

IX. DISKUSSION

1. Glaubhaftigkeit der Response

„Wie in jeder Fragebogenuntersuchung ... lässt sich auch hier die Frage nicht klären, ob die Responder wahrheitsgemäß antworteten, ob sie die negativen Aspekte ihres Berufslebens eher herunterspielten, um sich nicht dem Verdacht auszusetzen überfordert zu sein, oder ob sie sie übertrieben, damit Verbesserungen veranlasst würden.“⁸⁰, so Chambers 1996 in einer Untersuchung über Stress und Arbeitszufriedenheit von Ärzten.

Diese grundlegende Frage nach der Aufrichtigkeit der Responder stellt sich in jeder Untersuchung mit Selbstbeurteilungs-Fragebögen. Im vorliegenden Falle legt jedoch die Kongruenz zwischen eigener Wahrnehmung und gesicherter Messung den Schluss nahe, dass wahrhaftig geantwortet wurde. Denn die Ergebnisse zeigen ganz deutlich, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Berliner Hausärztinnen und Hausärzte definitiv eingeschränkt ist. Sie erzielten auf fast allen Dimensionen des SF-36 geringe und damit schlechtere Werte als eine hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozialer Schicht und Wohnort vergleichbare Gruppe.

2. Analysemöglichkeiten

Die erzielten Ergebnisse erstaunen nicht, genau genommen bestätigen sie die Hypothese, die den Ausschlag für diese Studie gab. Durch die vorliegende Untersuchung ist erstmalig mit einem etablierten Verfahren auch objektiv und damit vergleichbar die Lebensqualität niedergelassener Allgemeinärztinnen und -ärzte in Berlin dokumentiert worden.

⁸⁰ „As with any questionnaire study of stress and satisfaction, it is impossible to know whether respondents are giving their true opinions, whether they tend to play down the negative aspects of their job (in order to deny that they are not coping) or whether they exaggerate them in order to obtain some improvement.“ Chambers, Wall & Campbell 1996, S. 346

Der hohe Rücklauf von 56,7 % erlaubt es, Generalisierungen auf die gesamte Population von Berliner AllgemeinmedizinerInnen vorzunehmen.⁸¹ Ein Vergleich mit AllgemeinärztInnen anderer Teile Deutschlands hingegen ist zwar nahe liegend, aber nicht wissenschaftlich abgesichert. Denn da sich Ausbildung, Patientengut, soziale Situation und anderes von Region zu Region unterscheiden, können die hier gezogenen Schlüsse genauso gut die Einzigartigkeit der Allgemeinmedizin in Berlin widerspiegeln, wie sie Pars pro Toto den Status der Allgemeinmedizin in der Bundesrepublik aufzeigen können. Ohne weitere Untersuchungen lässt sich keine dieser Thesen sicher be- oder widerlegen.

Sei es der Zustand in Berlin oder sei es die Lage in der Bundesrepublik, diese Erhebung ermöglicht mehr als eine bloße Dokumentation des Status quo. Sie bietet nicht nur einen Vergleich mit der deutschen, nicht-ärztlichen Allgemeinbevölkerung an, sondern vor allem auch Ost-West-Vergleiche.

2.1 Vergleich mit der deutschen Bevölkerung

Die Berliner Ärzteschaft weist eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als die Vergleichspopulation aus dem BGS98.⁸² Da beide Gruppen sozioökonomisch äquivalent sind, interessieren die Ursachen. Insbesondere stellt sich die Frage nach den Gründen der so viel geringeren seelischen Lebensqualität.

Cooper et al. befanden in ihrer Arbeit zum Zustand britischer Allgemeinmediziner, dass es um die seelische Gesundheit der Ärzte recht gut bestellt sei.⁸³ Sie verwandten für ihre Untersuchung andere Messinstrumente, sodass eine direkte Vergleichbarkeit nicht besteht, dennoch verwundern diese Ergebnisse. Diese Kernaussage

⁸¹ Ein Rücklauf in dieser Höhe ist für postalische Befragung mittels Fragebogen sehr ungewöhnlich. Andere Untersuchungen verweisen schon bei einer Response rate von 36 % oder gar nur 24 % stolz auf ihren hohen Rücklauf. Vgl. Jurkat & Reimer 1995, S. 94; Jurkat, Weimann & Reimer 1997, S. 381; Lewis, Barnhart, Howard et al. 1993a, S. 55; Lewis, Barnhart Howard et al. 1993b, S. 63; Reimer & Jurkat 1997, S. 1226; Stern 1996, S. 26

⁸² Siehe Seite 47 im Kapitel Ergebnisse, Punkt 5.1 Vergleich mit der deutschen Bevölkerung

⁸³ Cooper, Rout & Farragher 1989 „Die seelische Gesundheit von Allgemeinmedizinern ist im Gegensatz zu der der Allgemeinbevölkerung recht gut.“ („On balance, the mental health of general practitioners is quite good in contrast with the normative population.“) S. 370

widerspricht nicht nur den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, sondern steht auch im Widerspruch zur internationalen Literatur.

Im Folgenden wird nun dargestellt, warum die Berliner HausärztInnen so signifikant schlechter abschnitten als die Vergleichspopulation.

2.1.1 Erklärung der Unterschiede zwischen untersuchtem Kollektiv und Vergleichspopulation

Die – nicht überraschende – Dokumentation einer geminderten Lebensqualität der Berliner AllgemeinmedizinerInnen hat ihre Ursachen in dem Stress und den Belastungen, denen die untersuchte Population ausgesetzt ist. Die einzelnen Stressoren interagieren in so komplexer Weise miteinander, dass ein gesondertes Darstellen jeweils eines separaten Faktors ein rein akademisches Unterfangen ist. Im Folgenden werden die lebensqualitätsbeeinflussenden Druckmomente zur Verdeutlichung zwar einzeln abgehandelt, das soll aber nicht den Blick für die Gesamtwirkung aller Stressoren verstellen.

2.1.1.1 Stressoren

Orientierend lassen sich drei Kategorien aufstellen, zu denen sich die meisten Stressoren zuordnen lassen:

- die finanzielle Kategorie
- die zeitliche Kategorie
- die öffentlichkeitsbedingte Kategorie

2.1.1.1.1 Finanzielle Aspekte

In der Wahrnehmung der Allgemeinbevölkerung sind ÄrztInnen Großverdiener oder aber doch zumindest finanziell gut abgesichert. Dieses Bild entstammt der Vergangenheit und lässt die letzten 15 Jahre außer Acht.

Es gibt nur wenige Privatversicherte, sodass hier nur von den GKV-Patienten und -abrechnungsmodalitäten die Rede ist. Die PrivatpatientInnen fallen – zumal in den neuen Bundesländern – nicht ins Gewicht.⁸⁴

85 % aller Gesamtdeutschen sind durch die GKV krankenversichert. In den neuen Bundesländern sind es fast 96,4 % der Bevölkerung. „Der höhere Anteil in den neuen Ländern dürfte darauf zurückzuführen sein, dass es dort relativ weniger Selbstständige gibt als im früheren Bundesgebiet.“⁸⁵ Zudem liegt das durchschnittliche Einkommen in den neuen Bundesländern niedriger, die Jahres-Arbeits-Entgelt-Grenze, oberhalb derer man sich privat versichern kann, wird daher seltener erreicht.

2.1.3.1.1 Interferenz von Selbstverwaltung, Krankenkassen und politischen Rahmenbedingungen

Es gibt massive Interferenzen von kassenärztlicher Selbstverwaltung (KV), Krankenkassen und der Gesundheitspolitik des Bundes und der Länder. Gerade in den letzten Jahren änderten sich die Rahmenbedingungen der kassenmedizinischen Versorgung grundlegend. Die verschiedenen, diese Rahmenbedingungen gestaltenden Kräfte agierten dabei aus von einander abweichenden Interessenlagen heraus. So wurde an den unterschiedlichen Stellschrauben in unterschiedlicher Stärke gedreht. Es entstanden Spannungsfelder und Antagonismen, die deutlich den Stress der Niedergelassenen erhöhten. Chevalier spricht gar davon, dass sich die ambulanten ÄrztInnen terrorisieren ließen.⁸⁶

„Negative, die Lebensqualität beeinflussende Aspekte der Befragten wurden überwiegend als durch den Beruf beziehungsweise die Gesundheitspolitik verursacht gesehen. Unübersehbar waren vor allem die Existenzängste und Zukunftssorgen, die sich die Befragten wegen der neueren gesundheitspolitischen Situation machten. Vielfach bestand Unzufriedenheit mit der sich ungünstig verändernden Einkommens-

⁸⁴ Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. 2001, S. 12: 2,1 % privat Versicherte Ost gegenüber 10,7 % privat Versicherten West; vgl. auch Seite 92, Punkt 2.2.5.3 Unterschiedliche Patientenzahlen und Wochenarbeitsstunden.

⁸⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 347

⁸⁶ Vgl. Chevalier 1995, S. 39

situation. So wurde darauf hingewiesen, dass die Relation von Aufwand zu Ertrag nicht mehr stimmig sei“, befanden auch Reimer und Jurkat.⁸⁷

2.1.3.1.1.1.1 Gedeckeltes Budget und EBM

Die frühere Einzelleistungsvergütung – das Abrechnen erbrachter Leistungen – war vor der Datenerhebung durch die nach Punkten bewertete Abrechnung des einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM abgelöst worden. Bei dieser Vergütungsform hatte das Budget für die Begleichung kassenärztlicher ambulanter Leistungen einen definierten Umfang, es war gedeckelt. Ganz gleich, ob in einem Zeitraum und einer KV beispielsweise 5 Millionen Punkte oder 50 Millionen Punkte abgerechnet wurden, die maximale Gesamtausgabe einer KV für ärztliche Leistungen blieb gleich.

Aufgrund dieses gedeckelten Budgets sowie aufgrund der Ungewissheit der abgerechneten Gesamt-Punktsumme am Ende eines Quartals ließ sich der pekuniäre Gegenwert eines Punktes nicht vorhersagen. Es kam also durchaus vor, dass für zwei unterschiedliche Quartale desselben Jahres jeweils dieselbe Punktsumme zur Abrechnung eingereicht wurden, aber völlig unterschiedliche Summen zur Auszahlung kamen. Auf diese Weise entstand den Niedergelassenen durch das gedeckelte Budget eine deutliche finanzielle Planungsunsicherheit.

Auch die Tatsache, dass inzwischen das Abrechnungsprocedere erneut geändert wurde, trägt nicht zu einer Planungssicherheit und damit zu einer Entspannung der Situation bei.

⁸⁷ Reimer & Jurkat 1997, S. 1228

2.1.3.1.1.1.2 Punktwertverfall

Der finanzielle Gegenwert eines EBM-Punktes ist also ungewiss. Gewiss hingegen ist die Richtung, in die sich der Punktwert verändert: Er fällt. Vereinfachend gesprochen stellt der Punktwert den Quotienten aus Budget als Zähler und Gesamt-Punktsumme als Teiler dar:

Gleichung 2: Punktwertverfall

$$\text{Punktwert} = \frac{\text{Budget}}{\text{Gesamtpunktzahl}}$$

Aus vielerlei Gründen (mit dem Fortschritt der Medizin auch mehr Diagnostik und mehr Therapie, Verifizierungswahn⁸⁸, forensische Erwägungen, zunehmende Ärztezahl, Versuch der Einkommensmaximierung⁸⁹) werden immer höhere Punktsummen zur Abrechnung eingereicht, es wird also durch immer größere Zahlen dividiert und deshalb sinkt der Nennwert des Bruches. Für diesen Mechanismus hat sich der Begriff des Punktwertverfalls etabliert.

2.1.3.1.1.1.3 Regress

Ein weiterer Faktor, der die finanzielle Anspannung verstärkt, ist die Gefahr einer Regressforderung durch die KV. Bei Regressforderungen handelt es sich um Rückforderungen von Geldsummen, die die KV bereits zur Abgleichung von Punktsummen an eine Kollegin oder einen Kollegen ausgezahlt hat. Regressforderungen werden gestellt, wenn bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Abrechnung festgestellt wird, dass die abgerechneten Leistungen dieser oder jener Regel widersprechen. Dabei handelt es sich nicht selten um Summen im Wert eines Mittelklassewagens. Aufgrund KV-interner Prüfungsmodalitäten werden diese Regresse allerdings nicht sofort, sondern mit deutlicher Verzögerung eingefordert, im Schnitt etwa zwei Jahre nach dem beanstandeten Quartal. Auch das mindert die finanzielle Planungssicherheit erheblich.

⁸⁸ Siehe Seite 68, Punkt 2.1.3.2.1.2.4 Notwendigkeit von Investitionen.

⁸⁹ Siehe Seite 68, Punkt 2.1.3.1.2.3 sinkendes Realeinkommen.

2.1.1.1.2 Konkurrenzdruck

Ein weiterer Stressor, der in die finanzielle Kategorie fällt, ist die ärztliche Konkurrenz der Niedergelassenen untereinander.

