

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Qualitative Befragung von Hausärzten aus unterschiedlichen
Versorgungsformen zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen einer
Interventionsstudie der Pharmakotherapie bei herzinsuffizienten
Patienten

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von
Lena Cynthia Kruse
aus Flensburg

Datum der Promotion: 05.12.2014

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	5
Abstract	7
1 Einleitung	9
1.1 Primärärztliche Versorgung in Deutschland	9
1.1.1 Der Hausarzt im Wandel	9
1.1.2 Aktuelle Versorgungssituation und Problematik der Allgemeinmedizin in Deutschland	11
1.1.3 Arbeitszufriedenheit und Physician Factor	14
1.1.4 Medizinische Versorgungszentren	16
1.2 Bedeutung von evidence-based-medicine in der hausärztlichen Versorgung	18
1.2.1 Leitlinien: Definition und Zielsetzung	19
1.2.2 Barrieren und Möglichkeiten der Implementierung von Leitlinien	20
1.2.3 Remindersysteme	22
1.2.4 Diskussion und Ausblick	23
1.3 Fragestellungen	24
2 Material und Methoden	27
2.1 Studienhintergründe	27
2.1.1 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns	27
2.1.2 Übersicht des Studienablaufs	29
2.2 Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung	29
2.2.1 Rekrutierung der Studienärzte	29
2.2.2 Das Remindersystem	30
2.2.3 Entwicklung des Leitfadens und des Kurzfragebogens	31
2.2.4 Das Interviewtraining	34
2.3 Datenerhebung	35
2.4 Auswertung der Daten	36
2.4.1 Transkription	36
2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	37
3 Ergebnisse	41
3.1 Ergebnisse der Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten	41
3.1.1 Charakterisierung der befragten niedergelassenen Hausärzte	41
3.1.2 Interviews	42
3.1.3 Beschreibung der Arbeitszufriedenheit	42
3.1.3.1 Persönliche Beweggründe und Vorstellungen	43
3.1.3.2 Einflussfaktoren und Barrieren im klinischen Alltag	46
3.1.3.3 Medizinische Versorgungsstrukturen	52
3.1.4 Darstellung der Implementierung von Leitlinien mit Hilfe des Remindersystems	56
3.1.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten	60
3.2 Ergebnisse der Interviews mit den Ärzten des MVZ	61
3.2.1 Charakterisierung der befragten Ärzte des MVZ	61

3.2.2 Interviews	62
3.2.3 Beschreibung der Arbeitszufriedenheit	63
3.2.3.1 Persönliche Beweggründe und Vorstellungen	63
3.2.3.2 Einflussfaktoren und Barrieren im klinischen Alltag	64
3.2.3.3 Medizinische Versorgungsstrukturen	71
3.2.4 Darstellung der Implementierung von Leitlinien mit Hilfe des Remindersystems	72
3.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Interviews mit den Ärzten des MVZ	74
4 Diskussion	76
4.1 Methodendiskussion	76
4.1.1 Zusammensetzung und Rekrutierung der Interviewpartner	76
4.1.2 Leitfadeninterview und qualitative Analyse	78
4.2 Diskussion der inhaltlichen Kategorien	79
4.2.1 Einschätzung der gegenwärtigen Situation der Arbeitszufriedenheit	80
4.2.2 Möglichkeiten zur Implementierung von Leitlinien in verschiedenen Versorgungseinrichtungen	90
4.3 Übersicht der Hypothesen	94
4.4 Résumé und Ausblick	96
5 Literaturverzeichnis	98
6 Tabellenverzeichnis	106
7 Abkürzungsverzeichnis	107
Danksagung	108
Curriculum Vitae	109
Eidesstattliche Erklärung	111

Anmerkung: Die Lesbarkeit der Arbeit erfordert eine kohärente Schreibweise, die natürlich männliche und weibliche Personen umfasst. Die Lesenden werden ausdrücklich darum gebeten, z.B. „Hausärztinnen und Hausärzte“ zu denken, wo nur „Hausärzte“ steht.

Abstrakt

Einleitung

Aufgrund der hohen Relevanz optimierter Pharmakotherapie bei herzinsuffizienten Patienten ist die Analyse des Umgangs von Allgemeinärzten mit Leitlinien von besonderer Bedeutung. Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten sowie deren Auswirkungen auf die Versorgungsrealität werden unter dem Begriff „Physician Factor“ zusammengefasst, weshalb dieser in Bezug auf die Leitlinienimplementierung in die Untersuchung mit einfließen soll und im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht.

Als Hypothese dieser Studie wurde davon ausgegangen, dass das Management großer MVZ durch verbesserte organisatorische Rahmenbedingungen zu einer Steigerung der ärztlichen Arbeitszufriedenheit führt, die eher als herkömmliche Praxen die Voraussetzung für die Umsetzung einer Leitlinie schafft und in einer optimierten Versorgungsqualität resultiert. Zur Untersuchung dieses Sachverhalts, mit besonderem Fokus auf Physician Factor und Leitlinienimplementierung, diente ein computergestütztes Remindersystem in Praxen und MVZs (befragt wurden ausschließlich angestellte Allgemeinärzte).

Methodik

Es erfolgte eine qualitative Befragung in Form eines strukturierten Leitfaden- Interviews für die sieben niedergelassene Ärzte in Individual- und Gemeinschaftspraxen im Berliner Raum sowie sieben Ärzte eines großen Berliner MVZ gewonnen werden konnten. Die Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet, im Anschluss erfolgten die Transkribierung der Interviews sowie die Auswertung der verschriftlichten Interviews mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse. Für die Auswertung der Gespräche erwies sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring besonders geeignet. Ergänzend fand eine Auswahl an quantitativer Datenerhebung anhand von Kurzfragebögen statt.

Ergebnisse

Der Großteil der Ärzte beschrieb sich als zufrieden mit ihrer beruflichen Situation. Die Wahl des Arbeitsplatzes unterlag soziodemografischen und psychosozialen Aspekten der Ärzte, der Wahrnehmung der professionellen Autonomie, monetären Faktoren,

Risikoerleben sowie Gendereinflüssen. Als negativ beeinflussende Faktoren der Arbeitszufriedenheit wurden bei allen Studienärzten administrative Tätigkeiten, wirtschaftlicher Druck, hohe Arbeitsbelastung und Zeitdruck genannt.

Leitlinien sahen alle Ärzte als hilfreiche Unterstützung im klinischen Alltag an, die sie in ihrer Therapie absichere und dazu diene, die Behandlung zu optimieren. Die Implementierung von Leitlinien erfolgte über Fachzeitschriften, Fortbildungen, Handouts und das Internet. Es herrschte bei allen Ärzten kein einheitlicher, in regelmäßigen zeitlichen Abständen erfolgender Zugriff auf Leitlinien.

Das Remindersystem konnte in den niedergelassenen Praxen nur ungenügend angewandt werden. Im MVZ wurde es von allen teilnehmenden Studienärzten benutzt. Generell gaben die Ärzte an, dass ein Remindersystem im Alltag eine sinnvolle Hilfestellung wäre, die technisch jedoch optimiert werden müsse.

Schlussfolgerung

In Hinblick auf die enormen Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen sollten weitere Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen von Ärzten in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen erfolgen, um durch verbesserte organisatorische Rahmenbedingungen Möglichkeiten zu schaffen, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und hierdurch die Patientenversorgung zu optimieren. Gleichmaßen sollten innovative Umsetzungsstrategien entwickelt werden, die im klinischen Alltag erfolgreich und unkompliziert Anwendung finden und den Arzt bei der Implementierung von Leitlinien dienlich sind.

Abstract

Introduction

Because it is important that the pharmacotherapy of patients suffering from heart failure be conducted optimally, it is particularly important to analyze the way in which physicians use guidelines. Factors influencing physicians' working situations, their workplace satisfaction, and their behavior as well as the impact thereof on medical services are subsumed under the term Physician Factor. These factors thus played a central role in our investigation of guideline implementation and stand in the center of the work at hand.

The hypothesis of this study was that improving the way that large medical service centers are organized and managed also improves physicians' workplace satisfaction, thereby supplying the preconditions for guideline implementation and optimizing care quality. To investigate whether or not this is the case, we used a computer-based reminder system, in both private praxes and large medical service facilities. Regardless of workplace type, all of survey respondents were full-time general practitioners. Special focus was put on the Physician Factor as well as on guideline implementation.

Methodology

We administered a qualitative questionnaire, which took the form of a structured interview based on an interview handbook, to fourteen physicians: seven physicians working in private practice – either individual or joint praxes – in the Berlin area, and seven physicians working in a large medical service center within Berlin. The interviews were recorded, transcribed, and then the transcripts were evaluated using Mayring's method of qualitative content analysis, which proved to be particularly appropriate in this case. We also collected a variety of quantitative data using short questionnaires.

Results

The majority of the physicians described themselves as satisfied with their professional situations. Their choices of workplace were governed by socio-demographic and psychological factors, monetary factors, risk experience, their perceptions about professional autonomy, as well as gender-related factors.

As for negative influences on workplace satisfaction, all of the physicians taking part in the study mentioned administrative duties, economic pressure, workload, and time pressure.

All of the physicians saw guidelines as helpful to their everyday clinical practice, helping to optimize treatment and provide them with peace of mind. Guidelines were made accessible through professional publications, continuing education, flyers and handouts, as well as the internet. None of the physicians accessed guidelines in any coherent or regular way.

The reminder system could not be implemented sufficiently in the private praxes. In the medical service centers, however, it was used by all of the physicians taking part in the study. In general, the physicians thought that although a reminder system would make sense in their daily work, the technology was still in need of improvement.

Conclusion

Because of the enormous changes in the German healthcare system, there should be further study of the physicians' working conditions in different types of care facilities. The improved organizational framework that would result from our increased understanding would increase physicians' workplace satisfaction, thereby improving the care patients receive. Furthermore, innovative implementation strategies should be developed that can be successfully and straightforwardly applied in daily clinical life to help physicians implement guidelines.

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist ein Teilprojekt des Studienvorhabens „Innovative Umsetzungsstrategien zur Implementierung der Leitlinie ‘Chronische Herzinsuffizienz‘“, das vom Institut für Allgemeinmedizin der Charité im Zeitraum von 2006 bis 2010 durchgeführt wurde.

Gegenstand des Studienvorhabens, an dem im Berliner Raum praktizierende Allgemeinmediziner teilnahmen, ist die Untersuchung der Implementierung von Leitlinien im Praxisalltag und die daraus resultierende Verbesserung der Pharmakotherapie herzinsuffizienter Patienten. Aufgrund der hohen Relevanz optimierter Pharmakotherapie bei chronischer Herzinsuffizienz (HI) ist die Analyse des Umgangs von Hausärzten mit Leitlinien von besonderer Bedeutung. Einflussfaktoren des ärztlichen Handelns stellt der Physician Factor dar, die Arbeitssituation und Arbeitszufriedenheit des Arztes, weshalb dieser in Bezug auf die Leitlinienimplementierung in die Untersuchung mit einfließen soll.

In das Forschungsprojekt sind Längs- und Querschnittsstudien integriert, für die quantitative Forschungsansätze (Fragebögen) genutzt wurden und in deren Anschluss die vorliegende qualitative Arbeit (Analyse von Interviews) durchgeführt wurde. Im Zentrum der vorliegenden qualitativen Arbeit steht die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern in unterschiedlichen Versorgungssystemen (MVZ versus niedergelassene Hausarztpraxen). Dieses wird vor dem Hintergrund der Implementierung von Leitlinien mithilfe computergestützter Remindersysteme und deren Anwendung im Praxisalltag beleuchtet.

1.1 Primärärztliche Versorgung in Deutschland

1.1.1 Der Hausarzt im Wandel

Die Allgemeinmedizin in Deutschland unterliegt im Laufe der letzten Jahrzehnte einem tief greifenden Wandel, der eine Neudefinition der hausärztlichen Rolle mit sich bringt und sich voraussichtlich ausweiten und verstärken wird (*Gerlach, 2002*).

Neben strukturellen und organisatorischen Veränderungen im Gesundheitswesen vollzieht sich eine Veränderung von einer individualisierten Medizin hin zu einer eher

standardisierten Medizin, die sich durch praktische Kompetenz und unabhängiges, nachprüfbar wissenschaftliches Regelwissen auszeichnet (*Szecsényi et al., 2003*). Diese Entwicklung macht sich insbesondere im niedergelassenen Bereich der primärärztlichen Versorgung bemerkbar.

Der Hausarzt sieht sich mit immer komplexeren Versorgungsstrukturen, veränderten Patientenerwartungen, technisch-wissenschaftlichen Innovationen, erhöhtem wirtschaftlichen Druck und neuen rechtlichen Anforderungen konfrontiert (*Friedrich, 2005*) und wird gefordert, sich flexibel den Veränderungen des Gesundheitswesens anzupassen.

Hausärztliche Tätigkeit wird in Deutschland einerseits durch Fachärzte für Allgemeinmedizin ausgeübt, andererseits auch durch Ärzte anderer Qualifizierung, wie Internisten oder Pädiatern.

Grundsätzlich beinhaltet der Anspruch des Allgemeinmediziners, bei der Behandlung der Patienten die körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte zu berücksichtigen.

Laut Definition der DEGAM (*Homepage der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, abgerufen Mai 2011*) beinhaltet der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin folgende Aspekte:

- die *primärärztliche Filter- und Steuerfunktion*, insbesondere die angemessene und gegenüber Patient und Gesellschaft verantwortliche Stufendiagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Fachspezialisten;
- die *haus- und familienärztliche Funktion*, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch);
- die *Gesundheitsbildungsfunktion*, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde;
- die *Koordinations- und Integrationsfunktion*, insbesondere die gezielte Zuweisung zu Spezialisten, die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen, das Zusammenführen und Bewerten aller Ergebnisse und deren kontinuierliche Dokumentation sowie die Vermittlung von Hilfe und Pflege des Patienten in seinem Umfeld.

In der primärärztlichen Versorgung stellt es für Hausärzte jedoch eine immer größer werdende Herausforderung dar, den genannten Ansprüchen gerecht zu werden und sie im Praxisalltag zu realisieren.

Ein an der Quantität der Patientenversorgung orientiertes Honorierungssystem, das mit einem enormen Zeitdruck in der Behandlung und hohen Durchlaufzahlen von Patienten einhergeht und durch zunehmende Bürokratisierung, Richtgrößen sowie administrative Tätigkeiten verstärkt wird, bildet die Rahmenbedingung für ärztliches Handeln und erschwert die patientengerechte Versorgung.

Die mit Umstrukturierungen und Änderungen im Gesundheitssystem einhergehende Neudefinition der Rolle des Hausarztes (*Gerlach, 2002*) fordert Umdenkungsprozesse seitens der Ärzteschaft und Flexibilität der Allgemeinmedizin, sich in gleichem Maße wie das Gesundheitswesen weiterzuentwickeln. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um den Anforderungen des Gesundheitssystems sowie den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden (*Allen et al., 2002*).

1.1.2 Aktuelle Versorgungssituation und Problematik der Allgemeinmedizin in Deutschland

Zum Jahresende 2010 gab es 51.324 Hausärzte in Deutschland. Ihr Altersdurchschnitt lag bei 53,2 Jahren, wobei 14.239 (24,9%) aller Ärzte 60 oder älter waren. In den nächsten zehn Jahren werden – je nach Bundesland - zwischen 38%-49% der aktuell tätigen Hausärzte altershalber die Praxis aufgeben (*Homepage der Bundesärztekammer und KBV, abgerufen Mai 2011*). Gleichzeitig entscheiden sich immer weniger junge Ärzte und Ärztinnen nach dem Studium für den Beruf des Hausarztes (*Buddeberg-Fischer et al., 2008*). Der hausärztliche Nachwuchs fehlt, so dass die Ärzte, die in den kommenden Jahren aus dem Beruf ausscheiden, eine schwer zu schließende Lücke hinterlassen werden. Studien der KBV zufolge wird im Jahre 2020 mit etwa 7000 weniger Hausärzten als 2010 gerechnet werden müssen. Ändert sich das nicht, wird in vielen Teilen Deutschlands die flächendeckende hausärztliche Versorgung nicht mehr gewährleistet sein (*Homepage der Bundesärztekammer und KBV, abgerufen Mai 2011*).

Doch gerade die Sicherung der Zukunft der hausärztlichen Medizin stellt aufgrund des demographischen Wandels und des zunehmenden Mangels an ambulanter medizinischer Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten und in den neuen

Bundesländern, einen notwendigen Aspekt dar. Veränderungen im Morbiditätsspektrum mit vermehrt komorbiden und älteren Patienten sowie eine Verschiebung weg von akuten Erkrankungen, hin zur Betreuung chronisch Kranker benötigen einen Arzt, der die kranke Person als Ganzes im Blick hat und die Koordination verschiedener spezialärztlicher Befunde und Therapieempfehlungen übernimmt (*Buddeberg-Fischer et al., 2008; Korzilius, 2005; Abholz, 2007*). Der Hausarzt erfüllt hier vermehrt die Aufgabe der Patientenbetreuung, einschließlich der psychosozialen Beratung (*Hohner, 1997*).

