell „Medizinische Ethik in der Ausbildung“ (WS 2005/06 und SS 2006)
Sonographie-Grundkurs Abdomen, Retroperitoneum, Schilddrüse (DEGUM-zertifiziert, 08/2010)

Hobbys

Chorgesang (seit 2004 im Universitätschor, seit 2007 zuständig für Öffentlichkeitsarbeit)
Geigen- und Bratschenspiel, Radsport, Gesellschaftstanz

Hamburg, im Juli 2011

9. PUBLIKATIONS LISTE

BEITRÄGE IN MONOGRAFIEN:

Schröder TH, Raspe H: Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession - Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.): Report Versorgungsforschung, Band 2, Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, 83-100, 1. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010).

BEITRÄGE IN ZEITSCHRIFTEN:

Schröder TH, Raspe H: Ärztliche Werthaltungen und Herausforderungen. Teil I-III. Ärzteblatt Schleswig-Holstein 03, 36-41 (Teil I); SHÄB 04, 48-52 (Teil II); SHÄB 06, 40-43 (Teil III) (2009).

Schröder TH, Raspe H: Der ärztliche Beruf vor alten und neuen Herausforderungen („new medical professionalism“). Ärzteblatt Schleswig-Holstein 08, 32-35 (2006)

POSTERBEITRÄGE:

Uni im Dialog in der Petri-Kirche – Doktorandentag 2008 der Universität zu Lübeck am 04.06.2008

VORTRÄGE UND PRÄSENTATIONEN:

Darstellung der Ergebnisse vor der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein am 26.11.2008 in Bad Segeberg.

Vorstellung der Studie vor der Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein am 13.09.2006 in Bad Segeberg.

Doktorandenseminar am 04.12.2007 und 13.01.2009 am Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck.

ANLAGEN

ÜBERSICHT ÜBER DIE ANLAGEN

Stichprobenbasis und -schichtung	A2
Anschreiben zur Umfrage	A3
Fragebogen	A4-17
Erinnerungsschreiben 3 Wochen	A18
Erinnerungsschreiben 6 Wochen	A19
Ärztliche Aufgaben nach Benefiziar	A20-22
Frage 2.2 nach Fragebogenversion	A23
Frage 6.1 Häufigkeiten	A24
Frage 3 Häufigkeiten	A25
Frage 8 Häufigkeiten	A26
Frage 6.2 Häufigkeiten	A27
Frage 2.1. Häufigkeiten	A28
Frage 2.2 Häufigkeiten	A29
Frage 2.3 Häufigkeiten	A30
Frage 4.1 Häufigkeiten	A31
Frage 4.2 Häufigkeiten	A31
Frage 5 Häufigkeiten	A32-33
Frage 9 Häufigkeiten	A34
Faktorenanalysen	A35-38

Rohdaten, SPSS-Syntax und weitere Daten sind auf
Anforderung ggf. per E-Mail erhältlich:

thieshs@gmx.net



Lübeck, im Februar 2008

Umfrage zu ärztlichen Werthaltungen und Herausforderungen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

jede Ärztin, jeder Arzt fühlt sich in der eigenen Berufsausübung an ethische Prinzipien, an Tugenden und Wertennormen, (Selbst)Verpflichtungen und Verhaltensweisen gebunden. Diese unterliegen historischen Veränderungen und variieren zwischen Gruppen und Personen.

Traditionelle Orientierungen und Haltungen sind teils außer Geltung gekommen, teils fragwürdig geworden; neue werden infolge veränderter Patientenerwartungen, der Verrechtlichung und Ökonomisierung der Medizin, des medizinisch-technischen Fortschritts und des zunehmenden Einzugs evidenzbasierter Medizin (EbM) notwendig – um nur einige Herausforderungen zu nennen.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Fragen, die sich auf dieses komplexe Feld beziehen. Ihre Beantwortung wird Sie nicht mehr als 30 Minuten kosten.

Unsere Befragung zielt auf eine aktuelle und für unser Bundesland repräsentative Bestandsaufnahme. Zu diesem Zweck haben wir eine Zufallsstichprobe aus allen berufstätigen Praxis- und KrankenhausärztInnen in Schleswig-Holstein gezogen. Sie sind Mitglied dieser Stichprobe geworden.

Selbstverständlich ist die Teilnahme an dieser Befragung freiwillig.

Der Versand der Fragebögen erfolgt durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein. Das Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck erhält ausschließlich die anonymen Fragebögen und ist zu keinem Zeitpunkt in Besitz personenbezogener Daten (Namen und Adressen). Die Ärztekammer Schleswig-Holstein kann wiederum nicht auf Ihre individuellen Antworten zurückgreifen. Durch diese räumliche und institutionelle Trennung ist die Anonymität Ihrer Angaben gewährleistet.

Wir wollen die Ergebnisse zum Ausgangspunkt gezielter Diskussionen, Veranstaltungen und Veröffentlichungen der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins machen. Beide Einrichtungen haben sich aktiv an der Ausarbeitung des Fragebogens beteiligt. Wir bitten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit. Die Ergebnisse der geplanten Umfrage im Februar 2008 werden so rasch wie möglich in unserem Ärzteblatt veröffentlicht werden.

Dr. F.-J. Bartmann
Präsident, Ärztekammer Schleswig-Holstein

Prof. H. Raspe
Direktor, Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

T.H. Schröder
Doktorand, Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

R.W. Büchner
Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein



FRAGEBOGEN ZU ÄRZTLICHEN WERTHALTUNGEN UND HERAUSFORDERUNGEN

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir bitten Sie nun herzlich, die nachfolgenden Fragen und Aussagen sorgfältig zu lesen und Ihre Antworten und Bewertungen einzutragen. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Es gibt keine "richtigen" oder "falschen" Antworten – Ihre ganz persönliche Einschätzung und Bewertung sind für uns von Bedeutung! Zur Beantwortung aller Fragen werden Sie nach unseren Erfahrungen ca. 30 Minuten benötigen.

Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, legen Sie ihn bitte in den beigefügten kleineren (DIN A5) Umschlag und verschließen diesen gut. Den verschlossenen Umschlag schicken Sie dann im beigefügten größeren Rückumschlag (DIN A4) an die Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Das Institut für Sozialmedizin erhält von der Ärztekammer ausschließlich den verschlossenen kleineren Umschlag mit dem anonymen Fragebogen und ist zu keinem Zeitpunkt in Besitz personenbezogener Daten (Name und Adresse). Die Ärztekammer behält den größeren Rückumschlag mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse für die Bearbeitung möglicher Erinnerungsschreiben. Durch die räumliche und institutionelle Trennung ist die Anonymität Ihrer Angaben gewährleistet. Wenn Sie Ihren Namen und Ihre Adresse auf dem größeren Umschlag entfernten, machten Sie eine Rücklaufkontrolle unmöglich und erhielten dann noch zweimal ein Erinnerungsschreiben.

Am Ende des Fragebogens haben Sie noch einmal Gelegenheit, weitere Anregungen, Anmerkungen und Kritikpunkte zur Thematik, aber auch zum Fragebogen, im Freitext zu äußern.

ZU BEGINN

1 Zu Beginn finden Sie eine Reihe von Aussagen, die sich auf mögliche **Haltungen zum ärztlichen Beruf** beziehen. Bitte kreuzen Sie *die* Möglichkeit an, die Ihnen am ehesten entspricht. Setzen Sie bitte nur **ein** Kreuz.

„Medizin ist eine Berufung und nur diejenigen, die bereit sind, sie zu ihrer höchsten Verpflichtung zu machen, sollten diesen Beruf ergreifen.“

„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung und ÄrztInnen sollten nicht erwarten, ein Leben wie Nicht-Mediziner zu führen.“

„Medizin ist eine bedeutende Verpflichtung, aber ÄrztInnen verdienen auch ein annehmbares Familienleben und Freizeit.“

„Die Arztstätigkeit muss so organisiert werden, dass eine Balance zwischen beruflicher Entwicklung und Familie sowie anderen Interessen möglich ist.“

„Medizin ist ein Beruf wie jeder andere und ÄrztInnen haben ein Recht auf normale Arbeitszeiten und darauf, die Arbeit nach Dienstschluss zu vergessen.“

AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN

2.1 Im Folgenden finden Sie eine Reihe von **Herausforderungen** bzw. Problemen, denen sich die ärztliche Profession, aber auch der einzelne Arzt/die einzelne Ärztin aktuell gegenübersteht – in der Praxis wie im Krankenhaus.
 Dazu sind erläuternde Beispiele gegeben.
 Bitte geben Sie an, wie sehr Sie sich von jedem einzelnen Punkt betroffen fühlen. Sollten Sie sich von den genannten Punkten nicht betroffen fühlen, dann kreuzen Sie bitte „trifft auf mich nicht zu“ an. Setzen Sie pro Zeile bitte nur ein Kreuz.