2.1.3.1.2.1 Bevorzugung von Städten

Nur für wenige KollegInnen birgt das Bild eines Landarztes noch Attraktivität. Die Niederlassung in einer Stadt hingegen mindert einige unangenehme Faktoren einer Praxiseröffnung. So gibt es in Städten häufig einen von der KV organisierten ärztlichen Notfalldienst, der von ständiger persönlicher Erreichbarkeit für den PatientInnenstamm freistellt. Weiterhin ist bei einer größeren Bevölkerungsdichte ein deutlich höheres Patientenpotenzial vorhanden, auch die Erreichbarkeit zu Fuß oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist wesentlich erleichtert. Eine Überweisung an Kollegen anderer Fachrichtungen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus ist ebenfalls weniger problematisch durchzusetzen, wenn die PatientInnen dafür nicht so weite Wege in Kauf nehmen müssen.

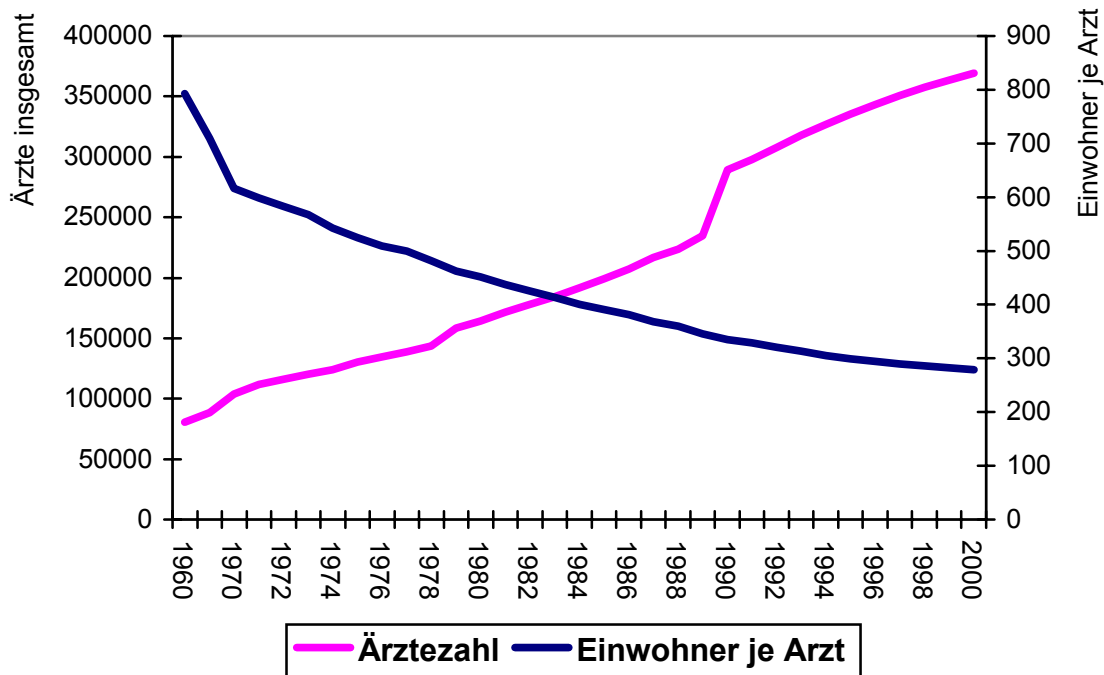
Daher ist die Arztdichte und damit auch die Dichte an AllgemeinmedizinerInnen in Städten deutlich höher als auf dem Land und entsprechend besteht in Städten eine deutlichere Konkurrenzsituation unter den Niedergelassenen.

2.1.3.1.2.2 Steigende ÄrztInnenzahlen

Verschärft wird diese Konkurrenzsituation noch durch steigende Ärztezahlen. Abbildung 16 auf Seite 66 zeigt das starke Ansteigen der Ärztezahlen sowie die als Reziprokwert entsprechend sinkende Einwohnerzahl je Arzt seit 1960.⁹⁰ Dieser rasche Anstieg der Gesamtzahl aller ÄrztInnen wurde mit dem Begriff ‚Ärzte-Explosion‘ bezeichnet.

⁹⁰ Bundesarztregister 2001

Abbildung 16: Ärzte-Explosion



Quelle: Bundes-Arztregister, 2001

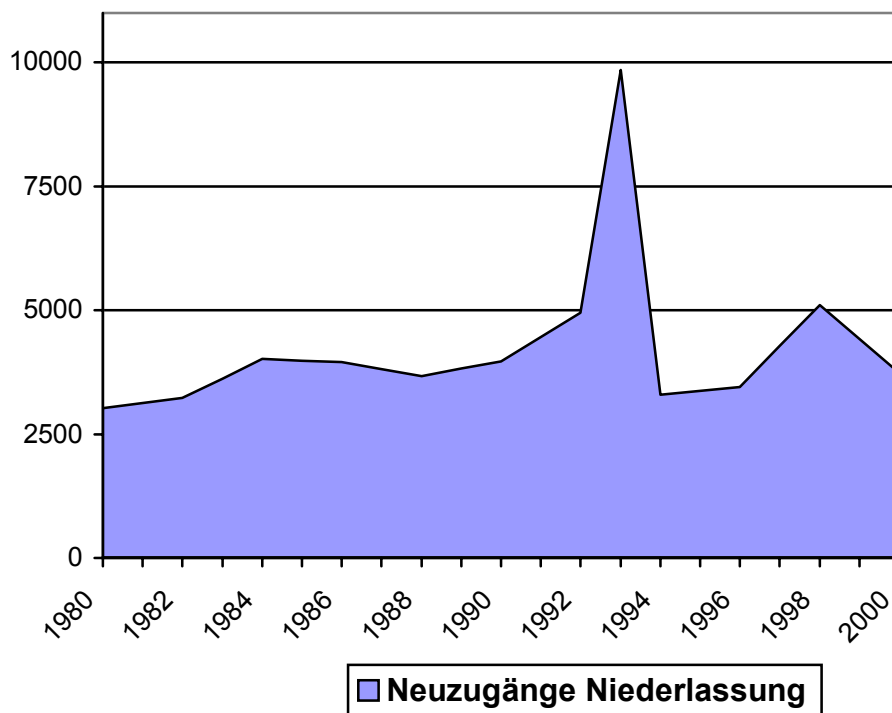
2.1.3.1.2.2.1 Sprunghafter Anstieg von Praxiszahlen vor der Niederlassungssperre

Es gibt einige banal erscheinende Regeln vor Eröffnung einer Praxis: Notwendig sind eine genaue Standortanalyse, eine Klärung der zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben, des Patientenguts sowie ein Vergleich mehrerer Bankangebote zur Finanzierung. Eine Praxiseröffnung ist ein langwieriger Prozess, der sinnvollerweise mit Bedacht erfolgen sollte.

Obwohl diese Schritte selbsterklärend sind, wurden sie in der Vergangenheit nicht immer eingehalten. 1993 wurde eine Niederlassungssperre erlassen. Nach dem Stichtatum war eine Niederlassung nur unter sehr erschwerten Bedingungen möglich. Um diesem Stichtatum zuvorzukommen, stieg die Zahl der Niederlassungen bis

zum Termin sprunghaft an⁹¹, was sich in der Abbildung 17 sehr augenfällig als Peak im Jahre 1993 zeigt.⁹²

Abbildung 17: Neuzugänge bei den Praxis-Niederlassungen



Quelle: Bundes-Arztregister, 2001

Diesen überhasteten Praxiseröffnungen ging nicht immer eine gründliche Prüfung und Standortanalyse voraus. So kam es, dass Praxen in unmittelbarer Nachbarschaft, ja sogar im gleichen Haus eröffnet wurden. Übereilt wurden ungünstige Kredite aufgenommen, um noch rechtzeitig die zur Niederlassung nötigen Schritte durchzuführen. Die Folge dieses sprunghaften Anstiegs der Niederlassungen war eine fühlbare Verschärfung der Konkurrenzsituation und eine Verstärkung des ohnehin vorhandenen finanziellen Drucks.

⁹¹ Bundesarztregister 2001

⁹² Neuzugänge jeder Fachdisziplin. Da AllgemeinärztInnen die absolute Mehrheit unter den Niedergelassenen stellen, eignet sich diese Grafik zur Illustration, auch wenn sie nicht die Niederlassungszugänge in der Allgemeinmedizin zeigt.

2.1.3.1.2.3 sinkendes Realeinkommen

Auch das sinkende Realeinkommen von ÄrztInnen⁹³ verschärft den finanziellen Druck; die Grundlagen selbst einer soliden langfristigen Finanzplanung werden dadurch über den Haufen geworfen. So ist das Realeinkommen von Niedergelassenen heute niedriger als beispielsweise vor zehn Jahren. Erschwerend kommt hinzu, dass das Einkommen von AllgemeinmedizinerInnen ohnehin unter dem Durchschnitt des Einkommens aller FachärztInnen liegt.⁹⁴

2.1.3.2.1.2.4 Notwendigkeit von Investitionen

Durch die sprunghafte medizinisch-technische Entwicklung wurden sowohl diagnostisch als auch therapeutisch neue Möglichkeiten und Standards entwickelt. Eine Medizin nur mit manuell-sensorischer Untersuchung und anschließender Pharmakotherapie widerspricht in der Gegenwart und in unserer Gesellschaft nicht nur den Therapierichtlinien, sie ist vor allem auch aus Patientensicht nicht attraktiv und somit nicht kundenfreundlich.

In zunehmendem Maße sind PatientInnen informiert über neueste Entwicklungen und wünschen für sich einen Einsatz eben dieser modernen diagnostischen oder therapeutischen Methoden. Um sie bei der gegebenen Konkurrenzsituation⁹⁵ an sich und die eigene Praxis zu binden und damit ein Abwandern zu besser oder moderner ausgestatteten KollegInnen zu verhindern, sind auch und gerade bei finanziell angespannter Lage kostspielige Investitionen in neue, moderne und teure Geräte notwendig.

Zudem führt die zunehmende Zahl von juristischen Streitigkeiten um korrekte Behandlung zu einem „Verifizierungswahn“⁹⁶ und einer Defensivmedizin⁹⁷, die die Anwendung neuer Methoden und damit neuer Gerätschaften notwendig macht.

⁹³ Vgl. Rabbata 2002, S. A992-A994

⁹⁴ Bundesarztregister 2001

⁹⁵ Siehe Seite 65, Punkt IX. 2.1.1.1.2 Konkurrenzdruck.

⁹⁶ Vgl. Schönberger 1995, S. 55

⁹⁷ Vgl. Chevallier, S. 37

2.1.1.1.3 Zeitmangel

Damit teure Geräte⁹⁸ sich möglichst rasch amortisieren, müssen sie möglichst häufig an möglichst vielen PatientInnen eingesetzt werden. Viele Kolleginnen und Kollegen versuchen, dem finanziellen Druck dadurch zu begegnen, dass sie länger in der Woche arbeiten. Die so erbrachte Mehrleistung führt zwar nicht wie früher unter Einzelleistungsvergütung linear zu einem höheren Einkommen, aber dennoch erzielt sie in der Regel eine Erhöhung der abgerechneten Gesamtpunktzahl.⁹⁹ Da ein Tag endlich und auf 24 Stunden begrenzt ist, wirkt es sinnvoll, die „Produktivität“ der eigenen Arbeit dadurch zu steigern, dass in gleicher Zeit eine größere Zahl von PatientInnen behandelt wird.

Durch den stetig stattfindenden gesellschaftlichen Wandel, weg von einer ländlichen Gemeinschaft sesshafter Großfamilien hin zu kleineren, geographisch wie sozial mobilen, eher städtischen Strukturen, hat sich auch die medizinische Versorgung geändert. Viele Unpässlichkeiten im menschlichen Leben werden heute zum Hausarzt getragen, während früher entweder Laienhelfer oder andere Berufe konsultiert wurden.¹⁰⁰ Seelsorge erfolgte in der Vergangenheit durch wohlmeinende Bekannte oder den Dorfpfarrer. Psychosoziale Engpässe, denen heute durch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen begegnet wird, wurden durch Nachbarschaftshilfe behoben (z. B. Betreuung kranker Kinder). Bei medizinisch schwammigen Unpässlichkeiten waren lebenserfahrene Laienhelfer mit „einem Rat und einem Kirschkernsäckchen zur Stelle“.

Heute wird – zumal im städtischen Bereich – in viel stärkerem Maße ärztliche Zuwendung nachgefragt, die natürlich das Zeitkontingent der Niedergelassenen beansprucht. „Ein durchschnittlicher Arzt reagiert auf zunehmende Arbeitsbelastung in seiner Praxis und auf die wachsenden Anforderungen an seine Zeit, indem er mit an-

⁹⁸ Siehe Seite 68, Punkt 2.1.3.2.1.2.4 Notwendigkeit von Investitionen.

⁹⁹ Siehe Seite 64, Punkt

2.1.3.1.1.1.2 Punktwertverfall

¹⁰⁰ Vgl. auch Meulemann 2000, S. 116: „Soziale Bindungen – und die mit ihnen verbundenen sozialen Kontrollen – sind weiterhin auf dem Land stärker als in der Stadt.“

derem Stil und in anderem Tempo arbeitet. Ein solcher Arbeitszuschnitt verlangt vom Arzt ein Praktizieren am Fließband, was die einzigartige Befriedigung mindert, die sich aus allgemeinmedizinischer Tätigkeit ziehen ließ,¹⁰¹ so Mechanic.