Aktuellen Studien zufolge scheint der Hausarztberuf jedoch auf Grund unterschiedlicher Aspekte vor allem für junge Ärzte unattraktiv zu sein (*Kiolbassa et al., 2011*). Hohe Arbeitsbelastung, im Vergleich zu den spezialärztlichen Kollegen ein oft niedrigeres Einkommen und hohe Praxiseinrichtungskredite mit entsprechenden Zins- und Tilgungsbelastungen stellen einige der am häufigsten genannten Argumente dar, die gegen den Beruf des Hausarztes sprechen (*Buddeberg-Fischer et al., 2007*). Des Weiteren sehen sich angehende Allgemeinmediziner in Deutschland im internationalen Vergleich mit oft nur begrenzten Weiterbildungsmöglichkeiten konfrontiert (*Siebolds et al., 2006; Sammut et al., 2008*). Weitere Argumente, die gegen die Hausarztztätigkeit sprechen und insbesondere auf Berufsanfänger abschreckend wirken, sind die unsichere Entwicklung der Allgemeinmedizin, hauptsächlich in Bezug auf das derzeit niedrige Einkommensniveau, verbunden mit unverhältnismäßigem administrativen Aufwand, zeitlicher Belastung und einem niedrigen Prestige im Gegensatz zu anderen Fachspezialisierungen (*Natanzon et al., 2010; Newton et al. 2004*).

Als Faktoren, die die Allgemeinmedizin attraktiv machen, werden die Vielseitigkeit der Tätigkeit, das breite Patientenspektrum und die Kontinuität der Arzt-Patienten-Beziehung genannt (*Buddeberg-Fischer et al., 2008*).

Während vor einigen Jahren der Hausarzt noch häufig für seinen Beruf lebte, seine Zeit ärztlichen Tätigkeiten widmete und es selbstverständlich war, die eigene Praxis für die Dauer des gesamten Berufslebens zu führen, erscheinen heute Aspekte wie Familie, Individualität und Freizeit eine wichtigere Rolle einzunehmen. Vor allem junge Ärzte möchten sich im persönlichen und beruflichen Leben ein möglichst großes Maß an Flexibilität bewahren und treffen schwerer die Entscheidung, sich selbstständig zu machen und somit standortgebunden arbeiten zu müssen (*Watson et al., 2006; Buddeberg-Fischer et al., 2002*).

Ein weiterer Einflussfaktor, der die Hausarztmedizin in ihrer Struktur verändert, ist die zunehmende Feminisierung in der Medizin. Betrachtet man die Zahl der berufstätigen Ärztinnen in Deutschland, so ist festzustellen, dass diese seit 1991 von 81 981 auf 137 574 im Jahre 2009 (+67,81 %) gestiegen ist. Somit ist aktuell ein Frauenanteil von 42,21 % insgesamt zu verzeichnen. Der Anteil weiblicher Studierenden betrug 2008 63% (*Homepage der Bundesärztekammer und KBV, abgerufen Mai 2011*). Frauen arbeiten in der Mehrheit bevorzugt in Teilzeit, um Arbeit und Familie miteinander zu vereinbaren. Dieses erfordert, dass mehr Ärzte ausgebildet werden müssen, damit die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden kann (*Latala et al., 2009; Gensch, 2007*).

Der Wunsch zu größerer Flexibilität zeigt sich auch bei den angestrebten Modellen der beruflichen Tätigkeit. Die große Mehrzahl junger Ärzte plant eine Tätigkeit in einer Gruppenpraxis. Ältere Hausärzte wiederum schätzen die Vorteile der Niederlassung und die damit verbundene Selbstständigkeit, die zu mehr Eigenbestimmung und Gestaltungsfreiheit des Berufsalltags führen können, jedoch auch häufig die Gefahr der Isolation gegenüber fachlicher Kooperation in sich birgt (*Buddeberg et al., 2007*).

Die Tendenz zeigt, dass sich auch Hausärzte vermehrt zu Netzwerken zusammenschließen oder zusammen mit Ärzten anderer Fachgebiete und Angehörigen anderer im Gesundheitswesen tätiger Personen privat organisierte und finanzierte Gesundheitszentren führen. Gab es im Jahr 1990 noch 14.736 Gemeinschaftspraxen, sind es heute fast 5.000 mehr (*KBV, Stand: 31.12.2009*).

Eine Gruppenpraxis weist insbesondere für Berufsanfänger Vorteile auf: eine bessere fachliche Kooperation, Umverteilung des Betriebsaufwandes, Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit und gegenseitige Vertretung (*Mayorova et al., 2005; Buddeberg-Fischer et al., 2007*).

Die Komplexität der Aufgaben und Anforderungen an den Allgemeinarzt macht deutlich, dass Kooperationsmodelle am ehesten eine Lösung darstellen, optimierte Arbeitsbedingungen und die Voraussetzung für eine adäquate medizinische Versorgung zu schaffen.

Grundlage hierfür könnte eine intensiviertere Vernetzung von Versorgungsstrukturen sein, wie sie zum Beispiel in Medizinischen Versorgungszentren realisiert wird.

1.1.3 Arbeitszufriedenheit und Physician Factor

Immer häufiger geben Ärzte an, ihre Arbeit als belastend zu empfinden und durch den Einfluss verschiedener Stressoren an Schlafverlust, Müdigkeit und Erschöpfung bis hin zum Burnout zu leiden (*Bergner, 2004*). Dies beeinflusst einerseits das Arbeits- und Privatleben, kann sich andererseits jedoch auch negativ auf die Versorgungsqualität ausüben und zu einer höheren klinischen Entscheidungsunsicherheit führen, wodurch die Fähigkeit, ärztliche Verrichtungen adäquat, verantwortungsvoll und fehlerfrei auszuführen, sinkt (*Gothe et al., 2007, DeVoe et al., 2002*).

Studien zu diesem Thema zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit von Ärzten nicht nur mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden von Ärzten eng assoziiert ist, sondern auch mit der Patientenzufriedenheit (*Haas et al., 2000*) und mit der gesamten Behandlungsqualität (*Kassirer, 1998*). Belastende Arbeitsbedingungen können sich in unzureichenden Arbeitsergebnissen und negativen Resultaten auf Patientenseite ausdrücken. Dadurch nimmt die Versorgungsqualität ab, was eine Kostenzunahme für den einzelnen Arzt, die Institution in der er tätig ist und für das Gesundheitswesen insgesamt zur Folge hat (*Gothe et al., 2007*).

Dies stützt die These, dass das Arbeitsumfeld eine der zentralen Determinanten des ärztlichen Wohlbefindens ist (*Gothe et al., 2007*). Durch die ständige Reorganisation der Versorgungssysteme und den hohen Druck auf Ärzte (*Konrad et al., 1999; Mc Murray et al., 1997; Williams et al., 1999*) scheint die ärztliche Arbeitszufriedenheit jedoch abgenommen zu haben.

Arbeitszufriedenheit von Ärzten ist durch mindestens fünf Dimensionen (*Bovier et al., 2003*) charakterisiert. Sie betreffen die:

- Patientenversorgung (z. B. Wahrnehmung der Qualität der eigenen Versorgung, Kompetenzerleben, Autonomie, Beziehung zu den Patienten);
- Arbeitsbelastung (z. B. das Stressniveau bei der Arbeit, das Ausmaß von Administration und verfügbare Zeit für Familie, Freunde oder Freizeit);
- Einkommen und Prestige (z. B. Form und Höhe des derzeitigen Einkommens und damit verbundener sozialer Status);
- persönliche Befriedigung (z. B. intellektuelle Stimulation durch die Arbeit) und

- professionelle Beziehungen (z. B. professionelle Beziehungen zu Kollegen oder zu nicht-ärztlichen Teammitgliedern).

Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin (*Gothe et al., 2007*) veröffentlichte ein von der Bundesärztkammer gefördertes Review von 77 eingeschlossenen Studien zum Stand des Wissens bezüglich der Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten sowie deren Auswirkungen auf die Versorgungsrealität. Demnach werden arztbezogene Faktoren unter dem Begriff „Physician Factor“ zusammengefasst. Diese Determinanten beeinflussen die Versorgungsrealität erheblich, wurden jedoch als Untersuchungsfeld in Deutschland bisher stark vernachlässigt. Auch der Einfluss, den die Veränderung von Arbeitsbedingungen und professionellem Selbstverständnis von Ärzten auf die gesundheitliche Versorgung der Patienten und die Attraktivität des Arztberufes ausübt, wurde bisher ungenügend in Betracht gezogen.

Als positive Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität erwiesen sich ein geringer Leistungs- und Einkommensdruck, gepaart mit einer hohen Arbeitsautonomie. Professionelle Autonomie wird definiert als ärztliche Freiheit, diagnostische beziehungsweise therapeutische Entscheidungen zu treffen oder Überweisungen und Konsile zu veranlassen (*Gothe et al., 2007*). Finanzielle Arrangements, die das Arzteinkommen ansteigen ließen, gingen ebenfalls mit einer erhöhten Zufriedenheit einher. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass ein festes Gehalt und eine positive Arzt-Patient-Beziehung einen hohen Stellenwert für Arbeitszufriedenheit und professionelles Selbstverständnis von Ärzten darstellen (*Lepore et al., 2000; Pathman et al., 1996*).

Für die Wahrnehmung administrativer Aufgaben gilt, dass Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand durchweg eher als Belastung denn als Erleichterung der praktischen Tätigkeit empfunden wird (*Bovier et al., 2003*). Die Intensität der wahrgenommenen Belastung scheint dabei jedoch vom Ausmaß der Unterstützung abhängig zu sein, die den Ärzten bei der Bewältigung dieser Aufgaben seitens ihrer Organisation zuteil wird (*Kerr et al., 2000*).

Möglichkeiten zur Verbesserung von organisatorischen Rahmenbedingungen, die mit einer Steigerung des ärztlichen Wohlbefindens und daraus resultierenden optimierten Versorgungsqualität einhergehen, könnten in Form von neuen Versorgungsstrukturen entwickelt werden.

1.1.4 Medizinische Versorgungszentren

MVZ sind gemäß § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Ärztereister eingetragen sind, als angestellte Ärzte oder Vertragsärzte tätig sind. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde die Gründung von MVZ bundesweit ermöglicht (*Homepage der KBV, abgerufen Mai 2011*). Das MVZ erweitert hierbei die Formen der ambulanten Versorgung und bietet eine Alternative für Ärzte, die in einem Angestelltenverhältnis arbeiten wollen, jedoch trotzdem ambulant tätig sein möchten. Bei einem Großteil der MVZ handelt es sich um Zusammenschlüsse oder umgewandelte Gemeinschaftspraxen niedergelassener Vertragsärzte. Im angestrebten Fall verständigen sich alle an der Behandlung Beteiligten über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie und bieten damit dem Patienten eine medizinische Versorgung aus einer Hand sowie einen einfacheren Zugang zur ambulanten Leistungserbringung.

MVZ stehen in der Tradition der ostdeutschen Polikliniken (später Gesundheitszentren), die einen vergleichbaren Versorgungsansatz verfolgten. Die meisten MVZ bestehen aus zwei oder drei Fachgruppen. Häufig arbeiten in MVZ Hausärzte und Internisten zusammen. Die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten in MVZ ist bundesweit von 251 in 70 MVZ Ende 2004 auf 9434 in 1730 MVZ im zweiten Quartal 2011 gestiegen (*Homepage der KBV, abgerufen September 2012*).

MVZ sind weiterhin stärker in städtischen Gebieten als in ländlichen Regionen vorhanden.

Für Berlin wurden am 1. Januar 2011 insgesamt 140 MVZ gezählt. Davon waren 85 in ärztlicher Trägerschaft. In allen Berliner MVZ waren 649 angestellte und 169 niedergelassene Ärzte und Psychologen tätig (*Homepage der KBV, abgerufen September 2012*).

Tab. 1 Aktuelle Entwicklung der MVZ im 2. Quartal 2011

Anzahl der Zulassungen	1.730
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	9434
Vertragsärzte	1.320
Ärzte in Anstellungsverhältnis	8114
MVZ-Größe	Ø 5,5 Ärzte
vorwiegende Gründer	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten	42,3 Prozent
MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses	37,5 Prozent
vorwiegende Rechtsformen	GmbH, GbR
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte und Internisten

(Homepage der KBV, abgerufen September 2012)

Für Patienten birgt ein MVZ verschiedene Vorteile. Es wird eine medizinische Versorgung angeboten, die sektorale Grenzen überwindet und fächerübergreifend an einem Standort darum bemüht ist, eine patientengerechte optimale Versorgung zu gewährleisten *(Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, abgerufen Mai 2011)*. So erfährt der Patient in einem MVZ durchgehende Öffnungszeiten, möglichst kurze Wartezeiten und keine langen Wege zwischen Ärzten verschiedener Disziplinen. Kritisiert wird an dem Modell der Medizinischen Versorgungszentren hauptsächlich die Fluktuation der medizinischen Behandlungspersonen und die daraus resultierende Anonymität in der Patientenversorgung *(Stoschek, 2010)*.

Auch für Ärzte stellen MVZ eine Alternative zur Niederlassung dar, die immer häufiger vor dem Hintergrund der aktuellen gesundheitspolitischen Situation in Deutschland in die Entscheidung der Arbeitsplatzwahl mit einbezogen wird und zur Flexibilisierung des Arztberufes beiträgt. So entfallen in MVZ viele administrative Aufgaben wie Personalfragen, Praxisverwaltung, Materialanschaffung etc, die in der Niederlassung bewältigt werden müssen *(Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, abgerufen August 2011)*. Es besteht für angestellte Ärzte keine finanzielle Beteiligung und somit auch keine hohe Anfangsverschuldung, was einen leichteren und risikofreieren Eintritt für junge Ärzte in das Berufsleben ermöglicht. Als weitere Vorteile

sehen viele die interdisziplinäre Kooperation zwischen Vertragsärzten und nichtärztlichen Leistungserbringern, die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit in individuellen Arbeitszeitmodellen, ein festes Gehalt und festgelegte Arbeitszeiten (*Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit, abgerufen August 2011*).

1.2 Bedeutung von evidence-based-medicine in der hausärztlichen Versorgung

Evidence-based-medicine (EbM) und Qualitätsmanagement haben in den letzten Jahren in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dies spielt sich insbesondere vor dem Hintergrund ab, dass die Forderung nach rationalen Begründungen für das ärztliche Handeln durch Kostendruck und wachsendes Interesse der Öffentlichkeit zunehmend an Relevanz gewinnt (*Haller et al., 1996*).

EbM beschreibt wissenschaftliche Medizin, die auf klinischer Forschung gegründet ist und eine Grundlage bietet, anhand gegenwärtig bester externer, wissenschaftlicher Evidenz Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten zu treffen.

Das Bundesministerium für Gesundheit veranlasste durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz eine Änderung in § 135 SGB V, laut der auch Arztpraxen und MVZ im ambulanten Bereich verpflichtet sind, ein internes Qualitätsmanagement in ihrer Praxis einzuführen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Zielsetzung ist hierbei, die Qualität in der Versorgungssituation zu optimieren, Fehler bzw. Ineffizienzen zu vermeiden, reibungslose und wirksame Organisationsstrukturen mit gut ausgebildetem und motiviertem Personal dauerhaft zu verwirklichen und die Patientenversorgung systematisch zu hinterfragen.

Hierbei besteht in der zunehmenden Nutzung von Leitlinien als wichtigen Entscheidungshilfen für Diagnostik und Therapie bei häufigen Erkrankungen eine wesentliche Möglichkeit zur Optimierung der derzeitigen Versorgungssituation.

In Deutschland sind Leitlinien Bestandteil des medizinischen und zunehmend auch des gesundheitswissenschaftlichen Qualitätsmanagements.

Sie leisten im Rahmen einer EbM einen wichtigen Beitrag (*Ollenschläger et al., 2005; Bloch et al., 1997*) und werden international als bedeutendes Instrumentarium des Qualitätsmanagements akzeptiert (*Selbmann et al., 2005*).

1.2.1 Leitlinien: Definition und Zielsetzung

Leitlinien sind laut einer Definition des Deutschen *Cochrane Zentrums* systematisch entwickelte und wissenschaftlich begründete Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten mit dem Ziel, eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu schaffen (*Homepage des Cochrane Zentrums, abgerufen Mai 2011*). Sie dienen dem Arzt als Orientierungshilfe, entbinden ihn jedoch nicht von der Überprüfung der individuellen Anwendbarkeit im konkreten Fall und sind somit rechtlich auch nicht verbindlich (*Hasenbein et al., 2005*). Von ihrem Einsatz wird in Anlehnung an § 70 SGB V ein Beitrag zur Mobilisierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven sowie zum Abbau von Über-, Unter- oder Fehlversorgung erwartet (*Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001*).

Definition von Leitlinien:

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen;
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar;
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen;
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss;
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben. (*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2001*)

Das Ziel von Leitlinien für die primärärztliche Praxis besteht darin, eine möglichst optimale Qualität der Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Durch den Gebrauch von Leitlinien wird ein Abweichen der verschiedenen Behandler in Diagnostik und Therapie verringert und die Anwendung unnötiger Behandlungsmaßnahmen und daraus entstehender Kosten vermieden.

Anhand von Leitlinien kann der Arzt aktuelle und relevante Informationen zur Beurteilung verschiedener Diagnose- und Behandlungsalternativen abrufen und seine Therapie- und Behandlungsweise vor diesem Hintergrund begründen. Zusätzlich können Leitlinien durch ihre Darstellung aktueller Forschungsergebnisse eine Motivation geben, die ärztlichen Handlungsstrategien zu überdenken und zu verbessern (*Bloch et al., 1997; Ollenschläger et al., 2005*).

