

VIII. ERGEBNISSE

1. Befragungskollektiv

Die Ergebnisse dieser Arbeit beziehen sich auf selbstständige, niedergelassene, kas- senärztlich tätige, deutsche AllgemeinmedizinerInnen in Berlin.

2. Rücklauf

Alle 1709 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner der Stadt Berlin wurden angeschrieben. Von diesen 1709 KollegInnen waren 25 verstorben oder verzogen, sodass die effektive Gesamtzahl 1684 potenzielle Responder umfasste. Durch die im Methodenteil geschilderten Maßnahmen⁵⁸ konnte ein Rücklauf von 56,715 % (!) erzielt werden (n=955).

3. Demographische Daten

3.1 Alter

Im Schnitt waren die Responder 51 Jahre alt (+/- 8 Jahre). Die Ostberliner untersuchten Frauen waren signifikant älter als ihre Westberliner Kolleginnen. Darüber hinaus fanden sich keinerlei signifikante Unterschiede. Die genauen Mittelwerte lassen sich der Tabelle 5 entnehmen.

Tabelle 5: Mittelwerte Alter nach Geschlecht und Ost-West

	Frauen	Männer	Signifikanz
Ost	50,8 Jahre	51,8 Jahre	p=0,3 ns
West	49,1 Jahre	50,3 Jahre	p=0,11 ns
Signifikanz	p=0,03 *	p=0,15 ns	

Quelle: eigene Erhebung

⁵⁸ Siehe Seite 19, Punkt VII. 5. Salant-Dillman Total Design Methode.

3.2 Personenstand

Mehr als vier Fünftel der Responder (81,9 %; n=751) und etwa gleich viele Ost- wie Westberliner leben in einer Paarbeziehung, sei es als Ehepaar oder sei es im Rahmen einer festen Partnerschaft. Westberliner Responder leben dabei signifikant ($p=0,002^{**}$) häufiger in einer festen Partnerschaft, Ostberliner Responder signifikant häufiger in einer Ehe.

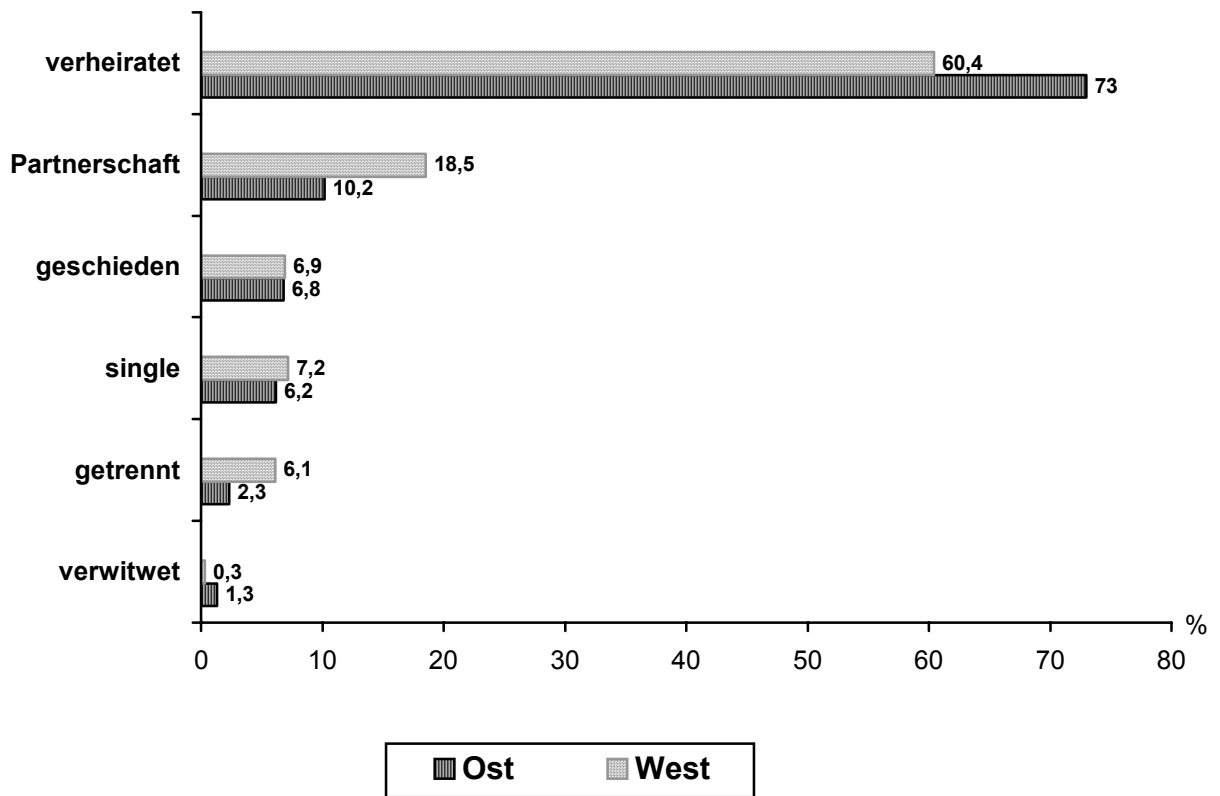
Tabelle 6: Personenstand nach Geschlecht und Ost-West

	Frauen		Männer	
	Ostberlin	Westberlin	Ostberlin	Westberlin
Single	7,9 % (n=20)	14,3 % (n=19)	4,4 % (n=4)	13,6 % (n=6)
Paar	92,1 % (n=234)	85,7 % (n=114)	95,6 % (n=87)	96,4 % (n=159)

Quelle: eigene Erhebung

Westberliner Responderinnen sind, wie in Tabelle 6 dargestellt, signifikant häufiger ($p=0,04^*$) single als Ostberliner. Die Ostberliner Ärztinnen hingegen sind in dieser Studie hoch signifikant häufiger ($p<0,001^{***}$) verheiratet als die Westberlinerinnen. Eine gleichgerichtete Tendenz findet sich für die männlichen Responder: Auch sie sind öfter verheiratet als die Westberliner Ärzte, allerdings lässt sich der beobachtete Unterschied statistisch nicht nachweisen ($p=0,16$ ns).

Abbildung 3: Personenstand



Quelle: eigene Erhebung

3.3 Kinder

Im Mittelwert hatten die Responder zwei Kinder. Dabei lebten, wie in Tabelle 7 dargestellt, in Westberliner Haushalten Kinder knapp signifikant häufiger ($p=0,04$ *) als in Ostberliner Haushalten.

Tabelle 7: Kinder nach Ost-West

	Ost	West
n	216	219
%	56,2 %	63,5 %

Quelle: eigene Erhebung

3.4 Haustiere

350 Responder hatten Haustiere, das entspricht 37,8 % aller Responder.

3.5 Beruf der Partnerin oder des Partners

Etwa ein Viertel derjenigen Responder, die in einer Partnerschaft leben, teilen ihr Leben mit einer Ärztin oder einem Arzt (25,3 %; n=205). Dabei haben die befragten Ärztinnen tendenziell häufiger als ihre männlichen Kollegen ärztliche Lebensgefährten (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: ärztliche Partnerin oder ärztlicher Partner

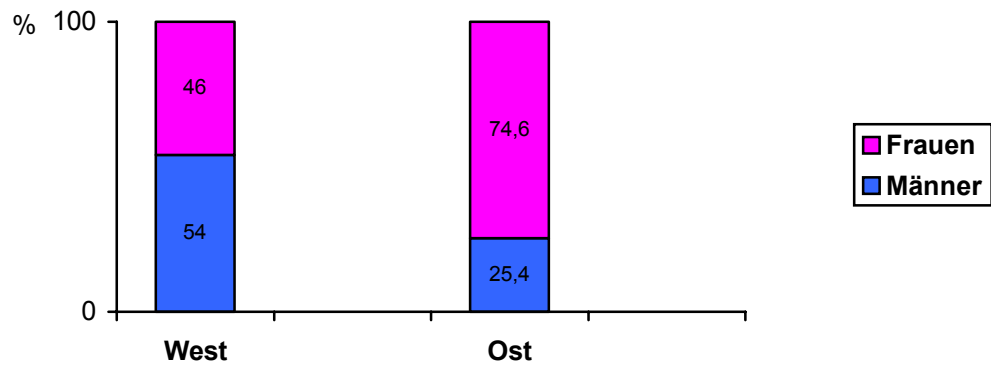
	Frauen	Männer
ärztlich	129 (=27,7 %)	76 (=22,2 %)
nicht ärztlich	336 (=72,3 %)	267 (=77,8 %)

Quelle: eigene Erhebung

3.6 Verteilung ost- und westdeutscher Herkunft, des Praxisortes sowie sich daraus ergebende Konsequenzen

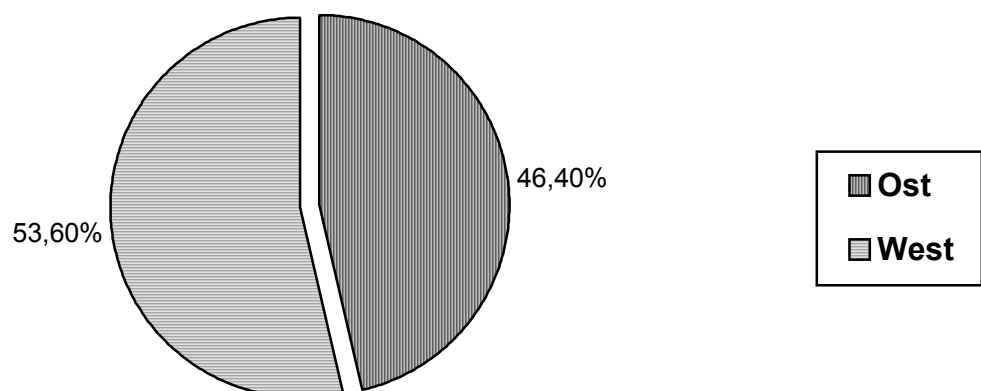
Aus der Gesamtheit der Responder (n=955) ließen sich 735 Menschen als ost- oder westdeutsch kategorisieren⁵⁹, sie verteilten sich etwa hälftig auf die Stadt Berlin: 52,5 % (n=386) ostdeutsch, 47,5 % (n=349) westdeutsch. Dabei fand sich eine deutliche Auffälligkeit der Geschlechterzusammensetzung zwischen den Kolleginnen und Kollegen der beiden Stadthälften: Im Osten wird die Allgemeinmedizin zu drei Vierteln von Frauen betrieben (74,6 %; n=288), im Westteil der Stadt hingegen beträgt der Frauenanteil weniger als die Hälfte, nämlich nur noch 46,0 % (n=160).