Es steht außer Frage, dass dieser Zeitmangel die Lebensqualität beeinträchtigt. Am deutlichsten bildet sich diese Minderung ab auf der Dimension der körperlichen Rollenerfüllung (KÖRO). Insbesondere aber findet sich, dass das im Vergleich zur Referenzpopulation schlechtere Abschneiden bei der männlichen Subgruppe viel intensiver ausgeprägt ist als bei der weiblichen. Weil eben die (männlichen) Ärzte signifikant mehr Wochenstunden in der Praxis arbeiten als ihre (durch Familienarbeit doppelbelasteten) Kolleginnen.

Tabelle 12: Körperliche Rollenfunktion

KÖRO	Frauen	Männer	Gesamt
p = 0,000 ***			
Berliner Hausärzte	74,3	81,1	77,5
Vergleichspopulation des Bundes-Gesundheitssurvey 1998	76,3	91,0	84,8

Quelle: eigene Erhebung und BGS98

Dieser Zeitdruck war schon Gegenstand zahlreicher Arbeiten zum Wohlergehen von ÄrztInnen, die in Deutschland, Europa, Amerika und Asien durchgeführt wurden.¹⁰² Das zeigt, dass der Zeitmangel nicht nur eine politisch-strukturelle Seite hat und damit im bundesdeutschen Gesundheitssystem und der deutschen Gesellschaft begründet liegt, sondern dass es darüber hinaus einen universellen oder zumindest internationalen Aspekt gibt.¹⁰³ Beispielsweise stellt sich die Frage, inwieweit der Zeitmangel am Beruf liegt oder aber in der Auswahl derjenigen, die sich zum Arzt berufen fühlen.

¹⁰¹ "The average doctor responds to his growing practice and to increasing demands on his time ... by practising at a different pace and style. ... Such a pattern of work requires doctors to practise on an assembly line basis, which diminishes the unique satisfactions possible in general practice." Mechanic 1968, S. 682

¹⁰² Stern 1996; Arnetz 1997; Richardsen & Burke 1991; Weber 1996; Lee & Chou 1991; Pincus 1995

¹⁰³ Siehe auch Seite 99, Punkt IX. 3.2 Internationaler Vergleich.

2.1.1.1.4 Druck durch Öffentlichkeit

Der ärztliche Beruf ist seit langem derjenige, der das höchste gesellschaftliche Ansehen genießt.¹⁰⁴ In der Wahrnehmung vieler Teile der Bevölkerung erscheint ein idealisiertes Abbild, das eine hehre, aufopferungsbereite, fürsorgliche Autoritätsperson zeigt und das mit der Realität recht wenig zu tun hat. Jurkat bringt es folgendermaßen auf den Punkt: „Es bleibt festzuhalten, dass zwischen der Wahrnehmung des Arztberufes von außen und seiner inneren Realität offensichtlich ein beträchtlicher Unterschied besteht.“¹⁰⁵

2.1.3.1.4.1 Erwartungshaltung der Bevölkerung

Da reale ÄrztInnen an dem oben geschilderten Idealbild gemessen werden, wird ihnen eine riesige Erwartungshaltung entgegengebracht. Vom „eigenen Hausarzt“, der ja schon dadurch, dass PatientInnen sich frei für ihn entschieden haben, etwas Besonderes sein muss, wird in besonderem Maße eine Erfüllung dieses Idealbildes erwartet. Dieses Idealbild jedoch stammt aus vergangenen Zeiten, als ÄrztInnen unter deutlich anderen Rahmenbedingungen¹⁰⁶ arbeiteten als heutzutage. Mit zunehmender Komplexität der Medizin geht eine Abnahme der Allmacht der einzelnen ÄrztInnen einher, das in der Bevölkerung vorherrschende Arztideal ist gar nicht mehr erfüllbar.

2.1.3.1.4.2 Die Rolle der Medien

Die Aufrechterhaltung des oben geschilderten Arztideals erfolgt traditionellerweise aus der Bevölkerung selbst heraus. Deutlich verstärkt wird sie allerdings durch die Medien, die dabei eine sehr zweischneidige Rolle spielen.

¹⁰⁴ Allensbacher Archiv 2003, S. 1 sowie Reimer & Jurkat 1997, S. 1228

¹⁰⁵ Jurkat & Reimer 1995, S. 90

¹⁰⁶ Siehe Seite 62, Punkt 2.1.3.1.1.1 Interferenz von Selbstverwaltung, Krankenkassen und politischen Rahmenbedingungen.

2.1.3.1.4.2.1 Verstärkung des Arztideals durch die Medien

Nicht von ungefähr erfreuen sich Arztserien im Fernsehen großer Beliebtheit und erzielen dabei Marktanteile von mehr als 30 %.¹⁰⁷ In diesen Arztserien wird – wie es eine echte ÄrztIn gar nicht kann – das Idealbild bedient. Es werden aufopferungswillige, immer verständnisvolle, stets zugewandte Charaktere dargestellt, die, wenn es darum geht, jemandem zu helfen, offenbar keine eigenen Grenzen kennen. So verschiebt zum Beispiel „der Landarzt“ (ZDF) ohne Zögern seinen Urlaub und den seiner gesamten Familie, weil ein mikrobiologischer Befund eines Patienten noch aussteht.¹⁰⁸ Und „Professor Brinkmann“ aus der „Schwarzwaldklinik“ kommt in Selbstverständlichkeit und aus eigener Tasche für die Operations- und Behandlungskosten eines Patienten auf, weil dieser keinerlei Krankenversicherung hat.¹⁰⁹

Groschenromane erreichen zwar ein weniger breites Publikum als das Fernsehen, bedienen aber die gleichen Klischees.

2.1.3.1.4.2.2 Demontage des ärztlichen Ansehens durch die Medien

Medien, die die im obigen Absatz geschilderten Klischees eines ‚guten Arztes‘ bedienen, zementieren in der Bevölkerung ein Arzt-Idealbild. Die gemeine Wahrnehmung ist: „Ja, so sind Ärzte.“

Dem stehen andere (Boulevard-)Sendeformate der gleichen Medien¹¹⁰ gegenüber, in denen so gut wie täglich berichtet wird von Kunstfehlern (Stichwort Ärztepfusch), über betrügerische Abrechnungen und Standesdünkel vor dem Hintergrund fachlicher Inkompetenz.¹¹¹ Es ist nicht der Sendungsinhalt – Fehler passieren, es gibt betrügerische Abrechnungen und nicht alle Kollegen sind auf allen Gebieten gleich kompetent –, sondern vielmehr die reißerische, pseudo-kritische Aufmachung der Sendungen, die das ärztliche Ansehen demontiert. Diese Sendeformate, diese De-

¹⁰⁷ z. B. ‚Der Bergdoktor‘, Sat.1 vgl. Jessen 2003

¹⁰⁸ Der Landarzt (ZDF), Folge 66: ‚Die Trennung‘

online im WWW unter <http://www.tvsi.de/familie/landarzt.htm> [08.10.2003]

¹⁰⁹ Die Schwarzwaldklinik (ZDF), Folge 3: ‚Der Weltreisende‘

online im WWW unter <http://www.tvsi.de/arzt/schwarzwaldklinik.htm> [08.10.2003]

¹¹⁰ Und selbstverständlich Printmedien ähnlichen Zuschnitts.

¹¹¹ Allensbacher Archiv, S. 3

montage, ist ein Phänomen, das sich über die Grenzen Deutschlands hinaus erstreckt. „Auf den Ärztstand einzuschlagen scheint ein Lieblingsthema von Zeitungen in aller Welt zu sein. Wo immer man eine beliebige Zeitung aufschlägt, findet man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Berichte über Ärztepfusch, Fehlverhalten und Verlogenheit.“¹¹² Die einzelne Ärztin, der einzelne Arzt hat in der öffentlichen Wahrnehmung nur die Wahl, das Ideal zu erfüllen, oder aber der zweiten Gruppe zugeordnet zu werden.

2.1.1.2 ärztliche Psyche

Jeder einzelne der auf den vorangegangenen Seiten geschilderten Stressoren birgt hinreichend Potenzial, die Lebensqualität eines durchschnittlichen Menschen zu beeinträchtigen und psychischen Druck zu erzeugen. Da die Aufteilung in einzelne Stressoren aber rein akademischer Natur ist¹¹³, stehen unsere KollegInnen realiter dem Gesamtkomplex gegenüber, der natürlich einen noch gravierenderen Einfluss auf ihre Lebensqualität hat.

Schon das auf Seite 71 geschilderte Arztideal¹¹⁴ hat Rückwirkungen: Ärztinnen und Ärzte sind selbst Teil der Bevölkerung, auch sie haben häufig eben dieses Arztideal internalisiert und versuchen, diesem (nicht erreichbaren) Ideal gerecht zu werden.¹¹⁵

Die Belastungen durch die Summe aller Stressoren wiegen wegen ihrer Komplexität und Größe schwer. Noch schwerer wiegen sie allerdings, weil sie nicht auf die Psyche eines Durchschnittsmenschen treffen, sondern auf die von ÄrztInnen. Zahlreiche Studien haben belegt, dass die ärztliche Psyche auffallend häufig von der durchschnittlichen differiert. Durch die Selektion und Sozialisation in Studium und Facharztausbildung üben mehrheitlich solche Menschen die ärztliche Profession aus, die

¹¹² „It seems to be something of a hobby for newspapers around the world to hammer the medical profession. You can almost guarantee that wherever you are in the world and whatever newspaper you happen to unfold there will be something inside it about doctors' mistakes, misdemeanours, and mendacity.“ Kmiotowicz 2002, S. 7328

¹¹³ Siehe Seite 61, Punkt IX. 2.1.1 Erklärung der Unterschiede zwischen untersuchtem Kollektiv und Vergleichspopulation.

¹¹⁴ Punkt 2.1.3.1.4.1 Erwartungshaltung der Bevölkerung

¹¹⁵ Vgl. Chevallier 1995, S. 17

gehäuft seelische Verwundbarkeiten aufweisen und gleichzeitig lernen mussten, genau diese zu negieren.¹¹⁶

So findet denn auch das erschreckend schlechte Abschneiden der Berliner Hausärztinnen und Hausärzte auf den vier seelischen Dimensionen des SF-36 seine Begründung in der Besonderheit der ärztlichen Psyche.¹¹⁷

2.1.3.2.1 Stärken ärztlicher Psyche

Es hat sich gezeigt, dass die Motivation, den ärztlichen Beruf zu erlernen, gehäuft zu finden ist bei Menschen, die gefühlsbetont, sensibel und aufopferungswillig sind. Bei Menschen, die sich gerne als Helfer sehen (Helferpersönlichkeit), die am Umgang mit leidenden und kranken Mitmenschen interessiert sind. Diese Auswahl von Menschen hat biografisch bedingt besonders hohe, idealistische Berufsvorstellungen und -ansprüche an sich selbst. Sie sind, um ihren Selbstansprüchen gerecht zu werden, ausdauernd und gewissenhaft.

2.1.3.2.2 Schwächen ärztlicher Psyche

Kommt zu diesem oben geschilderten überhöhten Ideal auch noch Ausdauer und Aufopferungswille und werden eigene Grenzen übersehen oder ignoriert, so resultiert dies meist in einer Überlastung, die um der Erhaltung des Ideals willen verleugnet wird. Es wird dabei nicht wahrgenommen, dass dieses Berufsideal gar nicht erfüllbar ist. Folge ist, dass die ÄrztInnen ihrem Ideal immer hinterherhinken. Ein Eingestehen wird aufgrund der ärztlichen Sozialisation von Kollegen bspöttelt. So ist denn auch der Titel eines Artikels der schwedischen Läkartidningen aus dem Jahre 1999: „Sind Sie so labil und wenig belastbar, Liebes?“¹¹⁸

Die Gewissenhaftigkeit und das Verantwortungsbewusstsein mögen in Maßen dem Berufsleben wie den PatientInnen ausgesprochen zuträglich sein. Sie resultieren

¹¹⁶ Vgl. Jurkat & Reimer 1995, S. 104 sowie Reimer & Jurkat 1997, S. 1224

¹¹⁷ Nach Herschbach sind eben diese psychischen Besonderheiten von Ärzten und nicht etwa die Diagnoseschwere behandelte Patienten für Überlastungen verantwortlich. Herschbach 1996, S. 54

¹¹⁸ „Är Du instabil och stresskänslig, lilla vän?“ Hagstrom 1999

aber häufig aus einer mehr oder weniger ausgeprägten Zwanghaftigkeit, die wiederum die seelische Verletzbarkeit durch Versagensängste erhöht.¹¹⁹

2.1.3.2.3 Konsequenzen für die ärztliche Psyche

Diese und weitere Besonderheiten der ärztlichen Psyche bilden die Grundlage, auf der sich zahlreiche Erkrankungen entwickeln können. „Ganz ausdrücklich ist das Gesundheitsrisiko (von ÄrztInnen) erhöht für psychische Störungen.“¹²⁰

Die gehäufte Prävalenz von Depressionen, Suchterkrankungen (sei es Alkohol, seien es Medikamente), Partnerschaftsproblemen und Scheidungen sowie eine gehäufte Suizid-Inzidenz nehmen denn auch in der Literatur breiten Raum ein.¹²¹

Dass die Lebensqualität des untersuchten Kollektivs in der Tat auf den vier psychischen Gesundheitskonstrukten (VITA, SOFU, EMRO, PSYC) beeinträchtigt ist, und dass sie vor allem eben dort stärker beeinträchtigt ist als die Lebensqualität der Vergleichspopulation, lässt sich durch einen einfachen Blick auf die Abbildung 12 auf Seite 48 ablesen.