Leitlinien haben dabei die Aufgabe, wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung zu speziellen Versorgungsproblemen zu beurteilen und das Vorgehen der Wahl bezüglich der Therapie zu definieren, wobei Morbidität und Mortalität, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität als relevante Zielgrößen zu berücksichtigen sind.

Leitlinien dienen:

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung;
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis;
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten;
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten;
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung und
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Ordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u.a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

(*Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2001*)

1.2.2 Barrieren und Möglichkeiten der Implementierung von Leitlinien

Implementierung bedeutet, den Transfer von Handlungsempfehlungen in individuelles Handeln bzw. Verhaltensänderungen von Ärzten und Patienten zu gewährleisten (*Thorsen et al., 1999*).

Obwohl inzwischen der Zugang zu Leitlinien der wichtigen Volkskrankheiten in der Regel gewährleistet ist, gibt es zahlreiche Probleme bei der Realisierung am Patienten und der Implementierung in den klinischen Alltag. In der großen Mehrzahl ist davon auszugehen, dass Allgemeinärzte den erforderlichen Wissensstand über Leitlinien besitzen. Dennoch zeigen internationale Studien, dass Akzeptanz und Umsetzung von Leitlinien im medizinischen Alltag verbesserungsbedürftig sind (*Grimshaw et al., 2004*) und bei der praktischen Umsetzung eine Reihe von Problemen wie kognitive Faktoren, Einstellungen, Organisation, Zeitmangel, fehlende Berücksichtigung multimorbider Patienten und Interessenskonflikte (*Cranney M et al., 2001*) bestehen.

Auch die in diesem Forschungsprojekt durchgeführte quantitative Studie zur Untersuchung der Leitlinienanwendung zur HI, ergab, dass diese nur ungenügend im Alltag von Allgemeinmedizinern berücksichtigt wurden (*Braun et al., 2011*).

Weitere Barrieren in der Anwendung von Leitlinien stellen Vorbehalte von Ärzten dar, die befürchten, dass pauschale Handlungsempfehlungen dem Einzelfall nicht gerecht werden und zu einer Einschränkung der Handlungs- und Entscheidungsfreiheit für Patient und Arzt führen (*Freeman et al., 2001; Haynes et al., 1997*).

Einschränkung der Therapiefreiheit, Behinderung des Fortschritts, Beeinträchtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, Gefahr der Verrechtlichung und Förderung einer Defensivmedizin sind die wichtigsten Gegenargumente, die gegen die Zuhilfenahme von Leitlinien im Klinikalltag geäußert werden (*Loss et al., 2005*).

Die Barrieren bei der Implementierung von aktuell verfügbaren deutschsprachigen Leitlinien werden vor allem mit folgenden Argumenten erklärt:

1. Die Qualität von Leitlinien (insbesondere des Entwicklungsprozesses) ist häufig nicht beurteilbar.
2. Belege für Empfehlungen sind oft nur unzureichend dokumentiert.
3. Angaben zum Umfang von Nutzen und Kosten fehlen meist.
4. Es existieren verschiedene Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen unabgestimmt nebeneinander.
5. Probleme der hausärztlichen Versorgung werden nur unzureichend berücksichtigt. (*Oesingmann, 2007; Schmidt, 1997*)

In einem Review des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) wurden Leitlinien als Einflussfaktor auf die Arbeitszufriedenheit und das professionelle

Selbstverständnis von Ärzten beschrieben (*Gothe et al., 2007*). So seien Leitlinien ein Steuerungsmechanismus, der die ärztliche Autonomie beeinflusst und von Ärzten unterschiedlich bewertet werde. Die Wahrnehmung von Steuerungsmechanismen stehe in engem Zusammenhang mit dem Aufkommen neuer Versorgungsstrukturen und müsse daher differenziert betrachtet werden.

Um die Versorgungssituation zu verbessern und eine adäquate Therapie von chronischen Erkrankungen zu gewährleisten, ist es notwendig, Strategien zu entwickeln, die die Implementierung von Leitlinien in den klinischen Praxisalltag fördern und dem Arzt als unterstützende Hilfestellung dienlich sind (*Janssen et al., 2006*).

Um das zu realisieren, muss sich deren Prozedere in die alltägliche Arbeit der Hausärzte praktikabel und zeitökonomisch integrieren lassen.

Die bisher erarbeiteten Konzepte zur Qualitätsförderung von Leitlinien verbessern vor allem die methodische Qualität der Leitlinienentwicklung, die einen großen Einfluss auf die Leitlinienakzeptanz hat. Ein Einfluss auf das ärztliche Handeln kann aber nur erreicht werden, wenn zusätzlich Konzepte und Strategien zur Disseminierung und Implementierung entwickelt werden (*Selbmann et al., 2005*).

Unterstützend können Praxishilfen, Öffentlichkeitsarbeit, v. a. aber auch elektronische Entscheidungshilfen (‚Remindersysteme‘) in Krankenhaus- oder Praxisinformationssystemen angewandt werden, die eine konsequente Berücksichtigung von Leitlinien in der Versorgungsroutine gewährleisten.

Als besonders erfolgversprechend wird die Implementierung von Leitlinien mit Hilfe strukturierter Datensätze für die standardisierte Dokumentation in der Arztpraxis oder der Klinik angesehen (*Ollenschläger et al., 1998*).

1.2.3 Remindersysteme

Remindersysteme beschreiben eine Vielzahl unterschiedlichster Verfahren zur Entscheidungshilfe und Orientierung im klinischen Alltag und einer daraus resultierenden Optimierung der therapeutischen Intervention anhand evidenzbasierter Wissenschaft.

Die Einrichtung von Remindersystemen hat eine Intensivierung der Betreuung chronisch kranker Patienten zur Folge und dient als Hilfestellung, dem Arzt einen

schnellen, übersichtlichen Zugang zu evidenzbasierten Therapiemaßnahmen zu ermöglichen.

Mit der Ablösung der traditionellen Patientenakte durch elektronische Dokumentationssysteme setzen sich zunehmend EDV-unterstützte Verfahren durch (*Janssen et al., 2006*). Vor diesem Hintergrund entstand im Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin ein Remindersystem zur Verbesserung der Pharmakotherapie der chronischen HI, mit dem Ziel die ambulante medikamentöse Versorgung zu optimieren und Hausärzten in ihrem klinischen Alltag eine Handlungsorientierung zu bieten (*Braun et al., 2011*).

Über den möglichen Nutzen von Remindersystemen wird in einer Übersichtsarbeit in 14 von 18 Studien eine Optimierung des Versorgungsprozesses durch Leitlinienorientierung in der ärztlichen diagnostisch-therapeutischen Entscheidungsfindung beschrieben (*Shiffman et al., 1999*). Auch in der vorangegangenen quantitativen Studie zur Implementierung von Leitlinien der chronischen HI zeigte sich eine Verbesserung der Pharmakotherapie nach Intervention durch ein Remindersystem (*Braun et al., 2011*).

Eine Integration von Remindersystemen in das hausärztliche Management stellt eine Herausforderung dar, die aufgrund des organisatorischen Aufwandes von vielen Praxen nicht allein gewährleistet werden kann. Hier müssen Konzepte zur Unterstützung und Umsetzung entwickelt werden, um technische Innovationen leichter zu realisieren. Die Anwendung neuer, innovativer Umsetzungsstrategien zur Leitlinienimplementierung verlangt seitens der Ärzte einen Umdenkprozess sowie die Offenheit und die Motivation, sich mit neuen Medien auseinanderzusetzen.

Als Hypothese dieser Studie wurde davon ausgegangen, dass das Management großer MVZ eher die Voraussetzung zur geplanten Umsetzung einer Leitlinie schafft. Dieser Frage wurde am Beispiel der Installierung von computergestützten Remindersystemen in niedergelassenen Praxen und im MVZ nachgegangen.

1.2.4 Diskussion und Ausblick

Zukunftsorientierte vernetzte Medizin stellt eine Herausforderung dar, die in unterschiedlichen Strukturen realisierbar ist und in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnt (*Braun, 2008*). Unterschiedliche Versorgungsformen könnten zu einem Wettbewerb führen, der Innovationen in der ambulanten Medizin beschleunigen

könnte – mit dem Ziel, dass Patienten jeweils in der ihren Erfordernissen am besten entsprechenden Struktur versorgt werden.

Immer mehr MVZ etablieren sich in der Bundesrepublik, die bei vielen in der jeweiligen Region niedergelassenen Ärzten Besorgnis um die eigene Existenz hervorrufen und zu einer gespaltenen Meinung innerhalb der Ärzteschaft führen, so dass Uneinigkeit über die neuen Strukturen herrscht.

Dieser Konflikt gewinnt in der aktuellen Versorgungsfrage zunehmend an Bedeutung.

Niedergelassene Ärzte empfinden MVZ oft als Konkurrenz (*München, 2005*) und befürchten, dass durch eine steigende Anzahl von Neueröffnungen die Hausarztpraxis ein auslaufendes Modell wird und verdrängt werden könnte. Kritiker äußern ihre Bedenken, dass MVZ zwar auf eine allgemeine Zustimmung unter Patienten stoßen könnten, der Hausarzt jedoch nach wie vor die einzige Garantie für eine flächendeckende medizinische Versorgung ist. Insbesondere beziehen sich Kritiker hierbei auf den Anspruch von Patienten, von vertrauten Ärzten und Pflegepersonal behandelt zu werden und nicht in einem anonymen, artifiziellen und gleichförmigen Behandlungsprozess eingebunden zu sein.

Doch welche Auswirkungen können unterschiedliche Versorgungsstrukturen auf die ärztliche Arbeitszufriedenheit und die hieraus resultierende Behandlungsqualität im klinischen Alltag besitzen?

Nach eingehender Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass sich bisher nur wenige Studien mit dem Einfluss unterschiedlicher Versorgungsstrukturen auf die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und die daraus entstehende Versorgungssituation (z.B. der Implementierung von Leitlinien) befassten. In Hinblick auf die enormen Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem schien es sinnvoll, die Arbeit von Allgemeinärzten in Individualpraxen und angestellten Allgemeinärzten in MVZ in Hinblick auf den Physician Factor und die Implementierung von Leitlinien anhand eines Remindersystems miteinander zu vergleichen.

1.3. Fragestellungen

Im vorangegangenen Kapitel wurde der aktuelle Hintergrund der allgemeinmedizinischen Versorgung in Deutschland erläutert und der Wandel beschrieben, dem die Allgemeinmedizin unterliegt.

Die Entwicklung moderner Versorgungsstrukturen und Arbeitsplatzbedingungen für Hausärzte sind wichtig, um zukunftsorientierte Perspektiven zu formulieren. Hierdurch könnte zum einen eine optimale medizinische Versorgung vor dem Hintergrund einer EbM gewährleistet werden, zum anderen eine höhere Arbeitszufriedenheit durch veränderte Arbeitsbedingungen erreicht werden, die sich wiederum in einer verbesserten Behandlung bemerkbar machen würde.

Diese Veränderungen stellen notwendige Voraussetzungen dar, um den Beruf des Hausarztes attraktiver zu gestalten und somit die Zukunft der Allgemeinmedizin zu sichern.

Vorrangiges Ziel der Studie ist die Darstellung der Arbeitszufriedenheit von Allgemeinärzten in unterschiedlichen Versorgungssystemen.

Ausgehend von dem geschilderten Problemhintergrund soll eine Bestandsaufnahme der Befindlichkeit von niedergelassenen und in einem MVZ angestellten Hausärzten durchgeführt und dargestellt werden. Hieraus sollen Erkenntnisse über die alltäglichen Rahmenbedingungen, in denen Ärzte praktizieren, gewonnen werden und Aspekte steigender Berufsanforderungen sowie der allgemeinen Arbeitszufriedenheit dargestellt werden. Der Einfluss dieser Determinanten auf die Versorgungsqualität soll am Beispiel der Implementierung von Leitlinien zur Pharmakotherapie der HI mit Hilfe eines computergestützten Remindersystems erläutert werden.

Um die Arbeitszufriedenheit von Ärzten differenziert beschreiben zu können, schien es sinnvoll, die Untersuchung nicht auf die üblichen Einstellungs- und Meinungsfragen mit Hilfe standardisierter Fragebögen zu reduzieren. Vielmehr sollte das Verhalten von Ärzten und deren Erfahrungen und Bewertungen im Berufsalltag in den Mittelpunkt gerückt werden, wobei die qualitative Analyse in Form einer offenen, explorativen Herangehensweise eine geeignete Methode zur Erfassung dieser Kriterien darstellt.

Folgenden Fragestellungen geht die vorliegende Arbeit nach:

1. Arbeitszufriedenheit

- Welche Faktoren beeinflussen die subjektive Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit bei Hausärzten in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen?
- Ist aufgrund optimierter Arbeitsbedingungen und einer Reduktion von Determinanten der Arbeitsunzufriedenheit im MVZ ein höherer Grad ärztlicher

Arbeitszufriedenheit zu erwarten als bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen in Einzelpraxen?

2. Versorgungsstrukturen

- Wie wirkt sich die Arbeit in neuen und wettbewerbsorientierten Versorgungsformen auf die arztseitigen Versorgungsmodalitäten, auf Autonomie und Kompetenzerleben aus?
- Können moderne Versorgungsstrukturen dazu beitragen, den Hausarztberuf attraktiver zu gestalten, um so die Zukunft der Hausarztmedizin in Deutschland nachhaltig zu verbessern?
- Können neue Versorgungsformen optimierte Arbeitsbedingungen schaffen, die eine bessere Voraussetzung zur Anwendung von EbM bietet?

3. Implementierung von Leitlinien

- Wie wirkt sich leitliniengestützte Medizin auf ärztliche Autonomie, Kompetenzerleben, auf die Beziehung zu Patienten und auf die Arbeitszufriedenheit aus?
- Wie lässt sich die Anwendung eines Remindersystems in den Praxisalltag unterschiedlicher Versorgungsstrukturen integrieren?
- Wie empfinden Ärzte die Arbeit mit einem Remindersystem?

2 Material und Methoden

2.1 Studienhintergründe

2.1.1 Hintergrund des qualitativen Forschungsdesigns

“Qualitative research involves the collection, analysis and interpretation of data that are not easily reduced to numbers. These data relate to the social world and the concepts and behaviours of people within it.” (Murphy et al., 1998).

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde nach einer Erhebungs- und Auswertungsform gesucht, die eine Analyse von Kommunikationsinhalten ermöglicht und in der medizinischen Forschung etabliert ist. In der empirischen Sozialforschung unterscheidet man zwischen quantitativen und qualitativen Forschungsansätzen. Beide Ansätze konkurrieren historisch bedingt miteinander. Es setzte sich nur langsam die Erkenntnis durch, dass eine Triangulation beider Ansätze sich sinnvoll ergänzend auf den Forschungsprozess auswirkt und *„(...) dass qualitative und quantitative Methoden eher komplementär denn als rivalisierende Lager gesehen werden sollten“ (Flick, 2010).* Die Unterschiede der beiden Forschungsansätze fasst Hinz (2009) in einem Satz zusammen: *„Generell könnte man sagen, dass qualitative Forschung eher explorativ, theorieentwickelnd, induktiv, intensiv (= wenige Probanden werden intensiv untersucht), ganzheitlich und subjektiv ist; quantitative Forschung hingegen ist eher hypothesengeleitet, theorieprüfend, deduktiv, extensiv (= viele Probanden werden nur geringfügig untersucht), elementaristisch und objektiv“ (Hinz, 2009).*

Ziel des Forschungsvorhabens war es, das subjektive Erleben der persönlichen Arbeitszufriedenheit verschiedener Fachärzte für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen vor dem Hintergrund des Umgangs mit computergestützten Erinnerungssystemen im Praxisalltag zu untersuchen. Dabei sollte die persönliche Sichtweise der Hausärzte im Vordergrund stehen. Aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine komplexe Fragestellung handelt, zu der bisher nach eingehender Literaturrecherche in PubMed keine Untersuchungen vorliegen (Stand: 2011), erscheint eine qualitative Herangehensweise geeignet. In der vorliegenden Untersuchung wird eine qualitative Datenerhebung an Hand von leitfadengestützten Interviews sowie die

qualitative Auswertung der Texte in Form von Textanalysen durchgeführt. Ergänzend findet eine Auswahl an quantitativer Datenerhebung anhand von Kurzfragebögen statt. Zur Entwicklung der Vorgehensweise wurde auf die Literatur zur qualitativen Sozialforschung zurückgegriffen (*Flick, 1995; Flick et al., 2005; Kuckartz, 1999; Lamnek 1993; Schäfer, 1995*).

Die qualitative Inhaltsanalyse steht in einer Reihe weiterer sozialwissenschaftlicher Textanalysemethoden, wie der objektiven Hermeneutik und der Gegenstandsverankerten Theoriebildung. Die Zielsetzung qualitativer Inhaltsanalyse besteht darin, menschliches Verhalten zu verstehen, ohne hierbei allgemeingültige Ableitungen aufstellen zu wollen. Sie nutzt Erkenntnisse der Literaturwissenschaft, der Kommunikationswissenschaft und der Psychologie zur Textverarbeitung.