⁵⁹ Die Differenz von 230 Respondern, die weder ost- noch westdeutsch sind, erklärt sich aus demjenigen Personenkreis, der – obwohl deutsch – nicht als ost- oder westdeutsch identifiziert werden konnte. (Siehe Seite 82, Punkt IX. 2.2.2 Definition Ostdeutsch / Westdeutsch und Konstruktion der Variablen.)

Abbildung 4: Geschlechterverteilung

Quelle: eigene Erhebung

Die Verteilung der Praxen über die Stadt wiederum war etwa hälftig: 46,4 % (n=433) der Praxen lagen in Ostberlin und 53,6 % (n=500) der Praxen im Westen der Stadt.

Abbildung 5: Praxisverteilung in Berlin

Quelle: eigene Erhebung

Diese deutlich schiefe Geschlechterverteilung macht ein besonderes Augenmerk bei der Auswertung der Ergebnisse notwendig. Es liegt auf der Hand, dass ein schlichter Ost-West-Vergleich für einen Geschlechtsbias ebenso prädestiniert ist wie ein schlichter Geschlechtsvergleich für einen Ost-West-Bias. Aus diesem Grunde wurden bei interessierenden Items auch eine herkunfts- und geschlechtsdifferenzierte Subgruppenanalyse und entsprechende Korrelationsberechnungen durchgeführt.

3.7 Approbationsdauer und Niederlassungsjahre

Im Mittelwert besaßen die KollegInnen seit 23 Jahren ihre Approbation, waren seit 9 Jahren niedergelassen (bei einer Spannweite von einem Jahr als Minimum bis 55 Jahren als Maximum) und arbeiteten seit 10 Jahren in genau derselben Praxis, in der sie zum Zeitpunkt der Erhebung auch arbeiteten. Dabei waren natürlicherweise die westdeutschen ÄrztInnen hoch signifikant ($p < 0,001$ ***) länger niedergelassen als die Ostdeutschen, die sich in der Regel ja erst nach der Wiedervereinigung und nach dem Schließen der Polikliniken niederließen.

Tabelle 9: Approbation, Niederlassungsdauer

	Ost	West
Approbation	seit 24,8 Jahren	seit 20,3 Jahren
Niederlassung	seit 9,3 Jahren	seit 12,0 Jahren

Quelle: eigene Erhebung

3.8 Akademische Qualifikation

58,8 % unserer KollegInnen waren promoviert ($n=549$), habilitiert waren 1,0 % ($n=9$). Darüber hinausgehende akademische Ränge wie etwa Habilitation oder Professur gaben 0,6 % ($n=6$) an. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied fand sich nicht.

3.9 Einkommen

Mit 72,5 % ($n=677$) gaben knapp drei Viertel der Befragten an, ihr Einkommen sei im Vergleich zu früher gesunken, die Ost-West-Unterschiede waren zwar signifikant,

aber marginal (70,7 % der Ostdeutschen und 71,8 % der Westdeutschen).⁶⁰ Immerhin 7,1 % (n=66) berichteten, es sei gestiegen. Größere Unterschiede hinsichtlich der ost- oder westdeutschen Herkunft fanden sich dabei nur an einem Punkt: Unter denjenigen, bei denen das Einkommen gestiegen war, fanden sich signifikant ($p=0,028$ *) mehr Westdeutsche. Die absolute Zahlendifferenz allerdings ist bei 35 Westdeutschen (=11,1 %) gegenüber 22 Ostdeutschen (=5,7 %) gering.

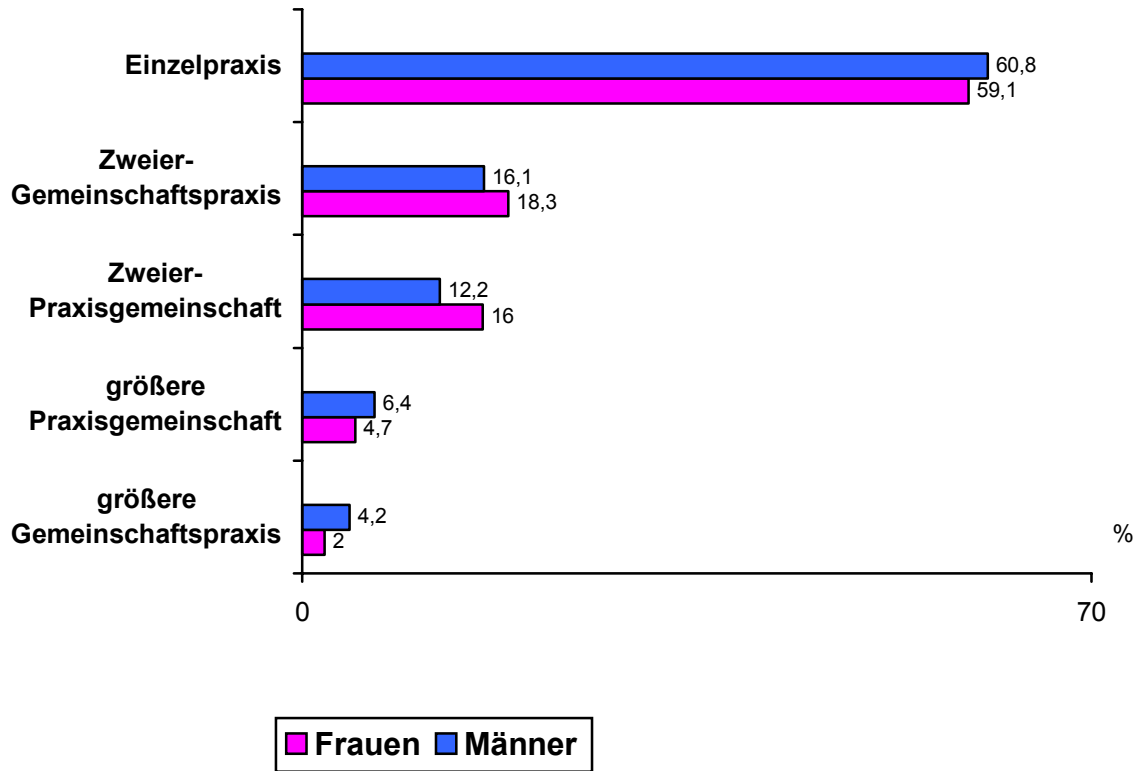
3.10 Organisationsform der Praxis

Die Mehrheit (59,8 %; n=553) arbeitete in einer Einzelpraxis, also ohne weitere ärztliche KollegInnen; ein Drittel arbeitete zu zweit, nämlich 17,4 % (n=161) in einer Gemeinschaftspraxis und 14,6 % (n=135) in einer Praxisgemeinschaft. Responder aus größeren Praxisverbänden fanden sich selten, nur zu 2,8 % aus größeren Gemeinschaftspraxen (n=26) und zu 5,4 % aus größeren Praxisgemeinschaften (n=50). Unter der Vorstellung, dass Sozialisationen mit unterschiedlichen Idealbildern auch in differentem Sozialverhalten Ausdruck finden können, untersuchte ich die Daten auf einen Zusammenhang von ost- oder westdeutscher Herkunft und Organisationsform der Praxis. Signifikante Unterschiede fanden sich dabei jedoch nicht.

Auch bei der Verteilung der einzelnen Praxis-Organisationsformen auf die beiden Geschlechter fanden sich keine signifikanten Unterschiede, beobachtet wurden folgende Tendenzen: Frauen arbeiteten häufiger in Zweier-Settings, also in Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften mit zwei ÄrztInnen, als Männer. Männer hingegen arbeiteten tendenziell häufiger in einer Einzelpraxis. Wenn sie jedoch nicht alleine arbeiteten, war das Setting ein größeres, also mit drei oder mehr ärztlichen KollegInnen.

⁶⁰ Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu bedenken, dass der Mittelwert 72,5 % (n=677) sich auf alle Responder dieser Untersuchung bezieht und die Zahlen 70,7 % Ost und 71,8 % West nur für diejenigen gilt, die als Ost- oder Westdeutsche identifiziert werden konnten.

Abbildung 6: Organisationsform nach Geschlecht



Quelle: eigene Erhebung

3.11 Fachrichtungen innerhalb von Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften

Diejenigen, die nicht alleine arbeiteten (siehe oben), hatten in etwas mehr als der Hälfte der Fälle (56,6 %; n=207) allgemeinmedizinische KollegInnen, und in etwas weniger als der Hälfte der Fälle (41,8 %; n=153) hatten sie ÄrztInnen anderer Fachrichtungen in ihrer Praxis.

3.12 Weitere Fachrichtungen und Zusatzbezeichnungen

Nur eine Minderheit von gut einem Fünftel (21,5 %; n=196) der Responder haben zusätzlich zur Allgemeinmedizin eine weitere Ausbildung in einer anderen Fachrichtung. Bei diesen weiteren Facharztausbildungen waren nahezu alle Fachrichtungen vertreten; der Anteil internistisch Ausgebildeter betrug 7,1 % (n=65) insgesamt re-

spektive ein Drittel derjenigen mit zweiter Facharztausbildung (33,16 %). Zusatzbezeichnungen führten nur etwa ein Drittel aller Befragten (37,0 %; n=327).

3.13 Patientenzahl

Die Zahl der PatientInnen, die in den letzten 14 Tagen vor der Befragung behandelt worden waren, reichte von null bis 1500. Die Ostberliner KollegInnen hatten dabei hoch signifikant ($p < 0,001$ ***) eine größere Zahl von Patienten versorgt als die Westberliner. Die Mittelwerte lassen sich unten stehender Tabelle entnehmen.