Ein Versuch, gezielt Depressionen, Suchterkrankungen oder Partnerschaftsprobleme zu erfassen, hätte den ohnehin schon weit gesteckten Rahmen dieser Untersuchung gesprengt. Eine gewisse Annäherung an das Thema erfolgte durch die Items Personenstand, Alkohol, Tabak und Suizid.

2.1.3.2.3.1 Burn-out

Ein weiteres Phänomen, das in der Literatur breiten Raum einnimmt, ist der Burn-out von ÄrztInnen.¹²² „Burn-out ist als das durch Stress verursachte Endergebnis im Be-

¹¹⁹ Vgl. Heim 1992, S. 215

¹²⁰ Heim 1992, S. 215

¹²¹ Heim 1992; Olkinuora, Asp, Juntunen et al. 1990; Schönberger 1995; Jurkat & Reimer 1995

¹²² Aries & Ritter 1999; Arnetz 1997; Campbell 1999; de Pablo Gonzalez & Suberviola Gonzales 1998; Deckard, Meterko & Field 1994; Hammerström 1999; Herschbach 1991; Joffe 1988; Lemkau, Purdy, Rafferty et al. 1988; Lemkau, Rafferty & Gordon 1994; Losek 1994; McCranie & Brandsma 1988; Olivar Castrillon, Gonzales Moran & Martinez Suarez 1999; Olkinuora, Asp, Juntunen et al. 1990; Pearce 1994; Pines & Kafry 1978; Ramirez, Graham, Richards et al. 1995; Schönberger 1995; Schweitzer 1994; Stern 1996; Whippen & Canellos 1991

rufsleben eines Arztes oder Fürsorgers definiert, das aus Apathie, Argwohn, Selbstschutz, Desillusioniertheit und Depression besteht.“¹²³, fassten Whippen und Canellos das Phänomen in einem Satz zusammen.

Nach Maslach, einem der Begründer der Burn-out-Forschung, setzt sich ein Burn-out-Syndrom aus drei Komponenten in variierender Stärke zusammen:

EE (Emotional Exhaustion)

Emotionale Leere, emotionale Erschöpfung verursacht durch exzessive psychologische Anforderungen. Verlust von Begeisterungsfähigkeit, Interesslosigkeit.

DP (Depersonalisation)

Unpersönliche, gleichgültige, gefühllose, zynische, herzlose Einstellung gegenüber den Schutzbefohlenen, also im gegebenen Falle der Ärzte gegenüber den Patienten. Nicht gemeint ist damit die für ärztliches Arbeiten notwendige professionelle Distanz. Verlust von Einfühlungsvermögen, Unlust und Gleichgültigkeit der Arbeit gegenüber.

PA (Lack of personal accomplishment)

Gefühl mangelnder Kompetenz, mangelnden Erfolges, der Ineffektivität, Selbstzweifel, negative Einstellung zu sich selbst.

Auch wenn der Burn-out ebenso wenig wie psychische Erkrankungen der eigentliche Gegenstand meiner Forschung war, so findet er doch auf den Skalen des SF-36 sein Abbild. Insbesondere der Unteraspekt der Emotional Exhaustion gleicht inhaltlich dem Konstrukt VITA, also der Skala, die die Vitalität, die Abwesenheit von Erschöpfung, misst. Das Profil des SF-36 weist an eben jenem Punkt, bei den VITA-Werten, eine deutliche Senke auf, das Burn-out-Korrelat innerhalb des SF-36.

¹²³ „Burnout has been defined as the end result of stress in the professional life of a physician or caregiver resulting in apathy, suspicion, self-protection, disillusion, and depression.“ Whippen & Canellos 1991, S. 1916

Tabelle 13: VITA-Werte von untersuchter Gruppe und Vergleichspopulation

VITA	Frauen	Männer	Gesamt
p = 0,000 ***			
Berliner Hausärzte	50,2	54,2	51,6
Vergleichspopulation des Bundes-Gesundheitssurvey 1998	59,0	65,7	62,8

Quelle: eigene Erhebung und BGS98

Dieses tiefe Einknicken mag dem Burn-out bei ÄrztInnen allgemein geschuldet sein. Olkinuora allerdings teilt die verschiedenen medizinischen Fachgebiete nach ihrem Potenzial, ausbrennen zu lassen, in drei Gruppen ein und bezeichnet die Allgemeinmedizin dabei als High Burn-out, also als ein Fach mit einer hohen Gefahr des Burn-outs.¹²⁴

2.1.3.2.3.2 Der Ausreißer SCHM

Das einzige Gesundheitskonstrukt, auf dem die untersuchte Berliner Ärzteschaft signifikant bessere Werte erzielt als die Vergleichspopulation, ist die Skala der körperlichen Schmerzen.

Die untersuchte Gruppe weist hier in hochsignifikanter Weise deutlich höhere Mittelwerte auf als die bundesdeutsche Vergleichspopulation; dies ist der einzige Punkt, an dem die befragte Population einen höheren, also besseren Wert erzielte als das Vergleichskollektiv des BGS98.

¹²⁴ Olkinuora, Asp, Juntunen et al. 1990, S. 83-84

Tabelle 14: Mittelwerte der Dimension der körperlichen Schmerzen (SCHM)

SCHM	Frauen	Männer	Gesamt
p = 0,012 **			
Berliner AllgemeinmedizinerInnen	75,3	78,9	76,4
Vergleichspopulation des Bundes-Gesundheitssurvey 1998	61,4	74,7	69,0

Quelle: eigene Erhebung und BGS98

Dieses bessere Abschneiden der befragten Gruppe kann zweierlei Ursachen haben: Entweder haben die ÄrztInnen wirklich weniger Schmerzen, oder aber sie nehmen ihre Schmerzen weniger wahr.

Die Möglichkeit, dass die Responder weniger Schmerzen verspüren als vergleichbare Bevölkerungsanteile, besteht durchaus. Schließlich haben ÄrztInnen vergleichsweise gute pharmakotherapeutische Kenntnisse und einen vergleichsweise einfachen Zugang zu Analgetika. Damit haben sie die Möglichkeit, problemloser vorhandene Schmerzen zu minimieren.

Wahrscheinlicher ist aber nach meinem Dafürhalten die andere Erklärung: ÄrztInnen realisieren Schmerzen in geringerem Maße. Zwischen dem Wahrnehmen eigener Schmerzen und der Wahrnehmung eigener Erkrankungen bestehen Parallelen. Beides geht nämlich einher mit einer Befindlichkeitsminderung und beides ist sozial unerwünscht. Von MedizinerInnen ist bekannt, dass sie eigene Erkrankungen verdrängen und dissimulieren: „Generell besteht der Trend, das Aufsuchen von Hilfe herauszuzögern, der Versuch, eine ernste Erkrankung zu verleugnen oder vor sich und anderen zu verstecken,“¹²⁵ so Christie und Ingstad. Dieses Nicht-Wahrnehmen eigener Erkrankungen ist ein in der Literatur so breit bekanntes Phänomen¹²⁶, dass Stoudemire und Rhoads¹²⁷ es denn auch als berufsimmanent bezeichnen.¹²⁸

¹²⁵ “The general trend is to postpone seeking help, and to try to deny or hide from themselves and others, the fact that they are seriously ill.” Christie & Ingstad 1997, S. 1286

¹²⁶ Jurkat & Reimer 1995, S. 103

¹²⁷ Stoudemire & Rhoads 1983, S. 655

¹²⁸ Vgl. auch Arnetz, 1997: „Krankheitsbedingte Fehltag sind traditionell extrem gering unter Ärzten“ („Sick leave has traditionally been extremely low among physicians“), S. 159

Zudem führt die unter Punkt 2.1.1.2 geschilderte Sozialisation in den Beruf hinein zu Härte gegen sich selbst und zu einem Verleugnen eigener Grenzen oder Unzulänglichkeiten. „Ärzte haben eben zu funktionieren. Mit diesem Axiom leben seit vielen Jahren berufstätige Mediziner, aber auch die meisten Patienten, die daran glauben und die Vorstellung des vollkommenen, in jeder Situation souveränen Arztes wieder auf diesen zurückprojizieren.“¹²⁹

Bei den gegebenen Parallelen zwischen Schmerzwahrnehmung und Erkrankungswahrnehmung komme ich zu dem Schluss, dass die besseren Werte der ÄrztInnen auf der SCHM-Skala des SF-36 in Dissimulation begründet liegen und nicht etwa in geringerem Erleben von Schmerzen.

2.1.2 Zwischenresümee

Zusammenfassend lässt sich also festhalten: Die untersuchte ärztliche Population erzielte deshalb im SF-36 schlechtere Werte als das Vergleichskollektiv, weil sie in anderer Weise finanziellen, zeitlichen und öffentlichkeitsbedingten Stressoren ausgesetzt ist. Der finanzielle Druck resultiert durch Punktwertverfall, Abrechnungsmodalitäten und Gesundheitspolitik. Die zeitlichen Stressoren sind hervorgerufen durch Konkurrenzdruck, der aus der „Ärzte-Explosion“ und der Bevorzugung von Städten resultiert. Die Öffentlichkeit wird in ihrer Erwartungshaltung durch die Medien beeinflusst. Diese Stressoren treffen auf Besonderheiten der ärztlichen Psyche.

2.2 Ein Ost-West-Vergleich

2.2.1 Einführung in die Ost-West-Thematik

Die Wiedervereinigung 10 Jahre vor Erhebung der Untersuchungsdaten brachte massive Umbrüche mit sich¹³⁰, die sich zumindest für die Ostdeutschen durch alle Lebensbereiche zogen.¹³¹ Westdeutsche waren je nach geographischer wie sozialer

¹²⁹ Schönberger 1995, S. 65

Nähe zur ehemaligen DDR davon in anderer, meist geringerer Weise betroffen.¹³² Unberührt von den Transformationsprozessen¹³³ blieben sie jedoch nicht.¹³⁴

Diese transformationsbedingten Umbrüche durchzogen mehr als nur das dingliche oder organisatorische Alltagsleben. „Gesellschaftliche Transformationsprozesse spiegeln sich nicht nur im Denken und Handeln der Mitglieder einer Gesellschaft, sondern auch in ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit.“¹³⁵ Insofern haben diese Transformationsprozesse in zweierlei Hinsicht Einfluss auf die Lebensqualität von ÄrztInnen: Sie berühren und verändern die allgemeinmedizinische Versorgungslage als strukturelles gesellschaftliches Element, was zu wirtschaftlichen und existenziellen Verunsicherungen der in der Allgemeinmedizin Tätigen führen musste. Und sie führten über das Strukturelle hinaus zu existenziellen Erschütterungen im Individuum, zu psychischen Erschütterungen, die ohne Frage Relevanz für die Lebensqualität besaßen und möglicherweise noch besitzen.

Die ursprüngliche Hoffnung, gefundene Unterschiede in der Lebensqualität zwischen AllgemeinmedizinerInnen in Ost und West mit etwaigen parallelen Unterschieden einer Vergleichspopulation aus dem BGS98 abzugleichen, konnte nicht erfüllt werden. Denn wenn aus der ursprünglich großen repräsentativen Stichprobe des BGS98 über den Filter zur Erstellung einer Vergleichspopulation¹³⁶ hinaus noch nach Ost und West differenziert wird, ergeben sich Subgruppen von so geringer Besetzung, dass keinerlei statistische Aussagekraft mehr gegeben ist.