Für die Auswertung der Gespräche schien die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring besonders geeignet. Diese Methode dient der systematischen inhaltlichen Aufschlüsselung verschiedenster Gattungen von Texten und stellt eine weitgehend etablierte Methode innerhalb der qualitativen Forschung dar (*Flick et al., 2005; Flick, 2007*). Konkret wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewählt, die eine der drei verschiedenen Richtungen dieser Auswertungsmethode darstellt (s.u.). Mayring empfiehlt die Anwendung dieses Verfahrens bei schwerpunktmäßig inhaltlichem Interesse an dem Material (*Flick et al., 2005*). Dies traf auf die vorliegende Arbeit zu.

Die Vorzüge der von Philipp Mayring in den siebziger Jahren konzipierten qualitativen Inhaltsanalyse stellen ein regelgeleitetes nachvollziehbares Ablaufmodell dar, das am Gegenstand angepasst werden kann und somit ein flexibles System bietet. Die Inhaltsanalyse ist daher nicht als Standardinstrument zu sehen, sondern immer auf eine spezifische Fragestellung hin konstruiert (*Mayring, 2003*). Das regelgeleitete Ablaufmodell soll zur Transparenz des Verfahrens beitragen und es für andere nachvollziehbar machen. Demnach soll jeder einzelne Analyseschritt auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden können (*Mayring, 2003*).

Mithilfe der qualitativen Analyse wird der Forschungsfrage mit einer größtmöglichen Offenheit begegnet. Dies führt zu einer detaillierten und subjektiv wahrgenommenen Darstellung der kausalen Zusammenhänge im persönlichen Umgang der Ärzte mit Leitlinien und spiegelt den Einfluss der Arbeitszufriedenheit anhand praktischer Beispiele wider.

Vor dem Hintergrund quantitativer Daten zu Erklärungsmodellen zur Implementierung von Leitlinien (siehe Einleitung) soll die vorliegende Arbeit eine qualitative Vertiefung dieser bekannten Zusammenhänge ermöglichen.

2.1.2 Übersicht des Studienablaufs

Die qualitative Befragung der Hausärzte stellt den Abschluss einer in mehrere Arbeitsschritte unterteilten Studie mit dem Titel „Innovative Umsetzungsstrategien zur Implementierung der Leitlinie ‘Chronische Herzinsuffizienz‘ (HI)“ dar. In dieser prospektiven Beobachtungsstudie wurden über acht Monate zwei Versorgungssettings (Individualpraxen versus Medizinisches Versorgungszentrum) miteinander verglichen. Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit werden in beiden Forschungskollektiven Hausärzte, die unselektioniertes Patientengut betreuen und gleiche technische Voraussetzungen haben (alle arbeiten mit der Computersoftware TurboMed), aufgefordert, Patienten mit HI zu rekrutieren. Im weiteren Verlauf erfolgt eine einjährige Intervention durch Installierung eines Remindersystems zur leitliniengestützten HI-Behandlung in allen Praxiscomputern der Forschungsärzte. Es konnten sieben niedergelassene Ärzte in Individual- und Gemeinschaftspraxen, sowie sieben Ärzte eines großen Berliner MVZ für die qualitative Befragung gewonnen werden.

Der Zielsetzung der qualitativen Befragung und der zweigeteilten Fragestellung entsprechend wurde ein zweistufiges Modell des Physician-Factor-Konzepts zugrunde gelegt, das sich auf der ersten Stufe mit dem Einfluss einzelner Determinanten auf die Arbeitszufriedenheit befasst, um sich im zweiten Schritt den Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Versorgungsrealität, anhand der Implementierung von Leitlinien im Praxisalltag, zu widmen.

2.2 Konzeption und Vorbereitung der Datenerhebung

2.2.1 Rekrutierung der Studienärzte

Das Ziel einer qualitativen Erhebung besteht unter anderem darin, viele Facetten des

Untersuchungsthemas zu erfassen. Aus diesem Grunde wurden Ärzte unterschiedlichen Alters, Geschlechts, Berufsweges und Praxisstandorts in die Studie eingeschlossen. Dies ermöglicht eine vielfältige Darstellung der aktuellen Versorgungs- und Arbeitssituation.

Einschlusskriterien für die Ärzte waren eine abgeschlossene Facharztausbildung sowie die Tätigkeit als praktischer Arzt in einer niedergelassenen Praxis für Allgemeinmedizin/Innere Medizin oder im teilnehmenden MVZ in Berlin mit dem Schwerpunkt der hausärztlichen Versorgung.

Die Anwendung des Remindersystems erfolgte anhand der Praxis-Software TurboMed, so dass die Verwendung dieses Systems als Voraussetzung für die Studienteilnahme galt.

Von insgesamt zehn für die Studie vorgesehenen Hausarztinterviews im niedergelassenen Bereich konnten acht durchgeführt werden. Einer der Hausärzte wurde vor der Interviewdurchführung pensioniert, ein Anderer sagte den Interviewtermin aus Zeitmangel ab.

Im MVZ konnten von insgesamt zwölf für die Studie in Betracht kommenden Interviews acht Gespräche durchgeführt werden. Zwei der Ärzte besaßen ihren Wohnort nicht mehr in Berlin, zwei weitere Ärzte haben zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung nicht mehr im MVZ gearbeitet.

In den Studienpraxen sowie im MVZ wurden telefonisch Termine mit den Ärzten in den jeweiligen Praxisräumen vereinbart. Die Autorin stellt dabei kurz das Forschungsvorhaben vor und bat um ein Gespräch mit max. 30-minütiger Dauer. Bei einer Zusage wird ein Termin in der jeweiligen Praxis vereinbart, sowie eine Kontaktadresse einschließlich Telefonnummer für eventuelle Rückfragen hinterlassen.

Zu den Interviews anwesend waren der jeweilige Arzt, sowie die Autorin. Vor Beginn des Interviews wurde den Ärzten Anonymität und vertraulicher Umgang mit den Daten versichert. Dieses wurde auf dem Tonband aufgezeichnet. Die Ärzte erhielten keine finanzielle Aufwandsentschädigung für die Studienteilnahme.

2.2.2 Das Remindersystem

Bei dem Remindersystem handelt es sich um eine einfache Maske (Worddokument) mit der Übersicht der Kurzfassung der Leitlinie HI, die sich automatisch auf dem Bildschirm

des Computers öffnet, sobald der Arzt innerhalb von TurboMed einen herzinsuffizienten Patienten, der sich zur Mitarbeit an der Studie bereit erklärt hat, aufgerufen hat.

Sowohl die niedergelassenen Ärzte, als auch die Ärzte im MVZ wurden bei der Anwendung des Remindersystems von Informatikspezialisten unterstützt, die die Installierung der Programme übernahmen und den Ablauf der Studie technisch betreuten.

2.2.3 Entwicklung des Leitfadens und des Kurzfragebogens

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde mit den teilnehmenden Studienärzten eine qualitative Befragung in Form eines strukturierten Leitfaden-Interviews durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet.

Diese Methode ermöglicht es, den Befragten eine Option zur Verfügung zu stellen, ihre eigene Sichtweise aufzuzeigen, wobei eine zuvor nicht festgelegte Überleitung von Fragekomplex zu Fragekomplex in der jeweiligen Situation erfolgt, die jedoch trotzdem alle leitenden Fragen des Interviews mit einschließt.

Im Anschluss erfolgen die Transkribierung der Interviews sowie die Auswertung der verschriftlichten Interviews mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse.

Zunächst werden mögliche Fragen an den Interviewpartner assoziiert. Anschließend wird ihre Zugehörigkeit zum gegebenen Thema kritisch diskutiert und die Fragensammlung in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht. Es werden zwei Leitfäden entwickelt, die sich in ihren zentralen Schwerpunkten nicht wesentlich voneinander unterscheiden, sondern lediglich dazu dienen, den unterschiedlichen Ausgangssituationen der niedergelassenen Hausärzte oder der angestellten Hausärzte in einem MVZ gerecht zu werden.

Die endgültige Fassung von beidem findet sich in Tabelle 2.

Tab. 2 Leitfaden und Kategorien

Kategorie	Frage im Interview
Persönliche Vorstellungen und Beweggründe	<ul style="list-style-type: none"> • Aus welchem Grund haben sie sich dafür entschieden, Allgemeinarzt zu werden? • Inwiefern haben sich ihre Erwartungen an dieses Berufsfeld erfüllt? • Seit wann arbeiten sie <i>als niedergelassener Hausarzt</i>? Aus welchem Grund haben sie sich dafür entschieden, sich <i>selbstständig</i> zu machen?
Physician Factor und Barrieren	<ul style="list-style-type: none"> • Wie sehen Ihre Arbeitszeiten aus (Arbeitsstunden pro Woche)? • Welche Vorteile sehen Sie <i>in Ihrer Selbstständigkeit</i>? • Welche Hindernisse treten im klinischen Alltag hinsichtlich der Versorgung von Patienten auf? • Welche konkreten Faktoren müssten verändert werden, um Ihre Arbeitssituation zu optimieren? • Haben sie bereits darüber nachgedacht, <i>in einem MVZ zu arbeiten</i>? • Wie empfinden Sie ihre <i>Eigenverantwortlichkeit</i>? • Inwiefern wirkt sich ihre Arbeitssituation auf ihre Lebensqualität aus?
Einschätzung der zukünftigen Arbeit und Rolle des Hausarztes	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hat sich Ihrer Meinung nach die Arbeit des Allgemeinarztes in den letzten Jahren verändert? • Wie sehen Sie die zukünftige Arbeitssituation im ambulanten Bereich? • Wie sehen sie die zukünftige Rolle des Hausarztes?
Leitlinien und Remindersystem	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Barrieren ergeben sich in der Nutzung von Leitlinien? • In welcher Weise hat das Remindersystem ihre Arbeit hinsichtlich der Therapie von herzinsuffizienten Patienten beeinflusst? • Wie empfinden sie den Umgang mit einem Remindersystem? • Hat sich die Anwendung von Leitlinien in der Therapie von herzinsuffizienten Patienten bzw. ihre Einstellung zur Nutzung von Leitlinien nach Ablauf der Studie geändert?
	<ul style="list-style-type: none"> • Welche weiteren für Sie wichtigen Dinge zum Thema Arbeitszufriedenheit und Implementierung von Leitlinien wurden in diesem Gespräch noch nicht erwähnt?

*Die für die zwei Gruppen unterschiedlich formulierten Fragen sind *kursiv* gedruckt.


Inhalte, die von den Ärzten in den Interviews erwähnt werden, nach denen jedoch anhand des Leitfadens nicht explizit gefragt wurde, werden im Anschluss an die Kategorien angeführt und sind in folgender Tabelle dargestellt.

Tab. 3 Weitere Interviewthemen

Patientenversorgung	<ul style="list-style-type: none">• Wie empfinden Patienten die gesundheitliche Versorgung in einem MVZ?• Wie sehen die Ärzte die Patientenversorgung durch ein MVZ?
---------------------	---

Der in der folgenden Tabelle 4 dargestellte Kurzfragebogen erfasst einige demografische und allgemeine fallbezogene Daten, die im Rahmen der Auswertung als Parameter für die Zusammensetzung der Interviewpartner geeignet sind und als mögliche Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit in die Analyse mit einfließen sollen.

Tab. 4 Kurzfragebogen für alle Studienärzte



**Kurzfragebogen zur Interviewerhebung
im Rahmen des Forschungsprojektes des Instituts für Allgemeinmedizin**

1. Facharztstatus

Allgemeinmediziner Internist

2. Alter

Unter 40 40-50
50 -65

3. Geschlecht

Weiblich Männlich

4. Stadtgebiet

West-Berlin Ost-Berlin

5. Ärztliche Niederlassung

Seit 5-9 Jahren 10-20 Jahren
Über 20 Jahren

6. Anstellung im Krankenhaus

1-6 Jahre 6-10 Jahre
über 10 Jahre

2.2.4 Das Interviewtraining

Als Vorbereitung für die Durchführung der qualitativen Interviews befasste sich die Autorin eingehend mit themenbezogener Literatur, in der die theoretischen Hintergründe der qualitativen Forschung erörtert werden. Im Institut für Allgemeinmedizin sowie im privaten Umkreis wurde anhand von Rollenspielen der

Umgang mit Interviewleitfäden und das Verhalten in Interviewsituationen geübt und mit Hilfe von anschließendem Feedback gegebenenfalls korrigiert und verbessert.

2.3 Datenerhebung

Die Gespräche wurden im zweiten und dritten Quartal 2009 in den Arztpraxen der beteiligten Studienärzte mit Hilfe eines digitalen Diktiergerätes aufgezeichnet. Dadurch wird eine genaue Datenaufzeichnung erfasst, die auch im Nachhinein eine präzise Interpretation der kommunikativen Äußerungen realisiert. Die Aufzeichnung der sprachlichen Äußerungen mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes ermöglicht es dem Beobachter, sich auf die Kommunikation zu konzentrieren, ohne von der Aufzeichnung der Beobachtungen abgelenkt zu sein.

Vor jedem Interview wurde ein anonym gekennzeichnete Ordner in dem digitalen Aufnahmegerät angelegt. Die verschlüsselte Kennzeichnung für den Interviewpartner sowie das Datum des Interviews werden außerdem auf Band gesprochen.

Die anonymisierte Kennzeichnung der Tonbänder erfolgt durch einen Großbuchstaben pro Berufsgruppe (N für niedergelassener Arzt, M für MVZ-Arzt), sowie durch eine Zahl, die den jeweiligen Fall kenntlich macht (zum Beispiel N-01 oder M-01). Ein Rückschluss auf die Identität des Befragten ist nur noch mit Hilfe einer einzigen handschriftlichen Liste möglich.

Die Gespräche finden in den jeweiligen Praxisräumen der Ärzte und im MVZ statt. Ein Gespräch beginnt mit der Begrüßung, Vorstellung und nochmaliger Erläuterung des Sinns und des Zeitrahmens der Befragung, sowie Danksagung für die Bereitschaft zur Teilnahme und Frage nach dem Einverständnis zur Tonbandaufzeichnung. Vor Beginn des leitfadengestützten Interviews wird das Tonbandgerät eingeschaltet und die Anonymisierung der Daten erläutert und versichert.

Während des Gesprächs dient der Interviewleitfaden als Orientierungsrahmen für die abzuhandelnden Gesprächsthemen, wobei individuell auf die von dem jeweiligen Gesprächspartner erwähnten Themen eingegangen wird, ohne eine strikt festgelegte Reihenfolge der Fragenkomplexe zu befolgen. Auch die Überleitung von einem Fragenkomplex zum nächsten erfolgt spontan und knüpft an die im Gespräch auftretenden Stichworte an, so dass im laufenden Interview alle Themenkomplexe des Interviewleitfadens abgehandelt werden. Nach Themen, die der Interviewte von sich

aus anspricht, muss nicht erneut explizit gefragt werden. Bei ungenauen oder mehrdeutigen Antworten erfolgt ein genaueres Nachfragen. Dadurch werden die Fragen nicht immer in der gleichen Reihenfolge abgehandelt. Diese relativ offene Befragungsform soll ermöglichen, dass die Sichtweisen des Befragten besser zur Geltung kommen als in streng standardisierten Interviews oder Fragebögen (Flick, 1995). Sämtliche Interviews werden von der Autorin durchgeführt.

Ergänzend wird von der Autorin ein stichworthaltiger Kurzfragebogen ausgefüllt, der als quantitative Datenerhebung dazu dient, einen groben Überblick der aktuellen Arbeits-, und Erfahrungssituation der teilnehmenden Studienärzte zu schaffen, um weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit einbeziehen zu können.

2.4 Auswertung der Daten

2.4.1 Transkription

In diesem Kapitel soll die Aufbereitung der bislang gewonnenen Daten mit Hilfe der Transkription beschrieben werden. *„Wenn Daten mit technischen Medien aufgezeichnet werden, steht ihre Verschriftung als notwendiger Zwischenschritt vor der Interpretation.“* (Flick, 2010). Um die Daten der vorliegenden Arbeit aufzubereiten und in eine schriftliche Form zu bringen, wurde daher auf die Transkription zurückgegriffen. *„Für eine ausführliche Auswertung ist die Herstellung von Transkripten zwar aufwändig, aber doch unabdingbar.“* (Mayring 2002). In sprachanalytischen Zusammenhängen ist das Ziel einer Transkription häufig, ein Höchstmaß an Genauigkeit bei der Klassifikation von Äußerungen, Pausen und in ihrer Darstellung zu erzielen. Das Wortprotokoll stellt die Basis für ausführliche Interpretationen dar, in dem es auch einzelne Aussagen in ihrem Kontext sieht (Mayring, 2002). Für die Transkription gibt es unterschiedliche Transkriptionssysteme, die sich in ihrer Genauigkeit unterscheiden. Ein Standard hat sich bislang nicht durchgesetzt (Flick, 2010).

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Transkription eines Interviews die Transkriptionssoftware „F4“, Version 3.0.3. ausgewählt. Hierbei werden alle aufgezeichneten Gespräche wortwörtlich transkribiert. Die Tonaufnahme wird in normales Schriftdeutsch übertragen (Mayring, 2000; Kuckartz, 1999). Zur Anonymisierung persönlicher Angaben werden alle Nachnamen mit Anfangsbuchstaben abgekürzt, bei Stadtteil- oder Straßennamen wird anstelle des Namens folgende

Klammer eingefügt: „(Name)“. Orte und Daten werden außerdem so verändert, dass direkte Rückschlüsse nicht mehr möglich sind.