Tabelle 10: Patientenzahl in Ost und West

	Ost	West
Patientenzahl	375 Patienten	280 Patienten

Quelle: eigene Erhebung

3.14 Scheinzahl

Die Scheinzahl wurde – um einer Nonresponse wegen zu indiskreter Fragen vorzubeugen – nicht quantitativ, sondern qualitativ ordinal erfasst durch die Kategorien unterdurchschnittlich – durchschnittlich – überdurchschnittlich. Die Hälfte (51,1 %; n=470) der KollegInnen gaben an, ihre Scheinzahl sei durchschnittlich, jeweils ein Viertel nannte sie unter- oder überdurchschnittlich (23,4 %; n=215 unter- und 25,5 %; n=234 überdurchschnittlich). Dabei blieben die gefundenen Differenzen insignifikant ($p=0,12$ ns).

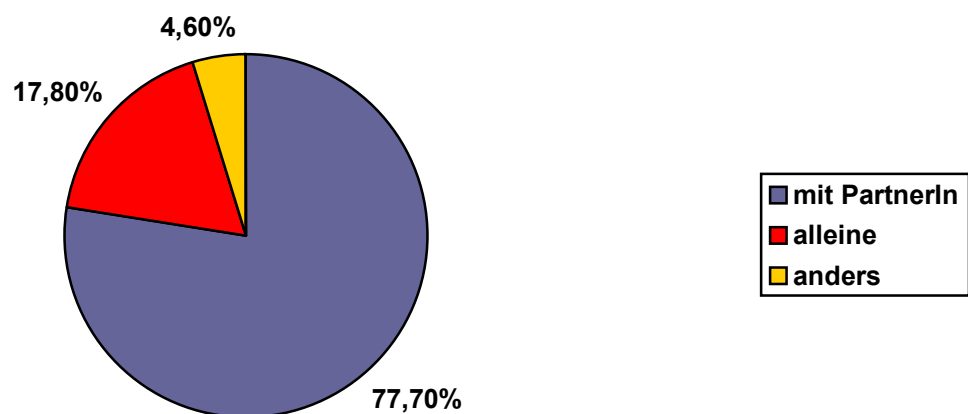
3.15 Quelle der Existenzsicherung

Die materielle Existenzsicherung erfolgte in 58,2 % der Fälle (n=531) durch die Responder selbst, in 34,2 % der Fälle (n=312) sicherten beide Partner. Bei 7,0 % (n=64) trug die Partnerin oder der Partner die Hauptlast der finanziellen Sicherung; 0,7 % der Responder (n=6) verfügten über andere Einkommensquellen.

3.16 Wohnform

Mehr als drei Viertel aller Befragten (77,7 %; n=716) wohnten mit ihrer Lebensgefährtin oder ihrem Lebensgefährten zusammen, gut ein Sechstel wohnte alleine (17,8 %; n=164) und nur eine Minderheit (4,6 %; n=42) wohnte anders, also etwa in WGs oder mit anderen Verwandten.

Abbildung 7: Wohnform



Quelle: eigene Erhebung

3.17 Freundeszahl

Im Mittelwert aller Responder umfasste die Zahl enger Freunde 7 Personen. Tendenziell, also insignifikant ($p=0,618$ ns) haben dabei die befragten Ostberliner mehr enge Freunde. Immerhin 23 KollegInnen (2,5 %) gaben an, keinerlei enge Freunde zu haben, auf der anderen Seite berichteten zwei Responder von je 50 engen Freunden. Geschlechtsbedingte Korrelationen fanden sich nicht.

3.18 Arbeitszeitmodelle

Mit dem Fragebogen wurde versucht zu erfassen, wie viele der *angestellten* KollegInnen in Teilzeit arbeiteten. Neun Personen (=1 %) hatten angegeben, angestellt zu sein. Daher hätten sich – streng logisch – auch nur neun Personen zum Thema Arbeitszeitmodelle, also zu der Frage nach voll- oder teilzeitiger angestellter Arbeit,

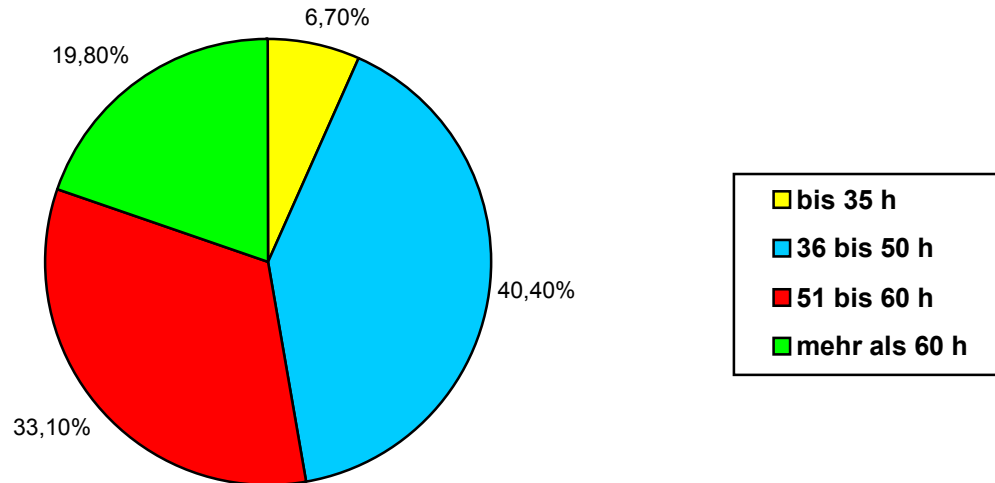
äußern dürfen. De facto aber haben 131 Menschen – und somit deutlich mehr Selbstständige als Angestellte – auf diesen Item geantwortet. Das mag vielfältige Ursachen haben. So gibt es zum einen eine (geringe) Zahl Niedergelassener, die ihre Praxis in Teilzeit betreiben, zum zweiten mag ein flüchtiges Lesen des Items dazu geführt haben, dass die Implikation des Angestelltenstatus übersehen wurde und zum dritten ist wohl anzunehmen, dass eine große Anzahl Responder trotz ihrer Selbstständigkeit – wahrscheinlich gerade wegen ihrer Arbeitsstundenzahl – das Bedürfnis hatten, auf diese Frage zu antworten.

3.19 Wochenarbeitszeit

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit des befragten Kollektivs lag bei 54 Stunden. Die aus Voruntersuchungen bekannte Korrelation von männlichem Geschlecht und höherer Zahl der Wochenarbeitsstunden⁶¹ fand sich auch in unserer Population, im Schnitt arbeiteten die Frauen des befragten Kollektivs 52,6 Stunden in der Woche und die Männer 55,4 Stunden.

Hoch signifikant ($p < 0,001$ ***) war der Unterschied zwischen Ost und West. Im Schnitt arbeiten die Ostberliner in der Woche etwa vier Stunden mehr (Mittelwert Ost 55,81 h; Mittelwert West 51,59 h) als ihre Westberliner KollegInnen. Bei der gegebenen schiefen Geschlechtsverteilung über das Stadtgebiet bleibt natürlich die Frage der Arbeitszeitverteilung bei separater Analyse. Die Gesamtaussage ‚Männlichkeit und Östlichkeit korrelieren mit höherer Arbeitszeit‘ bleibt dabei erhalten, nur die Wichtung differiert: Ostberliner Frauen arbeiten hoch signifikant ($p < 0,001$ ***) länger als Westberliner Frauen, Ostberliner Männer arbeiten tendenziell ($p = 0,218$ ns) mehr als Westberliner Männer.

⁶¹ Vgl. Arnetz 1997, S. 156

Abbildung 8: Wochenarbeitsstunden

Quelle: eigene Erhebung

3.20 Soziale Interaktionen

An geselligen Aktivitäten wie etwa Konzerten, Besuch von Freunden, Essen gehen nahmen die Responder im Schnitt an 7 ½ Stunden in der Woche teil. Die Gruppe der OstberlinerInnen verbringt hoch signifikant ($p=0,001$ ***) weniger Stunden mit geselliger Aktivität, nämlich im Mittel nur 6,1 Stunden in der Woche, als die Gruppe der WestberlinerInnen (Mittelwert: 9,4 h). Geschlechtsbedingte Unterschiede fanden sich dabei nicht.

3.21 Fehlzeiten durch Krankheit

Wenn die Responder krankheitsbedingt ihrer Praxis fernblieben, so taten sie dies nur wenige Tage im Jahr (Mittelwert 2,1 d). Selbst bei gesonderter Betrachtung nur derjenigen, die überhaupt krankheitsbedingt fehlten, also unter Wegfall aller Gesunden, fällt auf, dass deutlich mehr als die Hälfte der Responder nur sehr kurzzeitig, nämlich nur zwischen einem und drei Tagen, ihrer Praxis fernblieben (58,4 %; $n=135$). Eine

signifikant unterschiedliche Verteilung der Kranktage über die Geschlechter oder Ost- und Westdeutsche fand sich nicht.

3.22 Urlaubstage

Der durchschnittliche Jahresurlaub betrug 23 Tage (+/- 11 d) mit der insignifikanten ($p=0,075$ ns) Tendenz, dass Westberliner länger Urlaub machten (Mittelwert 23 d Ost bzw. 25 d West). Immerhin 2,8 % der befragten ÄrztInnen ($n=26$) haben im vergangenen Jahr keinerlei Urlaub genommen.

3.23 Schlaf und Ernährung

Sowohl von ausreichendem Schlaf als auch von angemessener Ernährung berichteten die befragten Ärztinnen und Ärzte im Schnitt an 3 Tagen pro Woche. Jeweils knapp ein Drittel ernährten sich die ganze Woche hindurch bzw. nur an zwei Tagen – vermutlich am Wochenende – adäquat (30,2 %; $n=280$ beziehungsweise 31,7 %; $n=294$).