¹³⁰ Vgl. Wehrich 1996, S. 216

¹³¹ Als Indikator oder als ein Ausdruck dieser Umbrüche lassen sich beispielsweise personenstandliche Zahlen heranziehen: Nach der Wende kam es im Osten Deutschlands zu einem drastischen Rückgang der Eheschließungen, Geburten und Scheidungen. Das Ausmaß dieses Rückgangs stellte die Rückgänge während der Weltkriege oder der Wirtschaftskrisen weit in den Schatten. Vgl. Zapf 1996, S. 319-320

¹³² Kaase 2001, S. 121

¹³³ Dieser Begriff wurde in Soziologie und politischer Wissenschaft eingeführt, um die mit dem grundlegenden Systemwechsel einhergehenden, tief greifenden gesellschaftlichen Wandlungen nach dem Zusammenbruch der Staaten Osteuropas zu bezeichnen. Vgl. Gensicke 1998 S. 16-18

¹³⁴ Vgl. Zapf 1996, S. 316-327

¹³⁵ Schwarzer 1994, S. 13

¹³⁶ Siehe Seite 47, Punkt 5.1 Vergleich mit der deutschen Bevölkerung

Im Folgenden wurde also innerhalb der Berliner Ärzteschaft untersucht, ob und inwieweit sich (noch) Auswirkungen des Transformationsprozesses finden ließen, sei es als Unterschiede, sei es als Gemeinsamkeiten der beiden Populationen.¹³⁷ Dieser Aspekt ist gerade deshalb ein so nutzbringender und wichtiger, weil durch kulturelle Verwerfungen der Wende- und Nachwendezeit der Blick der Westdeutschen auf die Ostdeutschen bzw. der Blick der Ostdeutschen auf die Westdeutschen oft stärker von subjektiver Vorannahme geprägt ist als von Objektivität.¹³⁸ „Das wechselseitige Eigenschaftsprofil, das West- und Ostdeutsche der jeweils anderen Gruppe seit der Wende zuordneten, war nie besonders schmeichelhaft und ist im Laufe der Zeit immer weniger schmeichelhaft geworden.“¹³⁹

Nun bietet sich gerade die Stadt Berlin mit ihrer besonderen Lage, dieser Dyade von Ost und West, förmlich an, diese Auswirkungen der Wiedervereinigung zu untersuchen und zu dokumentieren, wie sich das Zusammen- oder Nebeneinanderherleben innerhalb eines geographisch so begrenzten Raumes, eben innerhalb Berlins, entwickelt hat.

„Wer verhindern will, dass aus der deutschen Einheit ein langwieriges Debakel wird, muss diese Unterschiede wahrnehmen, sonst melden sie sich als Ressentiment und Vorurteil zu Wort“, so Fücks.¹⁴⁰ So wichtig jedoch das Bemerkten und Benennen von Gemeinsamkeiten oder Unterschieden ist, so gefährlich ist es auch, zumal im Zusammenhang mit der Messung von Lebensqualität. Gerade dieses Thema birgt einigen politischen und sozialen Sprengstoff in sich. Es scheint prädestiniert dafür, von starken Emotionen auf Seiten der Befragten begleitet zu sein.¹⁴¹

¹³⁷ Dieser Vergleich findet nur innerhalb der untersuchten Population zwischen Ost und West statt. Die Daten des BGS98 verlieren bei diesem Vergleich aufgrund geringer Gruppenbesetzung so dramatisch an Aussagekraft, dass sich ihre Heranziehung hier von selbst verbietet.

¹³⁸ Fücks 1999, S. 10: „Vierzig Jahre unterschiedlicher, teilweise gegensätzlicher Sozialisation haben tiefe Spuren hinterlassen. ... Das Leben im Osten wie im Westen erzeugte Identifikationen, Denkweisen und Haltungen, die keineswegs mit der Mauer verschwunden sind. Sie vergehen auch nicht einfach mit der Zeit.“ Vgl. auch Wirsching 2000, S. 10

¹³⁹ Gensicke 1998, S. 12

¹⁴⁰ Fücks 1999, S. 11

¹⁴¹ So könnten theoretisch bei einer solchen Erhebung Unterschiede gefunden werden, die deutlich auf Ungerechtigkeiten hinweisen. Oder es könnten klar empfundene Ungerechtigkeiten ohne messbare Entsprechung in dieser Untersuchung bleiben und somit Gleichheit oder Gerechtigkeit suggerieren.

Aus diesen Gründen war es für den Erfolg dieser Untersuchung dringend notwendig, Misstrauen oder andere negative Empfindungen, die die Kooperationsbereitschaft der Responder beeinträchtigt hätten, zu vermeiden. Daher wurde die (ost- oder westdeutsche) Herkunft nicht direkt und damit offensichtlich abgefragt, diese Variable wurde vielmehr indirekt konstruiert. Im Folgenden werden die der Konstruktion zugrunde liegenden Zusammenhänge erläutert:

2.2.2 Definition Ostdeutsch / Westdeutsch und Konstruktion der Variablen

In der DDR war die ärztliche Ausbildung ein Diplomstudiengang; wer sie vollenden wollte, musste eine Diplomarbeit schreiben und wurde damit Diplom-MedizinerIn. In der alten Bundesrepublik hingegen handelte es sich um einen Studiengang, der mit dem letzten Staatsexamen abschloss. Um in Westdeutschland und Berlin (West) ÄrztIn zu werden, war es also weder nötig noch möglich, eine medizinische Abschlussarbeit zu schreiben. In den alten Bundesländern wurde man ÄrztIn ohne weitere Titelnzusätze.

Jenseits dieser Studienabschlüsse war es natürlich in beiden Systemen möglich, nicht aber zwingend vorgeschrieben, zu promovieren. Der Dokortitel als solcher gibt also keinerlei Aufschluss über den Ursprung eines Responders.

Als ostdeutsch wurde folglich gewertet, wer angab Diplom-Mediziner zu sein, sowie wer sowohl in der ehemaligen DDR geboren war als auch überwiegend dort studiert hatte. Analog dazu galt als westdeutsch, wer sowohl in den alten Ländern geboren war als auch überwiegend dort studiert hatte. Eine Herkunftsbestimmung als westdeutsch anhand von Titeln war nicht möglich.

Darüber hinaus besteht die rücklaufmindernde Möglichkeit, dass potenzielle Responder sich wie eine seltene, drollige Tierspezies beforscht fühlen und deshalb eine Antwort verweigern. Auch besteht die Gefahr, dass Responder aus (wohlmeinender) politischer Motivation heraus Angaben machen, die geplante Dichotomisierung unterlaufen, beispielsweise durch die Antwort „Ich bin Wossi.“ Vgl. auch Füchtner 1995, S. 13: „Wie ich im Folgenden zu zeigen versuche, hat sie [die Wiedervereinigung] weit mehr seelische Erschütterungen, Verletzungen und psychische Kosten verursacht, als zugegeben wird und als unvermeidlich gewesen wäre. Die Folgen davon sind in vielen Empfindlichkeiten und im gereizten Ton so mancher Diskussion spürbar.“

2.2.3 Häufigkeiten ost- bzw. westdeutscher Responder

Insgesamt 749 Menschen ließen sich als ost- oder westdeutsch kategorisieren, sowohl sie als auch die Praxisorte verteilten sich etwa hälftig auf die Stadt Berlin. Auffällig ungleich hingegen waren die Geschlechter über die Stadthälften verteilt: Im Osten wird die Allgemeinmedizin zu fast 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).

Die meisten Responder waren sicher als entweder ostdeutsch oder westdeutsch zu identifizieren. Von den übrigen Respondern waren noch einmal 175 Menschen Deutsche, deren ost- oder westdeutsche Herkunft sich anhand der Vorgaben nicht bestimmen ließ.¹⁴²

2.2.4 Stand der Forschung zu Ost-West-Differenzen

Ein seit dem Fall der Mauer oft angesprochenes Thema ist die Frage nach Unterschieden zwischen Ost und West. Die Antwort mag bei Wirtschaft, Infrastruktur und Politik von leidlicher Evidenz sein. Wirklich spannend, allerdings auch schwer zu fassen wird es, wenn es um Unterschiede im persönlichen Erleben und Auftreten der Menschen in Deutschland geht. Dies ist ein Punkt, zu dem es viel Meinung und wenig Wissen gibt. Jeder von uns besitzt seine eigene Sammlung an Vorurteilen und Überzeugungen¹⁴³, wie denn nun ‚die Wessis‘ oder ‚die Osis‘ seien. Folgerichtig spricht Gensicke von subjektiven Entfremdungserscheinungen bei objektiver Annäherung.¹⁴⁴ So ist denn auch einer der faszinierendsten Aspekte der hier vorliegenden

¹⁴² In die Rubrik ‚Deutsche ohne bestimmbare Herkunft‘ fanden Eingang:

- Personen, die von Ost nach West oder umgekehrt übersiedelt waren
- Personen, deren Angaben sich auf die Zeit vor der deutschen Teilung bezogen
- Personen, die angaben, Deutsche zu sein, deren Geburtsort oder Studienschwerpunkt aber im Ausland lag. Siehe auch Seite 82, Punkt IX. 2.2.2 Definition Ostdeutsch / Westdeutsch und Konstruktion der Variablen.

¹⁴³ Siehe Seite 79, Punkt IX. 2.2 Ein Ost-West-Vergleich.

¹⁴⁴ Vgl. Gensicke 1998, S. 198 sowie Fücks 1999, S. 9-12

Untersuchung die Frage, ob, inwieweit und aus welchem Grund sich ost- und westdeutsche ÄrztInnen in Berlin hinsichtlich ihrer Lebensqualität unterscheiden.

Während nun die Benennung der erhobenen Differenzen leicht fällt, erweist sich die Erklärung als wesentlich weniger einfach. Historisch und soziologisch gesprochen sind erst seit kurzem (eben erst seit dem Fall der Mauer) homogene Untersuchungen an beiden Bevölkerungsgruppen möglich. Die kurze Zeitspanne und die erst anlaufende Erforschung dieses Themas spiegeln sich denn auch in einer nur geringen Zahl wissenschaftlicher Arbeiten, die zur Erklärung der hier gefundenen Unterschiede herangezogen werden können.¹⁴⁵

So beschreibt auch Engler, wie sich der erst kurze historische Verlauf auf die Betrachtung von Unterschieden zwischen Ost- und Westdeutschen auswirken muss: „Die vergleichende Methode setzt den Unterschied voraus. Sie ist dann am ertragreichsten, wenn die Besonderheiten von Nationen und Völkern schon mit großer Genauigkeit bestimmt worden sind. Das ist für den ost-mitteleuropäischen Erfahrungskreis ganz offenkundig nicht der Fall. Selbst für ein abschließendes Urteil über die DDR ist es noch viel zu früh.“¹⁴⁶ Auch Füchtner sieht in der Kürze des historischen Verlaufs eine Schwierigkeit für neutrale Untersuchungen von Ost- und Westdeutschen.¹⁴⁷

Andererseits ist klar zu konstatieren, dass bei allem Sprengstoff und allen Empfindlichkeiten eine Untersuchung gerade zum Zeitpunkt des Geschehens (wozu ich – in historischen Dimensionen gedacht – auch den Zeitpunkt der vorliegenden Untersuchung zehn Jahre nach der Wiedervereinigung zähle) interessant und aufschlussreich ist. Eine kühle, nüchterne und unemotionale Betrachtung der im Verlauf von Jahrzehnten inzwischen nivellierten Verhältnisse und Gleichheiten wäre ein trauriger Verlust, eine verpasste Chance. Für Untersuchungen zum jetzigen Zeitpunkt gilt nur

¹⁴⁵ Gensicke 1998; Gensicke 1999; Füchtner 1995; Wirsching 2000; Diewald & Mayer; Probst 1999; Schluchter & Quint 2001

¹⁴⁶ Engler 1999, S. 8

¹⁴⁷ Vgl. Füchtner 1995, S. 13

eben, dass erhobene Unterschiede mit Augenmaß und Bedacht diskutiert werden müssen.

Zwar fanden sich signifikante Unterschiede zwischen den ost- und westdeutschen Respondern, die im Folgenden diskutiert werden. Aber bei der Bewertung dieser Differenzen bleibt neben der innenpolitischen Aussage die Frage nach ihrer Dimension und Relevanz im globalen oder zumindest europäischen Kontext. Teilweise sind die gefundenen Unterschiede, wenn auch richtungsweisend, so dennoch nur geringen Ausmaßes. In seiner Werteforschung an Ost- und Westdeutschen spricht auch Gensicke zu Ergebnissen von vorhandenen, aber nicht frappierenden Unterschieden. Er setzt seine Ergebnisse in Relation zu denen aus anderen Ländern und stellt (für seine Werteforschung geltend) fest, dass sich Ost und West zwar unterscheiden mögen, dass sich aber (im Vergleich mit anderen Staaten) innerhalb Deutschlands eher deutliche Ähnlichkeiten als substantielle Abweichungen finden.¹⁴⁸

Im Folgenden werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse der Erforschung Ost- und Westdeutscher vorgestellt und im Anschluss einige der deutlicheren oder interessanteren Ost-West-Differenzen dieser Erhebung diskutiert. Die jeweiligen, von mir gefundenen Differenzen werden zum leichteren Verständnis vor der Diskussion eines jeweiligen Punktes noch einmal schlaglichtartig benannt. Eine detailliertere Darstellung der hier diskutierten Differenzen sowie die hier nicht diskutierten Differenzen finden sich im Kapitel Ergebnisse.¹⁴⁹

2.2.4.1 Speyerer Werteforschung

In der Speyerer Werteforschung stellt Gensicke ethische (menschliche, Lebens-, sonstige) Werte in verschiedenen Kategorien zusammen, unter anderem die Pflicht- und Akzeptanzwerte (zu denen es gehört, Gesetz und Ordnung zu respektieren, nach Sicherheit zu streben, fleißig und ehrgeizig zu sein) und die idealistischen Selbstentfaltungswerte (zu denen es gehört, seine Phantasie und Kreativität zu ent-

¹⁴⁸ Gensicke 1998 S. 137-142

¹⁴⁹ Siehe Seiten 27 - 58.

wickeln, sozial Benachteiligten zu helfen, sich politisch zu engagieren).¹⁵⁰ Je nach dem Profil, das sich über die einzelnen Kategorien hinweg ergibt, teilt er untersuchte Menschen dann verschiedenen Wertetypen zu, nämlich den Typus des aktiven Realisten, der sowohl in der Kategorie der Pflicht- und Akzeptanzwerte als auch in der Kategorie der Selbstentfaltungswerte hohe Punktzahlen erzielt, und den Typus des nonkonformen Idealisten, der hohe Punktzahlen erzielt bei den Selbstentfaltungswerten, niedrige hingegen bei den Pflicht- und Akzeptanzwerten.¹⁵¹ Dabei fand Gensicke heraus, dass der Prozentsatz an aktiven Realisten in den neuen Bundesländern höher liegt als in den alten, der Prozentsatz der nonkonformen Idealisten hingegen im Westen unseres Landes höher ist als im Osten.