Der Beginn jedes Transkripts ist genau wie das Tonband mit der Kennzeichnung und dem Datum versehen. Der jeweilige Sprecher ist im Text vermerkt. Zudem sind Pausen kenntlich gemacht. Darüber hinaus werden Auffälligkeiten der Sprache und paraverbale Äußerungen mittels spezieller Notation direkt im Text festgehalten.

Eindrücke und Ideen zur Auswertung nach dem ersten Anhören bzw. der Transkription werden schriftlich festgehalten und in spätere Analysen integriert.

Äußerungen der Befragten, die eindeutig nicht Inhalt der Untersuchung sind, werden bei der Transkription vernachlässigt und in eckigen Klammern als kurze inhaltliche Zusammenfassung der nicht transkribierten Abschnitte wiedergegeben. Interviewpassagen, in denen zwar keine Antworten auf Fragen des Leitfadens gegeben werden, bei denen jedoch während der Transkription noch nicht eindeutig zu entscheiden ist, ob sie für die Analysen aufschlussreich sein würden, werden vollständig transkribiert. Sämtliche Transkripte werden von der Autorin erstellt.

Die Korrektur erfolgt mit zwei Schwerpunkten. Beim ersten Korrekturlesen wird das Tonband nochmals abgehört. Im zweiten Durchgang erfolgt bereits das Vorab-Codieren. Dies bedeutet eine erste Zuordnung von Textsegmenten zu den mit dem Leitfaden erstellten Kategorien.

2.4.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Für die Auswertung der Gespräche wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt. Diese Methode dient der systematischen inhaltlichen Aufschlüsselung verschiedenster Gattungen von Texten und stellt eine weitgehend etablierte Methode innerhalb der qualitativen Forschung dar (*Flick et al., 2005; Flick 2007*). Konkret wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse ausgewählt, die eine der drei verschiedenen Richtungen dieser Auswertungsmethode darstellt (s.u.). Mayring empfiehlt die Anwendung dieses Verfahrens bei schwerpunktmäßig inhaltlichem Interesse an dem Material (*Flick et al., 2005*). Dies traf auf die vorliegende Arbeit zu.

Vorläufermodelle der qualitativen Inhaltsanalyse wurden in den 20er Jahren in den USA entwickelt. Sie dienten vor allem zur Auswertung von Zeitungs- und Radiotexten und hatten vornehmlich die quantitative Auswertung zum Ziel (*Flick et al., 2005*). Die

Vorzüge der von Philipp Mayring in den siebziger Jahren konzipierten qualitativen Inhaltsanalyse stellen ein regelgeleitetes nachvollziehbares Ablaufmodell dar, das am Gegenstand angepasst werden kann und somit ein flexibles System bietet. Die Inhaltsanalyse ist daher nicht als Standardinstrument zu sehen, sondern immer auf eine spezifische Fragestellung hin konstruiert (Mayring, 2003). Die Regelgeleitetheit des Ablaufmodells soll zur Transparenz des Verfahrens beitragen und es für andere nachvollziehbar machen. Demnach soll jeder einzelne Analyseschritt auf eine begründete und getestete Regel zurückgeführt werden können (Mayring, 2003).

Um bei der Analyse auf die Interpretation des Inhalts in seinem Kontext zu achten, wird der Text am Anfang der Auswertung in seinem Kommunikationszusammenhang reflektiert. Am Ende der Auswertung findet sich ein Kategoriensystem, das entweder als Ganzes interpretiert oder bestimmten Hauptkategorien untergeordnet werden kann. Auch quantitative, auf dem Kategoriensystem basierende Auswertungen, können sich hieran anschließen oder von vorneherein in den Ablauf integriert werden.

Unterschieden werden kann eine strukturierende, zusammenfassende und explizierende Inhaltsanalyse. Die strukturierende und explizierende Inhaltsanalyse werden der Vollständigkeit halber kurz erläutert, um auf die zusammenfassende Inhaltsanalyse – dem gewählten Verfahren – anschließend detaillierter einzugehen.

Die **strukturierende Inhaltsanalyse** dient dazu, das Material unter bestimmten Kriterien zu analysieren. Hierfür wird ein vorher erarbeitetes oder aus einem Teil des Materials extrahiertes Kategoriensystem an das Material herangetragen. Untersucht werden kann das Material hierbei auf den Inhalt (z. B. die Verwendung des Wortes Übergewicht) oder die formale Struktur (z. B. den Aufbau eines Konsultationsgespräches). Auch Typisierungen (z. B. der Gesprächsstil) oder Skalierungen (z. B. das Ausmaß einer partizipativen Entscheidungsfindung) können vorgenommen werden.

Bei der **explizierenden Inhaltsanalyse** werden unklare Stellen durch die Zuhilfenahme zusätzlichen Textmaterials entschlüsselt. Unterschieden wird dabei zwischen einer engen und weiten Kontextanalyse. Bei der weiten Kontextanalyse wird über den eigentlichen Text hinaus zusätzliches Material (z. B. ein Lexikon) hinzugezogen, um den Inhalt verständlich zu machen. Für die Auswertung einzelner unverständlicher Textabschnitte oder Ausdrücke wurde auf diese Variante zurückgegriffen.

Mit Hilfe der **zusammenfassenden Inhaltsanalyse** kann umfassendes Textmaterial durch Paraphrasieren, Zusammenfassen und Streichen sinnähnlicher Textabschnitte

auf eine bestimmte Abstraktionsebene gebracht und schrittweise verallgemeinert werden. Das Ziel der zusammenfassenden Inhaltsanalyse besteht nach Mayring darin, das Textmaterial dergestalt auf einer vorgegebenen Abstraktionsebene zu reduzieren, so dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Der verbleibende Textcorpus soll ein überschaubares aber getreues Abbild des Grundmaterials darstellen.

Wie im unten abgebildeten Ablaufplan ersichtlich, schließt sich eine Rücküberprüfung der gefundenen Kategorien am Text an. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Textaussagen weder überinterpretiert werden, noch, dass wichtige Inhalte verloren gehen.

Um bei der Analyse auf die Interpretation des Inhalts in seinem Kontext zu achten, wird der Text am Anfang der Auswertung in seinem Kommunikationszusammenhang reflektiert. Am Ende der Auswertung findet sich ein Kategoriensystem, das entweder als Ganzes interpretiert oder bestimmten Hauptkategorien untergeordnet werden kann. Auch quantitative, auf dem Kategoriensystem basierende Auswertungen, können sich hieran anschließen oder von vornherein in den Ablauf integriert werden.

Das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse stellt sich wie folgt dar (*Mayring, 2003*):

- Schritt 1: Bestimmung der Analyseeinheiten
- Schritt 2: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstelle
- Schritt 3: Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus, Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau
- Schritt 4: Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsloser Paraphrasen
- Schritt 5: Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
- Schritt 6: Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
- Schritt 7: Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Die eigentliche Analyse wurde auf der Grundlage einer einfachen Tabelle mit Hilfe von Microsoft Word angefertigt. Die entstandenen Codes wurden anschließend in das Datenanalyseprogramm „Atlas.ti“ (Version 5.0) übertragen, einer an der Technischen

Universität Berlin entwickelten und häufig genutzten Software zur qualitativen Analyse von Text-, Grafik-, Audio- und Videodaten (*www.atlasti.com*). Anhand dieses Programms konnten die Ergebnisse anschaulicher dargestellt werden.

Tab. 5 Beispielgespräch A-01-N

Zeile	Originaltext	Paraphrasierung	Generalisierung	Reduktion
030	A: ich finde Leitlinien generell schon ganz okay, das gibt einem eine gewisse Hilfe, sie müssen bloß genau genug formuliert sein.	Leitlinien hilfreich, wenn genau formuliert	Formulierung der Leitlinie wichtig	Einflussfaktor A: Formulierung der Leitlinie
047	A: Also ich denke 60 Stunden die Woche, da komm ich locker rauf. Das ist Wahnsinn. Kein Wochenende.	Überdurchschnittliche Arbeitszeit ist belastend.	Große Arbeitsbelastung	Einflussfaktor A: Arbeitsbelastung

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde ein induktives Verfahren gewählt, d.h., die Herausarbeitung der Kategorien erfolgte aus dem bestehenden Textmaterial.

Der Leitfaden dient als Grundgerüst für das Kategoriensystem. Dieses wird später anhand des Untersuchungsmaterials ausdifferenziert und präzisiert (*Kuckartz, 1999*).

3 Ergebnisse

Zu Beginn wird anhand einiger Daten wie Alter, Geschlecht, Berufserfahrung in Jahren u.a. beschrieben, wie sich die Gruppe der Befragten zusammensetzt. Es folgt der qualitative Ergebnisteil, der sich anhand der Fragestellung in zwei große Bereiche „Beschreibung der Arbeitszufriedenheit“ und „Implementierung von Leitlinien“ gliedert. Beide Kategorien werden jeweils nach Arztgruppen getrennt dargestellt. Im Anschluss erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews.

3.1 Ergebnisse der Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten

3.1.1 Charakterisierung der befragten niedergelassenen Hausärzte

In die Studie eingeschlossen wurden drei niedergelassene Ärztinnen und vier niedergelassene Ärzte, die zwischen 6 und 25 Jahren in der hausärztlichen Versorgung tätig waren. Der Durchschnitt betrug hierbei 11,7 Jahre. Alle Ärzte verfügen über eine abgeschlossene Facharztausbildung, sechs Ärzte waren Fachärzte für Allgemeinmedizin, ein Arzt war Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt in der hausärztlichen Versorgung. Sie waren selbstständig und in einer eigenen Praxis tätig, wovon drei der Fachärzte ihren Sitz in einer Gemeinschaftspraxis hatten. Fünf der niedergelassenen Ärzte arbeiteten in einer Praxis im Westberliner, zwei der Ärzte in einer Praxis im Ostberliner Bezirk. Das Durchschnittsalter der Ärzte betrug 45 Jahre. In der folgenden Tabelle sind die Ergebnisse der Kurzfragebögen aufgelistet.

Tab. 6 Profil der befragten Ärzte im niedergelassenen Bereich

Facharztstatus	<ul style="list-style-type: none">• Allgemeinmedizin: 6• Innere Medizin: 1
Alter	<ul style="list-style-type: none">• Unter 40: 2• 40-50 Jahre: 3• 50-65 Jahre: 2
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none">• Männlich: 4• Weiblich: 3

Stadtgebiet	<ul style="list-style-type: none"> • Ehemaliges Ostberlin: 2 • Ehemaliges West-Berlin: 5
Ärztliche Niederlassung seit	<ul style="list-style-type: none"> • 5-9 Jahre: 4 • 10-20 Jahre: 2 • über 20 Jahre: 1
Anstellung im Krankenhaus in Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • 1-6 Jahre: 1 • 6-10 Jahre: 4 • > 10 Jahre: 2

3.1.2 Interviews

Von insgesamt zehn für die Studie vorgesehenen Hausarztinterviews im niedergelassenen Bereich konnten acht durchgeführt werden. Einer der Hausärzte wurde vor der Interviewdurchführung pensioniert, ein Anderer sagte den Interviewtermin aus Zeitmangel ab. Acht Gespräche wurden aufgezeichnet, von denen eins aus technischen Gründen nicht zur Auswertung genutzt werden konnte. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 25,4 Minuten.

3.1.3 Beschreibung der Arbeitszufriedenheit

In diesem Abschnitt wird aus der Sichtweise der niedergelassenen Arztgruppe die subjektive Situation der Arbeitszufriedenheit beschrieben. Die Antworten aus den Interviews sind bestimmten Kategorien zugeordnet worden.

„Kategorie“ bedeutet hier –technisch gesprochen- nichts anderes als eine Bezeichnung, die vom Bearbeiter der Texte definiert wird, d.h. ein Wort oder eine Wortkombination, die nicht notwendigerweise auch im Text vorkommen muss (*Kuckartz, 1999*).

Folgende Kategorien kommen bei beiden Arztgruppen vor:

Tab. 7 Kategoriensystem der Arbeitszufriedenheit

Kategorie	Inhalt
Persönliche Beweggründe und Vorstellungen	<ul style="list-style-type: none">• Beweggründe für Berufsweg• Entscheidung für Niederlassung bzw. Angestelltenverhältnis
Einflussfaktoren und Barrieren im klinischen Alltag	<ul style="list-style-type: none">• Faktoren, die maßgeblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit ausüben• Barrieren im klinischen Alltag• Einfluss der Arbeitssituation auf die Lebensqualität
Medizinische Versorgungsstrukturen	<ul style="list-style-type: none">• Subjektive Einstellung gegenüber MVZ• Pro und Contra

Bei den Interviews mit den niedergelassenen Arztgruppen ergab sich zusätzlich folgende Kategorie, nach der anhand des Leitfadens nicht explizit gefragt wurde:

Kategorie	Inhalt
Patientenversorgung	<ul style="list-style-type: none">• Einfluss der Arbeitssituation auf die Patientenversorgung

3.1.3.1 Persönliche Beweggründe und Vorstellungen

Im folgenden Abschnitt werden die persönlichen Beweggründe und Vorstellungen, die die Ärzte bewogen haben, ihren Berufsweg einzuschlagen und sich selbstständig zu machen, näher beleuchtet.

Berufsweg

Zu Beginn des Interviews wurden die Ärzte gebeten, die Vorstellungen und Beweggründe ihrer Facharztwahl sowie ihre jetzige Arbeitssituation zu erläutern. Diese so genannte „Ohröffnerfrage“ diente dazu, den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern und eine Schilderung der Rahmenbedingungen im klinischen Alltag zu erhalten. Des

Weiteren lässt sich anhand dieser Informationen beurteilen, ob persönliche Erwartungen an das Berufsfeld und den Arbeitsplatz in der Realität umgesetzt werden konnten und dementsprechend an der Arbeitszufriedenheit teilhaben.

Gründe, die die Ärzte für ihre Entscheidung nannten, den Facharzt für Allgemeinmedizin zu absolvieren, waren hauptsächlich der Wunsch, möglichst abwechslungsreich zu arbeiten, ohne sich auf eine bestimmte Fachrichtung spezialisieren zu müssen.

„Ich wollte Allgemeininternist werden, ich wollte nicht unbedingt nur speziell internistisch berufstätig sein, weil mir das einfach mehr Spaß macht.“ [A-02-N]

Ein langjähriger, intensiver Patientenkontakt und die Betreuung im medizinischen, wie auch privaten Bereich als Berater in verschiedenen Lebensabschnitten waren weitere häufig genannte Argumente für den Beruf des Allgemeinmediziners.

„Das war das, was ich gerne wollte, so dass man seinen Patienten kennt und immer wieder sieht und eben sieht, wie sie alt werden, wie sie die Krisen und Höhen und Tiefen des Lebens meistern und eben auch, wie das Leben zu Ende gehen kann, auf 'ne schöne und nicht abgeschobene Art und Weise.“ [A-03-N]

A-01-N gab an, als allein erziehende Mutter von zwei Kindern keine andere Wahl gehabt zu haben, da die zeitlichen und organisatorischen Anforderungen anderer Fachdisziplinen in dieser Situation nicht zu bewältigen gewesen wären.

Zwei weitere Ärzte berichteten, dass sie die Allgemeinmedizin bereits aus der Familie kannten und schon im frühen Alter Gefallen an dem Beruf gefunden hatten.

Selbstständigkeit

Alle befragten niedergelassenen Ärzte haben einen Teil ihrer Facharztweiterbildung im Krankenhaus absolviert. In der Selbstständigkeit sahen alle Ärzte die Möglichkeit, eigenverantwortlich arbeiten zu können und die Praxis nach persönlichen Vorstellungen zu strukturieren. Fünf der sieben befragten niedergelassenen Ärzte sprachen davon, unzufrieden mit den Strukturen im Krankenhaus gewesen zu sein. Besonders häufig fiel hier das Stichwort „Hierarchie“.

„Also das war wirklich Kleinkrieg, ja, da hab ich gesagt, nein, das muss man sich nicht antun.“ [A-01-N]

A-06-N sagte, dass sie in der eigenen Praxis keine Hierarchien mehr habe, die sie im Krankenhaus *immer sehr gestört* hätten. Ein weiterer wichtiger Punkt war für sie, in einer eigenen Praxis die Möglichkeit zu haben, Medizin nach eigenen Vorstellungen und Überzeugungen zu vertreten. So sah sie sich im Krankenhaus des Öfteren in der Situation, *dass man eben zum Teil auch Dinge tun musste, die man selber für nicht gut oder nicht richtig gehalten hat, wo man für sich menschlich gesagt hat, das würde ich jetzt wirklich gern anders tun und man durfte es nicht.*

Die Niederlassung stellte insofern eine Möglichkeit dar, individuellen Vorstellungen und Überzeugungen gerecht zu werden und *frei in Entscheidungen* zu sein.

Auch A-01-N erwähnte, dass sie in der Niederlassung *wesentlich weniger fremdbestimmt* sei, als in der Klinik. A-04-N sagte, dass er nun selbst Entscheidungen treffen könne und diese auch umsetzen kann, *ohne übergeordnete Gremien abklappern zu müssen.*

Mehrere der befragten Ärzte betonten den Punkt, eigenverantwortlich sein zu wollen, um *sich selbst Rechenschaft abzulegen* und *selber was auf die Beine zu stellen* [A-07-N].

