

VI. EINLEITUNG

Warum hört man in Ärztekreisen so oft Klagen über den negativen Einfluss, den der Beruf auf das eigene Leben hat? Und warum geht es ‚den Ärzten‘ in der öffentlichen Wahrnehmung dann ‚so gut‘?

Aus der Diskrepanz zwischen diesen beiden subjektiven Wahrheiten entstand die Forschungsidee zu dieser Arbeit. Die vorliegende Studie geht den Einflüssen des Berufs auf die Lebensqualität nach: Es wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität (gLQ) niedergelassener AllgemeinärztInnen in Berlin untersucht. In der Auswertung lag das Hauptaugenmerk auf einer Erklärung der gefundenen Unterschiede zur Normalbevölkerung sowie auf einer Interpretation von Ost-West-Unterschieden.

1. Definition der Lebensqualität

Lebensqualität (LQ) ist ein Begriff, der sich in den letzten Jahrzehnten einer zunehmenden Beliebtheit erfreut. Er wird in vielen Bereichen des Lebens unwissenschaftlich im Munde geführt und jeder Sprecher hat dabei eine eigene Vorstellung davon. Das führte Fayers, Hand und Bjordahl sogar zu der Aussage, es gebe zwar Lebensqualität, nicht aber ihre Definition.³ Ohne eine klare Definition allerdings kann kein Thema wissenschaftlich erforscht werden, auch die Lebensqualität nicht.

Im Widerspruch zu dieser Aussage gibt es in der Wissenschaft durchaus klar beschriebene Inhalte der Lebensqualität, sie weichen allerdings in den einzelnen Fächern deutlich voneinander ab. Nachdem sie in der Vergangenheit eher ein Thema der Philosophie, der Soziologie oder der Ökonomie war, entwickelte sich die Lebensqualität in den letzten Jahren auch in der Medizin zu einem Forschungsgebiet. Diese

³ „Für LQ gibt es keine formell beschlossene Definition, allerdings stimmen die meisten Menschen darin überein, dass es ein einleuchtendes Konzept von LQ gibt.“ („There is no formal agreed definition of QOL, although most people accept that QOL does exist as a readily understood concept.“) Fayers, Hand & Bjordahl 1997, S. 394

Entwicklung geschah im Ausland, besonders in den USA, schneller als in Deutschland.⁴ Inzwischen aber ist sie auch hier etabliert und arbeitet mit klaren Definitionen.

Gleichwohl existieren auch innerhalb der Medizin unterschiedliche Konzepte von Lebensqualität. Sie lassen sich nach Bullinger in drei Kategorien einteilen: die individualzentrierte, die des impliziten Konstruktes und die interindividuelle.⁵

- Vertreter des *individualzentrierten* Konzeptes von Lebensqualität konstatieren, LQ sei nicht an mehreren Individuen vergleichend messbar, sondern nur innerhalb einer Person zu jeweils anderen Zeitpunkten.⁶
- Bei der Definition von LQ als *implizites Konstrukt* wird davon ausgegangen, dass Lebensqualität nicht durch direktes Erfragen erfassbar sei, sondern sich nur implizit erschließen lasse durch Patientenpräferenzen. Sie sei somit genau das, was die jeweils befragte Person darunter verstehe und lasse sich entsprechend überhaupt nicht messen.⁷
- Das *interindividuelle* Konzept von Lebensqualität geht davon aus, dass es Parameter gibt, die allgemeingültige Relevanz für LQ haben, die sich also zwischen verschiedenen Personen vergleichbar erheben lassen.⁸

Der wissenschaftstheoretische Diskurs über die verschiedenen Konzepte von Lebensqualität ist allerdings nicht Thema dieser Arbeit. Vielmehr wird Bezug genommen auf eine anerkannte und praktikable Definition innerhalb des interindividuellen Konzeptes, die sich für das geplante Forschungsunterfangen hervorragend eignet. Diese Untersuchung folgt der Definition gesundheitsbezogener Lebensqualität (gLQ)

⁴ „In die Medizin ist der Begriff ‚Lebensqualität‘ relativ spät eingeführt worden. ... Relativ rasch hat sich hier der Terminus ‚gesundheitsbezogene Lebensqualität‘ eingebürgert, zum Unterschied zu dem eher soziologisch definierten Lebensqualitätsbegriff, da ja in der Medizin speziell auf Gesundheit bezogene Aspekte des menschlichen Erlebens und Verhaltens repräsentiert werden sollten. ... In Deutschland verlief die Rezeption des Begriffes ‚Lebensqualität‘ eher zögerlich, systematische und breitere Forschungsbemühungen finden sich erst Ende der 80er Jahre.“ Bullinger 1997, S. 77