Herausforderung durch...	Der genannte Punkt...				
	„trifft auf mich <u>nicht</u> zu“	„trifft auf mich zu und belastet mich...“			
		„stark“	„ziemlich“	„ein wenig“	„überhaupt nicht“
ökonomische Vorgaben und Zwänge z.B. durch Praxisbudgets, Diagnosis Related Groups (DRGs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangemessenes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immer neue rechtliche Normen z.B. GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schärferes Haftungsrecht z.B. zunehmende Aufklärungsanforderungen, mehr Prozesse, steigende Versicherungsprämien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermehrte Kontrollen und Prüfungen z.B. Wirtschaftlichkeitsprüfung, Fehlbelegungsprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Dokumentationen, „Schreibkram“ z.B. ICD-Codes, Disease Management Programs (DMPs), Formularwesen, Anfragen der Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung von Managed Care z.B. Versorgungspfade, DMPs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfluss der Verwaltungen z.B. kaufmännische Krankenhausleitung, Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anspruchsvollere EDV und Technik z.B. Praxiscomputer, Vernetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Wettbewerb zwischen Leistungserbringern z.B. selektive Verträge, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Konkurrenz zwischen Praxen und Krankenhäusern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herausforderung durch...	Der genannte Punkt...				
	„trifft auf mich <u>nicht</u> zu“	„trifft auf mich zu und belastet mich...“			
		„stark“	„ziemlich“	„ein wenig“	„überhaupt nicht“
zunehmende Kommerzialisierung z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), Ausweitung einträglicher Leistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkurrenz mit anderen medizinischen Fachberufen z.B. Abgabe/Übernahme ärztlicher Tätigkeiten an/durch Pflgende, nichtärztliche Operationsassistenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen aus der Teamarbeit z.B. interdisziplinäre Teams in Praxen und Krankenhäusern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende innerärztliche Spezialisierung z.B. neue Gebiete, Schwerpunkte, Zusätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich verändernde Patienten z.B. informierte Patienten, fordernde Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Einfluss durch Leitlinien, Evidenz-basierte-Medizin z.B. nationale Versorgungsleitlinien, neueste Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rascher medizinisch-technischer Fortschritt z.B. Investitionserfordernisse, Technisierung, Verdrängung „sprechender Medizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungspflicht „lebenslanges Lernen“, Fortbildungspunkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verringertes Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit z.B. negative Presse, „Skandale“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf z.B. wenige Teilzeitstellen, unvorhersehbare Mehrarbeit, Dienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkurrenz zu Heilpraktikern, Alternativmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende Belastung, Ausgrenzung sozial schwacher Mitbürger z.B. durch Praxisgebühr, Zuzahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV z.B. Ausschluss bestimmter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2	Welche der genannten Belange/Probleme sehen Sie in besonderem Widerspruch zu Ihrer persönlichen Auffassung vom Arztberuf? Kreuzen Sie bitte nicht mehr als drei Punkte an, weniger sind möglich.
Herausforderung/Problem...	
ökonomische Vorgaben und Zwänge	<input type="checkbox"/>
unangemessenes Einkommen	<input type="checkbox"/>
immer neue rechtliche Normen	<input type="checkbox"/>
schärferes Haftungsrecht	<input type="checkbox"/>
vermehrte Kontrollen und Prüfungen	<input type="checkbox"/>
weitere Dokumentationen, „Schreibkram“	<input type="checkbox"/>
Ausweitung von Managed Care	<input type="checkbox"/>
Einfluss der Verwaltungen	<input type="checkbox"/>
anspruchsvollere EDV und Technik	<input type="checkbox"/>
zunehmender Wettbewerb zwischen Leistungserbringern	<input type="checkbox"/>
zunehmende Kommerzialisierung	<input type="checkbox"/>
Konkurrenz mit anderen medizinischen Fachberufen	<input type="checkbox"/>
Anforderungen aus der Teamarbeit	<input type="checkbox"/>
zunehmende innerärztliche Spezialisierung	<input type="checkbox"/>
sich verändernde Patienten	<input type="checkbox"/>
zunehmender Einfluss durch Leitlinien, Evidenz-basierte-Medizin	<input type="checkbox"/>
rascher medizinisch-technischer Fortschritt	<input type="checkbox"/>
Fortbildungspflicht	<input type="checkbox"/>
verringertes Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>
schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>
Konkurrenz zu Heilpraktikern, Alternativmedizin	<input type="checkbox"/>
Zunehmende Belastung, Ausgrenzung sozial schwacher Mitbürgern	<input type="checkbox"/>
zunehmende Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV	<input type="checkbox"/>

2.3	Beobachten Sie Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand Ihrer Patienten durch diese Herausforderungen/Probleme? Setzen Sie bitte pro Zeile nur ein Kreuz.			
Herausforderung	„Der genannte Punkt hat Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand meiner Patienten“			
	„nein, keine“	„ja, positive“	„teils positive, teils negative“	„ja, negative“
ökonomische Vorgaben und Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unangemessenes Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immer neue rechtliche Normen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schärferes Haftungsrecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermehrte Kontrollen und Prüfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Dokumentationen, „Schreibkram“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausweitung von Managed Care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfluss der Verwaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anspruchsvollere EDV und Technik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Wettbewerb zwischen Leistungserbringern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende Kommerzialisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konkurrenz mit anderen medizinischen Fachberufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen aus der Teamarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende innerärztliche Spezialisierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich verändernde Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Einfluss durch Leitlinien, Evidenz-basierte-Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rascher medizinisch-technischer Fortschritt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungspflicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verringertes Ansehen der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herausforderung	„Der genannte Punkt hat Auswirkungen auf Behandlung und Gesundheitszustand meiner Patienten“			
	„nein, keine“	„ja, positive“	„teils positive, teils negative“	„ja, negative“
Konkurrenz zu Heilpraktikern, Alternativmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende Belastung, Ausgrenzung sozial schwacher Mitbürgern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmende Einschränkung des Leistungskatalogs der GKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Wie sehen Sie die ärztliche Arbeits- und Berufssituation insgesamt in der Zukunft? (Werte von -5 „generell schlechter“ über 0 „unverändert“ bis hin zu +5 „generell besser“) Setzen Sie bitte nur ein Kreuz.										
	generell schlechter		unverändert								generell besser
	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ÄRZTLICHE VERANTWORTUNGSBEREICHE

4.1	In der Bundesärzteordnung heißt es: „Der Arzt dient der Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung“. Weitere ärztliche Verantwortungsbereiche lassen sich nennen. Bringen Sie bitte die folgenden acht Zeilen in eine Rangfolge . Der 1. Rang soll dabei die für Sie größte Wichtigkeit ausdrücken, den 8. Rang soll der für Sie unbedeutendste Bereich erhalten.										
<i>Ich persönlich setze den Bereich...</i>						<i>auf Rang...[bitte Zahl eintragen]</i>					
Die Entwicklung der Medizin durch Forschung und Lehre						<input type="checkbox"/>					
Gesundheit und Wohl der Bevölkerung, der Umwelt („Public Health“)						<input type="checkbox"/>					
Wirtschaftliche Situation der Krankenversicherung						<input type="checkbox"/>					
Wirtschaftliche Situation meiner Praxis, meines Krankenhauses						<input type="checkbox"/>					
Ansehen und Einfluss des ärztlichen Berufsstandes						<input type="checkbox"/>					
Gesundheit und Wohl meiner Patienten						<input type="checkbox"/>					
Meine Person (Einkommen, persönliche Interessen, Gesundheit)						<input type="checkbox"/>					
Meine Familie und engste Freunde						<input type="checkbox"/>					

4.2	Eine verwandte Frage: Ärztliches Handeln kann auf verschiedene (positive) Grundwerte zielen. Welche der genannten sind Ihnen persönlich besonders wichtig? Bringen Sie bitte die folgenden vier Zeilen in eine Rangfolge . Der 1. Rang soll dabei die für Sie größte Wichtigkeit ausdrücken, den 4. Rang soll der für Sie unbedeutendste Bereich erhalten.
	<i>Ich persönlich setze den Bereich...</i> auf Rang... [bitte Zahl eintragen]
	Patientenwohl (und Abwendung von Schaden) <input type="checkbox"/>
	Patientenselbstbestimmung <input type="checkbox"/>
	Soziale Gerechtigkeit (gleicher Zugang, gleiche Behandlung bei gleichem Bedarf) <input type="checkbox"/>
	Wirtschaftlichkeit (sparsamer Umgang mit knappen Ressourcen) <input type="checkbox"/>