Gensicke bezeichnet die Wertesituation im Osten daher als produktiver strukturiert¹⁵² und begründet sie aus der anderen Sozialisation heraus. So waren Ostdeutsche früher selbstständig: die eigentliche Jugendphase war kürzer, sie studierten zügiger, stiegen früher ins Berufsleben ein, heirateten früher und bekamen früher Kinder.

Westdeutsche hingegen hatten eine viel längere Jugendphase sowie eine deutlich länger dauernde, eher praxisfernere Ausbildung oder Studium. Entsprechend entwickelten sie sehr hehre, hoch gesteckte Ziele und Ideale, die sie dann nicht so ohne weiteres erreichten.

2.2.4.2 Sozialökonomische Untersuchungen

Dehlinger und Ortmann maßen mit einer visuellen Analogskala die subjektive Gesundheitszufriedenheit in Ost und West.¹⁵³ Diese direkte Erfassung mag zwar methodisch weniger filigran und hintergründig sein und eben wegen der leichten Durchschaubarkeit auch leichter bewusste Falschantworten erhalten haben, doch kann man auch hier billigerweise von wahrheitsgemäßen Antworten ausgehen. Die von diesen Untersuchern erhobene ‚subjektive Gesundheitszufriedenheit‘ ähnelt in-

¹⁵⁰ Eine dritte, im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit jedoch irrelevante Werteklasse ist die der hedonistisch-materialistischen Selbstentfaltung.

¹⁵¹ Auch hier benennt Gensicke einen weiteren, für die vorliegende Untersuchung unwesentlichen Typus: den hedonistischen Materialisten.

¹⁵² Vgl. Gensicke 1999, S. 94

¹⁵³ Dehlinger & Ortmann 1992

haltlich der in der vorliegenden Untersuchung erfassten Dimension der Allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, der AGES des SF-36. Dehlinger und Ortmann fanden einen engen Zusammenhang zwischen subjektiver Gesundheitszufriedenheit und allgemeiner Lebenszufriedenheit. Und auch sie fanden, wie auch die Voruntersuchungen mit dem SF-36, bei den Männern mehr Zufriedenheit als bei den Frauen. Imposante Ost-West-Unterschiede fanden sie nicht.

2.2.5 Analyse und Interpretation der soziodemographischen Daten

Die in der vorliegenden Untersuchung erhobenen Daten stammen aus Ost- und Westberlin, die zur Interpretation herangezogene Literatur hingegen bezieht sich in der Regel auf die alten und neuen Bundesländer bzw. die BRD und die DDR. Sicherlich war Westberlin ebenso sehr ein sozialer Bestandteil der alten Bundesrepublik, wie Ostberlin ein sozialer Bestandteil der DDR war. Vor Aussagen über Berlin hinaus gilt es aber, im Einzelfall genau zu prüfen, ob und inwieweit die hier getroffenen Interpretationen von Unterschieden zwischen Ost- und Westberlin auch zwischen den alten und den neuen Ländern Gültigkeit haben.

2.2.5.1 Personenstand, Kinder

Einer der schnell ins Auge springenden demographischen Unterschiede des untersuchten Kollektivs ist der Personenstand. So sind Ostberliner Ärztinnen signifikant häufiger verheiratet als ihre Westberliner Kolleginnen. Und tendenziell gilt dasselbe für die Männer: im Westen häufiger single, im Osten häufiger verheiratet.¹⁵⁴

Bei den Frauen lässt sich dieses Ergebnis wie folgt erklären: In der DDR war die Frauenberufstätigkeit eine deutlich weiter verbreitete Tatsache, eine alltägliche Normalität. Der Ehestand ebenfalls. Daher existierte im Ostdeutschen nicht die Wahrnehmung eines Entweder-Oders, sondern eines Sowohl-Als-Auchs: selbstverständliche Frauenerwerbstätigkeit bei gleichzeitiger Beibehaltung aller familiären Aufgaben.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Vgl. auch Meulemann 2000, S. 107

¹⁵⁵ Vgl. Eifler 1999 S. 144-151

In der alten Bundesrepublik hingegen war Frauenerwerbstätigkeit längst nicht so selbstverständlich. Die geringe Zahl von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Westberlin liegt wohl darin begründet, dass Frauen zum Teil aus der Erhebung herausfielen, weil sie als Ehefrauen Familienarbeit nachgingen (sei es a priori, sei es nach Abschluss der ärztlichen Ausbildung) und zu einem weiteren Teil – eben um zusätzlich zum Beruf der Familienarbeit nachgehen zu können – eine angestellte Position bevorzugten.¹⁵⁶ Diese Frauen wurden mit der vorliegenden Umfrage unter Niedergelassenen nicht erreicht.¹⁵⁷

Ostdeutsche Frauen konnten sowohl heiraten als auch Ärztinnen sein und gerieten damit nicht in so auffälliger Weise in Interessenkonflikte.¹⁵⁸ Dass sich auch heute noch Unterschiede finden, liegt an den Folgen der unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen in Ost und West.

Die DDR als Staat hatte die Frauenbefreiung zu einem ihrer Ziele erklärt und die Umsetzung dieses Zieles darin gesehen, die Frauenerwerbstätigkeit zu fördern und eine Vereinbarkeit mit Familienarbeit zu ermöglichen (durch ausgedehnte Kinderbetreuungsmöglichkeiten von Krippe bis Ferienlager, durch einfaches Freistellen vom Dienst bei Not- und Krankheitsfällen, „Privat geht vor Katastrophe“). Darin unterschied sich die DDR grundlegend von der alten Bundesrepublik, in der bis zum Jahre 1958 verheiratete Frauen eine Berufstätigkeit von ihrem Ehemann sogar noch untersagt bekommen konnten und in der sich die Familienform des „Ernährers“ und der Hausfrau lange gehalten hatte. Unter anderem dieser Fakt führte in den alten Bundesländern zur zweiten Frauenbewegung seit den 70er Jahren. Es änderte sich in der Bundesrepublik Deutschland zwar zunächst wenig an der Erwerbssituation von Frauen, sie blieben weiterhin benachteiligt, aber der offene Diskurs unter anderem

¹⁵⁶ Vgl. Ellsbury, Schneeweiss, Montano et al. 1987, S. 898, sowie Cohen, Ferrier, Woodward et al. 1991, S. 50-53 und Elks 1996, S. 1281 und Bobula 1980, S. 826

¹⁵⁷ Eine Kollegin schrieb beispielsweise: „Ich habe meine Praxis aufgegeben, ich bin zur Zeit in der 37. SSW schwanger und erwarte das dritte Kind. Für mich selbst sehe ich keine Verbindungsmöglichkeit zwischen Praxistätigkeit und Familie, ich ziehe es daher vor, nicht mehr selbstständig zu arbeiten. Ich bin sehr froh, keine eigene Praxis mehr zu haben.“

¹⁵⁸ Vgl. Wehrich 1996, S. 215-228

über eben diese Benachteiligung erweiterte und wandelte die Wahrnehmung und das Bewusstsein vieler Menschen.¹⁵⁹

In der DDR hingegen wurde mit der Argumentationslinie, dass durch die Frauenerwerbstätigkeit die Befreiung der Frau schon erreicht sei, ein solcher Diskurs über Lebenssituationen unterbunden. Den Wandel der Wahrnehmung, wie er im Westen und in weiten Teilen der westlichen Welt stattfand, hat es in der DDR nicht gegeben.

Für den Osten Deutschlands ist also neben der Förderung der Frauenerwerbstätigkeit ein traditionelleres Rollenverständnis festzustellen, das zu einem Ausfüllen beider Rollen, der der Ärztin und der der Ehefrau, beigetragen hat. Dieses Rollenverständnis scheint bis heute Auswirkungen zu haben und erklärt, warum aus dem untersuchten Kollektiv weibliche Ostdeutsche häufiger verheiratet sind.

Für die Westberliner Ärztinnen gilt genau das Gegenteil. Die westliche Rezeption der Frauenrolle und die westdeutsche Sozialisation¹⁶⁰ mit langer Ausbildung führte zu einer späteren Familiengründung. Es ist konsistent mit dem Wertetypus des nonkonformen Idealisten, bei Unvereinbarkeit die Berufstätigkeit der Familiengründung vorzuziehen. Im erfassten Kollektiv scheinen sich die Westberliner Ärztinnen in der Tat häufiger für eine Berufstätigkeit und gegen die klassische Rolle einer Ehefrau entschieden zu haben, bzw. diejenigen, die andere Präferenzen gesetzt hatten, fielen aufgrund der Auswahl des Befragungskollektivs aus dieser Studie heraus.

Auch in der Zahl der Kinder, die im Haushalt leben, gibt es einen knapp signifikanten Unterschied: in den Haushalten der Westdeutschen finden sich Kinder häufiger. Dies scheint nur auf den allerersten Blick der obigen Aussage zu widersprechen, das die traditionelleren Familien- oder Lebensformen im Osten des Landes zu finden sind. Auf den zweiten Blick wird klar, dass es zum traditionellen Familienbild gehört, in jungen Jahren Kinder zu bekommen. So ist denn auch das Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes in den neuen Ländern niedriger als im früheren

¹⁵⁹ Vgl. Eifler 1999, S. 150

¹⁶⁰ Vgl. Klages & Gensicke 1999, S. 39

Bundesgebiet.¹⁶¹ Die in dieser Studie erfassten Kinder sind bei einer homogenen Altersstruktur und einem Durchschnittsalter aller befragten Ärztinnen von 50 Jahren bei den Ostdeutschen natürlich schon erwachsen und aus dem Hause. Sie wurden somit nicht erfasst.

2.2.5.2 Überproportionaler Frauenanteil in der Allgemeinmedizin in Ostberlin
„Westdeutschland, die alte Bundesrepublik, hat in den 1980er Jahren und nach 1989 keine dramatischen Beschleunigungen der gesellschaftlichen Entwicklung erfahren. Der auffälligste sozialstrukturelle Trend war die steigende Frauenerwerbstätigkeit, die aber weit unter dem DDR-Niveau oder dem skandinavischen Niveau blieb.“¹⁶² So hat zwar auch die Zahl der berufstätigen Ärztinnen im Westen zugenommen, sie liegt aber insgesamt immer noch deutlich unter dem Frauenanteil im Osten.¹⁶³ Die Medizin im Westen ist nach wie vor männerlastig, und zwar sowohl insgesamt als auch bei gesonderter Betrachtung nur der allgemeinmedizinischen Versorgung.¹⁶⁴

Die Allgemeinmedizin im Osten Berlins hingegen wird zu etwa drei Vierteln von Frauen ausgeübt. Die Ursache dafür liegt zu einem Teil an der geschilderten anderen Situation der Frauenerwerbstätigkeit.¹⁶⁵ Diese andere Situation allein erklärt allerdings noch nicht diesen überproportional hohen weiblichen Anteil. Es stellt sich daher die Frage, ob das Fach Allgemeinmedizin eine geschlechtsspezifische Besetzung aufweist.

Es gibt unterschiedliche Definitionen des Begriffs „Frauenfach“. Ist eine Disziplin dann ein Frauenfach, wenn mindestens 50 % der Professionellen Frauen sind? Oder reicht es schon, dass mehr Frauen diese Fachrichtung ausüben, als ihr Anteil am gesamten Arztberuf ausmacht? – In dieser Arbeit wird der Begriff Frauenfach verwandt, um eine medizinische Disziplin zu benennen, die von Frauen häufiger ergriffen wird als andere Disziplinen.

¹⁶¹ Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 34

¹⁶² Zapf 1996, S. 322

¹⁶³ Frauenanteil 1998: 33,8 % im alten Bundesgebiet gegenüber 49,1 % in den neuen Ländern.

¹⁶⁴ Bundes-Ärztregister 2001 sowie Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 237

¹⁶⁵ Siehe Seite 87, Punkt 2.2.5.1 Personenstand, Kinder.