⁵ Vgl. Bullinger 1997 S. 77-78

⁶ Z. B. Cohen, Mount & MacDonald 1996

⁷ Vgl. Bullinger 1997, S. 77-78

⁸ Vgl. Vorstellung und Bewertung der gängigen interindividuellen Konzepte. Radoschewski 2000, S. 171-186

durch das IQOLA-Projekt⁹, die mit dem SF-36 Fragebogen erfasst wird: „Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann verstanden werden als Selbstbericht von sozialen, psychischen, körperlichen und alltagsnahen Aspekten von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit. Zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität existieren viele Messinstrumente, die sowohl psychometrisch geprüft als auch international verfügbar und normiert sind. Eines dieser Messinstrumente ist der ursprünglich amerikanische SF-36 Health Survey, der mit 36 Fragen acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit und zwei Summenscores erfasst.“¹⁰ Dieser SF-36 wird hinsichtlich seiner psychometrischen Qualität und Ökonomie als international führend bezeichnet.¹¹

2. Auswahl und Eingrenzung der untersuchten Population

Die frühere Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer konstatierte: „Trotz der Fülle von Daten zum Gesundheitswesen gibt es weiterhin viele offene Fragen, die zum Teil durch eine Erweiterung der Verknüpfungsmöglichkeiten unterschiedlicher Datenquellen, zum Teil durch empirische Erhebungen gefüllt werden können.“¹² Die vorliegende Studie beabsichtigt genau das. Sie erhebt an einem großen und gut definierten Kollektiv wesentliche Daten und verknüpft sie, soweit möglich und vorhanden, mit präexistenten Informationen aus anderen Quellen. So soll versucht werden, die existierenden Erkenntnisdefizite um die Lebensqualität von Ärzten zu beheben. Denn zunehmend werden die bedrückenden Lebensbedingungen weiter Teile der Ärzteschaft auch in der Bevölkerung wahrgenommen und die Notwendigkeit von Veränderungen wird öffentlich diskutiert.

Die vorliegenden Diskussionsgrundlagen beziehen sich bisher hauptsächlich auf Zahlen wie etwa Arbeitsstunden. Wie ÄrztInnen ihre Lebensqualität aber einschätzen, wird dabei häufig übersehen. Zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität Nieder-

⁹ International Quality of Life Association. Eine genauere Vorstellung von IQOLA und SF-36 sowie der dazugehörigen Definition von Lebensqualität findet sich im Methodenteil auf Seite 10, Punkt VII. 1.2 MOS SF-36 und IQOLA-Gruppe.

¹⁰ Bullinger 2000, S. 190

¹¹ Bullinger 1996, S. XIX

¹² Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 5

gelassener liegt meines Wissens in Deutschland bislang keine Untersuchung vor, die mit einer allgemein akzeptierten Definition von gLQ gearbeitet hätte oder deren befragtes Kollektiv eine verlässliche Aussagen erlaubende Größe gehabt hätte.

Eine Erhebung Sterns¹³ aus dem Jahre 1996, die den Begriff der Lebensqualität im Untertitel führt, verwandte eine Anzahl bewährter Messinstrumente¹⁴ zur Untersuchung angestellter KrankenhausärztInnen. Nur eben eine Definition des Begriffsinhaltes von Lebensqualität findet sich nicht. Stern meint wohl das sich ergebende Gesamtbild. Auf deskriptivem Niveau kann diese Studie dennoch wertvolle Hinweise für die vorliegende Arbeit liefern.

Reimer und Jurkat hatten in den Jahren 1995 und 1999 Untersuchungen unter niedergelassenen ÄrztInnen durchgeführt¹⁵, in der ebenfalls der Begriff der Lebensqualität fällt, ohne klar definiert zu werden. Auch hier steht er wohl für die Gesamtschau der Lebensumstände. Die Stärke dieser Arbeiten liegt weder in der Stichprobengröße noch in der Anwendung anerkannter, quasi geeichter Messinstrumente¹⁶, sondern in ihrem Tiefgang.¹⁷

Die Ärztezeitung führte 2002 eine Umfrage unter Niedergelassenen durch, in der mit einem sehr einfachen, selbst entworfenen Fragebogen viele Parameter erfasst wurden.¹⁸ Die Ergebnisse bezeichnet der Autor selbst als alarmierend, denn weite Teile der Responder sind unzufrieden, erleben die Arbeitsbedingungen als sich verschlechternd und sind damit unglücklich. Auch wenn man einwenden kann, die Items seien suggestiv formuliert, so bleibt doch eine erschreckend hohe Zahl negativer Antworten.