ÄRZTLICHE AUFGABEN					
5	In dieser Frage geht es um einzelne konkrete Aufgaben im ärztlichen Alltag . Ihre Bedeutung wird unterschiedlich wahrgenommen. Bitte nehmen Sie zu jeder einzelnen Aufgabe Stellung, indem Sie die Aufgaben bewerten von „überhaupt nicht wichtig“ bis zu „äußerst wichtig“. Lassen Sie sich bitte nicht von der Anzahl der Items abschrecken. Pro Zeile bitte wieder nur ein Kreuz.				
Ich persönlich bewerte die Aufgabe... als...	überhaupt nicht wichtig	wenig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
Patienten sorgfältig und umfassend aufklären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwiegenheit, Datenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbot der Diskriminierung nach Alter, sexueller Orientierung, ethnischer Herkunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor ökonomischer Ausbeutung des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigen eigener Kompetenzgrenzen (Überweisungen, Konsile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Patienten Alternativen darstellen, das Einholen von Zweitmeinungen unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige und Lebenswelt des Patienten einbeziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenverfügung achten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstsorge des Patienten fordern und fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich persönlich bewerte die Aufgabe... als...	überhaupt nicht wichtig	wenig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
Fehler eingestehen, dem Pat. Unsicherheiten mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Lotse“ für den Patienten im Gesundheitssystem sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt) wahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgefühl, „Liebe“, Empathie empfinden/zeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuhören und sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenes Einkommen sichern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinisch-technische Kompetenz („Medizin als Handwerk“) betonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht-indizierte Leistungen verweigern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unentgeltlich Leistungen erbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleich sozialer Benachteiligung fördern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achtsamer Umgang mit sich selbst; sich bei Problemen helfen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Familie, Privatsphäre schützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fürsorge und psychosoziale Unterstützung für den Patienten anbieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unbestechlichkeit bewahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessenskonflikte aufdecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Patienten abwerben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an Ausarbeitung von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eigenes Einkommen erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung für eigene Einrichtung betreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präventionsarbeit stärken (Impfen, Ernährung, Lebensstil etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich persönlich bewerte die Aufgabe... als...	überhaupt nicht wichtig	wenig wichtig	ziemlich wichtig	sehr wichtig	äußerst wichtig
Schulungen für Patienten-/ Krankengruppen anbieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung (ÄK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinisches Wissen für das Laienpublikum aufbereiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an Forschung und Lehre, z.B. auch durch Teilnahme an Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbildungen wahrnehmen („lebenslanges Lernen“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beteiligung an Rationierungs-/ Priorisierungsdebatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alle Dokumentationspflichten erfüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interessen des Pat. gegenüber Ämtern und Behörden vertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZUFRIEDENHEIT MIT DEM BERUF UND FREIE BERUFE

6.1 Die folgenden acht Aussagen beziehen sich auf Ihre **Zufriedenheit mit Ihrer derzeitigen** (falls arbeitslos: letzten) **beruflichen Tätigkeit**. Sie können jeder Aussage entweder zustimmen („Ja“) oder sie Verneinen („Nein“). Sie werden außerdem gefragt, ob Sie sich gegebenenfalls durch den Sachverhalt belastet fühlen. **Pro Zeile** bitte nur **ein** Kreuz.

Sachverhalt/Aussage	„Nein“	„Ja, und das belastet mich...“			
		„stark“	„ziemlich“	„ein wenig“	„überhaupt nicht“
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sachverhalt/Aussage	„Ja“	„Nein, und das belastet mich...“			
		„stark“	„ziemlich“	„ein wenig“	„überhaupt nicht“
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch meine Vorgesetzten/Kollegen für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch meine Patienten für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung durch die Angehörigen von Pflege und Arztassistenz für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/ meinen Verdienst für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2	<p>In der Bundesärzteordnung heißt es: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“</p> <p>„Freie Berufe“ weisen u.a. folgende Charakteristika auf: lang dauernde, fundierte Spezialausbildung, weitgehende Selbstverwaltung und Disziplinargewalt der Berufsangehörigen durch Berufskammern, ein hohes Maß an Eigenverantwortung, wirtschaftliche Selbstständigkeit und ein „Dienst an der Allgemeinheit“.</p>										
	<p>Diesen Vortext und Ihre Aussagen von Frage 6.1. vorausgesetzt: In welchem Maße entspricht Ihre berufliche Tätigkeit der eines „Freien Berufes“?</p> <p>überhaupt nicht in höchstem Maße</p>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UMFANG ÄRZTLICHER BEHANDLUNGSLEISTUNG

7	Die nun folgenden Aussagen beziehen sich auf mögliche Grundhaltungen zum Umfang der Behandlung einzelner GKV-Versicherter (Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung). Bitte kreuzen Sie die Vorgabe an, die am ehesten Ihre Meinung wiedergibt.
	Eigentlich sollte jede/r Patient/in das erhalten, was er/sie wünscht. <input type="checkbox"/>
	Der/die Patient/in in der GKV hat das Recht auf medizinisch optimale Behandlung – der Leistungskatalog der GKV und die Kosten dürfen dabei (fast) keine Rolle spielen. <input type="checkbox"/>
	Der/die Patient/in in der GKV hat das Recht auf medizinisch umfassende Behandlung – aber nur mit Verfahren, deren Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erwiesen sind („Evidenz-basierte-Medizin“). <input type="checkbox"/>
	Der/die Patient/in in der GKV hat das Recht auf eine knappe Grundversorgung; darüber hinausgehende Bedürfnisse sind durch eigene Zusatzversicherungen (PKV) und Aufwendungen (z.B. IGeL) abzudecken. <input type="checkbox"/>
	Der/die Patient/in in der GKV hat nur Anspruch auf Leistungen, die vom Krankenhaus-/ Praxisbudget gedeckt werden. <input type="checkbox"/>

LEBENSZUFRIEDENHEIT

8	In dem folgenden Bereich geht es um Ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens . Machen Sie bitte jeweils ein Kreuz auf einer Skala von 0 („überhaupt nicht zufrieden“) bis 10 („voll und ganz zufrieden“) bei den einzelnen Bereichen. Wenn ein Bereich auf Sie nicht zutrifft, machen Sie bitte bei „ X “ ein Kreuz.											
Wie zufrieden sind Sie...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrer Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem Lebensstandard insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem Verhältnis zu Ihrem/Ihrer Partner/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrer Familie/ Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem Verhältnis zu Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrer beruflichen Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihrem Leben insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTWICKLUNG DES ÄRZTLICHEN BERUFSSTANDES

9 Es soll in dieser Umfrage auch darum gehen, **wie man den ärztlichen Berufsstand stärken und weiter entwickeln kann**. Wem sollte hierbei die **Hauptaufgabe** zukommen?
Teilen Sie bitte jedem der neun „Akteure“ einen Rang zu, geordnet nach seiner Bedeutung (Rang 1: höchste Bedeutung; Rang 9: am wenigsten bedeutend)

Ich persönlich setze... auf Rang...[bitte Zahl eintragen]

Ärzttekammern

Kassenärztliche Vereinigungen

Berufsverbände

**andere Verbände (z.B. Marburger Bund,
Hartmannbund, NAV Virchow-Bund)**

Ärztegenossenschaften

wissenschaftliche Fachgesellschaften

Universitäten und medizinische Fakultäten

Gesetzgeber

jeden Arzt/jede Ärztin individuell

ZUM SCHLUSS

10	Zum Schluss bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrem Arbeitsbereich :		
1	Sie sind...	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
2	Ihr Alter...	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Jahre
3	Sie sind...	Praxisarzt <input type="checkbox"/>	Krankenhausarzt <input type="checkbox"/> weder noch:
4	Falls Sie Praxisarzt sind, sind Sie...	Hausarzt <input type="checkbox"/>	Facharzt <input type="checkbox"/>
5	Falls Sie Praxisarzt sind, arbeiten Sie	angestellt <input type="checkbox"/>	in eigener Praxis <input type="checkbox"/>
6	Sie sind...	in Weiterbildung <input type="checkbox"/>	bereits Facharzt <input type="checkbox"/> weder noch:.....
7	Sie sind überwiegend ärztlich tätig...		
	hausärztlich-allgemeinmedizinisch (d.h. Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin: hausärztlich tätig)		<input type="checkbox"/>
	konservativ (Anästhesiologie, Innere Medizin: <u>nicht</u> hausärztlich tätig, Kinder-Jugendmedizin, Neurologie, Nuklearmedizin, physikalische-/rehabilitative Medizin, Strahlentherapie)		<input type="checkbox"/>
	psychiatrisch-psychotherapeutisch (Kinder-/Jugendpsychiatrie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychosomatik, ärztliche/r PsychotherapeutIn)		<input type="checkbox"/>
	operativ (Augenheilkunde, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie)		<input type="checkbox"/>
	diagnostisch (Labormedizin, Mikrobiologie/Virologie, Radiologie)		<input type="checkbox"/>
	Forschung (d.h. überwiegend nicht-klinische Tätigkeit, (so gut wie) kein Patientenkontakt)		<input type="checkbox"/>
	anders, nämlich als:.....		
8	Sie sind ärztlich tätig (ab Approbation) seit insgesamt	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Jahren
9	Sie arbeiten wöchentlich im Durchschnitt (inkl. Bereitschaft, Verwaltungsarbeiten etc.) ca...	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Std.
10	In Ihrem Haushalt leben (Sie eingeschlossen)...	<input style="width: 20px;" type="text"/>	Personen
11	Sie sind Alleinverdiener...	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
12	Ihre finanzielle (Gesamt-)Situation beurteilen Sie als	ausgezeichnet <input type="checkbox"/>	
		sehr gut <input type="checkbox"/>	
		gut <input type="checkbox"/>	
		weniger gut <input type="checkbox"/>	
		schlecht <input type="checkbox"/>	
		miserabel <input type="checkbox"/>	

IHRE ERGÄNZUNGEN

Sicherlich werden Ihnen zu der einen oder anderen Frage noch Ergänzungen, Ausführungen und Kritikpunkte nötig erscheinen. Tragen Sie bitte Ihre Anregungen, gerne auch zum Fragebogen oder allgemein zur Thematik, nachfolgend ein:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Lübeck, im März 2008

Umfrage zu ärztlichen Werthaltungen und Herausforderungen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vor circa drei Wochen hatten wir Ihnen erstmals einen Brief und einen Fragebogen zum Thema „ärztliche Werthaltungen und Herausforderungen“ zugeschickt. Da wir bisher von Ihnen keine Antwort erhalten haben, befürchten wir, dass unser erstes Schreiben verloren gegangen ist. Vielleicht konnten Sie auch wegen einer Krankheit oder Urlaubsreise bisher nicht antworten.