Tabelle 11: Arbeit, Geselligkeit, Schlaf und Ernährung im Ost-West-Vergleich

	Ost	West
Arbeit	55,8 h	51,6 h
Geselligkeit	6,1 h	9,4 h
Ausreichend Schlaf	3,5 d	3,7 d
Angemessene Ernährung	3,7 d	4,1 d

Quelle: eigene Erhebung

3.24 Alkoholkonsum

Die Trinkmenge einiger üblicher alkoholischer Getränke wurde abgefragt und anschließend in Gramm reinen Alkohols umgerechnet.⁶² Auf diese Weise konnte eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher Alkoholika untereinander erreicht werden.

⁶² Pohl 1984, S. 86-88

3.24.1 Alkoholabstinenz

Gar keinen Alkohol nahmen in einer durchschnittlichen Woche 21,8 % der Befragten (n=203) zu sich.

3.24.2 Unklare Angaben zum Alkoholkonsum

Etwa ein Zehntel derjenigen, die nicht streng äthylabstinent lebten (9,6 %; n=89), machten unpräzise Angaben, aus denen zwar ersichtlich wurde, dass sie Alkohol konsumierten, die aber eine Quantifizierung nicht erlaubten.

3.24.3 Quantifizierbarer Alkoholkonsum

Bei denjenigen, in eine quantifizierte Menge Alkoholika zu sich nahmen, lag der Mittelwert bei 118 g reinen Alkohols. Das entspricht in etwa einer Menge von drei Litern Bier oder anderthalb Flaschen Wein pro Woche. Bemerkenswert allerdings ist bei diesem Item die Höhe der Standardabweichung: Sie betrug 110,8 g! Innerhalb des untersuchten Kollektivs tranken die Ostberliner hoch signifikant ($p < 0,0001$ ***) weniger Alkohol (92,3 g Ost bzw. 140,4 g West)

Unsere Ergebnisse bestätigen, was in diversen Voruntersuchungen immer wieder gefunden wurde: Auch innerhalb der hier untersuchten Population tranken die Frauen hoch signifikant ($p < 0,001$ ***) weniger Alkohol (94,4 g reiner Alkohol pro Woche gegenüber 150,2 g reinen Alkohols bei den Männern).⁶³

3.25 Rauchgewohnheiten

Bei Untersuchung der Rauchgewohnheiten hatte ich neben der Frage nach der Zahl der Zigaretten auch die Möglichkeit offen gelassen, sich zum Konsum anderer Rauchwaren zu äußern. An dieser Stelle fanden sich dann Antworten zu Zigarren, Zigarillos, Pfeifen und – die Anonymisierungs- und Datenschutzvorkehrungen waren offensichtlich sehr überzeugend – Cannabisprodukten. Allerdings war die Zahl derjenigen, die etwas anderes als Zigaretten rauchten, mit 2,8 % (n=26) zu klein für eine statistisch belastbare Auswertung.

⁶³ Vgl. Cooper, Rout & Faragher 1989, S. 369, sowie Juntunen, Asp, Olkinuora et al. 1988, S. 952-953 und Mittag & Schröder 1994, S. 207

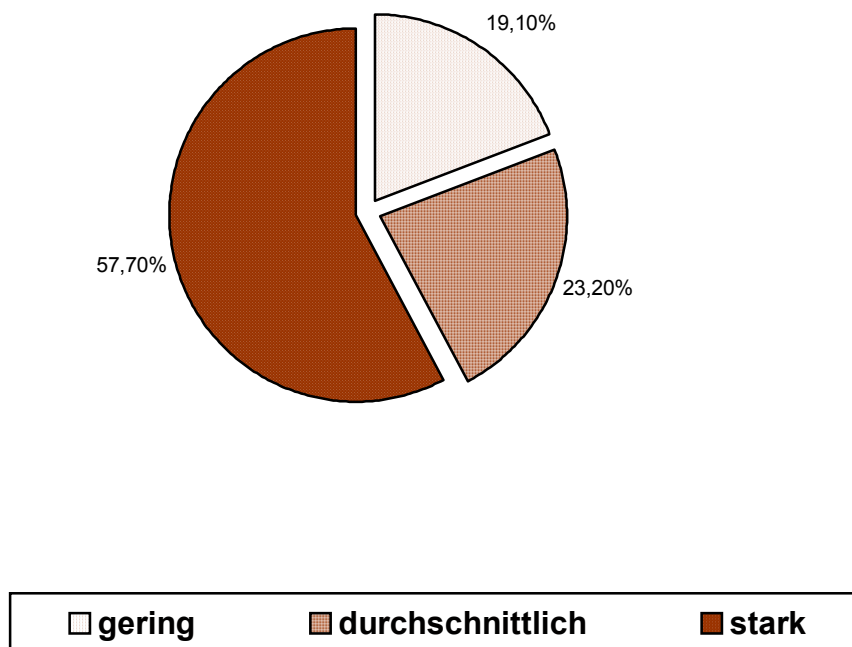
3.25.1 Nichtraucher

Die Nichtraucher stellten die überwältigende Mehrheit der Kollegen (73,6 %; n=687), nur ein knappes Viertel der befragten Population konsumierte Zigaretten (24,3 %; n=220).

3.25.2 Raucher

Weit mehr als die Hälfte der Zigarettenraucher (57,7 %; n=127) fiel in die Kategorie starke Raucher, die mehr als eine Schachtel Zigaretten am Tag rauchten (>20 Zig/d). In der Gruppe mit dem nächstgeringeren Konsum, also bis zu einer Schachtel am Tag, fanden sich etwa ein Viertel (23,2 %; n=51) der Zigaretterrauchenden, ein weiteres Fünftel (19,1 %; n= 42) stellte die Gruppe der gering rauchenden (bis zu 5 Zigaretten pro Tag). Der Tagesdurchschnitt lag bei 3,4 Zigaretten.

Abbildung 9: Konsumverhalten unter Rauchern



Quelle: eigene Erhebung

3.26 Sport

Mit 64,4 % (n=576) betreiben etwa zwei Drittel der Befragten bis zu zwei Stunden Sport pro Woche, ein Fünftel (21,8 %; n=195) zwischen zwei und sechs Stunden und 35 KollegInnen (3,9 %) mehr als sechs Stunden. Keinerlei sportlicher Betätigung gingen 9,9 % (n=89) der Befragten nach.

3.27 Teilnahme an Balint-Gruppen

Unter der Vorstellung, berufsbedingte Faktoren, die die Lebensqualität mindern, könnten dadurch aufgefangen oder gemildert werden, fragte ich nach Balint-Gruppenarbeit. Etwa ein Fünftel unserer KollegInnen (19,0 %; n=176) nahmen regelmäßig an einer Balint-Gruppe teil, dabei handelte es sich tendenziell, also insignifikant ($p=0,264$ ns) häufiger um Frauen.

3.28 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe

Etwa ein Zehntel der Responder (9,9 %; n=92) hatte sich im vergangenen Jahr in psychotherapeutische Behandlung begeben, dabei handelte es sich etwa doppelt so häufig um Westberliner (n=49; 14,1 %) wie um Ostberliner (n=27; 7,0 %). Üblicherweise werden psychotherapeutische Angebote überproportional häufig von Frauen in Anspruch genommen.⁶⁴ Daher lässt dieses Ergebnis aufmerken: Im Westteil der Stadt besteht das Responderkollektiv mehrheitlich aus Männern und auf den ersten Blick entsteht nun der Eindruck, dass im vorliegenden Falle Männer gehäuft psychotherapeutische Hilfe aufsuchten.

Eine genauere, herkunfts- und geschlechtsspezifizierte Betrachtung zeigt hier jedoch, dass Westberliner Ärztinnen mit 17,6 % (n=28) sehr signifikant häufiger ($p=0,002$ **) Psychotherapie in Anspruch nehmen als Ostberliner Ärztinnen mit 8,0 % (n=23) und dass Westberliner Ärzte mit 10,6 % (n=20) tendenziell häufiger ($p=0,064$) Psychotherapie in Anspruch nehmen als Ostberliner Ärzte mit 4,2 % (n=4). Neben der Bestätigung der bekannten Geschlechtsverteilung wurde hier also eine verstärkte Inanspruchnahme durch die Westberliner Subpopulation festgestellt.

⁶⁴ Vgl. Löcherbach, Henrich, Kemmer et al. 2000, S. XXXV: 69,2 % Frauen und 30,8 % Männer in einer repräsentativen Population von 16.334 untersuchten Personen.

3.29 Suizidalität

11,8 % der Befragten (n=110) waren, seit sie ärztlich tätig sind, schon einmal ernsthaft suizidal gewesen, signifikante Unterschiede zwischen Ost und West sowie zwischen den Geschlechtern fanden sich nicht.

3.30 Kunstfehler

In den letzten Jahren gewann bei der ärztlichen Arbeit die Gefahr rechtlicher Konsequenzen und die Notwendigkeit einer juristisch abgesicherten Form Medizin zu praktizieren so sehr an Gewicht, dass sich die Frage stellte, ob die Lebensqualität dadurch messbar beeinträchtigt wurde. Einem Achtel (12,8 %; n=119) der untersuchten Gruppe war schon einmal ernsthaft ein Kunstfehler unterstellt worden, für die überwiegende Mehrheit der KollegInnen (86,7 %; n=811) hatte sich die Sorge um Kunstfehlerprozesse bisher nicht konkretisiert.

3.31 Bedauern der Entscheidung für die Allgemeinmedizin

18,2 % der KollegInnen (n=164) bedauern ihre Entscheidung für die Allgemeinmedizin, dabei handelt es sich mit 22,3 % (n=79) sehr signifikant ($p=0,01$ **) häufiger um Männer als um Frauen mit 15,6 % (n=85). Die ost- oder westdeutsche Herkunft ist hierbei ohne Einfluss.