Das Stichwort „*freie Zeiteinteilung*“ fiel fast in jedem Interview und stellte einen weiteren Faktor dar, der den Entschluss für die Niederlassung vieler der befragten Ärzte beeinflusst hat. Durch die Möglichkeit, den Tagesablauf der Praxis nach persönlichen Vorstellungen zeitlich zu gestalten, sahen die Ärzte eine größere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

A-06-N gab an, dass sie auf Grund der Selbstständigkeit nun selbst entscheiden könne, wann sie Urlaub nehmen möchte, und A-05-N berichtete:

„Wenn ich denke, den Freitag muss ich frei nehmen, weil ich 'ne Fortbildung habe, dann wird kein Patient mehr angenommen an dem Tag, dann geht das.“ [A-05-N]

A-03-N und A-02-N sind verheiratet und arbeiten gemeinschaftlich in einer Praxis. A-03-N gibt die Vorteile an, die die Selbstständigkeit und Eigenbestimmtheit auf das Familienleben mit Kindern hat.

„Wir haben zwei Kinder, da können wir uns hier ganz gut die Arbeit in der Praxis untereinander einteilen, dass das Familienleben darunter auch in Einklang zu bringen ist.“ [A-03-N]

Unter dem Stichwort ‚freie Zeiteinteilung‘ wurde außerdem oft erwähnt, in der Selbstständigkeit keine Nachtdienste mehr übernehmen zu müssen, oder an einen Schichtdienst gebunden zu sein. Dieses stellte für die niedergelassenen Ärzte einen weiteren Vorteil ihrer Arbeitssituation dar.

Auf die Frage, zufrieden mit der Niederlassung als Allgemeinmediziner zu sein, gaben alle Ärzte an, dass sie ihren Berufsweg wieder einschlagen würden. Zwar gäbe es einige Kritikpunkte (siehe Kapitel 4.1.3.2. „Einflussfaktoren“), die die Arbeit erschweren würden, aber dennoch ließ sich eine generelle Zufriedenheit trotz teilweise vorhandener widriger Umstände erkennen.

A-02-N sagte, dass sie *so unterm Schnitt eigentlich schon zufrieden mit der Selbstständigkeit* wäre und A-01-N berichtete, die Praxis wäre *irgendwie ihr Ding*, und dass sie zu Beginn ihrer Selbstständigkeit dachte, *sie wollte nie etwas anderes machen*. Zwei der Ärzte gaben an, besonders zufrieden und glücklich mit ihrer Situation zu sein.

„Ja, also ich kann den Beruf nur empfehlen, ist wirklich schön, wahnsinnig abwechslungsreich, alles dabei.“ [A-05-N]

3.1.3.2 Einflussfaktoren und Barrieren im klinischen Alltag

Faktoren, die in allen Interviews von den niedergelassenen Ärzten als Einflussfaktoren auf ihre Arbeitszufriedenheit erwähnt wurden, waren:

- administrative Tätigkeiten
- Arbeitszeit
- Zeitdruck

- Monetäre Faktoren und Risikoerleben
- Praxismodelle
- Erwartungen an das Berufsfeld

Diese Subkategorien werden im Folgenden detailliert dargestellt. Im Anschluss erfolgt eine Darstellung des Einflusses der Arbeitssituation auf die Lebensqualität.

Administrative Tätigkeiten

Alle befragten Ärzte berichteten, dass der bürokratische Aufwand im klinischen Arbeitsalltag in den letzten Jahren deutlich an Umfang zugenommen habe und einen großen Teil der Arbeitszeit in Anspruch nehmen würde.

„Was ich nicht so erwartet hätte, dass die Verwaltung und einfach die Arbeit, die Formulare, die Papiere, die Reglementierung durch die Krankenkassen, dass die den Alltag so sehr beeinflussen.“ [A-02-N]

Durch anfallende administrative Tätigkeiten limitiert sich der zeitliche Rahmen für die eigentliche Arbeit am Patienten, was sowohl bei Patienten, als auch auf Ärzteseite für Unzufriedenheit sorgt.

„Schreibarbeiten, Anträge, 5 Seiten lange Reha-Anträge mit 3fachem Durchschlag, DMPs für die großen chronischen Erkrankungen, ich würde lieber die Zeit in den Patienten investieren als in die Zettelausfüllerei danach.“ [A-03-N]

Viele der Ärzte sprachen davon, dass die Bürokratie im Praxisalltag *immer erdrückender* werde. A-04-N sagte in diesem Zusammenhang, dass sich dies nur ändern ließe, *wenn man sich vehement dagegen zur Wehr setzen würde.*

Stichworte, die im Zusammenhang mit der Bürokratie in den Interviews fielen, waren vor allem *Disease-Management-Programme, Hausarztmodelle, Verschiedenartigkeiten der Kassen, neue EbM-Ziffern, Diskussionen um die Praxisgebühr, Bearbeitung von Anträgen und Anfragen der Kassen.*

Während viele der befragten Ärzte den administrativen Aufwand als sehr belastend betonten, standen zwei der Ärzte dem Thema eher gelassen gegenüber und sahen es als eine Gegebenheit an, mit der man sich arrangieren müsse.

„Das ist eben so, wir arbeiten in dem System und müssen halt klar kommen.“

[A-07-N]

A-07-N relativierte den bürokratischen Aufwand, in dem er den Fokus auf seine Selbstständigkeit legte, die seiner Meinung nach die belastenden Umstände aufwiegen würde.

„Auch wenn die Bürokratie zunimmt, da schimpfen wir alle drauf, aber ist eben so, für mich ist das trotzdem noch ganz schön, selbstständig zu arbeiten.“ [A-07-N]

Zudem erwähnte A-07-N, dass die Zunahme der administrativen Aufgaben von den Ärzten fordern würde, diese schneller zu erledigen: *da muss man schneller werden.*

Dieses wäre in seiner Arbeit der einzige Punkt, der ihn stören würde, jedoch ergänzte er, dass man *dieses Problem überall, in vielen Berufen* habe.

Arbeitszeit

Ein für die meisten Ärzte wichtiger Faktor bezüglich ihrer subjektiven Arbeitszufriedenheit war die Anzahl der Stunden Arbeitszeit pro Woche. Fast alle befragten Ärzte gaben an, überdurchschnittlich viel Zeit in der Praxis und damit verbundenen organisatorischen Tätigkeiten zu verbringen.

A-06-N berichtete, dass *die Überstunden immer mehr werden*, was hauptsächlich an den zunehmenden administrativen Anforderungen läge.

Besonders belastet durch den Faktor Zeit sah sich A-01-N. Dies begründet sich besonders im organisatorischen Aufwand der Praxis, verbunden mit technischer Anwendung von Computerprogrammen, dem kostendeckenden Erwirtschaften des eigenen Betriebes und der Leitung des Personals.

Auch A-04-N sagte, dass die Arbeitszeit pro Woche sein *großes Problem* sei und *in der Regel nicht unter 11-12 Stunden pro Tag* ausfallen würde.

A-04-N berichtete, viele Hausbesuche zu machen, die einerseits schlecht vergütet würden und andererseits viel Zeit in Anspruch nähmen.

Die Wahrnehmung des Faktors Zeit als belastend oder negativ variierte stark unter den Ärzten und muss vor dem jeweiligen persönlichen Hintergrund und Lebensumstand des Arztes betrachtet werden.

Während 60 Stunden Arbeitszeit für eine allein erziehende Mutter mit zwei Kindern eine kaum zu bewältigende Aufgabe darstellt („Also ich denke 60 Stunden die Woche komm ich locker rauf. Das ist Wahnsinn. Kein Wochenende“ [A-01-N]), empfindet ein anderer Arzt, der seit 15 Jahren im Berufsalltag steht, den Praxisablauf organisatorisch gut koordiniert hat und für seinen Beruf eine große Leidenschaft hegt, die gleiche Arbeitszeit als nicht belastend:

„Da müssen wir mal ehrlich sein, hmm, also montags 8 bis 19... 20.30, Mittwoch bis 16 Uhr... zwischen 50 und 60 Stunden, Wochenende kommen auch noch ein paar Stündchen dazu. Das ist okay.“ [A-07-N]

Diesem Umstand wird in der anschließenden Diskussion weitere Beachtung geschenkt.

Zeitdruck

Bei allen Ärzten ließ sich in den Interviews erkennen, dass die Zeit im klinischen Alltag oft stark limitiert ist und einen wesentlichen Einfluss auf die Zufriedenheit im Berufsalltag ausübt.

„Das geht wie im Hamsterrad hier, also man ist schon in 'ner Mühle drin, außer 'nem Keks und 'nem Schluck Wasser läuft sonst nichts, ja.“ [A-03-N]

Auch Ärzte, die sich in ihrem Beruf als grundsätzlich zufrieden bezeichneten, sehen den Zeitdruck als Problem, das sich negativ auf die eigene Lebensqualität und auf die Patientenversorgung auswirkt.

„Mein größter Belastungsfaktor ist die Zeit. Wenn Sie mir ein bisschen Zeit schenken würden, wäre ich der glücklichste Mensch überhaupt.“ [A-04-N]

A-07-N und A-05-N besitzen Praxen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Privatpatienten, was vorteilhaft bezüglich des Zeitdrucks ist, da generell mehr Zeit für Privatpatienten zur Verfügung steht und ein geringerer wirtschaftlicher Druck vorhanden ist. Hingegen gaben Ärzte, die an der Studie teilnahmen und den Sitz ihrer Praxen in sozial schwächeren Gegenden hatten, an, dass sie über die Masse der Patienten den wirtschaftlichen Anforderungen gerecht werden müssen.

A-06-N empfindet die limitierte Zeit als steuerbar, weil *man sich soviel Zeit nehmen kann für jeden Patienten, wie man meint zu brauchen, um das aktuelle Problem zu klären*. Auch A-01-N berichtete, dass man sich *die Zeit, die man sich gern für die Patienten nehmen würde, auch nehmen kann*. A-06-N, ergänzte, dass *der Zeitdruck, den man hat, ein Problem ist, weil es einfach viel zu voll ist und sie viel zu viele Patienten habe*.

Monetäre Faktoren und Risikoerleben

Die Niederlassung in einer eigenen Praxis geht einher mit der Eigenverantwortung für die Wirtschaftlichkeit des Betriebes. Dieser wirtschaftliche Druck, verbunden mit einem finanziellen Risiko, hat sich laut der befragten Ärzte in den letzten Jahren erhöht. Zwei der befragten Ärzte gaben an, dass sich ihre Arbeit nur wenig verändert habe und auch die finanzielle Belastung nicht zugenommen habe. Bei diesen beiden Ärzten handelte es sich um Praxen, die in gehobenen sozialen Gegenden situiert sind und in denen die Ärzte eine lange Berufserfahrung mit einem routinierten, organisatorisch gut koordinierten Praxisablauf aufwiesen.

In anderen Praxen, die erst seit wenigen Jahren bestehen oder in Gegenden situiert sind, in denen ein sozial schwächerer Patientenstamm vorhanden ist, spielte das Thema wirtschaftlicher Druck eine bedeutende Rolle.

Als Maßnahmen, um dem wirtschaftlichen Druck entgegen zu wirken, sehen sich viele Ärzte gezwungen, möglichst effizient arbeiten zu müssen und möglichst viele Patienten in kurzer Zeit zu behandeln.

„Über die Masse der Patienten kommt man finanziell gut über die Runden.“ [A-03-N]

Die Organisation des eigenen Betriebes erfordert *kostendeckendes Arbeiten*, so A-03-N, da man *in der eigenen wirtschaftlichen Verantwortung stecke*.

Praxismodell

Einen weiteren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte ließ das jeweilige Praxismodell erkennen. Dieses konnte in Einzel- und Gemeinschaftspraxen unterteilt werden.

Auch dieser Einflussfaktor variierte stark in der Wahrnehmung der Ärzte und wird durch die subjektiven Vorstellungen und Erwartungen der Ärzte an ihr Arbeitsumfeld geprägt.

Während zwei der Ärzte, die in einer Gemeinschaftspraxis tätig waren, es als sehr hilfreich und angenehm empfanden, den Praxisbetrieb zu teilen und nicht alleinverantwortlich zu sein, gab ein anderer Arzt in einer Einzelpraxis an, glücklich damit zu sein, sich mit niemandem absprechen zu müssen und für alle Strukturen selbst Rechenschaft abzulegen.

Erwartungen an das Berufsfeld

Die Wahrnehmung und Empfindung verschiedener Einflussfaktoren wurde von den Ärzten unterschiedlich bewertet.

Die Arbeitszufriedenheit ist somit einerseits durch die äußeren Umstände determiniert, wird jedoch auch zu einem großen Teil von der subjektiven Sicht des Arztes bestimmt und dementsprechend bewertet. Zum Ausdruck brachte dies

A-07-N:

„Es ist schon belastend, aber ich mach das ganz gerne, ich guck auch nicht so auf die Uhr, von daher hab ich da nicht so ein Problem mit. Ich kann das immer nicht so leiden, wenn die Ärzte sagen, ooh, ich arbeite 70 Stunden und dann immer so rumstöhnen. Dann sollen sie halt weniger arbeiten.“

A-05-N sagte in diesem Zusammenhang, dass *man sich den Stress auch immer selber mache* und fügte hinzu, dass die Zufriedenheit stark davon abhängt, welche Erwartungen und Vorstellungen man an den Beruf hegt.

Auch A-07-N betont die persönliche Einstellung gegenüber der Arbeitssituation:

„Es gibt natürlich aber viele Ärzte, für die ist das Glas eher halb leer, für mich ist es eher halb voll. Das liegt aber auch daran, dass wir nette Patienten haben, muss man sagen.“
[A-07-N]

Einfluss der Arbeitssituation auf Lebensqualität

Auf die Frage, wie sich die Arbeitssituation der Ärzte auf die Lebensqualität auswirkt, gaben die niedergelassenen Ärzte an, dass sich Strapazen in der Praxis auch auf den Privatbereich übertragen würden. Allerdings würde dieses von dem vorhandenen Arbeitspensum und Stresslevel abhängen und variieren.

A-03-N sagte, dass er nach langen Tagen, *einfach nicht mehr gesprächig* wäre und A-01-N berichtete, dass man in anstrengenden Arbeitsphasen *schon gestresst und angespannt* wäre und *die Festplatte voll* sei.

Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung gab besonders A-01-N zu erkennen, durch den Druck in der Praxis *grenzwertig und urlaubsreif* zu sein, führte dies aber insbesondere auf den gerade vollzogenen Umzug der Praxis und die damit verbundene organisatorische Mehrarbeit zurück.

Eine Ärztin (A-06-N) erzählte, dass sie zu Beginn der Niederlassung Ängste hatte, die Verantwortung alleine tragen zu müssen und sich Gedanken darum gemacht hat, ob sie den anstehenden Aufgaben gewachsen wäre. Es gäbe Zeiten, in denen die Arbeitsbelastung hoch ist und der Stressfaktor stärkere Auswirkungen hat, zum Beispiel, wenn *der letzte Urlaub länger zurück liegt* oder *der Patientenandrang groß* ist.

3.1.3.3 Medizinische Versorgungsstrukturen

Subjektive Einstellung gegenüber MVZ

Für die Studie von besonderem Interesse war die Haltung der Allgemeinmediziner gegenüber Medizinischen Versorgungszentren als Alternative zur Arbeit in der niedergelassenen Praxis. Die Meinungen hierzu waren sehr unterschiedlich und variierten zwischen starker Befürwortung und konsequenter Ablehnung.

Alle Befragten waren sich einig, dass die konservative Hausarztpraxis in Wohnortnähe der Patienten weiterhin Bestand haben werde und MVZ allein nicht existieren könnten. Dies sei zum einen auf die Notwendigkeit einer flächendeckenden medizinischen Versorgung zurückzuführen, zum anderen aber auch auf die Bedürfnisse der Patienten, die sich häufig in einer niedergelassenen Praxis wohler und weniger verloren fühlen, als in einer großen Einrichtung.

Ein Arzt sprach sich vehement gegen die Einführung von Medizinischen Versorgungszentren in Deutschland aus und sagte, dass diese keinen Bestand haben werden. Der Fokus eines Medizinischen Versorgungszentrums läge seiner Meinung nach auf wirtschaftlichen Interessen und nicht auf medizinischen. So würde die Anzahl von Untersuchungen wie EKGs und Lungenfunktionsdiagnostik in einem Quartal im Interesse des Managements und nicht nach den Bedürfnissen der Patienten geregelt sein.

Ein weiterer Punkt, in dem Einigkeit herrschte, war der Faktor der Eigenverantwortung. Alle Ärzte bevorzugten es, selbstständig und eigenverantwortlich zu sein, als in einem Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Hierbei stand erneut das Thema Hierarchie im Vordergrund, das für die Ärzte einen entscheidenden Faktor darstellte, der gegen die Arbeit in einem MVZ spräche.

Pro und Contra

Befürworter von Medizinischen Versorgungszentren betonten die fachliche Vernetzung von Ärzten sowie die Optimierung von Organisation und Strukturierung im klinischen Alltag. A-01-N sagte in diesem Zusammenhang, dass durch eine bessere Organisation und gezielten Personaleinsatz für diverse Aufgaben der klinische Alltag einfacher und besser strukturiert wäre und insbesondere die Wartezeiten bei Fachärzten kürzer als im niedergelassenen Bereich seien. Durch das Wegfallen von administrativen Tätigkeiten würden die Ärzte in ihrer Arbeit entlastet werden. Außerdem seien die Wege zwischen den Fachärzten kürzer, was einer besseren Patientenversorgung als im niedergelassenen Bereich entspräche. Sie fügte jedoch hinzu, dass das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient für viele Patienten an oberster Stelle stehe und in einer niedergelassenen Praxis leichter herzustellen sei als in einem MVZ.