Möglicherweise scheuen Sie sich auch, auf persönliche Fragen zu antworten. Wir versichern noch einmal, dass die Anonymität Ihrer Angaben durch die Trennung von Fragebogenversand und Rückerinnerungskontrolle (ÄKSH) und der Auswertung der anonymen Fragebögen (Institut für Sozialmedizin, Universität Lübeck) absolut gewährleistet ist.

Wir bitten Sie noch einmal, sich für dieses komplexe und für die Ärzteschaft aktuelle Thema circa eine halbe Stunde Zeit zu nehmen. Unsere Befragung kann nur dann zu einem wirklich auch verwertbaren Ergebnis führen, wenn sich möglichst alle angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte beteiligen.

Falls sich Ihre Beantwortung mit unserem Erinnerungsschreiben überschneiden haben sollte, sehen Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos an.

Sollten Sie Fragen zu der Umfrage haben, erreichen Sie Herrn Schröder per E-Mail unter thies.schroeder@medizin.uni-luebeck.de oder telefonisch unter 040 769 919 68.

Wir bitten Sie herzlich um Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschriften]

Dr. F.-J. Bartmann
Präsident, Ärztekammer Schleswig-Holstein

Prof. H. Raspe
Direktor, Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

R.W. Büchner
Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

T.H. Schröder
Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck



Lübeck, im April 2008

Umfrage zu ärztlichen Werthaltungen und Herausforderungen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vor circa sechs Wochen hatten wir Ihnen erstmals einen Brief und einen Fragebogen zum Thema „ärztliche Werthaltungen und Herausforderungen“ und vor circa drei Wochen ein Erinnerungsschreiben zugeschickt. Da Sie bisher nicht geantwortet haben, vermuten wir, dass Sie Bedenken gegen die Befragung haben oder aber das Thema für nicht so wichtig halten.

Wir verstehen auch, dass der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Fragebogens Ihren (Arbeits-)Alltag zusätzlich belastet. Eine solche Befragung ist indes die einzige Möglichkeit genau zu erfahren, wie Sie als Ärztinnen und Ärzte in Krankenhaus und Praxis in Schleswig-Holstein die Herausforderungen und Veränderungen in Ihrem Arbeitsumfeld erleben.

Die Ergebnisse der Befragung sollen regional und auf dem 111. Deutschen Ärztetag in Ulm vorgestellt und diskutiert werden. Sie werden ein Ausgangspunkt sein, um der sich ausbreitenden Entwertung der ärztlichen Arbeit entgegenzuwirken. Dafür benötigen wir eine hohe Beteiligung an der Umfrage. Jeder ausgefüllte Fragebogen ist wichtig.

Falls sich Ihre Beantwortung mit unserem Erinnerungsschreiben überschneiden haben sollte, sehen Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos an.

Sollten Sie Fragen zu der Umfrage haben, erreichen Sie Herrn Schröder per E-Mail unter thies.schroeder@medizin.uni-luebeck.de oder telefonisch unter 040 769 919 68.

Als Anlage finden Sie noch einmal ein Exemplar des Fragebogens.

Mit der Bitte um Nachsicht für dieses (letzte) Schreiben und mit besten kollegialen Grüßen

[Unterschriften]

Dr. F.-J. Bartmann
Präsident, Ärztekammer Schleswig-Holstein

Prof. H. Raspe
Direktor, Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

Dr. I. Kreuz
Stellvertretende Vorstandsvorsitzende,
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

T.H. Schröder
Institut für Sozialmedizin
Universität Lübeck

Ärztliche Aufgaben

x-Achse: Adressaten/Benefiziarer

y-Achse: Themen/Grundwerte: Altruismus, Wohlfahrt / Aufklärung, Autonomie / Soziale Gerechtigkeit / Fachliche Kompetenz

Einzelner Patient	Patientengruppe	Public Health	GKV, Solidargemeinschaft	Volks-, Betriebswirtschaft	Gesellschaft	Profession	Lehre und Forschung	Team Kollegen	Selbst
Nutzen mehrer Schaden vermeiden durch...									Eigene Grenzen berücksichtigen
bedarfsgerechte Gesundheitsforschung, Prävention, Diagnostik, Prognostik, Therapie, Reha, Palliation	Prävention Risikomanagement, Fehleranalyse, Qualitätssicherung	Gesundheitsforschung, Primärprävention, Meldung von UAWs, Krankheit, GBE Umweltschutz	Wirtschaftlichkeit	Wirtschaftlicher Erfolg der eigenen Praxis, Einrichtung	Erste-Hilfe leisten (sofern dies kein anderer macht)	Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung	Unterstützung von Lehre und Forschung, selber Forschen	Kooperation Koordination Supervision	Konsile, Überweisungen nutzen
Altruismus	=	=	=	?	=	=	?	Partnerschaftlicher Umgang	Medizin als Berufung
Mitgefühl Liebe, Empathie	=	?	Individualwohl vs. Gemeinwohl ständig abwägen	?	Menschenwürde Menschenrechte „im Dienst der Menschlichkeit“	Achtung von Kollegen Lehrern	?	=	Eigene Familie Privatsphäre
Fürsorge, Care Psychosoziale Unterstützung	=	?	=	?	?	Anzeige unprofessionellen Verhaltens	?	=	Achtsamer Umgang mit sich selbst Hilfe für sich selbst holen
Advokatur für den Patienten	Krankengruppen	Patientenrechte Risiko- Krankengruppen	Politikberatung	?	Expertenmeinung	Leadership in Politikberatung	=	Netzwerke entwickeln	Ausreichende Versicherungen
Integrität Ausbeutungsverbot	=	?	=	?	=	=	=	=	=
Etikette (Kleidung, Manieren, Zeit, Respekt)	=	=	=	?	=	White Coat Ceremony	=	=	Role Model
Cave unangemessene Beziehungen	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Kontinuität Verlässlichkeit Loyalität Pflichtbewusstsein Vertrauen schaffen	=	=	=	=	=	(eingeschränktes) Werbeverbot	=	Impfungen fördern keine Patienten abwerben	Eigene Impfungen Sorgfaltspflicht
Offenheit	=	=	=	?	=	=	=	=	=

Verschwiegenheit Datenschutz	=	=	=	=	=	=	=	=	?
Schutz vor fragwürdiger Forschung (AWBs)	Beste Evidenzlage berücksichtigen	=	=	=	=	=	=	=	?
Unentgeltliche Behandlung	=	=	?	?	=	?	=	?	?

Einzelner Patient	Patientengruppe	Public Health	GKV, Solidargemeinschaft	Volks-, Betriebs- wirtschaft	Gesellschaft	Profession	Lehre und Forschung	Team Kollegen	Arzt selbst
Aufklärung Eduktion	Schulungen	Information Öffentlichkeit	=	=	sensibler Umgang mit medizin. Fachwissen/ Informationsweitergabe	Beteiligung an Leitlinien etc. Produktion EbM	Weiter- und Fortbildung fördern	Information von Kollegen	Lebenslange eigene Fortbildung
Interessenskonflikte aufdecken full technical and moral independence, Cave IGeL	=	=	=	Unterstützung der Industrie, keine Bestechlichkeit	=	Autonomie sichern	=	=	Einkommen sichern Cave (Ab)Werbung
Eingestehen von Fehlern	=	=	=	?	=	=	=	=	=
Unsicherheit teilen	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Alternativen darstellen	=	=	=	Cost-effective?	=	=	=	=	=
Zweitmeinungen unterstützen	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Angehörige und Lebenswelt einbeziehen	=	=	=	=	Patientenvertreter in Entscheidungen einbeziehen	=	=	=	=
Förderung von Self- Care	=	=	=	=	=	?	?	?	=
Patientenverfügung fördern, achten	=	=	=	=	=	?	?	?	=
Cave eigene Moralvorstellungen								Klinische Ethikkomitees involvieren	
Gemeinsame Entscheidungsfindung	=	=	=	=	=	=	=	Entscheidungen im Team „corporate responsibility“	=

Einzelner Patient	Patientengruppe	Public Health	GKV, Solidargemeinschaft	Volks-, Betriebswirtschaft	Gesellschaft	Profession	Lehre und Forschung	Team Kollegen	Arzt selbst
Diskriminierungsverbot	=	=	Einfordern ausreichender Ressourcen	?	Gleicher Zugang Bedarfsgerechtigkeit Gleichmäßigkeit	Beteiligung an Rationierungs-, Priorisierungsdebatte	=	=	=
Verweigerung nichtindizierter Leistungen	=	=	Priorisierungsdebatte mitführen self-inflicted health conditions – not deny care (but take into account)	Kosten-Nutzen berücksichtigen	Abbau Überversorgung	=	EbM gestalten	=	=
Ausgleich sozialer Benachteiligung	=	=	=	?	Abbau Unterversorgung	=	=	=	=