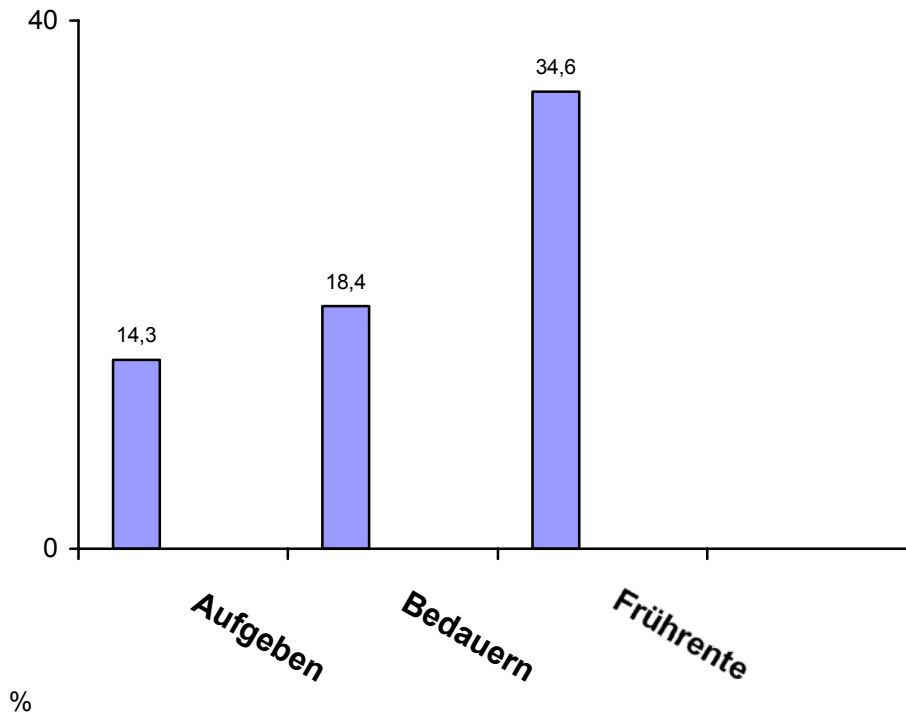
3.32 Aufgeben des ärztlichen Berufes

14,3 % (n=133) der Responder erwägen sogar, den ärztlichen Beruf ganz aufzugeben.

3.33 Frührente

Etwa ein Drittel aller Befragten (34,6 %; n=320) bereiten sich gezielt darauf vor, frühzeitig in Rente zu gehen und betreiben zu diesem Zweck eine finanzielle Vorsorge.

Abbildung 10: Bedauern, Aufgeben und Frührente



Quelle: eigene Erhebung

3.34 Glaubensbindung

Einige Untersuchungen stellten eine Korrelation zwischen Religiosität und dem Wohlergehen von ÄrztInnen fest.⁶⁵ Daher wurde in der vorliegenden Untersuchung mit folgender Formulierung nach einer potenziellen Glaubensbindung gefragt:

Finden Sie Halt in Ihrem Glauben?

Bitte antworten Sie – egal auf welche Art Glauben Sie sich beziehen – in Schulnoten von 1 (= ich finde sehr viel Halt in meinem Glauben) bis 6 (= ich finde keinerlei Halt im Glauben)

Die Formulierung dieses Items war bewusst so allgemein gewählt worden, um Glauben in einer möglichst breiten Definition anzusprechen. Ich wollte vermeiden, eventu-

⁶⁵ Herrschbach stellte 1991 negative Korrelation zwischen religiöser Gebundenheit und Burn-out fest und bezeichnet religiöse Bindung als möglichen Coping-Mechanismus. Vgl. auch Ayele, Mulligan, Gheorghiu et al. 1999

elle Auswirkungen von Spiritualität auf die Lebensqualität nur deshalb nicht zu erfassen, weil die Responder annahmen, es werde beispielsweise nur Christlichkeit oder gar nur Landeskirchlichkeit erfragt. Ganz im Gegenteil sollten mit dieser Frage auch andere Formen der Spiritualität⁶⁶ sowie ‚politische Ersatzreligionen‘⁶⁷ ausdrücklich erfasst werden. Dabei ging es mir nicht um formale Mitgliedschaften, sondern um intra-individuelle, intrinsische Glaubensbindungen.⁶⁸

In der Auswertung wurde dann eine Gruppe aus Respondern, die Halt im Glauben fanden (Antwort 1 = „sehr viel Halt“ oder Antwort 2 = „viel Halt“), unterschieden von der Gruppe der Übrigen, in deren Leben ein Glauben keine wichtige Rolle spielte.⁶⁹

Das befragte Kollektiv bestand zu zwei Dritteln (65,3 %; n=586) aus Menschen ohne Glaubensbindung, also Menschen, die maximal ‚etwas Halt‘ in ihrem Glauben fanden. Nur 34,7 % der Responder (n=312) fanden viel oder sehr viel Halt im Glauben. Auffällig, aber leicht erklärlich war hier die Ost-West-Verteilung: Bei den ostdeutsch sozialisierten Respondern fanden sich mit 72,5 % (n=226) deutlich mehr Menschen ohne Glaubensbindung als bei den westdeutschen (57,6 %; n=196).

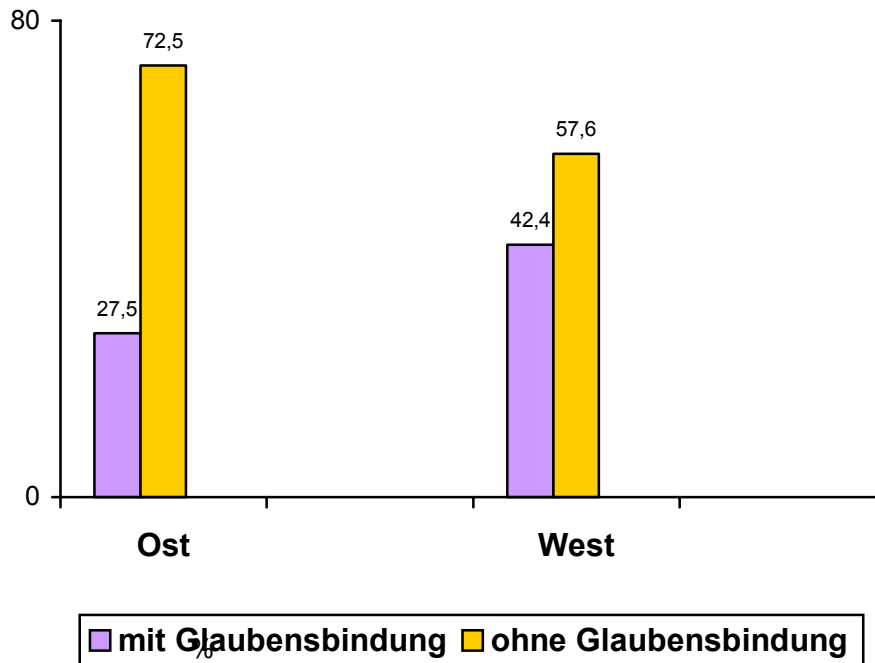
⁶⁶ Terwey 1995 spricht von Para-Gläubigkeit.

⁶⁷ „Ich glaube an den Sozialismus und die Menschen, die ihn errichten.“ Kant 1971, S. 60. Vgl. auch Jagodzinski 2000, S. 54 sowie Terwey 2000, S. 142.

⁶⁸ Vgl. dazu Denz 2000, S. 70

⁶⁹ Eine übliche Einteilung, die beispielsweise auch Denz 2000 vornimmt (S. 72).

Abbildung 11: Glaubensbindung



Quelle: eigene Erhebung

4. Visuelle Analogskala (VAS)

Von großem Interesse war auch die Frage, ob die mit dem SF-36 gemessene gesundheitsbezogene Lebensqualität ihr Abbild im subjektiven Erleben und in der Selbsteinschätzung der eigenen Lebensqualität fand. Das Questionnaire enthielt daher eine visuelle Analogskala⁷⁰, auf der die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität eingetragen werden konnte.⁷¹ Im Schnitt wurde hier ein Wert von 53 % der bestmöglichen Lebensqualität angegeben.

⁷⁰ Dabei handelte es sich um einen schlichten, unskalierten Pfeil von 10 cm Länge, der an den jeweiligen Enden die Beschriftung ‚keinerlei Lebensqualität‘ beziehungsweise ‚optimale Lebensqualität‘ trug.

⁷¹ Siehe auch Seite 1, Punkt 1. Definition der Lebensqualität

5. Durch den SF-36 erhobene Daten

Die SF-36-Skalenwerte der vorliegenden Untersuchung bilden repräsentativ das Profil der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der untersuchten Population ab. Die graphische Darstellung dieser Ergebnisse erfolgt in der für den SF-36 üblicherweise gewählten Form eines Histogramms, das von links nach rechts zunächst die vier körperlichen Dimensionen und anschließend die vier seelischen Dimensionen abbildet. Über alle acht Skalen hinweg stellt sich so das Lebensqualitäts-Profil dar.

5.1 Vergleich mit der deutschen Bevölkerung

Die Verständlichkeit und Aussagekraft der hier erhobenen Daten gewinnt durch einen Vergleich mit Normalwerten an Klarheit. Um also greifbar und anschaulich darzustellen, was beispielsweise ein VITA-Score von 54,8 Punkten bedeutet, bieten sich die Daten des Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (BGS98) des Robert Koch Instituts⁷² (RKI) an.

5.1.1 Definition der Vergleichspopulation

Der BGS98 wurde erhoben, um einen repräsentativen gesamtdeutschen Datenpool zu erhalten. Neben anderen Fragebögen kam im BGS98 der SF-36 zum Einsatz, so dass damit ein für die vorliegende Arbeit geeigneter Referenzdatensatz existiert. Eine wirkliche Entsprechung und damit eine direkte Vergleichbarkeit der Daten wurde erzielt, indem nur diejenigen Responder des BGS98 für Vergleiche herangezogen wurden, die der Oberschicht angehören⁷³, mindestens 30 Jahre alt sind und in einer Großstadt von mehr als 500.000 Einwohnern⁷⁴ leben. Diese Gruppe ausgewählter Fälle bezeichne ich als die Vergleichspopulation.

Abbildung 12 zeigt das LQ-Profil der untersuchten Berliner Allgemeinärzteschaft im Vergleich mit der bundesdeutschen Referenzpopulation. Das deutlich schlechtere

⁷² Gesundheitswesen, Sonderheft 2, Jahrgang 61, Dezember 1999, Thieme Verlag Stuttgart.