A-07-N sagte, dass er zu wenig über Medizinische Versorgungszentren wisse, um sich ein Urteil bilden zu können. Er wisse aber, dass er dann in einem Angestelltenverhältnis arbeiten würde und lehnte dies generell ab. Zwar gäbe es sicherlich Vorteile in der Strukturierung und Qualifizierung, aber seine Selbstständigkeit besäße für ihn Priorität. Zwei der befragten Ärzte zeigten sich der Idee von Medizinischen Versorgungszentren gegenüber offen, sahen sich jedoch statt in einem Angestelltenverhältnis mehr in der Führungsposition als Gründer eines neuen MVZ.

A-03-N ist mit seiner Praxis in einem Ärztehaus ansässig und sprach davon, bereits mehrmals mit Kollegen über die Möglichkeit eines Zusammenschlusses der Praxen in Form eines MVZ gesprochen zu haben. Bisher sei das zwar noch nicht konkretisiert worden, jedoch ein Modell, das in Zukunft vorstellbar sein könne.

A-04-N äußerte Pläne, mit zwei weiteren Kollegen ein Mini-MVZ zu eröffnen, in dem organisatorische und administrative Dinge einheitlich geregelt werden könnten.

Auffällig war, dass sich alle Ärzte darum bemüht zeigten, Strukturen innerhalb der niedergelassenen Praxis zu optimieren, um eine moderne, zeitgemäße Patientenversorgung zu gewährleisten.

Ein immer wieder angesprochenes Thema war in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit der Kooperation unter Ärzten verschiedener Facharzt Disziplinen auch im niedergelassenen Bereich. Die niedergelassene Praxis würde die Gefahr der Isolation in sich bergen und von den Ärzten fordern, sich um Kooperation und professionellen Austausches untereinander zu bemühen. Die Zielsetzung würde hierbei zum einen die bessere und interdisziplinäre Patientenversorgung sein, zum anderen aber auch die gemeinsame Regulierung von wirtschaftlichen Belangen, um so mehr Zeit für die eigentliche Arbeit am Patienten haben zu können.

„Wenn man eine Perspektive sehen will..., dann wäre das nur im Rahmen eines Ärztenetzes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums, wo mehrere Ärzte zusammen kommen, um dann bestimmte wirtschaftliche Belange gemeinsam zu regulieren oder regeln und dadurch mehr Zeit zu haben für die eigentliche Medizin.“ [A-04-N]

A-07-N berichtete, sich einen eigenen Kreis von Fachärzten aufgebaut zu haben, mit denen er in regem Austausch stehe und per Telefon jederzeit Kontakt aufnehmen könne. Er fügte hinzu, dass dies Ärzte seien, die er sich nach persönlichen Überzeugungen ausgesucht habe und an die er seine Patienten mit gutem Gewissen überweisen würde, ohne hierbei von kollegialen Abhängigkeiten beeinflusst zu sein, wie sie in einem MVZ vorstellbar wären.

Um mit einer niedergelassenen Praxis dem Wettbewerb unter verschiedenen Versorgungseinrichtungen standzuhalten sagte A-05-N, dass die niedergelassenen Praxen ihr Angebot vergrößern müssten. Zwar lehnte er die Arbeit in einem MVZ grundsätzlich ab, befürwortete jedoch die Gemeinschaftspraxis, in der eine patientengerechtere Betreuung mit einem vergrößerten medizinischen Angebot und erweiterten Öffnungszeiten realisierbar sei.

„Es kann nicht sein, dass ,ne Praxis über Mittag zu ist, das ist einfach lästig für die Patienten.“ [A-05-N]

Ein mehrmals erwähnter Punkt war, dass ein MVZ von der Zielsetzung seiner Leitungsstruktur abhängig ist.

A-04-N sagte, dass ein MVZ im Grunde eine gute Möglichkeit bieten würde, eine optimale Patientenversorgung zu bieten sowie einen attraktiven Arbeitsplatz für Ärzte darzustellen. Doch entscheidend würde die Einstellung des Managements mit den damit einhergehenden Strukturen sein, die ihren Schwerpunkt wirtschaftlich oder im Sinne von Patienten und Angestellten ausrichten könne.

Die Fokussierung von MVZ auf wirtschaftliche Interessen, anstatt auf die Bedürfnisse der Patienten einzugehen, war ein weiteres, oft erwähntes Argument, das in der Diskussion um MVZ fiel.

Patientenversorgung

Ein von den Ärzten häufig selbst angesprochenes Thema, das im Leitfadenterview keine Berücksichtigung fand, war die Patientenversorgung.

Durch zunehmende zeitliche Limitierung in der Patientenbetreuung und den gleichzeitig wachsenden wirtschaftlichen Druck sahen viele der befragten Ärzte eine optimale Patientenversorgung gefährdet und sich selbst in dem Konflikt, den Praxisbetrieb kostendeckend zu verwalten und dennoch patientengerecht zu arbeiten.

„Die Probleme, die wir haben in diesem Beruf, ..., die sind aber nicht durch den Beruf oder durch das Fachliche bedingt, sondern durch die wirtschaftlichen Zwänge, denen man unterliegt, Budgets, Einschränkungen, Forderungen, Bürokratismus, die das Leben erheblich belasten und die uns auch vielfach davon abhalten, am Patienten eine optimale Versorgung zu betreiben.“ [A-04-N]

Häufig wurde in den Interviews als Kritik geäußert, dass MVZ für Patienten nicht den geeigneten Rahmen einer vertrauten Umgebung bieten würden und der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient erschwert wäre. Die Konsultation des Arztes des Vertrauens sei, laut der befragten Ärzte, in MVZ durch eine hohe Patientenfluktuation häufig nicht realisierbar.

„Das wird ein Problem sein, dass die Leute sich zwar einer modernen Medizin gegenüber sehen, aber immer anonym werden. Das wird immer imaginärer und immer größer und der Mensch wird immer kleiner und ne Nummer in diesem System.“
[A-04-N]

3.1.4 Darstellung der Implementierung von Leitlinien mit Hilfe des Remindersystems

Dieser Abschnitt wird in folgende Kategorien unterteilt:

Tab. 8 Kategoriensystem der Implementierung von Leitlinien

Kategorie	Inhalt
Meinung zu Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Subjektive Ansicht zum Nutzen und der Anwendung von Leitlinien im Praxisalltag
Umgang mit Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Barrieren in der Anwendung von Leitlinien • Schilderung des eigenen Prozesses der Leitlinienimplementierung im klinischen Alltag
Erfahrungen mit dem Remindersystem	<ul style="list-style-type: none"> • Die Anwendung des Remindersystems im klinischen Alltag • Einfluss der Arbeitsplatzsituation auf die Anwendung des Remindersystems • Persönliche Bewertung des Nutzens eines Remindersystems

Meinung zu Leitlinien

Leitlinien stellten für alle befragten Ärzte eine Unterstützung im klinischen Alltag dar, die bei Unsicherheit in der Therapie eine Hilfestellung anbietet.

A-03-N erwähnte, dass Leitlinien es ihm ermöglichen würden, *schnell und komprimiert einen Überblick über ein Symptom oder Krankheitsbild* zu bekommen, und auch andere Ärzte gaben an, dass Leitlinien oft der *Erinnerung* dienten, wenn Details der Therapie *in Vergessenheit* geraten waren. Durch den Zugriff auf aktuelle Leitlinien könnten sich

Ärzte schnell und verlässlich am neuesten Stand der Wissenschaft orientieren, ohne sich selbst auf die Suche nach verlässlichen Studien begeben zu müssen.

Alle Ärzte sahen Leitlinien als sinnvoll und wichtig an, wiesen jedoch auch darauf hin, dass Leitlinien im klinischen Alltag nicht immer anwendbar seien und jeder Arzt bei der medikamentösen Therapie *individuell auf die Bedürfnisse des Patienten* achten muss.

„Man muss natürlich schon so ein bisschen individuell gucken. Wenn jemand einen Beta Blocker nicht verträgt, dann kann ich ihm keinen Beta Blocker geben, obwohl er natürlich eigentlich einen bräuchte.“ [A-03-N]

Außerdem müsse bei der Benutzung von Leitlinien darauf geachtet werden, dass diese regelmäßig überarbeitet worden ist und dem aktuellsten Stand der Forschung entspricht.

„Das ist auch manchmal ein Leid mit den Leitlinien, weil die sich ja ständig ändern.“ [A-07-N]

Eine Ärztin betonte, dass die Vertrauenswürdigkeit und Qualität der Leitlinie davon abhinge, von wem sie publiziert wurde.

Umgang mit Leitlinien

Auf die Frage, wie sich die Ärzte einen Zugriff auf aktuelle Leitlinien verschaffen, gab es keine einheitliche Antwort. Alle Ärzte bezogen Leitlinien aus unterschiedlichen Quellen wie Fachzeitschriften, Fortbildungen, Handouts oder dem Internet und aktualisierten ihre Kenntnisse in unregelmäßigen zeitlichen Abständen.

Der neueste Stand von Leitlinien wurde den meisten Ärzten auf Fortbildungen vermittelt.

A-05-N sagte, dass er einmal im Jahr eine Fortbildung besuche, auf der die gesamte Innere Medizin plus der Stand der aktuellen Leitlinien vorgetragen werde.

Die befragten Ärzte äußerten alle, dass ein Bedarf an der regelmäßigen Wiederholung der Inhalte von leitliniengerechter Therapie vorhanden ist, da mit der Zeit immer wieder Details der optimalen medikamentösen Versorgung in Vergessenheit geraten.

Verwirrend bei der Anwendung von Leitlinien war für die Ärzte häufig die ungenaue Darstellung und Formulierung sowie der umständliche Zugriff auf die aktuellen Leitlinien. So sahen sich einige Ärzte von der *Flut von Leitlinien* überfordert und fanden es schwierig, auf einfachem schnellen Wege an zuverlässige valide Leitlinien zu gelangen.

„Ich suche mir sonst immer irgendwelche Sachen heraus aus irgendwelchen Zeitschriften, les' das, manchmal liegt's auch hier oder klebt irgendwo hier, wenn ich mir was merken will.“ [A-04-N]

Erfahrungen mit dem Remindersystem

Das Remindersystem konnte in den niedergelassenen Praxen in zwei Fällen erfolgreich installiert werden.

In der Praxis von A-06-N erfolgte die Installation sowie die Anwendung des Remindersystems, während in der Praxis von A-07-N die Installation erfolgte, das Remindersystem im Alltag jedoch nicht angewandt wurde. Als Grund gab A-07-N an, sich mit der leitliniengerechten Therapie der HI durch den kardiologischen Schwerpunkt seiner Facharztweiterbildung gut auszukennen. Außerdem seien seine Patienten regelmäßig bei ihm, so dass bereits eine adäquate Einstellung der medikamentösen Therapie vorhanden sei.

Bei A-02-N und A-03-N erfolgte die Erinnerung an die Leitlinien über einen Zettel, der neben dem Praxiscomputer angebracht war.

A-04-N konnte sich zwar daran erinnern, dass mal *irgendetwas installiert* wurde; die technische Anwendung des Remindersystems erfolgte jedoch nicht und er konnte sich auch an keine Details der Studie erinnern.

A-05-N gab an, dass die Installation aus technischen Gründen nicht funktioniert hat.

Die Anwendung des Remindersystems in der Praxis von A-06-N empfand die Ärztin bereits nach kurzer Zeit als störend. Zu Beginn wurde durch Unterstützung des Remindersystems zwar ein Einfluss auf die Therapie ausgeübt und die leitlinientreue Behandlung ins Gedächtnis gerufen, jedoch stellte sich das Erinnerungssystem kurz darauf als Hinderung im Praxisalltag dar.

Ursächlich war hierfür das unvermeidliche Erscheinen der Leitlinien auf dem Bildschirm, das die Ärztin häufig ungelesen *einfach nur wegklickte*. Zwar gab sie an, dass bei

komplikationslosen Patienten, die ohne weiteres leitliniengerecht medikamentös eingestellt werden könnten, die Erinnerung sinnvoll sei, in den meisten Fällen jedoch eine Komorbidität vorhanden sei, die eine Abweichung von der Standardtherapie notwendig mache.

Auf die Frage, ob die Anwendung von Remindersystemen im Praxisalltag generell sinnvoll wäre, gaben fast alle Ärzte an, dass sie es sich als wertvolle Unterstützung vorstellen könnten. A-01-N erwähnte, dass insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Anforderungen im klinischen Alltag in der medikamentösen Behandlung leicht etwas übersehen werden kann. In diesem Falle wäre ein Erinnerungssystem hilfreich, um eine möglichst optimale Therapie zu erzielen und den Arzt zu entlasten. Auch A-04-N unterstützte diese Ansicht:

„Denn in der Routine, da fällt einem manchmal das Primitivste nicht ein.“

A-03-N, der sich an die Leitlinien mit Hilfe eines Zettels neben dem Bildschirm erinnerte, gab an, dass sich bereits diese Hilfestellung *positiv* auf seine Therapie ausgewirkt hätte. Er könnte sich ein Remindersystem als *Vereinfachung im Alltag* vorstellen, die Sicherheit bietet, leitliniengerecht zu arbeiten.

A-02-N äußerte Bedenken an dem Sinn eines Remindersystems und gab an, sich durch ein solches System eventuell *bevormundet* zu fühlen. Ihrer Meinung nach reicht der Zugriff auf Leitlinien dann, *wenn man persönlich das Gefühl hat, etwas nachgucken zu wollen*.

Zweifel wurden hinsichtlich der technischen Umsetzung eines solchen Projektes geäußert. Ein Remindersystem wäre im Allgemeinen eine brauchbare Hilfestellung, darf den Arzt jedoch keine zusätzliche Zeit kosten oder mit Mehrarbeit verbunden sein. Außerdem müsste es dem Arzt frei überlassen sein, die Leitlinien auf dem Bildschirm aufzurufen, oder aber sie dürften nur dann erscheinen, wenn in der Therapie etwas übersehen wurde.

„Also wenn ich einen Medikamentenplan mache, z.B. bei Herzinsuffizienz, und ich vergesse den ACE Hemmer oder Beta Blocker und dann erscheint ein Pop up, dann wäre das natürlich fulminant, hervorragend, toll.“ [A-03-N]

3.1.5 Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews mit den niedergelassenen Hausärzten

Befragt wurden sieben niedergelassene Hausärzte, davon vier Männer und drei Frauen, die zwischen 39 und 61 Jahren alt waren. Drei der Ärzte arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis, vier in einer Einzelpraxis. Alle Ärzte hatten einen Teil ihrer Facharztausbildung im Krankenhaus absolviert.

Der Wunsch möglichst vielseitig medizinisch zu arbeiten und einen langjährigen Patientenkontakt aufzubauen, bewog die Ärzte dazu, Facharzt für Allgemeinmedizin zu werden. Um diesen Wunsch zu realisieren und nach eigenen Vorstellungen arbeiten zu können, wählten die befragten Ärzte die Niederlassung in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis. Hierbei spielte der Faktor Eigenverantwortung eine zentrale Rolle. Ein Großteil der Ärzte empfand hierarchische Strukturen im Krankenhaus als belastend.

Als beeinflussende Faktoren bezüglich der Arbeitszufriedenheit wurden von den Ärzten in den Interviews administrative Tätigkeiten, wirtschaftlicher Druck, Arbeitszeit, Zeitdruck, Praxismodelle und die persönliche Erwartung an das Berufsfeld genannt.

Alle Ärzte sagten aus, dass der bürokratische und administrative Aufwand in den letzten Jahren deutlich zugenommen hätte. Gleichzeitig sei der wirtschaftliche Druck innerhalb der Niederlassung gestiegen, der zu einem Zeitdruck bei der Behandlung von Patienten und zu Unzufriedenheit auf Patienten- und Arztseite führe. Alle Ärzte gaben an, überdurchschnittlich viele Stunden pro Woche arbeiten zu müssen. Die Wahrnehmung der Arbeitszeit als belastenden Faktor unterschied sich jedoch von Arzt zu Arzt.

Trotz verbesserungsdürftiger Umstände im klinischen Alltag sagten die Ärzte von sich, im Großen und Ganzen zufrieden mit ihrer Arbeitssituation zu sein. Sie führten es am ehesten auf das positive Erleben, eigenverantwortlich arbeiten zu können und den Arbeitsalltag nach individuellen Vorstellungen gestalten zu können, zurück.

Die Meinungen der niedergelassenen Ärzte gegenüber Medizinischen Versorgungszentren variierten stark zwischen Befürwortung und vehementer Ablehnung. Die Mehrzahl sah in Medizinischen Versorgungszentren keine Alternative gegenüber der Niederlassung und bevorzugt das eigenverantwortliche Arbeiten in einer

Praxis. Andere Ärzte waren gegenüber neuen Versorgungseinrichtungen offen, konnten sich ihre Position dort jedoch besser in einer Führungsrolle, als in einem Anstellungsverhältnis vorstellen.