Einzelner Patient	Patientengruppe	Public Health	GKV, Solidargemeinschaft	Volks-, Betriebswirtschaft	Gesellschaft	Profession	Lehre und Forschung	Team Kollegen	Arzt selbst
Exzellenz im Wissen (Biomedizin, Klinik, Handeln)	=	=	=	=	=	maintain highest standards of professional conduct	=	=	Scientific literacy, Spirit of Enquiry
Exzellenz in klinischen und technischen Fertigkeiten: Spirit of Enquiry	=	=	Rechtzeitige Berichte, Gutachten, Bescheinigungen	=	=	Akzeptanz externer/interner Qualitätssicherung	=	Qualitätszirkel	Eigene Qualitäten beobachten Ausreichende Infrastruktur
Versorgungsmanagement	=	=	Dokumentation pflegen	engage in strategic and operational management	=	=	=	=	Managementfertigkeiten EDV Ökonomisches Grundwissen
Erfahrung	=	=	=	=	=	=	=	=	=
soft-skills (Kommunikation, ..)	=	=	=	=	=	Verhaltensstandards mitgestalten	=	=	=

Frage 2.2 nach Fragebogenversion (korrigierte vs. Version mit Formatierungsfehler)

Fragebogenversion		Antworten		Prozent der Fälle	Fragebogenversion		Antworten		Prozent der Fälle
		N	Prozent				N	Prozent	
1. Version (mit Formatierungsfehler)	Teamarbeit	9	,1%	,4%	2. Version (korrigierte Version)	Fortschritt	3	,2%	,5%
	Fortschritt	22	,3%	1,0%		Teamarbeit	5	,3%	,8%
	Konkurrenz	25	,4%	1,1%		Heilpraktiker	5	,3%	,8%
	Heilpraktiker	27	,4%	1,2%		Konkurrenz	6	,3%	1,0%
	Spezialisierung	32	,5%	1,5%		EDV	8	,5%	1,3%
	EDV	48	,7%	2,2%		Spezialisierung	8	,5%	1,3%
	Fortbildung	55	,9%	2,5%		Wettbewerb	14	,8%	2,3%
	Patienten	59	,9%	2,7%		Patienten	14	,8%	2,3%
	Managed Care	61	1,0%	2,8%		Managed Care	17	1,0%	2,8%
	Wettbewerb	86	1,3%	4,0%		Leitlinien	19	1,1%	3,1%
	Leitlinien	97	1,5%	4,5%		Fortbildung	22	1,2%	3,6%
	Ansehen	97	1,5%	4,5%		Ansehen	26	1,5%	4,3%
	Haftungsrecht	101	1,6%	4,6%		Haftungsrecht	32	1,8%	5,3%
	Leistungen der GKV	325	5,1%	14,9%		rechtl. Normen	76	4,3%	12,5%
	rechtl. Normen	331	5,2%	15,2%		soz. Ausgrenzung	78	4,4%	12,8%
	Kontrollen	337	5,2%	15,5%		Kontrollen	90	5,1%	14,8%
	soz. Ausgrenzung	362	5,6%	16,6%		Leistungen der GKV	94	5,3%	15,4%
	Kommerz.	554	8,6%	25,5%		Kommerz.	118	6,7%	19,4%
	Familie, Beruf	615	9,6%	28,3%		Verwaltungen	165	9,4%	27,1%
	Einkommen	634	9,9%	29,1%		Familie, Beruf	188	10,7%	30,9%
Schreibkram	664	10,3%	30,5%	Einkommen	198	11,2%	32,5%		
Verwaltungen	693	10,8%	31,8%	Schreibkram	287	16,3%	47,1%		
ökon. Vorgaben	1187	18,5%	54,5%	ökon. Vorgaben	291	16,5%	47,8%		
Gesamt	6421	100,0%	295,1%	Gesamt	1764	100,0%	289,7%		

Frage 6.1 berufliche Gratifikationskrisen: Häufigkeiten

	Nein		Ja, und belastet stark		Ja, und belastet ziemlich		Ja, und belastet ein wenig		Ja, und belastet überh. nicht		Gesamt	Gesamt
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)		
hohes Arbeitsaufkommen - Zeitdruck	121	4,3%	1268	45,5%	995	35,7%	389	13,9%	16	,6%	2789	100,0%
bei Arbeit häufig unterbrochen	259	9,3%	834	29,9%	909	32,6%	719	25,8%	69	2,5%	2790	100,0%
Arbeit immer mehr geworden	196	7,0%	1126	40,4%	944	33,9%	459	16,5%	63	2,3%	2788	100,0%
erfahre Verschlechterung	442	15,8%	976	35,0%	739	26,5%	515	18,5%	117	4,2%	2789	100,0%
erwarte Verschlechterung	487	17,5%	887	31,9%	783	28,1%	518	18,6%	108	3,9%	2783	100,0%
	Ja		Nein, und belastet stark		Nein, und belastet ziemlich		Nein, und belastet ein wenig		Nein, und belastet überh. nicht		Gesamt	Gesamt
	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl	(%)		
Anerkennung Patienten	1542	55,6%	98	3,5%	416	15,0%	566	20,4%	150	5,4%	2772	100,0%
Anerkennung Kollegen/Vorges.	1222	44,2%	151	5,5%	537	19,4%	617	22,3%	237	8,6%	2764	100,0%
Anerkennung Pfleg./Assistenz	1367	49,9%	78	2,8%	408	14,9%	621	22,7%	267	9,7%	2741	100,0%
Gehalt angemessen	377	13,6%	419	15,1%	735	26,4%	892	32,1%	358	12,9%	2781	100,0%

Frage 3 erwartete Berufssituation: Häufigkeiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-5 = generell schlechter	409	14,6	14,8	14,8
	-4	363	13,0	13,2	28,0
	-3	705	25,2	25,6	53,5
	-2	505	18,0	18,3	71,8
	-1	180	6,4	6,5	78,4
	0 = unverändert	130	4,6	4,7	83,1
	+1	158	5,6	5,7	88,8
	+2	188	6,7	6,8	95,6
	+3	91	3,3	3,3	98,9
	+4	18	,6	,7	99,6
	+5 generell besser	11	,4	,4	100,0
	ungültiger Wert	1	,0	,0	100,0
	Gesamt	2759	98,5	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	41	1,5		
Gesamt		2800	100,0		

Frage 8 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens: Häufigkeiten

Zufriedenheit mit...	0		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		trifft nicht zu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gesundheit	30	1,1	28	1,0	98	3,5	149	5,3	139	5,0	229	8,2	170	6,1	362	13,0	678	24,3	527	18,9	365	13,1	11	,4
Arbeit	20	,7	40	1,4	114	4,1	181	6,5	173	6,2	306	11,0	347	12,5	529	19,0	671	24,1	281	10,1	116	4,2	5	,2
Einkommen	159	5,7	145	5,2	284	10,2	402	14,5	305	11,0	392	14,1	309	11,1	318	11,4	258	9,3	136	4,9	67	2,4	7	,3
Freizeit	163	5,9	206	7,4	344	12,4	413	14,9	286	10,3	367	13,2	275	9,9	245	8,8	265	9,5	145	5,2	66	2,4	6	,2
Lebensstandard	22	,8	46	1,7	109	3,9	184	6,6	215	7,7	381	13,7	306	11,0	471	16,9	521	18,7	307	11,0	206	7,4	13	,5
Partner	52	1,9	42	1,5	59	2,1	90	3,3	81	2,9	161	5,8	130	4,7	239	8,6	412	14,9	538	19,4	735	26,5	230	8,3
Familie	25	,9	24	,9	39	1,4	75	2,7	57	2,1	113	4,1	121	4,4	247	8,9	423	15,3	559	20,2	817	29,5	271	9,8
Freunde/Bekannte	42	1,5	60	2,2	116	4,2	176	6,3	175	6,3	263	9,5	264	9,5	374	13,5	503	18,1	400	14,4	371	13,3	36	1,3
berufl. Tätigkeit	26	,9	51	1,8	88	3,2	138	5,0	163	5,9	312	11,2	282	10,1	464	16,7	650	23,4	393	14,1	203	7,3	13	,5
Leben insgesamt	7	,3	10	,4	24	,9	70	2,5	68	2,4	177	6,4	235	8,4	524	18,8	795	28,6	615	22,1	236	8,5	21	,8

Frage 6.2 ärztliche Freiberuflichkeit: Häufigkeiten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 = überhaupt nicht	161	5,8	5,8	5,8
	1	160	5,7	5,8	11,6
	2	425	15,2	15,3	26,9
	3	471	16,8	17,0	43,8
	4	258	9,2	9,3	53,1
	5	325	11,6	11,7	64,8
	6	253	9,0	9,1	74,0
	7	312	11,1	11,2	85,2
	8	227	8,1	8,2	93,4
	9	81	2,9	2,9	96,3
	10= in höchstem Maße	103	3,7	3,7	100,0
	Gesamt	2776	99,1	100,0	
Fehlend	System	24	,9		
	Gesamt	2800	100,0		