¹³ Stern 1996

¹⁴ Unter anderem das Maslach Burnout Inventory und die Freiburger Beschwerdeliste.

¹⁵ Reimer & Jurkat 1996 sowie Reimer & Jurkat 1999

¹⁶ Es wurden 160 der selbst entwickelten Fragebogen ausgewertet respektive 33 ÄrztInnen mündlich befragt.

¹⁷ So vielfältige Themenkomplexe wie die Arbeitszufriedenheit, Lebenszufriedenheit, Gesundheit und Zufriedenheit mit der Berufswahl wurden untersucht.

¹⁸ Rudolph 2002

Zum Wohlergehen von ÄrztInnen gibt es, ohne sich expressis verbis auf Lebensqualität zu beziehen, zahlreiche nationale wie internationale Untersuchungen. Bündelt man die Arbeiten nach Themenbereichen, so lassen sie sich in vier Hauptstränge untergliedern:

1. Stress¹⁹
2. Burn-out²⁰
3. Lebenszufriedenheit²¹
4. Arbeitszufriedenheit²²

Auch innerhalb eines dieser Themenbereiche wurde mit voneinander verschiedenen Definitionen und Studiendesigns gearbeitet, weshalb auch diese Arbeiten untereinander nicht ohne weiteres vergleichbar sind. Wiewohl sich inhaltliche Annäherungen an die vorliegende Arbeit ergeben mögen, sind diese vier Themenbereiche nicht der eigentliche Gegenstand dieser Forschung. Auf die jeweiligen Konzepte wird daher nur dann näher eingegangen, wenn es für meine Untersuchung von Relevanz ist.²³

Die untersuchte Population setzt sich zusammen aus KollegInnen nur eines Fachgebietes.²⁴ Das stellt gleiche Ausgangsbedingungen sicher und ermöglicht so die Untersuchung einer relativ homogenen Gruppe. Insofern wäre jede Fachrichtung als Untersuchungspopulation geeignet. Die AllgemeinmedizinerInnen jedoch stellen mit 52,3 % die absolute Mehrheit der Ärzteschaft.²⁵ Ihre Bedeutung für die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist trotz der konsequenten Unterschätzung in der öf-

¹⁹ Aasland, Olf, Falkum et al. 1997; Bynoe 1994; Deary, Blenkin, Agius et al. 1996; Heim 1991; Heim 1992; McCue & Sachs 1991; Olkinuora, Asp, Juntunen et al. 1990; Schattner & Coman 1998; Whitley, Allison, Gallery et al. 1991; Whitley, Allison, Gallery et al. 1994

²⁰ Abeloff 1991; Battle 1981; Campbell 1999; de Pablo Gonzalez & Suberviola 1998; Guntupalli & Fromm 1996; Jenkins 1998; Keel 1993; Keller & Koenig 1989; Kirwan & Armstrong 1995; Lemkau, Purdy, Rafferty et al. 1988; Lemkau, Rafferty & Gordon 1994; Masterson, Ashcroft & Shah 1994; McCranie & Brandsma 1988; Pearce 1994; Pines & Kafry 1978; Ramirez, Graham, Richards et al. 1995; Rottenfußler 1999; Rudolph 2002; Schönberger 1995; Schweitzer 1994; Whippen & Canellos 1991

²¹ Ducker 1987; Linn, Yager, Cope et al. 1986

²² Chambers, Wall & Campbell 1996; Cooper, Rout & Farragher 1989; Herschbach 1991; Losek 1994; Olivar Castrillon, Gonzalez Moran & Martinez Suarez 1999

²³ Siehe Seite 75, Punkt 2.1.3.2.3.1 Burn-out

²⁴ Mit Fachgebiet ist hier die allgemeinmedizinische Primärversorgung gemeint, unabhängig von Facharztstatus oder weiteren Qualifikationen der Responder.