Geht man also der Frage nach einem ‚Frauenfach Allgemeinmedizin‘ nach, so finden sich international zahlreiche Untersuchungen unter jeweils anderen sozialen und gesundheitssystembedingten Rahmenbedingungen. Aber es finden sich transkulturell einige Gemeinsamkeiten. So fällt auf, dass die beruflichen Laufbahnen von Frauen in der Medizin anders verlaufen als die von Männern. „Berufentscheidungen von Ärztinnen sind wahrscheinlich Reaktionen auf die begrenzten Möglichkeiten, die ihnen bei den institutionellen Barrieren bleiben.“¹⁶⁶

Frauen bevorzugen flexible, limitierte Arbeitszeiten zu sozial kompatiblen Uhrzeiten¹⁶⁷, die neben der Berufstätigkeit auch Familienarbeit ermöglichen.¹⁶⁸ So sehr die vorliegende Erhebung auch die langen Arbeitszeiten in der Allgemeinmedizin aufzeigt, so ist es für Frauen in diesem Fach doch eher möglich, diese benötigte Flexibilität und Sozialkompatibilität zu finden.

Darüber hinaus legen Frauen in stärkerem Maße als Männer Wert auf einen ganzheitlichen Ansatz mit interpersonalem Kontakt¹⁶⁹, das bei den Männern gefundene große Interesse an technisch aufwändigen Prozeduren findet sich unter den Frauen eher nicht¹⁷⁰ – auch diese Interessenlagen werden in der Allgemeinmedizin bedient. Eine weitere Besonderheit von Ärztinnen ist es, dass sie bevorzugt in Städten arbeiten und in ländlichen Gebieten weniger zu finden sind¹⁷¹ – diese Umfrage erfasste AllgemeinmedizinerInnen Berlins, also ohne jeden ländlichen Aspekt.

Einige Autoren benennen einen Kanon von Frauenfächern, über dessen genaue Zusammensetzung unterschiedliche Ansichten herrschen; einig ist man sich allerdings, dass die Allgemeinmedizin dazuzählt. Sie wird von fast allen Autoren aufgeführt.¹⁷²

¹⁶⁶ Lorber 1993, S. 63-76: „Occupational choices of women doctors are likely to be reactive responses to restricted options generated by institutional barriers.“ Zitiert nach Brooks 1998, S. 185

¹⁶⁷ Vgl. Mackie & Pattullo 1977

¹⁶⁸ Vgl. Bobula 1980, S. 832

¹⁶⁹ Vgl. Delgado, Martinez Canavate, García et al. 1999, S. 269

¹⁷⁰ Vgl. Zimny & Shelton 1982, S. 405

¹⁷¹ Vgl. Smith 2002 sowie Owen 1996 und Ellsbury, Schneeweiss, Montano et al. 1987

¹⁷² Vgl. Hojat, Gonnella & Xu 1995 sowie Mackie & Pattullo 1977

Auch bei Betrachtung aus der anderen Perspektive – also nicht: ‚Was ist ein Frauenfach?‘, sondern ‚Wie setzt sich die Schar der AllgemeinmedizinerInnen zusammen?‘ – findet sich eine deutliche Häufung von Frauen in der Allgemeinmedizin gegenüber ihrer (Unter-)repräsentation in anderen Fachdisziplinen.¹⁷³

2.2.5.3 Unterschiedliche Patientenzahlen und Wochenarbeitsstunden

Die Zahl der behandelten PatientInnen im abgefragten Zeitraum ist bei den Ostberliner KollegInnen hoch signifikant größer als bei ihren Westberliner KollegInnen und wie in zahlreichen Voruntersuchungen arbeiteten auch in der vorliegenden Untersuchung die Männer mehr Stunden als die Frauen.¹⁷⁴

Natürlich bedingen sich beide Parameter, die Patientenzahl und die Wochenarbeitszeit, gegenseitig. Als alleinige Erklärung füreinander reichen sie aber nicht aus.

Die auffallend diskrepanten Zahlen decken sich mit den Befunden des ZI, des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: „Der ostdeutsche Vertragsarzt betreut ... 15,5 % GKV-Versicherte mehr als sein westdeutscher Kollege. ... Wegen der höheren Fallzahlen pro Praxis im Osten ist der Zeiteinsatz insgesamt in der Ostarztpraxis im Jahr um 15 % höher.“¹⁷⁵

Es gibt mehrere mögliche Gründe für die höhere Zahl von Patienten. Eine Ursache ist die Versichertenstruktur. Während die Altersstruktur der gesamten Bevölkerung nicht wesentlich differiert¹⁷⁶, ist das Durchschnittsalter der GKV-Versicherten in den neuen Bundesländern höher.¹⁷⁷ Zudem findet sich in den neuen Bundesländern ein deutlich höherer Anteil GKV-Versicherter (und ein deutlich geringerer Teil privat versicherter PatientInnen.¹⁷⁸), also ein höherer Anteil solcher PatientInnen, die primär ih-

¹⁷³ Vgl. Cohen, Ferrier, Woodward et al. 1991 sowie Elks 1996 und Owen 1996

¹⁷⁴ Siehe Punkt 3. Demographische Daten im Kapitel Ergebnisse. Vgl. Arnetz 1977; Chambers & Belcher 1993; Richardsen & Burke 1991; Ducker 1987; Reimer & Jurkat 1996; Stern 1996; Reimer & Jurkat 1997; Bobula 1980, S. 829

¹⁷⁵ Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. 2000, S. 51-52

¹⁷⁶ Vgl. Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. 2000, S. 12

¹⁷⁷ Vgl. Kolbeck 2000, S. 36

¹⁷⁸ Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. 2001, S. 12: GKV 96,4 % Ost vs. 86,6 % GKV West sowie 2,1 % privat Ost vs. 10,7 % privat West.

ren Allgemeinmediziner aufsuchen, im Gegensatz zu privat Versicherten, die häufiger unter Umgehung des Koordinators Hausarzt zu einem Gebietsspezialisten gehen.

Zum anderen unterscheiden sich die Gesundheitsdaten der fünf neuen Länder nach wie vor von denen der alten Bundesländer. Es findet sich bei den epidemiologisch bedeutsamen Erkrankungen und Risikofaktoren¹⁷⁹ nahezu durchweg eine höhere Morbidität¹⁸⁰ und Mortalität im Osten Deutschlands, die entsprechend den Krankenstand erhöht¹⁸¹ und die statistische Lebenserwartung mindert¹⁸²: „Die Analyse der gesundheitlichen Lage der ostdeutschen Bevölkerung und ihrer medizinischen Versorgungssituation zeigt, dass man auch heute noch – zehn Jahre nach der Wiedervereinigung – von zum Teil erheblichen Unterschieden zwischen beiden Teilen Deutschlands ausgehen muss. Obwohl in den letzten Jahren große Anstrengungen zur Angleichung von Morbidität und Versorgung unternommen wurden, ist das Ziel, vergleichbare Bedingungen zu schaffen – insbesondere in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – noch nicht erreicht. Risikoprofile und Morbidität sind ... bei der ostdeutschen Bevölkerung stärker ausgeprägt als im Westen.“¹⁸³

Der dritte wesentliche Grund für die höheren Behandlungsfälle der untersuchten Ostberliner KollegInnen liegt in der Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Die Bevölkerung der neuen Länder geht häufiger zum Arzt. In den Jahren kurz nach der Wiedervereinigung fand sich dieses Phänomen stärker ausgeprägt.¹⁸⁴ Wie viele Unterschiede zwischen den beiden Teilen Deutschlands, hat sich auch dieses Auseinanderklaffen der Konsultationshäufigkeiten nivelliert.¹⁸⁵

¹⁷⁹ Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Tabak- und Alkoholkonsum, erhöhter BMI

¹⁸⁰ Vgl. Brenner 2001, S. A592

¹⁸¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 1999, S. 31-32, 56-57, 169

¹⁸² So liegt nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit 1999 die Lebenserwartung in den neuen Ländern etwa auf dem Niveau Portugals. (S. 56-57) „Die Sterblichkeit lag in den neuen Ländern weiterhin sehr viel höher als im früheren Bundesgebiet. Allerdings hat sich der Unterschied der Sterblichkeit weiter verringert.“ (S. 169)

¹⁸³ Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. 2000, S. 57

¹⁸⁴ Hoffmeister, Bellach 1995, zitiert nach Bergmann, Kamtsiuris 1999

¹⁸⁵ Vgl. Bergmann & Kamtsiuris 1999 S. S 139 sowie Brenner, Altenhofen, Bogumil et al. S. 17

Egalisiert allerdings hat es sich nicht, es trägt seinen Teil zu der höheren Zahl an Behandlungsfällen im Osten bei.

Diesem Mehr an Patienten und Betreuungsnotwendigkeit stehen geringere materielle wie personelle Ressourcen gegenüber.¹⁸⁶ Die einzige Möglichkeit, für die ostdeutsche Bevölkerung eine einigermaßen angemessene Versorgung zu gewährleisten, besteht also in einem zeitlichen Mehraufwand.¹⁸⁷

Natürlich spiegelt sich dieser Mehraufwand auch in der wöchentlichen Arbeitszeit¹⁸⁸ wider: „Wir beuten doch unser Personal und uns selbst durch längere Arbeitszeiten aus, indem wir wesentlich mehr Fälle behandeln“, erklärte dazu der Thüringer KV-Chef Dr. Wolf-Rüdiger Rudat.¹⁸⁹

Ein angesichts der Morbiditäts- und Konsultationsunterschiede nicht allzu sehr ins Gewicht fallender letzter Grund für die Mehrarbeit mag in der wirtschaftlichen Lage ostdeutscher Praxen bestehen. Sie sind nicht älter als die Wiedervereinigung und entsprechend kurz erst werden auch die durch die Praxisgründung entstandenen Schulden abgezahlt. Es ist davon auszugehen, dass bei der ursprünglichen Kalkulation mit einer – nun de facto nicht stattfindenden – Entlohnung auf Westniveau gerechnet wurde, sodass es sein mag, dass unter dem Druck der Kredite nun durch Mehrarbeit versucht wird, ein höheres Einkommen zu erzielen.¹⁹⁰

2.2.5.4 Soziale Interaktionen

Die unterschiedliche Sozialisation in Ost und West¹⁹¹ wurde inzwischen schon mehrfach angesprochen, sie ist der Dreh- und Angelpunkt für die Erklärung der gefundenen Unterschiede. Sich als Teil in ein Kollektiv einzupassen oder aber sich einzeln und frei selbst zu verwirklichen sind Ergebnisse unterschiedlicher Idealbilder. Weih-

¹⁸⁶ Vgl. Kolbeck 2000, S. 36

¹⁸⁷ Auch eine Umfrage der Ärztezeitung erhebt höhere Arbeitszeiten im Osten. Rudolph 2002

¹⁸⁸ Siehe Seite 37, Punkt 3.19 Wochenarbeitszeit

¹⁸⁹ Kolbeck 2000, S. 36

¹⁹⁰ Vgl. Brenner, Altenhofen, Bogumil et al., S. 9-10; siehe auch Seite 61, Punkt IX. 2.1.1.1.1 Finanzielle Aspekte.

¹⁹¹ Siehe Seite 85, Punkt 2.2.4.1 Speyerer Werteforschung.

rich spricht in diesem Zusammenhang von einer sozialistischen Lebensweise im Gegensatz zur individualistischen.¹⁹² Es hätte nahe gelegen, dass auf dieser Basis die Pflege der Sozialkontakte im Osten Berlins breiteren Raum einnimmt als im Westen.

Realiter verbringt die Ostberliner Subpopulation dieser Untersuchung allerdings weniger Zeit mit geselligen Aktivitäten. Angesichts der im vorigen Kapitel geschilderten längeren Arbeitszeiten verwundert das nicht. Es wäre selbst bei einer Normalverteilung der Geschlechter wirklichkeitsfremd zu erwarten, dass derjenige Teil der befragten Gruppe, der mehr Wochenstunden arbeitet, nach Feierabend eine höhere Stundenzahl mit geselligen Aktivitäten verbrächte. Die Ostberliner Subpopulation besteht aber überwiegend aus Frauen, sodass davon auszugehen ist, dass die Doppelbelastung aus Praxisarbeit und Familienarbeit kaum Zeit für gesellige Aktivitäten lässt.¹⁹³

2.2.5.5 Glaubensbindung in Ostberlin ohne Einfluss auf die Lebensqualität

Auf der Basis der vorausgegangenen Literaturanalyse war von zwei Voraussetzungen auszugehen: Erstens wurde damit gerechnet, dass – wie in Voruntersuchungen¹⁹⁴ – diejenigen hinsichtlich ihrer Lebensqualität profitierten, die in ihrem Glauben Halt fanden. Zweitens stand zu erwarten, dass im Osten Berlins wie in der gesamten ehemaligen DDR-Bevölkerung ein nur sehr kleiner Anteil der Befragten einer Kirche angehört.¹⁹⁵ Nun handelt es sich bei der Kircheng Zugehörigkeit natürlich nicht um ein Äquivalent für intrinsische Gläubigkeit. Die formelle Mitgliedschaft konnte aber als Maß einer ersten Abschätzung der Spiritualität ganz allgemein dienen, da sie mit Kirchengzugehörigkeit, Christlichkeit und auch Para-Gläubigkeit korreliert.