Frage 2.1 Herausforderungen: Häufigkeiten

	trifft nicht zu		trifft zu, belastet stark		trifft zu, belastet ziemlich		trifft zu, belastet ein wenig		trifft zu, belastet nicht	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ökon. Vorgaben	305	11,0	913	32,9	988	35,6	542	19,5	31	1,1
Einkommen	222	8,0	657	23,7	1014	36,5	775	27,9	110	4,0
rechtl. Normen	453	16,4	825	29,8	820	29,6	584	21,1	87	3,1
Haftungsrecht	208	7,5	477	17,1	909	32,7	1052	37,8	138	5,0
Kontrollen	326	11,7	691	24,8	941	33,8	715	25,7	108	3,9
Schreibbkrum	85	3,1	1547	55,6	853	30,6	282	10,1	17	,6
Managed Care	728	26,3	459	16,6	717	25,9	672	24,2	196	7,1
Verwaltungen	227	8,2	966	34,7	970	34,9	544	19,5	76	2,7
EDV	109	3,9	423	15,2	677	24,3	1018	36,5	561	20,1
Wettbewerb	417	15,0	402	14,4	629	22,6	983	35,3	356	12,8
Kommerz.	723	26,0	349	12,6	609	21,9	792	28,5	304	10,9
Konkurrenz	654	23,5	106	3,8	274	9,8	868	31,2	880	31,6
Teamarbeit	381	13,7	165	5,9	366	13,2	811	29,2	1054	38,0
Spezialisierung	306	11,0	209	7,5	490	17,6	1022	36,8	751	27,0
Patienten	84	3,0	243	8,8	627	22,7	1159	41,9	652	23,6
Leitlinien	88	3,2	311	11,2	709	25,5	1083	39,0	585	21,1
Fortschritt	235	8,5	362	13,0	696	25,0	1046	37,6	440	15,8
Fortbildung	55	2,0	367	13,2	543	19,6	915	33,0	896	32,3
Ansehen	158	5,7	296	10,7	543	19,6	1122	40,4	656	23,6
Familie, Beruf	150	5,4	1050	37,7	814	29,2	616	22,1	153	5,5
Heilpraktiker	558	20,1	41	1,5	121	4,3	568	20,4	1495	53,7
soz. Ausgrenzung	469	16,9	342	12,3	640	23,0	935	33,6	394	14,2
Leistungen der GKV	565	20,3	451	16,2	688	24,7	770	27,7	308	11,1

Frage 2.2 Herausforderungen Mehrfachantwortenset: Häufigkeiten

	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	N
ökon. Vorgaben	1478	18,1%	53,1%
Einkommen	832	10,2%	29,9%
rechtl. Normen	407	5,0%	14,6%
Haftungsrecht	133	1,6%	4,8%
Kontrollen	427	5,2%	15,3%
Schreibbkrum	951	11,6%	34,1%
Managed Care	78	1,0%	2,8%
Verwaltungen	858	10,5%	30,8%
EDV	56	,7%	2,0%
Wettbewerb	100	1,2%	3,6%
Kommerz.	672	8,2%	24,1%
Konkurrenz	31	,4%	1,1%
Teamarbeit	14	,2%	,5%
Spezialisierung	40	,5%	1,4%
Patienten	73	,9%	2,6%
Leitlinien	116	1,4%	4,2%
Fortschritt	25	,3%	,9%
Fortbildung	77	,9%	2,8%
Ansehen	123	1,5%	4,4%
Familie, Beruf	803	9,8%	28,8%
Heilpraktiker	32	,4%	1,1%
soz. Ausgrenzung	440	5,4%	15,8%
Leistungen der GKV	419	5,1%	15,0%
Gesamt	8185	100,0%	293,9%

Frage 2.3 Herausforderungen: Häufigkeiten

	Nein, keine Auswirkungen		Ja, positive Auswirkungen		Teils pos., teils neg. Auswirkungen		Ja, negative Auswirkungen		ungültiger Wert		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ökon. Vorgaben	203	7,4	6	,2	799	29,0	1746	63,4	0	,0	2754	100,0
Einkommen	1809	66,2	4	,1	200	7,3	720	26,3	1	,0	2734	100,0
rechtl. Normen	612	22,5	18	,7	1273	46,8	814	29,9	3	,1	2720	100,0
Haftungsrecht	1020	37,3	90	3,3	1081	39,6	541	19,8	1	,0	2733	100,0
Kontrollen	763	27,9	144	5,3	1058	38,6	774	28,3	0	,0	2739	100,0
Schreibbkrum	416	15,4	24	,9	454	16,8	1810	66,9	0	,0	2704	100,0
Managed Care	801	30,7	189	7,2	1225	46,9	395	15,1	1	,0	2611	100,0
Verwaltungen	461	16,9	10	,4	526	19,3	1731	63,5	0	,0	2728	100,0
EDV	825	30,1	739	26,9	1013	36,9	166	6,0	1	,0	2744	100,0
Wettbewerb	732	26,7	311	11,4	1391	50,8	302	11,0	1	,0	2737	100,0
Kommerz.	409	14,9	29	1,1	824	30,1	1476	53,9	0	,0	2738	100,0
Konkurrenz	1278	46,6	183	6,7	1073	39,1	209	7,6	1	,0	2744	100,0
Teamarbeit	1025	37,4	1199	43,7	485	17,7	33	1,2	0	,0	2742	100,0
Spezialisierung	616	22,5	615	22,4	1406	51,3	105	3,8	0	,0	2742	100,0
Patienten	693	25,4	339	12,4	1524	55,8	174	6,4	1	,0	2731	100,0
Leitlinien	342	12,4	828	30,1	1376	50,1	201	7,3	1	,0	2748	100,0
Fortschritt	357	13,0	1090	39,7	1270	46,2	30	1,1	0	,0	2747	100,0
Fortbildung	630	22,9	1568	57,0	498	18,1	56	2,0	0	,0	2752	100,0
Ansehen	1568	57,1	10	,4	473	17,2	690	25,1	3	,1	2744	100,0
Familie, Beruf	1080	39,2	3	,1	283	10,3	1386	50,3	1	,0	2753	100,0
Heilpraktiker	1631	59,4	96	3,5	742	27,0	277	10,1	2	,1	2748	100,0
soz. Ausgrenzung	772	28,2	3	,1	192	7,0	1775	64,7	0	,0	2742	100,0
Leistungen der GKV	424	15,5	12	,4	367	13,4	1934	70,6	2	,1	2739	100,0

Frage 4.1 Benefiziere: Häufigkeiten

	Rang 1		2		3		4		5		6		7		8		Gesamt	
	Anzahl	%																
Forschung/Lehre	98	3,6	246	8,9	367	13,4	338	12,3	527	19,2	630	22,9	424	15,4	119	4,3	2749	100,0
Public Health	198	7,2	564	20,5	278	10,1	457	16,6	515	18,7	391	14,2	262	9,5	83	3,0	2748	100,0
Krankenvers.	15	,5	23	,8	48	1,8	78	2,8	149	5,4	223	8,1	535	19,5	1671	60,9	2742	100,0
Praxis/Krkhs.	77	2,8	210	7,7	308	11,2	721	26,3	563	20,5	473	17,2	360	13,1	32	1,2	2744	100,0
ärztl. Berufsstand	15	,5	48	1,8	74	2,7	204	7,4	339	12,4	583	21,3	843	30,7	636	23,2	2742	100,0
Patienten	1581	57,4	435	15,8	542	19,7	124	4,5	32	1,2	16	,6	11	,4	13	,5	2754	100,0
meine Person	323	11,8	576	21,0	659	24,0	467	17,0	312	11,4	219	8,0	115	4,2	71	2,6	2742	100,0
meine Familie	528	19,2	708	25,8	486	17,7	370	13,5	283	10,3	167	6,1	144	5,2	57	2,1	2743	100,0

Frage 4.2 Grundwerte: Häufigkeiten

	Rang 1		2		3		4		Gesamt	
	Anzahl	%								
Patientenwohl	2247	83,3	353	13,1	86	3,2	11	,4	2697	100,0
Pat.selbstbestimmung	185	6,9	808	30,0	962	35,7	742	27,5	2697	100,0
Soziale Gerechtigkeit	226	8,4	1247	46,2	909	33,7	315	11,7	2697	100,0
Wirtschaftlichkeit	40	1,5	287	10,6	741	27,5	1629	60,4	2697	100,0

Frage 5 ärztliche Aufgaben: Häufigkeiten (Teil1)