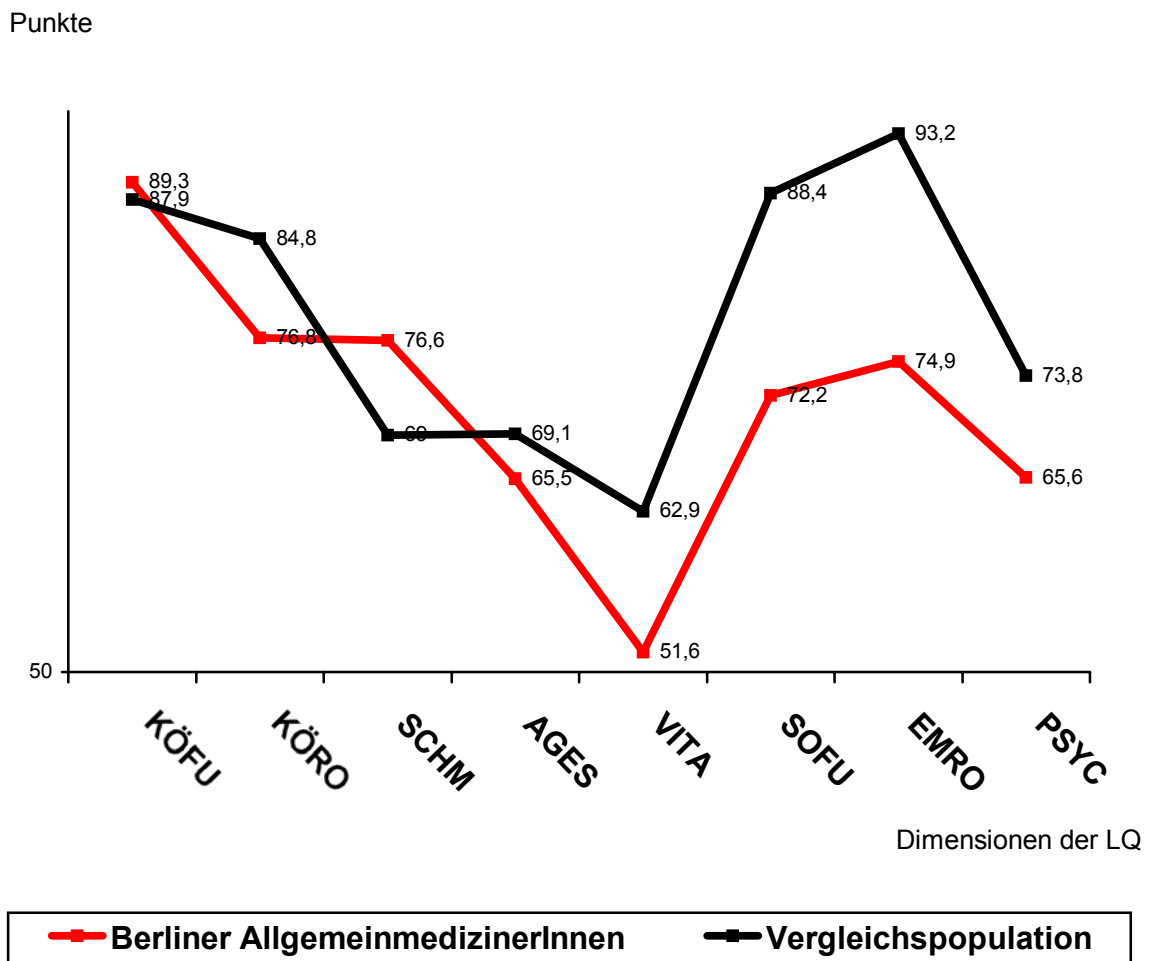
⁷³ Schichtindex nach Winkler. Vgl. Winkler & Stolzenberg 1999. S. S180-182

⁷⁴ Dies ist die größtmögliche Gemeindegrößenklasse des BGS98. Gesamtberlin hat etwa 3,4 Mio. Einwohner. Statistisches Landesamt Berlin 2001, S. 3

Abschneiden der ÄrztInnen ist mehr als augenfällig. Bis auf eine insignifikante Differenz bei KÖFU und den Ausreißer SCHM ($p=0,012$ *) liegen die Werte der in dieser Studie untersuchten ärztlichen Population signifikant niedriger als die der Vergleichskohorte. Auf den vier (im Histogramm rechts abgebildeten) seelischen Dimensionen ist diese Minderung besonders deutlich ausgeprägt.

Abbildung 12: SF-36-Profil AllgemeinmedizinerInnen und Vergleichspopulation.

Ein höherer Punktwert steht für geringere Symptomausprägung oder besseres Funktionieren (0-100).



Quelle: eigene Erhebung und BGS98

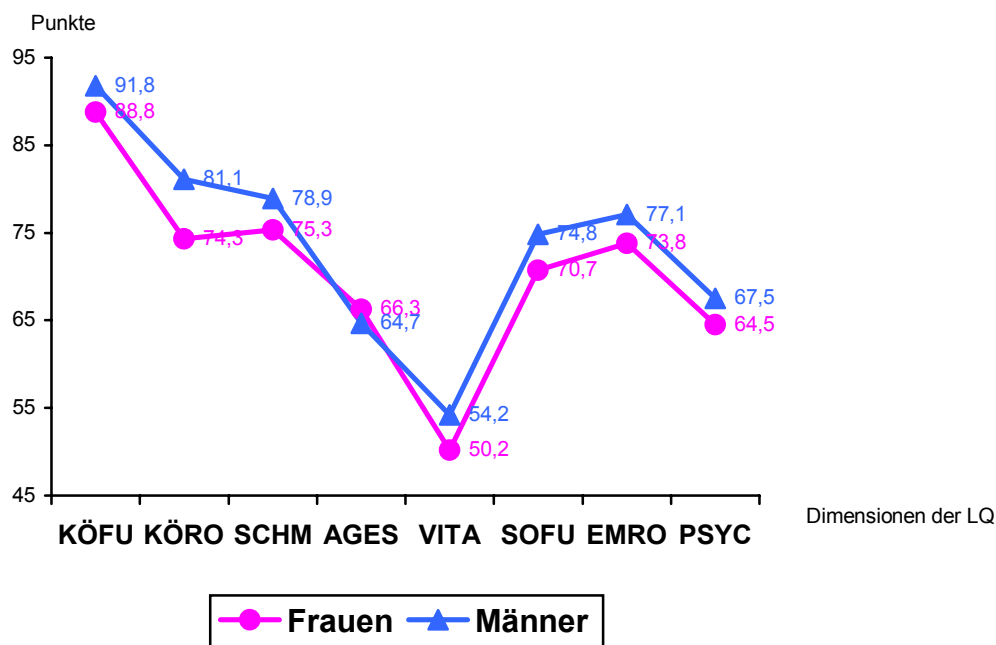
Die Auswahlkriterien zur Bildung der Referenzpopulation filtern aus dem ursprünglich großen Stichprobenumfang des BGS98 eine kleine, aber für einen Vergleich mit mei-

nen Daten hinreichende Fallzahl (n=186 bei einem ursprünglichen Stichprobenumfang des BGS98 von mehr als 7.000 Befragten).

Da die in der vorliegenden Studie erhobenen Daten eine deutlich ungleiche Geschlechtsverteilung über die Ost- und Westhälfte der Stadt Berlin aufweisen, muss eine nähere Betrachtung von Ost-West-Unterschieden unter gleichzeitiger Spezifizierung nach Geschlecht erfolgen und umgekehrt. Für eine so detaillierte Analyse des Datenmaterials fällt wiederum die Subgruppenbesetzung der Referenzpopulation teilweise zu gering aus. Die Ost-West-Analyse erfolgt deshalb ohne Heranziehung einer Referenzpopulation.

Beim SF-36 treten regelhaft Geschlechtsunterschiede auf⁷⁵, sie fanden sich auch in der vorliegenden Untersuchung (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13: SF-36-Profil des untersuchten Kollektivs.



Dimensionen der LQ

Quelle: eigene Erhebung

⁷⁵ Ware, Snow, Kosinski 1993 et al., S. 10:7 sowie Ellert & Bellach 1999, S.189: „Frauen in Ost- und Westdeutschland haben jeweils schlechtere Skalenwerte als die entsprechenden Männer.“