²⁵ Bundesarztregister der KBV 2001

fentlichen Rezeption („Da gehe ich lieber gleich zum Facharzt“) von enormer Bedeutung.²⁶

2.1 Fachliche Eingrenzung: Allgemeinmedizin

Allgemeinmediziner erfüllen das Berufsbild des klassischen Arztes. Eine Erhebung unter Hausärzten, die eine mehr oder weniger unselektierte Durchschnittsbevölkerung versorgen, lässt einen internationalen Vergleich eher zu als beispielsweise eine Untersuchung an Kinder-Kardiochirurgen. Letztere sind in viel stärkerem Maße geprägt und beeinflusst von den Standards und technischen Ausstattungen im jeweiligen Lande, von gesundheitssystemspezifischen Vorgaben und Selektierung von Patienten. Die Untersuchung von AllgemeinärztInnen erzielt damit eine stärkere Allgemeingültigkeit der Untersuchungsergebnisse, was insbesondere von Bedeutung ist, wenn die Resultate weitere Forschung und internationale Vergleiche ermöglichen sollen.

2.2 Regionale Eingrenzung: Berlin

Berlin ist in soziologischer Hinsicht einzigartig. Es beinhaltet auf engem Gebiet und in unmittelbarer Nachbarschaft zueinander Ost- und Westdeutsche. Hätte ich einen Ost-West-Vergleich zwischen Bewohnern verschiedener Städte angestrebt, so wäre nicht auszuschließen, dass regionale Struktur- oder Mentalitätsunterschiede die Ergebnisse verzerrt hätten. Es ist nur schwer vorstellbar, dass sich Resultate beispielsweise aus Greifswald ohne weiteres mit denen in Passau vergleichen ließen. Aber es ist sofort augenfällig, dass die Ost-Berliner und West-Berliner Lebensqualität nebeneinander betrachtet werden kann.

²⁶ „In der internationalen Diskussion besteht heute – jenseits konkreter Interessenpolitik – Einigkeit darüber, dass ein Gesundheitssystem mit einem gut ausgebauten Hausarztssystem die medizinisch und ökonomisch optimale Lösung darstellt.“ Donner-Banzhoff 1994, S. 46

3. Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Gegenstand dieser empirischen Sozialforschung ist die Dokumentation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von AllgemeinmedizinerIn in Berlin. Dabei interessieren vor allem ein Vergleich mit der gLQ der deutschen Bevölkerung sowie ein Ost-West-Vergleich. Folgende Fragen sollen näher beleuchtet werden:

- Unterscheidet sich die Lebensqualität niedergelassener Ärztinnen und Ärzte von der vergleichbarer Deutscher?
- Spielt dabei das Geschlecht eine Rolle?
- Spielt eine ost- oder westdeutsche Lebenserfahrung eine Rolle?
- Wird die Lebensqualität beeinflusst durch Praxisvariablen wie Scheinzahl, Patientenzahl, Arbeitsstunden, Praxis-Setting etc.?
- Besteht ein Zusammenhang mit persönlichen Besonderheiten wie etwa Partnerschaft, Kinder, Haustiere, Größe des Freundeskreises und mit ihm verbrachte Zeit etc.?

Die vorliegende Arbeit soll eine Diskussionsgrundlage für Politik und Planung bilden. Denn sie wird zeigen, ob an dem oft gehörten Vorwurf des „Jammerns auf hohem Niveau“ etwas dran ist, oder ob sich vielmehr die ärztliche Lebensqualität von der anderer Professionen unterscheidet.

Für eine adäquate Primärversorgung der Bevölkerung ist eine hinreichende gLQ der AllgemeinmedizinerInnen unabdingbar notwendig. Eine wichtige Voraussetzung zur meines Erachtens notwendigen Verbesserung der Situation von AllgemeinmedizinerInnen ist das detaillierte Wissen um die Einflussfaktoren auf die Lebensqualität. Die vorliegende Erhebung schließt einige Wissenslücken auf diesem Gebiet und diskutiert mögliche Ursachen. Eine erschöpfende Antwort auf die gestellten Fragen geben kann sie natürlich nicht. Vielmehr besteht ihre Aufgabe in der Erfassung und Auswertung von Basisdaten, die im Weiteren der Forschung und Politik zur Verfügung ste-

hen sollen. „Lebensqualitätsuntersuchungen dienen ... als Grundlage für gesundheitspolitische Planungen.“²⁷

²⁷ Bullinger 1997, S. 84