	überh. nicht wichtig		wenig wichtig		ziemlich wichtig		sehr wichtig		äußerst wichtig		Ungültiger Wert		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Pat. aufklären	1	,0	24	,9	409	14,7	1336	47,9	1016	36,5	1	,0	2787	100,0
Datenschutz	4	,1	56	2,0	359	12,9	969	34,7	1401	50,2	0	,0	2789	100,0
Verbot v. Diskriminierung	14	,5	83	3,0	279	10,0	911	32,7	1501	53,8	1	,0	2789	100,0
Schutz vor ökon. Ausbeutung	11	,4	159	5,7	744	26,8	1182	42,6	679	24,5	2	,1	2777	100,0
berücksichtigen v. Kompetenzgr.	8	,3	92	3,3	529	19,0	1300	46,6	858	30,8	0	,0	2787	100,0
Zweitmeinungen einholen	12	,4	215	7,7	1061	38,1	1111	39,9	385	13,8	3	,1	2787	100,0
Lebenswelt des Pat. einbeziehen	3	,1	114	4,1	986	35,4	1141	40,9	543	19,5	0	,0	2787	100,0
Patientenverfügung	4	,1	65	2,3	461	16,6	1146	41,3	1102	39,7	0	,0	2778	100,0
Selbstsorge des Pat. fördern	1	,0	34	1,2	389	14,0	1273	45,7	1088	39,1	0	,0	2785	100,0
Fehler eingestehen	12	,4	263	9,4	1184	42,5	1075	38,6	248	8,9	2	,1	2784	100,0
Lotse im Gesundheitssyst.	46	1,7	366	13,2	950	34,2	1066	38,3	352	12,7	1	,0	2781	100,0
Etikette	27	1,0	358	12,8	1144	41,1	982	35,2	271	9,7	4	,1	2786	100,0
Mitgefühl	16	,6	114	4,1	739	26,5	1217	43,6	703	25,2	0	,0	2789	100,0
Zuhören/Sprechen	2	,1	6	,2	382	13,7	1235	44,3	1162	41,7	0	,0	2787	100,0
Einkommen sichern	16	,6	229	8,2	1227	44,1	983	35,3	328	11,8	0	,0	2783	100,0
klin.-techn. Kompetenz	145	5,2	1123	40,5	888	32,0	494	17,8	125	4,5	0	,0	2775	100,0
nicht.-indiz. Leist. verweigern	66	2,4	413	14,8	1044	37,5	897	32,2	362	13,0	0	,0	2782	100,0
Kosten-Nutzen beachten	67	2,4	673	24,2	1312	47,1	610	21,9	122	4,4	1	,0	2785	100,0
unentgeltlich Leist. erbring.	560	20,3	1349	49,0	663	24,1	149	5,4	31	1,1	0	,0	2752	100,0

Frage 5 ärztliche Aufgaben: Häufigkeiten (Teil2)

	überh. nicht wichtig		wenig wichtig		ziemlich wichtig		sehr wichtig		äußerst wichtig		ungültiger Wert		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausgleich soz. Benachteil.	101	3,6	660	23,8	1227	44,3	641	23,1	141	5,1	1	,0	2771	100,0
achts. Umgang m.s. selbst	11	,4	178	6,4	851	30,6	1172	42,1	572	20,5	0	,0	2784	100,0
eigene Familie schützen	2	,1	55	2,0	395	14,2	1018	36,5	1319	47,3	0	,0	2789	100,0
psychosoz. Unterstütz. f. Pat.	13	,5	163	5,9	955	34,3	1274	45,8	378	13,6	0	,0	2783	100,0
Unbestechlichkeit	8	,3	48	1,7	244	8,7	859	30,8	1628	58,4	2	,1	2789	100,0
Interessenkonfl. aufdecken	22	,8	264	9,5	832	30,0	1116	40,3	537	19,4	0	,0	2771	100,0
keine Pat. abwerben	147	5,3	581	20,9	728	26,2	815	29,4	505	18,2	0	,0	2776	100,0
Ausarbeit. v. Leitlinien	366	13,2	1094	39,4	778	28,0	416	15,0	125	4,5	1	,0	2780	100,0
Einkommen erhöhen	77	2,8	920	33,1	1120	40,3	464	16,7	197	7,1	0	,0	2778	100,0
Werbung betreiben	352	12,7	1130	40,6	871	31,3	345	12,4	84	3,0	0	,0	2782	100,0
Prävent.arbeit stärken	19	,7	165	5,9	772	27,7	1096	39,3	736	26,4	0	,0	2788	100,0
Schulungen anbieten	85	3,1	546	19,6	1145	41,2	779	28,0	226	8,1	1	,0	2782	100,0
ärztliche Selbstverwaltung	375	13,5	1294	46,6	753	27,1	286	10,3	65	2,3	1	,0	2774	100,0
Gemein-vs.Individualwohl	102	3,7	810	29,1	1317	47,3	454	16,3	98	3,5	1	,0	2782	100,0
med. Wissen aufbereiten	101	3,6	691	24,8	1151	41,3	714	25,6	132	4,7	1	,0	2790	100,0
Forschung/Lehre	276	9,9	1005	36,0	866	31,0	487	17,4	156	5,6	1	,0	2791	100,0
Fortbildung/lebensl. Lernen	7	,3	61	2,2	684	24,5	1235	44,2	805	28,8	0	,0	2792	100,0
Ration./Prior.debatte	417	15,1	1167	42,1	782	28,2	330	11,9	74	2,7	0	,0	2770	100,0
alle Dok.pflichten erfüllen	322	11,5	1015	36,4	1024	36,7	341	12,2	84	3,0	3	,1	2789	100,0
Pat.gegenüber Behörden vertr.	181	6,5	880	31,6	1070	38,4	537	19,3	115	4,1	4	,1	2787	100,0

Frage 9 Akteure im Gesundheitssystem: Häufigkeiten

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		ungültiger Wert	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ärzttekammern	490	18,2	462	17,1	412	15,3	352	13,0	271	10,0	242	9,0	225	8,3	180	6,7	64	2,4	0	,0
Kassenärztliche Vereinigungen	103	3,8	190	7,1	203	7,5	214	8,0	253	9,4	286	10,6	308	11,4	482	17,9	651	24,2	0	,0
Berufsverbände	451	16,7	605	22,4	519	19,2	417	15,5	273	10,1	216	8,0	126	4,7	67	2,5	22	,8	1	,0
andere Verbände (Marburger Bund...)	254	9,5	360	13,4	369	13,7	393	14,6	355	13,2	341	12,7	297	11,1	197	7,3	118	4,4	0	,0
Ärztegenossenschaften	139	5,2	192	7,2	261	9,7	300	11,2	377	14,1	356	13,3	361	13,5	388	14,5	302	11,3	1	,0
wiss. Fachgesellschaften	80	3,0	237	8,8	274	10,2	331	12,3	355	13,2	363	13,5	391	14,6	402	15,0	253	9,4	0	,0
Universitäten und med. Fakultäten	120	4,5	229	8,5	244	9,1	278	10,3	337	12,5	369	13,7	430	16,0	457	17,0	224	8,3	0	,0
Gesetzgeber	227	8,4	199	7,4	172	6,4	168	6,2	232	8,6	248	9,2	297	11,0	314	11,7	832	30,9	0	,0
jeder Arzt individuell	903	33,5	268	9,9	268	9,9	244	9,0	220	8,2	228	8,4	201	7,4	155	5,7	212	7,9	0	,0

Faktorenanalyse (Hauptkomponenten) zu Frage 2.1

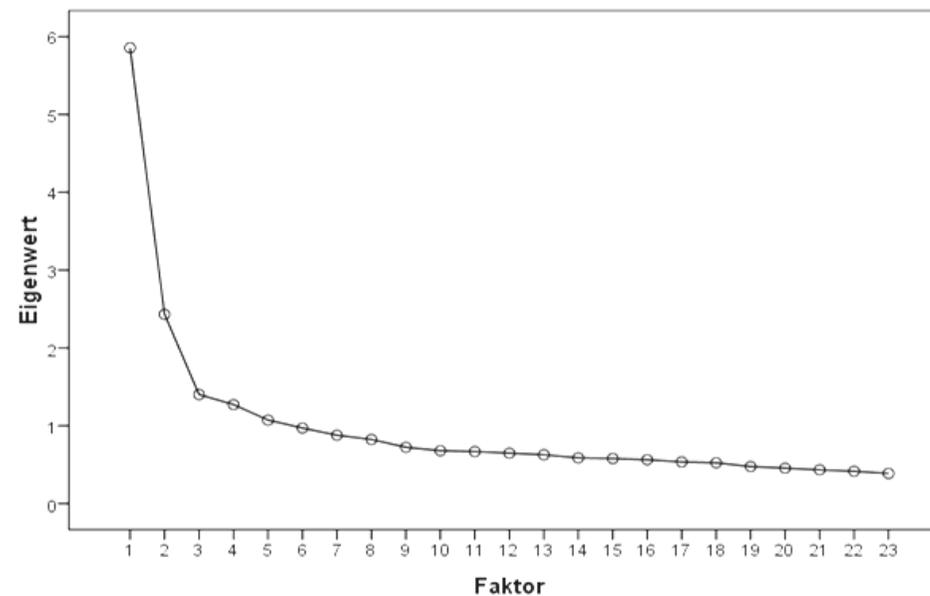
Rotierte Komponentenmatrix^a

	Komponente			
	1	2	3	4
Teamarbeit	,766			
Spezialisierung	,732			,146
Leitlinien	,699	,233	,107	
Fortbildung	,669			,170
Patienten	,662			,255
EDV	,638	,232		
Fortschritt	,571	,197	,276	
Konkurrenz	,410	,172	,324	,276
Kontrollen		,717		
rechtl. Normen		,664	,262	
Managed Care	,152	,646	,214	
Schreibkram		,631		,169
ökon. Vorgaben		,623	,219	,130
Verwaltungen	,107	,558		,260
Haftungsrecht	,183	,540		,192
Wettbewerb	,353	,466	,303	
soz. Ausgrenzung			,761	
Leistungen der GKV		,198	,724	
Kommerz.	,202	,342	,519	
Heilpraktiker	,246		,471	,333
Familie, Beruf	,118	,112		,690
Einkommen		,231		,622
Ansehen	,229	,105	,215	,579

a: Varimax-Rotation
 Komponente 1: fachliche Anforderungen,
 2: Administration, Kontrollen,
 3: Wettbewerbs- und Kostendruck,
 4: externe Motivatoren