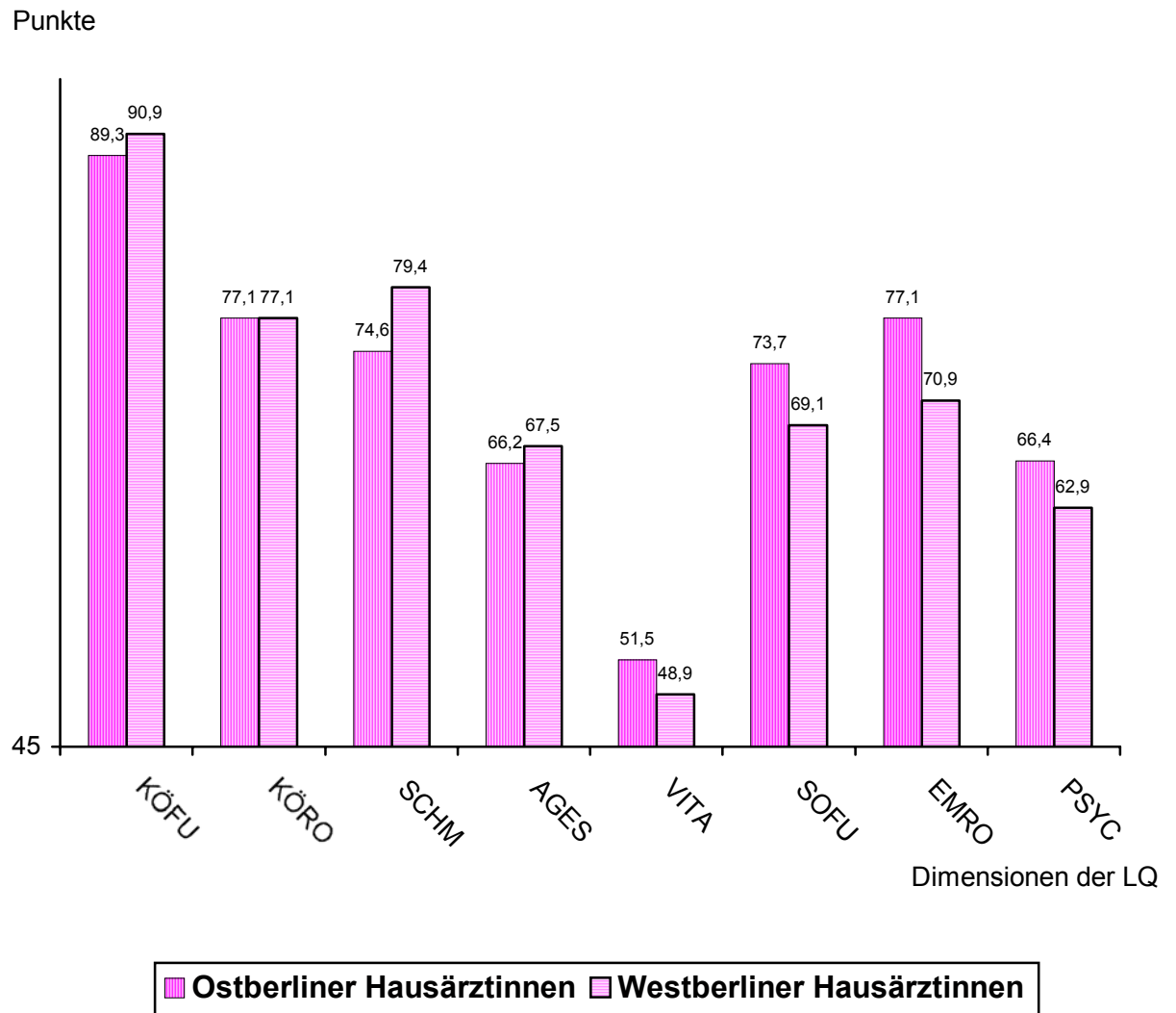
Die Ost-West-Unterschiede wurden, wie oben dargelegt, geschlechtsgetrennt analysiert. Die Westberliner Ärztinnen weisen körperlich, also auf den vier links in Abbildung 14 dargestellten Säulen, ähnliche Werte auf wie die Ostberliner.⁷⁶ Auf den vier rechts dargestellten Säulen der psychischen Skalen hingegen liegen sie signifikant unterhalb der von den Ostberlinerinnen erzielten Werte, ein Unterschied, der auf den Dimensionen der sozialen Funktionsfähigkeit und der emotionalen Rollenerfüllung besonders ausgeprägt ist.

Noch beeindruckender sind Unterschiede zwischen Ost und West aber beim Vergleich der Männer, dargestellt auf Abbildung 15. Die Westberliner Ärzte liegen auf so gut wie allen Skalen unterhalb der von den Ostberlinern erreichten Werte (nur bezüglich ihrer allgemeinen Gesundheitswahrnehmung liegen sie gleichauf und nur bezüglich der körperlichen Funktionsfähigkeit liegen sie geringfügig besser). Wie schon bei den Frauen sind auch hier die Unterschiede am deutlichsten ausgeprägt in der psychischen Hälfte und dort auf den Dimensionen SOFU und EMRO. Die Ost-West-Differenz ist auf dem Konstrukt der emotionalen Rollenerfüllung sogar doppelt so groß wie bei den Frauen.

⁷⁶ Lediglich in der Dimension SCHM kann man bei $p=0,0054$ (ns) von einer Tendenz sprechen, alle übrigen Differenzen sind insignifikant.

Abbildung 14: Ost-West-Vergleich der befragten Frauen.

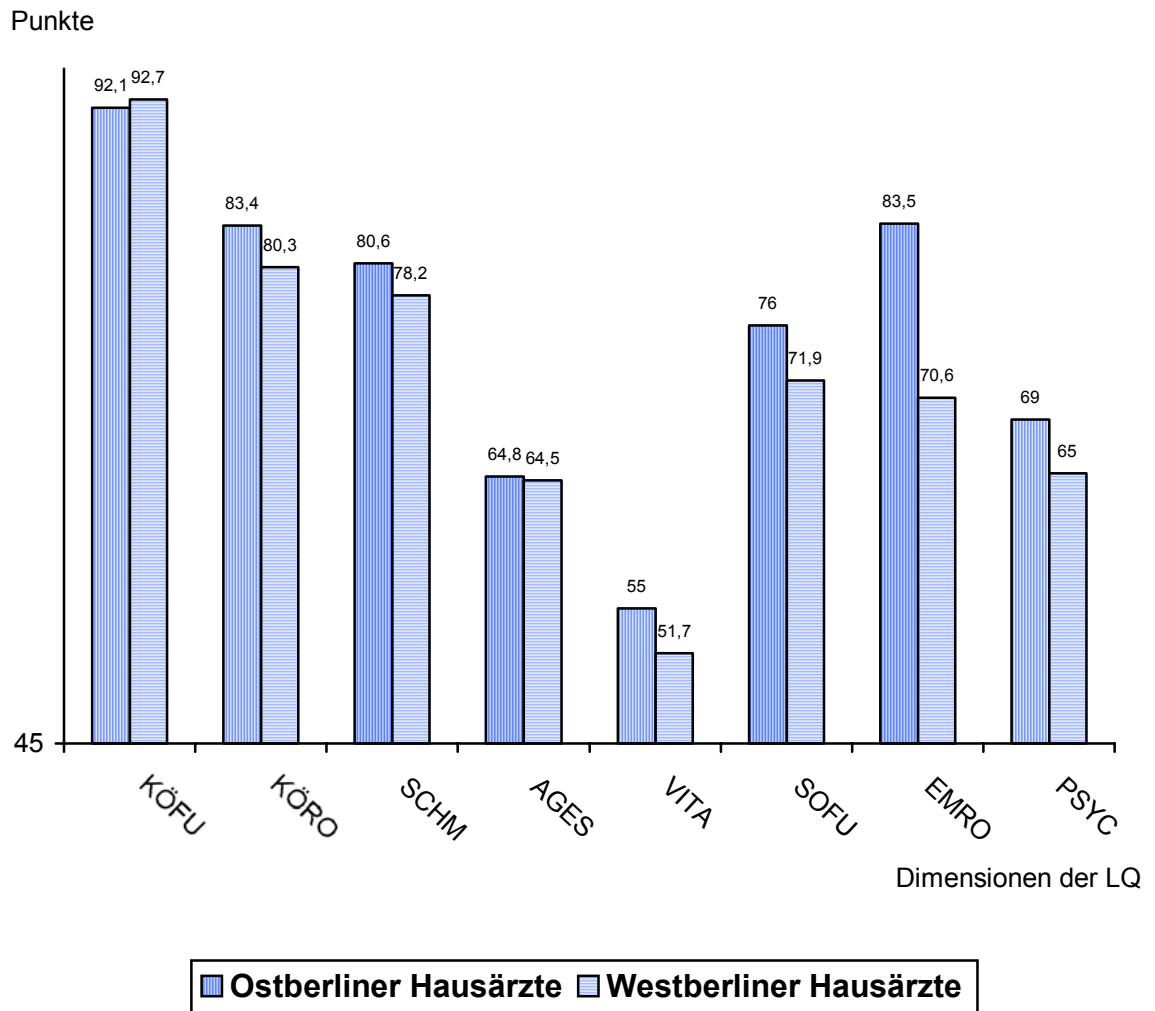
Ein höherer Punktwert steht für geringere Symptomausprägung oder besseres Funktionieren (0-100).



Quelle: eigene Erhebung

Abbildung 15: Ost-West-Vergleich der befragten Männer.

Ein höherer Punktwert steht für geringere Symptomausprägung oder besseres Funktionieren (0-100).



Quelle: eigene Erhebung

6. Weitergehende Analyse der erhobenen Daten

6.1 Korrelationen des SF-36 mit soziodemographischen Variablen

6.1.1 Arbeitsstunden pro Woche vs. SF-36

Die Zahl der Wochenarbeitsstunden korrelierte signifikant negativ mit den Profilwerten des SF-36, was heißt, dass, wer eine höhere Zahl an Wochenarbeitsstunden an-

gab, niedrigere Werte auf den einzelnen Skalen des SF-36 erreichte. Kurz, zu langes Arbeiten senkt die Lebensqualität.

6.1.2 Organisationsform vs. SF-36

Unter der Fragestellung, ob ein unkomplizierter Austausch mit Kollegen quasi zwischen Tür und Angel einen Einfluss auf die gesundheitlich relevante Lebensqualität hat, wurde der Zusammenhang zwischen Praxis-Organisationsform und SF-36 untersucht. Da es mir dabei in erster Linie um das Vorhandensein weiterer KollegInnen ging und nicht um Abrechnungsbesonderheiten oder spezielle gruppenspezifische Besonderheiten, unterschied ich bei dieser Betrachtung nicht zwischen Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften unterschiedlicher Größe, wie zuvor vom demographischen Teil der Arbeit erfasst, sondern lediglich zwischen Einzel-Praxen und Nicht-Einzel-Praxen.

Für die Dimensionen KÖFU, AGES, VITA, SOFU und PSYC fanden sich signifikante Korrelationen, für die übrigen drei Skalen Tendenzen, die durchweg dergestalt waren, dass diejenige Respondergruppe, die nicht in Solopraxis arbeitete, die höheren Scores erzielte. Schlicht gesprochen: Wer nicht alleine arbeitete, erzielte bessere LQ-Werte.

6.1.3 Urlaub vs. SF-36

Längere Urlaubsdauer weist klar Zusammenhänge mit höheren Profilwerten des SF-36 auf. Auffällig hierbei ist, dass diese signifikanten Unterschiede sich bei den körperlichen Dimensionen finden, wenn es um die Frage ‚Urlaub oder kein Urlaub‘ geht, und dass diese Unterschiede bei den seelischen Dimensionen liegen, wenn es um die Frage geht ‚Urlaubsdauer länger oder kürzer als vier Wochen‘. Davon ausgenommen ist die Skala der emotionalen Rollenerfüllung, die in keinem Zusammenhang zur Urlaubsdauer steht.