¹⁹² Vgl. Wehrich 1996, S. 226

¹⁹³ Vgl. auch Sundquist & Johansson 1999, S. 84

¹⁹⁴ z. B. Ayele, Mulligan, Gheorghiu et al. 1999

¹⁹⁵ „Zwischen West- und Ostdeutschland herrscht bezüglich der Konfessionsmitgliedschaft ein grundlegender Unterschied in den Normen. Während in Westdeutschland die Norm der Konfessionsmitgliedschaft immer noch Gültigkeit besitzt, hat sich in Ostdeutschland die Norm der Konfessionslosigkeit etabliert.“ Pickel 2000, S. 233

Im hier befragten Kollektiv fanden 27,5 % der Ost- und 42,4 % der Westdeutschen durch ihren Glauben Halt im Leben. Die Zahlen liegen somit im Niveau der Vergleichsliteratur.¹⁹⁶

2.2.5.5.1 Exkurs: Religionspolitik in der DDR

Die im befragten Kollektiv ungleich verteilte Glaubensbindung bestätigt die vielfach festgestellten gravierenden Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern¹⁹⁷ auch für Berlin: Die Konfessionsfreiheit ist im Osten sehr viel deutlicher ausgeprägt.¹⁹⁸ „Wie gezeigt, ist in Westdeutschland die Norm der Mitgliedschaft in einer Konfession der Ausgangspunkt der weiteren Betrachtungen. Auf der ostdeutschen Seite begründet die politische und gesellschaftliche Sozialisation in der ehemaligen DDR eine Norm oder Konvention der Nichtmitgliedschaft.“¹⁹⁹

Die Religionspolitik der DDR hatte darauf gezielt, den Einfluss der Kirche aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzudrängen. So wurden soziale wie bildungspolitische Privilegien, beispielsweise ein Platz an der EOS²⁰⁰ und damit der Zugang zu Abitur und Studium, in der Regel nur Systemtreuen und somit Nicht-Kirchlichen gewährt. „Kirchenaustritte wurden vor allem dadurch gefördert, dass gesellschaftliche Führungs- und Schlüsselberufe mit wenigen Ausnahmen nur erklärten Nichtchristen zugänglich gemacht wurden.“²⁰¹

Die Politik der SED brach bewusst mit religiöser Konvention.²⁰² Tradierte soziale Übereinkünfte in Form christlicher Gebräuche oder auch nur Sprachregelungen (wie etwa Konfirmation, Weihnachtslied, Weihnachtsbaum, Weihnachtsfernsehprogramm, Osterferien) wurden ersetzt durch weltliche Ausdrucksformen und Vokabeln (Jugend-

¹⁹⁶ Vgl. Pollack 2000 a, S. 19

¹⁹⁷ Vgl. Pollack 2000 b, S. 306 sowie Collmer 1993, S. 2

¹⁹⁸ Vgl. auch Pollack, Pickel 2000, S.15

¹⁹⁹ Pickel 2000, S. 217

²⁰⁰ Erweiterte Oberschule; entspricht in westdeutscher Sprachregelung einem naturwissenschaftlichen Gymnasium.

²⁰¹ Collmer 1993, S. 3

²⁰² Vgl. Neubert 2000, S. 377

weihe, Winterlied, Lichterbaum, Jahresendprogramm, Frühlingsferien).²⁰³ So war in der DDR eine religionsfreie Sozialisation die Regel.

2.2.5.5.2 Erklärungsansätze des (fehlenden) Zusammenhanges von Glaubensbindung und Lebensqualität

Eine notwendige Voraussetzung, um eine Bereitschaft für Glauben und Spiritualität zu entwickeln, ist eine Sozialisation in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die religiösen Diskurs erlaubten.²⁰⁴ Eben das war in der DDR nicht der Fall. Das hatte die von der DDR-Führung auch beabsichtigte Folge, dass Ostdeutsche weniger empfänglich für transzendente Inhalte jeglicher, auch außerkirchlich-außerchristlicher Couleur sind.²⁰⁵ Nun ist die außerkirchlich-außerchristliche Gläubigkeit schon in den alten Bundesländern deutlich geringer verbreitet²⁰⁶, als man vielleicht denken mag. Im Osten ist sie ja nicht einmal erwähnenswert häufig²⁰⁷, Usarski spricht hier von einer ‚religiösen Indifferenz‘ der Ostdeutschen.²⁰⁸

In der befragten Ostberliner Ärzteschaft fanden sich keinerlei Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Glaubensbindung, während in der Westberliner Subpopulation wie erwartet die seelischen Dimensionen des SF-36 (VITA, SOFU, EMRO und PSYC) positiv korrelierten. Das heißt: Diejenigen Westberliner KollegInnen, die Halt im Glauben fanden, profitierten in Bezug auf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die OstberlinerInnen hingegen profitierten von einer etwaigen Glaubensbindung nicht, sie trugen aber auch keinen Schaden davon. Diese Ostberliner Nicht-Auswirkung von Glaubensbindung auf die Lebensqualität ist unerwartet und bedarf daher eines genaueren Blickes.

Wie oben geschildert, waren sozial relevante Positionen in der DDR nur zu erlangen bei hinreichender Systemtreue. Wer trotz einer Glaubensbindung ÄrztIn werden

²⁰³ Bei der gern zitierten Jahresendfestflügelpuppe (= Weihnachtsengel) allerdings handelt es sich um eine kabarettistische Neuschöpfung. Dieses Wort war in der DDR nicht ernsthaft in Gebrauch.

²⁰⁴ Vgl. Usarski 2000, S. 320-321

²⁰⁵ Vgl. Neubert 2000, S. 378

²⁰⁶ Vgl. Pollack 2000 b, S. 301

²⁰⁷ Vgl. Pollack 2000 b, S. 307

²⁰⁸ Usarski 2000, S. 317-324

konnte, war fortgesetzt sozialem und / oder politischem Misstrauen und Druck ausgesetzt. Die in den alten Bundesländern verbreiteten „Mitläufer-Christen“ gab es in der DDR quasi nicht. „Mitglied einer konfessionellen Gemeinschaft zu sein, bedurfte in der DDR eher einer aktiven Entscheidung, als dies durch das fast automatische Hineinwachsen in die formale Kirchenmitgliedschaft in Westdeutschland der Fall ist. Wer Mitglied wurde, meinte es in der Regel auch ernst damit.“²⁰⁹

Menschen, die es mit dem Glauben so ernst meinten, dass sie trotz fortgesetzten Agitiertwerdens nicht abfielen, mussten in ihrer Selbstwahrnehmung die Leistung vollbringen, den ihnen so wichtigen Glauben nach außen hin darzustellen als etwas ihre Systemtreue nicht Beeinflussendes. Das ging so weit, dass der eigene Glauben als nach außen hin unwichtig erlebt wurde. Es ist denkbar, dass sich diese Erfahrung der Verleugnung und Abspaltung bis heute auswirkt. Dieser Lernprozess kann als kumulatives Endergebnis gehabt haben, dass der Glauben als ohne Einfluss auf die LQ wahrgenommen wird, oder er kann zur Folge haben, dass ein etwaiger Einfluss bis zur Insignifikanz abgeschwächt wird.

2.2.6 Zwischenresümee

Im vorliegenden Ost-West-Vergleich wurde festgestellt, dass die Ostberliner AllgemeinmedizinerInnen auf den psychischen Skalen des SF-36 besser abschnitten als die Westberliner. Dieses Ergebnis ist um so bemerkenswerter, als zum einen die Ostberliner Subpopulation zu fast drei Vierteln aus (im SF-36 regelhaft schlechter abscheidenden) Frauen besteht und zum anderen die oben beschriebenen Faktoren Arbeitszeit, PatientInnenzahl und Nichtteilnahme an Geselligkeit eine schlechtere Lebensqualität hätten erwarten lassen. Diese Unterschiede in der subjektiven Lebensqualität liegen offensichtlich an Sozialisationsunterschieden zwischen Ost und West; der im Osten häufigere Wertetypus des aktiven Realisten scheint auf dem SF-36 höhere Werte zu erzielen als der im Westen häufigere Typus des nonkonformen Idealisten.

²⁰⁹ Collmer 1993, S. 19

3. Ausblick

3.1 Stadt-Land-Vergleich

Die Befunde dieser Arbeit wurden in einer Großstadt erhoben, die den Vorteil bietet, sowohl Osten als auch Westen zu sein. Einen hochinteressanten Aspekt der gLQ von AllgemeinmedizinerInnen konnte sie damit aber nicht beleuchten: Gibt es Stadt-Land-Unterschiede in der Lebensqualität von ÄrztInnen? Und bestehen die Ost-West-Unterschiede auf dem Lande ebenfalls?

Der Behauptung, die geringe LQ läge an der Stadt, ist dadurch, dass auch die Referenzpopulation aus dem BGS98 nur aus Großstädtern bestand, die Kraft genommen. Wenn eine schlechte Lebensqualität aber auch bei Landärzten gemessen wird, zeigt sich noch deutlicher als mit der vorliegenden Arbeit allein, dass die Lebensqualitätsminderung am Beruf beziehungsweise an den Begleitumständen des Berufes liegt.

3.2 Internationaler Vergleich

Die schon kurz angesprochene Frage nach universellen oder doch internationalen Faktoren, die die ärztliche Lebensqualität beeinflussen²¹⁰, muss in weiteren Untersuchungen geklärt werden. Damit ließe sich erkennen, welche Wertigkeit die Berliner Ergebnisse auch jenseits von Deutschland haben.

Die Ost-West-Unterschiede im Wertesystem beispielsweise, die Gensicke²¹¹ erfasste, relativierten sich im internationalen Vergleich. In Analogie dazu besteht die Möglichkeit, dass es international Ärzten regelhaft schlechter geht als sozioökonomisch äquivalenten Referenzpopulationen, dass sich also Ähnliches auch andernorts zeigt.

In Vorbereitung dieser Studie wurden internationale Untersuchungen zum ärztlichen Wohlergehen (Stress, Burn-out, Arbeitszufriedenheit) näher betrachtet, die die Situation in Australien, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Neuseeland, Norwegen,

²¹⁰ Siehe Seite 69, Punkt IX. 2.1.1.1.3 Zeitmangel.

²¹¹ Vgl. Klages & Gensicke 1999 sowie Gensicke 1999

Schweden, Spanien, Südafrika, Taiwan und den USA näher untersuchten.²¹² Diese Arbeiten lassen wie bereits erwähnt keine direkten Vergleiche mit der gLQ der vorliegenden Untersuchung zu. Sie erlauben aber, wie gezeigt wurde, auf deskriptivem Niveau Erörterungen im Vergleich mit Einzeldimensionen des SF-36.²¹³

Die eigentliche gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erforschen, ist innerhalb von Nicht-Patienten-Kollektiven ein doch noch relativ junger Wissenschaftszweig. So fand ich denn auch nur zwei Arbeiten, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Allgemeinmedizinern standardisiert maßen. Auf sie wird im Folgenden kurz eingegangen.

In einer norwegischen Studie²¹⁴ wurde festgestellt, dass innerhalb des Landes die Allgemeinmediziner zwar besser als die einheimische Normalbevölkerung, aber schlechter als eine dortige akademische Referenzpopulation abschnitten. Vergleicht man die in dem Aufsatz aufgeführten Skalenwerte mit den von mir erhobenen (deutschen, Berliner) Ergebnissen, so zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein signifikant schlechteres Abschneiden der Berliner Population gegenüber ihren norwegischen KollegInnen.²¹⁵

Eine schwedische Veröffentlichung²¹⁶ wählte eine sehr unkonventionelle und nicht mit dem SF-36-Manual²¹⁷ konform gehende Darstellungsweise, sodass die Vergleichbarkeit limitiert ist. Eine Bewertung muss daher vorbehaltlich der korrekten Interpretation des gelieferten Datenmaterials erfolgen.²¹⁸ Hierbei gewann ich den Eindruck, dass das in Berlin befragte Kollektiv schlechter abschnitt als das schwedische.

²¹² Vgl. Joffe 1988; Kragstrup & Mabeck 1993; Olkinuora, Asp, Juntunen et al. 1990; Chambers, Wall & Campbell 1996; Jenkins 1998; Staven, Hofoss, Aasland et al. 2001; Sundquist & Johansson 2000; de Pablo Gonzalez & Suberviola Gonzalez 1998; Schweitzer 1994; Lee & Chou 1991; Battle 1981

²¹³ Siehe Seite 75, Punkt 2.1.3.2.3.1 Burn-out.

²¹⁴ Staven, Hofoss, Aasland et al. 2001

²¹⁵ Mit Ausnahme des Ausreißers SCHM sind die Differenzen alle hoch signifikant (***).

²¹⁶ Sundquist & Johansson 2000

²¹⁷ Ware, Snow, Kosinski et al. 1993

²¹⁸ So ist aufgrund der Datenpräsentation anzunehmen, nicht aber bewiesen, dass nicht die Werte der einzelnen Dimensionen aufgeführt wurden, sondern deren Differenz zu Hundert. Dies geschah darüber hinaus nur mit den Werten für Frauen. Die Werte der männlichen Subpopulation wurden wiederum

Beide Untersuchungen erlauben eine vergleichende Betrachtung der Situation von AllgemeinmedizinerInnen nur abschätzend. Für die weitere Forschung sind vergleichende Lebensqualitäts-Studien zwischen deutschen und ausländischen AllgemeinärztInnen sinnvoll.