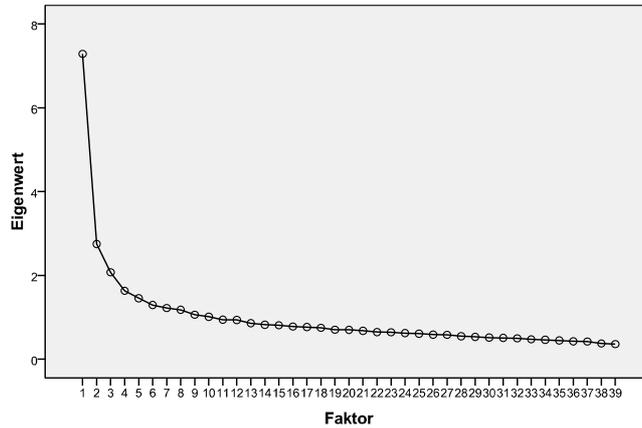
KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,893
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	9896,957
	df	253
	Signifikanz nach Bartlett	,000



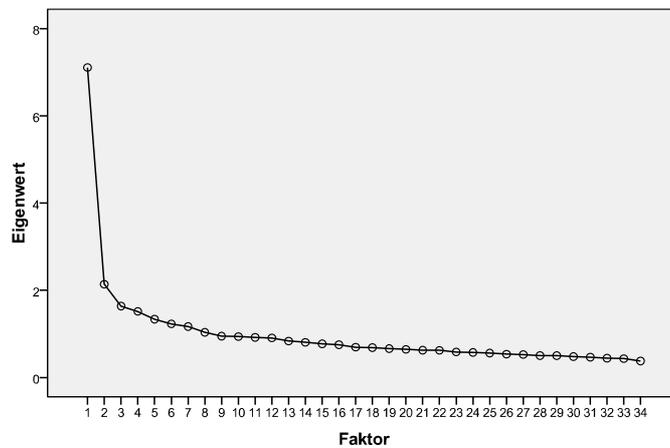
Faktorenanalyse F5, 39 Items

KMO- und Bartlett-Test		
Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,888
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	24272,480
	df	741
	Signifikanz nach Bartlett	,000



Faktorenanalyse F5, 34 Items

KMO- und Bartlett-Test		
Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,899
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	20233,087
	df	561
	Signifikanz nach Bartlett	,000



Faktorenanalyse F5, 39 Items

Rotierte Komponentenmatrix ^a								
	Komponente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Forschung/Lehre	,700EB		,128		,134	-,115		
Ausarbeitung v. Leitlinien	,653EB	,107	,127		,164		,102	,119
med. Wissen aufbereiten	,546PH	,171		,176		,180		
Ration./Priorisierungsdebatte	,539SW						,285	
ärztliche Selbstverwaltung	,536EB					,219	,219	,169
Schulungen anbieten	,531PH	,230		,132		,352		,122
Fortbildung/lebenslanges Lernen	,447PW2	,126	,330	,290				-,212
Zweitmeinungen einholen, Alternativen	,173	,602PA	,308					,194
Lebenswelt des Pat. einbeziehen	,115	,585		,345PW1		,206		
Fehler eingestehen		,560EB	,149		,115		,123	,251
Patientenverfügung		,536PA	,147	,117		,106	,198	
Selbstsorge des Pat. fördern		,529PA		,269		,319	,181	-,153
berücksichtigen v. Kompetenzgrenzen		,460	,390PN			,125		
Lotse im Gesundheitssystem		,387	-,108	,267			,221	,326PW2
Datenschutz			,668PN	,159				
Verbot v. Diskriminierung		,256	,610PN			,141		,199
Unbestechlichkeit		,104	,530EB	,178	-,162	,186	,306	
Schutz vor ökon. Ausbeutung		,326	,497PN			,106		,328
Pat. aufklären	,197	,384PA	,442	,177			-,146	
alle Dokumentationspflichten erfüllen	,309SW	-,145	,359	,335		-,140		
Zuhören/Sprechen		,208	,140	,726PW1		,201		,104
Mitgefühl		,194		,723PW1				,183
Etikette			,240	,470PW2	,215		,253	
Psychosoziale Unterstütz. f. Pat.	,200	,215	,122	,431PW1		,407		,294
Einkommen erhöhen					,785EA	,142		
Einkommen sichern					,747EA	,240	,109	-,110
Werbung betreiben	,322		-,103		,610EA			
klin.-technische Kompetenz	,143				,468	-,197	,329	,101
achtsamer Umgang m.s. selbst		,144	,208		,152	,641EA		
eigene Familie schützen			,289		,368	,595EA		
Präventionsarbeit stärken	,307	,247		,241		,431PH		
Kosten-Nutzen beachten	,143			,123	,195		,624SW	
nicht-indizierte Leist. verweigern		,187			,132		,597SW	-,104
keine Pat. abwerben			,303	,167	-,111		,466EB	,259
Gemeinwohl -vs. Individualwohl	,395					,301	,445SW	,170
Interessenkonflikte aufdecken	,150	,214	,379			,197	,389EB	,229
Ausgleich soz. Benachteiligung		,142	,179			,259		,664PH
unentgeltlich Leist. erbring.				,101		-,220		,613PW2
Pat. gegenüber Behörden vertr.	,243		,169	,271	-,104	,115		,508PW2
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.								
a. Die Rotation ist in 11 Iterationen konvergiert.								

Konzeptgeleitete Zuordnung der Items: PA: Patient und Autonomie, PN: Patient und Nichtschaden, PW1: Patient und Wohltun (Zuwendung und Empathie), PW2: Patient und Wohltun (fachliche Aspekte), EA: Eigenwohl des Arztes, EB: Eigenwohl des Berufsstandes, PH: Public Health, SW: Systemwohl (Wirtschaftlichkeitsaspekt)

Faktorenanalyse F5, 34 Items

Rotierte Komponentenmatrix ^a								
	Komponente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
ärztliche Selbstverwaltung	,638							
Ausarbeitung v. Leitlinien	,576	,182				,176		,215
Schulungen anbieten	,573		,114		,429	-,196		
Ration./Priorisierungsdebatte	,559					,262		,156
Gemein - vs. Individualwohl	,548			,183		,245	,155	
med. Wissen aufbereiten	,527	,130	,170		,203			,193
Zweitmeinungen einholen	,144	,698	,131		,146			,132
Fehler eingestehen		,606	,233			,230		
berücksichtigen v. Kompetenzgrenzen		,531		,213	,148	,103	,206	,112
Schutz vor ökon. Ausbeutung		,487	,120	,475				
Verbot v. Diskriminierung		,455		,414		-,163	,172	,263
Mitgefühl			,778		,108			,116
Zuhören/Sprechen			,733	,111	,195		,168	,199
psychosoziale Unterstütz. f. Pat.	,290	,158	,537	,180	,208		,253	
Patienten gegenüber Behörden vertreten	,383	,239	,440	,234	-,127	-,162		
Etikette			,377	,217		,327		,301
Lotse im Gesundheitssystem	,223	,253	,376	,116	,268	,185	-,164	-,154
Unbestechlichkeit			,111	,659	,181		,153	,202
keine Pat. abwerben	,122		,155	,646		,176	-,166	
Interessenkonflikte aufdecken	,229	,228	,131	,566	,115	,177	,112	
Ausgleich soz. Benachteiligung	,324	,305	,357	,374	-,107	-,135	,136	-,228
Selbstsorge des Pat. fördern		,212	,195	,116	,619	,129	,175	
Präventionsarbeit stärken	,343		,145	,104	,591		,160	
Patientenverfügung		,294		,253	,526	,116		
Lebenswelt des Pat. einbeziehen		,397	,396		,438			
Kosten-Nutzen beachten	,182					,642		
nicht-indizierte Leist. verweigern				,207		,604	,151	
klin.-technische Kompetenz	,188	,126		-,103		,577		
eigene Familie schützen					,138	,134	,778	
achtsamer Umgang m.s. selbst	,151	,184	,209				,760	
alle Dokumentationspflichten erfüllen	,254		,196		-,164			,581
Fortbildung/lebenslange Lernen	,220				,214			,553
Pat. aufklären		,460			,160			,490
Datenschutz		,210		,431			,174	,485
Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.								
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.								
a. Die Rotation ist in 10 Iterationen konvergiert.								

Komponenten:

- 1: Wissenschaft und Berufspolitik
- 2: Ehrlichkeit und Offenheit
- 3: Empathie und Psychosoziales
- 4: Unbestechlichkeit und Fairness
- 5: Präventionstätigkeit
- 6: Wirtschaftlichkeit
- 7: Eigenschutz
- 8: Pflichterfüllung