6.1.4 Schlaf vs. SF-36

Sehr signifikante, wenn auch nicht allzu enge positive Korrelationen finden sich auch zwischen allen acht Dimensionen und den Tagen, an denen die Responder ausrei-

chend Schlaf finden. Wer ausreichend schläft, erzielt höhere Werte in den Profilskalen des SF-36.

6.1.5 Personenstand vs. SF-36

Um methodische Unsicherheiten zu vermeiden (wer geschieden ist, kann auch verwitwet sein oder in einer Partnerschaft leben), wurde in der Auswertung nur danach unterschieden, ob sich jemand als Single bezeichnete oder in einer Partnerschaft lebte. Der Personenstand ist weitestgehend ohne signifikante Zusammenhänge mit den einzelnen Gesundheitskonstrukten des SF-36.

6.1.6 Freundeszahl vs. SF-36

Auch die Zahl enger Freunde korreliert mit allen 8 Profilwerten des SF-36 höchst signifikant, auf den Dimensionen, die in den seelischen Summenscore eingehen, in noch deutlicherem Maße als auf denen, die den körperlichen Summenscore bilden. So lässt sich feststellen, dass eine höhere Zahl enger Freunde auch höhere Werte auf den acht Lebensqualitätskonstrukten erzielt.

6.1.7 Soziale Interaktionen vs. SF-36

Tendenziell erzielt im SF-36 höhere Werte, wer mehr Zeit mit geselliger Aktivität verbringt.

6.1.8 Psychotherapie vs. SF-36 und Balint-Gruppen vs. SF-36

Sehr signifikante bis hoch signifikante Zusammenhänge fanden sich auch bei der Korrelation der acht Dimensionen des SF-36 mit Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe. Auf allen acht Skalen zeigte sich, dass diejenigen geringere Werte erzielten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden. (Auf dem Profilwert ‚körperliche Schmerzen‘ wurde allerdings die Signifikanz mit $p=0,061$ knapp nicht erreicht). Ohne Zusammenhang mit den Ergebnissen des SF-36 hingegen ist die regelmäßige Teilnahme an Balint-Gruppen.

6.1.9 Krankenstand vs. SF-36

Länger dauernde Arbeitsunfähigkeit⁷⁷ korreliert signifikant mit einer Minderung auf allen Skalen des SF-36 außer Vitalität. Auf den Skalen KÖRO und SOFU bildet sich eine signifikante Minderung der Werte sogar schon ab einer Krankheitsdauer von vier Tagen ab.

6.1.10 Glaubensbindung vs. SF-36

Korreliert man die Glaubensstärke mit den Skalen des SF-36 für das gesamte Untersuchungskollektiv, so finden sich zunächst nur in drei Dimensionen erwähnenswerte signifikante positive Korrelationen (AGES, VITA, PSYC). Deutlich differente Ergebnisse werden allerdings erzielt bei getrennter Auswertung nach Ost- und Westdeutschen. In separater Analyse gibt es für die ostdeutschen Responder keinerlei signifikante Korrelation zwischen der Lebensqualität und dem Maß, in dem sie Halt im Glauben finden. Für diese Subgruppe ist es also ohne Einfluss auf die Lebensqualität, ob und in welchem Maße sie glauben. Bei den westdeutschen Respondern hingegen fielen auf allen zum seelischen Summenmaß gehörenden Dimensionen (VITA, SOFU, EMRO, PSYC) signifikante positive Korrelationen auf. Es lässt sich also sagen, dass diejenigen Westdeutschen, die Halt im Glauben finden, davon im Seelischen profitieren.

6.1.11 Alkoholkonsum vs. SF-36

Für die Auswertung wurde die untersuchte Population in fünf Klassen mit ansteigendem Alkoholkonsum von 0 g pro Woche bis über 150 g pro Woche gebildet. Höhere Werte auf der AGES-Skala korrelieren signifikant mit einer Zugehörigkeit zum Zentralfeld des Trinkverhaltens (Gruppe 3 und 4, entsprechend einem wöchentlichen Konsum zwischen 51 g und 150 g reinen Alkohols). Abstinente lebende Responder weisen in dieser Untersuchung geringere Werte auf der KÖFU-Skala auf. Von diesen Korrelationen abgesehen, besteht überwiegend kein Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Trinkmenge reinen Alkohols und den Profilwerten des SF-36.

⁷⁷ Als länger dauernd wurde ein Zeitraum von <14 d gewertet.

6.1.12 Bedauern vs. SF-36

Responder, die die Entscheidung für Allgemeinmedizin bedauern, erzielten auf allen Skalen des SF-36 signifikant niedrigere Werte. Davon ausgenommen bleibt lediglich das Konzept der körperlichen Funktionsfähigkeit.

6.1.13 Visuelle Analogskala vs. SF-36

Alle 8 Profilwerte des SF-36 korrelierten höchst signifikant positiv mit den auf der visuellen Analogskala eingetragenen Werten.⁷⁸

6.1.14 Kinder vs. SF-36

Von der Korrelation Kinder vs. SF-36 hatte ich interessante Ergebnisse erwartet, wurde darin aber nicht bestätigt. Weitestgehend fanden sich keine Signifikanzen, lediglich auf zwei Dimensionen fanden sich leichte positive Korrelationen: Responder mit Kindern im gleichen Haushalt erzielten die höheren Werte auf den Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit und allgemeine Gesundheitswahrnehmung.

6.1.15 Haustiere vs. SF-36

Das Halten von Haustieren korreliert nicht mit den auf dem SF-36 erzielten Werten.

6.1.16 Akademische Qualifikation vs. SF-36

Ebenso wenig findet sich eine Korrelation zwischen dem Führen des Dokortitels und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

6.2 Korrelationen soziodemographischer Variablen

6.2.1 Organisationsform vs. Wochenarbeitsstunden

Betrachtet man die wöchentlichen Arbeitsstunden unter Berücksichtigung der Praxis-Organisationsform, so fällt eine höchst signifikante Korrelation auf: Wer in einer Einzelpraxis tätig ist, arbeitet im Schnitt länger.

⁷⁸ vgl. hierzu auch Shmueli 1998

6.2.2 Organisationsform vs. Bedauern der Entscheidung für Allgemeinmedizin

Auch mit dem Item ‚Bedauern Sie Ihre Entscheidung für Allgemeinmedizin?‘ korrelierte die Organisationsform der Praxis in hoch signifikanter Weise dahingehend, dass, wer in einer Einzelpraxis arbeitet, seine Entscheidung für Allgemeinmedizin häufiger bedauert als wer in einer größeren Praxis mit ärztlichen KollegInnen arbeitet.

6.2.3 Organisationsform vs. Alkoholkonsum

Nicht alle Items korrelierten mit der Organisationsform der Praxis in einer Weise, die eine negative Aussage über die InhaberInnen von Einzelpraxen darstellte. Der wöchentliche Alkohol beispielsweise bildete eine solche Ausnahme: Responder, die in Einzelpraxen arbeiten, leben häufiger abstinenter.

6.2.3.1 Organisationsform vs. Alkoholkonsum – alle Responder

Betrachtet man zunächst das Gesamtkollektiv und dessen Alkoholkonsum, so finden sich keinerlei Signifikanzen.

6.2.3.2 Organisationsform vs. Abstinenzler

Bei getrennter Betrachtung derjenigen, die in einer durchschnittlichen Woche gar keinen Alkohol zu sich nehmen, und derjenigen, die Alkohol konsumieren, fand sich eine Korrelation: Hoch signifikant häufiger ($p=0,001$ ***), nämlich zu 60 % ($n=120$) arbeiteten abstinente KollegInnen in Einzelpraxis.

6.2.4 Alter vs. Wochenarbeitsstunden

Eine signifikante, wenn auch nicht sehr enge Korrelation fand sich zwischen dem Alter der Responder und ihren wöchentlichen Arbeitsstunden. Nimmt man die Gruppe der über 60-Jährigen aus, so zeigt sich, dass mit zunehmendem Alter die Wochenarbeitszeit anstieg.

6.2.5 Alkoholkonsum vs. Wochenarbeitsstunden

Zwischen der Trinkmenge reinen Alkohols und Wochenarbeitsstunden besteht eine minimale negative Korrelation.

6.2.6 Alkoholkonsum vs. Bedauern der Entscheidung für Allgemeinmedizin

Beim Bedauern der Entscheidung für die Allgemeinmedizin hingegen gibt es eine positive Korrelation zum Alkoholkonsum: Wer bedauert, trinkt mehr.

6.2.7 Alkohol- vs. Zigarettenkonsum

Auch in der vorliegenden Untersuchung fand sich die übliche positive Korrelation von Alkohol- und Zigarettenkonsum; von einer Untersuchung der Korrelation von Alkoholkonsum und anderen Rauchwaren wurde aufgrund der geringen Subgruppenbesetzung⁷⁹ abgesehen.

6.2.8 Wochenarbeitsstunden vs. Bedauern der Entscheidung für Allgemeinmedizin

Hoch signifikant ist auch die positive Korrelation der Wochenarbeitsstunden mit dem Bedauern der Entscheidung für Allgemeinmedizin: Wer diese Entscheidung bedauert, arbeitet im Schnitt knapp 4 Stunden mehr in der Woche.

6.2.9 Ohne Korrelation

Unter der Vorstellung, umgänglichere, sozial zugewandtere Charaktere wählten bevorzugt Nicht-Einzelpraxen als Arbeits- und Schaffensplatz, wurden die Items Organisationsform und Zahl der engen Freunde auf Korrelation untersucht. Sie korrelieren nicht, es besteht also statistisch kein Zusammenhang zwischen dem organisatorischen Rahmen und der Freundeszahl.

Ebenso wenig korrelierten die Organisationsform mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Hilfe, das Lebensalter mit dem Bedauern der Entscheidung für Allgemeinmedizin und das Alter, der Alkoholkonsum oder die Wochenarbeitsstunden mit der Zahl enger Freunde.

⁷⁹ Siehe oben.