Leitlinien sahen alle Ärzte als hilfreiche Unterstützung im klinischen Alltag an, die sie zum einen in ihrer Therapie absichere, zum anderen dazu diene, die Behandlung zu optimieren. Die Implementierung von Leitlinien erfolgte über verschiedene Wege. Genannt wurden hier Fachzeitschriften, Fortbildungen, Handouts und das Internet.

Das Remindersystem wurde in zwei Praxen erfolgreich installiert, die Benutzung erfolgte nur in einer Praxis. Den Umgang mit dem Remindersystem empfand die Ärztin bereits nach kurzer Zeit als störend, da der Inhalt sich bei jedem herzinsuffizienten Patienten wiederhole und sie keinen Einfluss auf das Erscheinen der Leitlinien auf dem Bildschirm hatte.

Generell gaben die Ärzte an, dass ein Remindersystem im Alltag eine sinnvolle Hilfestellung wäre, die technisch jedoch modifiziert und optimiert werden müsse. Besonders hilfreich wäre zum Beispiel ein System, das den Arzt dann erinnern würde, wenn er in der medikamentösen Therapie eines Patienten etwas übersehen hätte. Ein Remindersystem dürfe jedoch keinen zeitlichen und organisatorischen Mehraufwand für den Arzt bedeuten.

3.2. Ergebnisse der Interviews mit den Ärzten des MVZ

Im Folgenden werden die Inhalte der Interviews mit den Ärzten eines großen MVZ in Berlin anhand des vorangegangenen Kategoriensystems näher untersucht.

3.2.1 Charakterisierung der befragten Ärzte des MVZ

In die Studie eingeschlossen wurden insgesamt drei Fachärztinnen und vier Fachärzte, die mit Schwerpunkt in der hausärztlichen Versorgung in einem großen Berliner MVZ angestellt waren. Vier der Ärzte waren Fachärzte für Allgemeinmedizin, zwei Fachärzte für Innere Medizin und eine war praktische Ärztin. Drei der befragten Ärzte waren vor

dem MVZ selbstständig in einer niedergelassenen Praxis tätig, vier arbeiteten vorher im Krankenhaus. Die Ärzte waren zwischen 6 und 28 Jahren als Fachärzte tätig (im Durchschnitt 17,7 Jahre). Das Durchschnittsalter der Ärzte betrug 46,1 Jahre.

Tab. 9 Profil der befragten Ärzte im MVZ

Facharztstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinmedizin: 4 • Innere Medizin: 2 • Praktischer Arzt: 1
Alter	<ul style="list-style-type: none"> • 30-40: 2 • 40-50: 3 • 50-65: 2
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Männlich: 4 • Weiblich: 3
Erfahrungen im niedergelassenen Bereich	<ul style="list-style-type: none"> • Ja: 3 • Nein: 4
Angestellt im MVZ seit	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 Jahren: 3 • 2-4 Jahren: 4
Berufserfahrung in Jahren	<ul style="list-style-type: none"> • 5-20 Jahre: 5 • > 20 Jahre: 2

3.2.2 Interviews

Von insgesamt zwölf für die Studie in Betracht kommenden Interviews im MVZ konnten acht Gespräche durchgeführt werden. Zwei der Ärzte besaßen ihren Wohnort nicht mehr in Berlin, zwei weitere Ärzte haben zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung nicht mehr im MVZ gearbeitet. Acht Gespräche wurden aufgezeichnet, von denen sieben zur Auswertung genutzt werden konnten. Ein Gespräch konnte auf Grund von technischen Problemen nicht verwendet werden. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 15,2 Minuten.

3.2.3 Beschreibung der Arbeitszufriedenheit

3.2.3.1 Persönliche Beweggründe und Vorstellungen

Im folgenden Abschnitt werden die persönlichen Gründe, die die Ärzte bewogen haben, ihren Berufsweg einzuschlagen und in einem MVZ zu arbeiten, näher beleuchtet.

Berufsweg

Die Beweggründe der befragten Ärzte im MVZ für den Berufsweg des Allgemeinmediziners unterschieden sich nicht wesentlich von denen der niedergelassenen Ärzte und werden daher an dieser Stelle nicht näher angeführt.

Anstellung im MVZ

Die Ärzte gaben verschiedene Beweggründe für die Arbeit im MVZ an, die von dem jeweiligen persönlichen Hintergrund und Werdegang bestimmt wurden. Drei der Ärzte waren vor der Anstellung im MVZ selbstständig in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis tätig. Für sie besaß das MVZ eine Möglichkeit, weiterhin in der hausärztlichen Versorgung tätig zu sein, gleichzeitig jedoch einen Teil der Verantwortung im organisatorischen und administrativen Bereich abzugeben.

A-02-M war bereits 28 Jahre in einer eigenen Praxis selbstständig, bevor er sich entschloss, dem MVZ beizutreten. Für ihn war die Arbeit im MVZ als angestellter Arzt ein *glänzender Übergang* zwischen jahrelanger Selbstständigkeit und Pensionierung. In der Einzelpraxis sah er sich mit *immer schwerer werdenden Anforderungen* konfrontiert, die seiner Meinung nach in der Zukunft noch schwieriger zu bewerkstelligen gewesen wären.

Von den vier befragten Ärzten, die vor dem MVZ in einem Krankenhaus tätig waren, gaben alle an, dass das MVZ für sie einen Arbeitsplatz bot, an dem sie weiterhin interdisziplinär arbeiten konnten und im direkten Austausch mit Kollegen standen.

Auch A-03-M, die zuvor in einer Praxisgemeinschaft tätig war, sagte, dass sie trotz Selbstständigkeit nie *alleine* sein wollte und immer im Verbund mit weiteren Kollegen zusammenarbeiten wollte.

Das MVZ bot für die Ärzte, die aus dem Krankenhaus kamen, *besser geregelte Arbeitszeiten, keine Schicht-, Wochenend- oder Nachtdienste*.

Alle Ärzte, die aus der Klinik kamen, gaben an, dass das MVZ für sie eine Alternative darbot, inhaltlich ähnlich wie in der Klinik arbeiten zu können, gleichzeitig aber von belastenden Arbeitsfaktoren befreit zu sein.

Ein von fast allen Ärzten erwähnter Punkt, der Einfluss auf die Entscheidung hatte, war die fehlende finanzielle Beteiligung, die das Angestelltenverhältnis im MVZ bietet. Zwei der befragten Ärztinnen berichteten, dass für sie aus familiären Gründen die Möglichkeit der Teilzeitarbeit von Interesse war, die in einer niedergelassenen Praxis nicht vorhanden gewesen wäre.

3.2.3.2 Einflussfaktoren und Barrieren im klinischen Alltag

Die in den Interviews genannten Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit der Ärzte im MVZ waren überwiegend identisch mit denen der niedergelassenen Ärzte.

- administrative Tätigkeiten
- Arbeitszeit
- Zeitdruck
- Monetäre Faktoren und Risikoerleben
- organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen des MVZ

Von der weiteren Analyse ausgeschlossen wurde die Subkategorie ‚Erwartungen an das Berufsfeld‘, da sie mit den Ansichten der niedergelassenen Ärzte übereinstimmend war.

Administrative Tätigkeiten

Alle befragten Ärzte gaben an, im MVZ von vielen administrativen und organisatorischen Dingen entlastet zu sein, die der Verwaltungsapparat für sie erledige. Hierunter wurden vor allem *Abrechnungssysteme, Rechnungen schreiben, Personalentscheidungen, Anschaffungen und Innovationen* genannt.

A-03-M sagte, dass diese Entlastung für sie einen großen Vorteil ausmachen würde, da sie während ihrer Niederlassung in betriebswirtschaftlichen-organisatorischen Belangen *immer Probleme* hatte, die ihr nun im MVZ abgenommen werden würden.

A-01-M, der zuvor in der Niederlassung tätig war, sagte:

„...die administrative Seite, davon sind wir schon sehr befreit, da sind wir praktisch supermäßig entlastet, das muss man schon sagen.“

Drei der Ärzte gaben an, dass die administrativen Tätigkeiten im MVZ zwar vergleichsweise gering ausfallen würden, dass dennoch viel Arbeit, die sich mit der Dokumentation befasse, anfallen würde.

„...so dass wir jetzt nicht einfach als Angestellter hier morgens herkommen konnten und sagen, so ich mach jetzt hier meine Arbeit und kümmerge mich nicht um diese Abrechnungsarten und Ziffern, sondern das musste man selber mitgestalten und sich eben an diese neuen Vorgaben auch anpassen und selber aktiv mitarbeiten. Das konnte man auch nicht von dem Verwaltungsapparat erwarten.“ [A-07-M]

Eine Ärztin erwähnte, dass der Anteil von administrativen Tätigkeiten im klinischen Alltag von der Stellung innerhalb des MVZ abhängen würde. Einige der befragten Ärzte waren in organisatorischen Gremien oder Führungspositionen bestimmter Fachbereich involviert, die mit einem höheren Aufwand und Zusatzarbeit verbunden sind, als die eigentliche Arbeit als angestellter Allgemeinarzt.

Arbeitszeit

Durch die Möglichkeit der Teilzeitarbeit im MVZ besitzen die Ärzte unterschiedliche Verträge, wodurch sich die Anzahl von Arbeitsstunden individuell gestaltet.

Drei der Ärzte gaben als Vorteil an, dass sie im MVZ geregelte Arbeitszeiten hätten, in denen keine Nacht- und Wochenenddienste mehr anfallen würden.

A-02-M befürwortete die Möglichkeit, flexibel in der Wahl der Arbeitszeiten zu sein und Teilzeitarbeit in Anspruch nehmen zu können. Er hätte einen 25-Stundenvertrag und sei damit sehr zufrieden.

Andere Ärzte mit 32- und 40-Stunden Verträgen berichteten, dass die Anzahl der tatsächlichen Arbeitsstunden weit über der eigentlichen Arbeitszeit läge.

Trotz geregelter Arbeitszeiten gaben die meisten Ärzte an, viele Überstunden zu machen, die nicht vergütet werden würden. Die Überstunden würden variieren und hingen davon ab, wie groß zu bestimmten Zeiten der Patientenandrang sei.

Eine Ärztin (A-03-M) bezog die Anzahl von Überstunden auf die Fähigkeit jedes einzelnen Arztes, sich im Alltag effizient zu strukturieren und sah ihre eigenen Überstunden als Folge ihrer langsamen Arbeitsweise.

A-01-M bemängelte, dass viele seiner Kollegen sich strikt an die vorgesehenen Arbeitszeiten halten würden, ohne viel Rücksicht auf die Patientenbedürfnisse zu nehmen. So sagte er von sich, dass er ähnlich wie in der niedergelassenen Praxis - im Gegensatz zu manchen Kollegen – auch kurz verspätete Patienten außerhalb der Sprechzeiten annehmen würde.

Zeitdruck

Aus Sicht der Ärzte ist in den letzten Jahren eine Zunahme des Zeitdrucks im klinischen Alltag spürbar. Um ökonomisch zu wirtschaften, müsste auch im MVZ über die Masse der Patienten gearbeitet werden, was eine stärkere zeitliche Limitierung für die einzelnen Patienten zur Folge hätte. Durch weniger zur Verfügung stehende Zeit könnten die Vorteile, die das MVZ generell bietet, häufig nicht genutzt werden. Zwei der Ärzte berichteten, dass sie auf Grund des Zeitdrucks häufig nicht zu einem genügenden Austausch mit Kollegen kämen und viele der Angebote des MVZ nicht wahrnehmen könnten. A-07-M beschreibt diese Situation als häufig *unbefriedigend*.

Monetäre Faktoren und Risikoerleben

Alle Ärzte des MVZ betonten den Vorteil, auf Grund des Angestelltenverhältnisses kein finanzielles Risiko tragen zu müssen.

„Das hat mich eben auch letztendlich überzeugt. Ich bin kein Mensch, der einfach große Batzen an Geld und Schulden anhäuft und anhäufen möchte und dies eigentlich auch scheut, mit persönlichem finanziellem Risiko umzugehen.“ [A-07-M]

Ärzte, die vor dem MVZ in einer Niederlassung tätig waren, gaben an, dass das Grundgehalt zwar etwas geringer sei als der mögliche Verdienst in einer eigenen Praxis, die Belastung durch die wirtschaftliche Eigenverantwortung jedoch wegfallen würde.

A-07-M erwähnte, dass man als angestellter Arzt ein Grundgehalt verdiene, das mit einer Umsatzbeteiligung verknüpft sei. So könne jeder Arzt im MVZ nach eigener

Motivation und Leistung so genannte Boni verdienen.

„Ich werde da nach meinen Leistungen honoriert und bekomme auch da Boni, wenn Zielvorgaben erreicht wurden, und mir macht das Spaß.“ [A-07-M]

A-02-M, der jahrzehntelang in einer Einzelpraxis tätig war, gab an, dass es für ihn beruhigend sei, nicht mehr persönlich wirtschaftlich verantwortlich zu sein und durch *leistungsstarke Juristen* des MVZ im Falle von rechtlichen Belangen vertreten zu werden.

Trotz des Wegfalls des finanziellen Risikos gab die Mehrheit der Ärzte an, einen zunehmenden wirtschaftlichen Druck wahrzunehmen. Damit das MVZ kostendeckend arbeiten könne, müsse ökonomisch gearbeitet werden, wovon alle Ärzte betroffen seien. Dies mache sich für die Ärzte in einem erhöhten Zeitdruck bemerkbar, der von einigen Ärzten als *schwierig* und *frustrierend* empfunden wurde.

Organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen des MVZ

Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte im MVZ hatten verschiedene Faktoren, die hier unter dem Stichwort „Strukturen im MVZ“ zusammengefasst werden.

Hierarchie

A-03-M sagte, dass im MVZ zwar eine Hierarchie vorhanden sei, sie jedoch von den einzelnen Mitarbeitern getragen und bestimmt wird und verhältnismäßig gering ausfallen würde. In einem großen System wie dem MVZ sei es ihrer Meinung nach auch nicht möglich, allen Ärzten das gleiche Mitspracherecht in Entscheidungen zukommen zu lassen.

Auch A-05-M berichtete, dass in einer großen Struktur *manchmal Dinge einfach so festgelegt werden* würden, die im eigenen Bereich als *nicht sinnvoll* angesehen werden. Alle Ärzte sagten, dass die vorhandene Hierarchie ihre Vor- und Nachteile hätte, die den Arzt einerseits häufig entlasten würde, andererseits jedoch auch fordere, sich mit Gegebenheiten zu arrangieren und Entscheidungen der Leitungsstruktur zu akzeptieren.

Viele der zuvor niedergelassenen Ärzte erzählten, dass sie sich im MVZ über viele organisatorische Dinge absprechen müssten, über die sie während ihrer Selbstständigkeit frei entschieden hätten. Hierunter fielen die Stichworte *Urlaub, Arbeitszeiten, Materialien, Innovationen, Therapien* und *Untersuchungen*.

Professionelle und persönliche Beziehungen

Aus Sicht der befragten Ärzte hängt die Zufriedenheit stark von dem Arbeitsklima der Kollegen untereinander sowie von der Leitungsstruktur des Betriebes ab.

Den zwischenmenschlichen wie auch professionellen Austausch befürworteten die Ärzte und sagten, dass dies die Arbeit positiv beeinflussen würde. Im Arbeitsalltag sei es von großer Bedeutung, in einem Team zu arbeiten, in dem man sich wohl fühle. Die befragten Ärzte gaben generell an, zufrieden zu sein und bewerteten die Stimmung des MVZ als *kollegial* und *freundlich*. Es gäbe zwar manchmal auch *Konflikte*, die von den Ärzten aber als normale Gegebenheit in einem großen System mit vielen Mitarbeitern angesehen wurde.

Ein Arzt betonte seinen Ärger über Kollegen, die keine Erfahrung im niedergelassenen Bereich hätten. Seiner Meinung nach zeigten junge Kollegen, die häufig direkt aus der Klinik kamen, nicht das gleiche Engagement für die Patientenbetreuung und würden mehr um ihren eigenen Vorteil als um das Gemeinwohl des Teams bemüht sein.

A-02-M hingegen, der 28 Jahre lang alleine in einer Praxis tätig war, bewertete die Zusammenarbeit mit Kollegen als durchweg *interessant und bereichernd* nach den Jahren in der Einzelpraxis. Im Vordergrund stand für ihn hierbei der unkomplizierte interdisziplinäre Austausch, insbesondere vor dem Hintergrund einer immer umfangreicher werdenden Medizin, in der man zunehmend auf das Fachwissen von Kollegen angewiesen sei.

Organisation

A-06-M sah ein großes Problem im klinischen Alltag in den räumlichen Strukturen des MVZ. Ihrer Meinung nach würde es *viel zu wenig Platz für so viele Ärzte geben*.

Jeder Arzt teilt sich ein Sprechzimmer mit ein bis zwei Kollegen, so dass nach der Sprechstunde kein Raum zum Nacharbeiten von medizinischen Themen zur Verfügung stünde. Dieses empfindet die Ärztin als Nachteil, da keine Privatsphäre am Arbeitsplatz

möglich ist und auch die Patienten ihren Arzt nicht immer im gleichen Sprechzimmer antreffen.

Eine Ärztin (A-03-M) erwähnte, dass durch das Bestreben des MVZ, Betriebskosten niedrig zu halten, ihrer Meinung nach weniger Arzhelferinnenunterstützung als im niedergelassenen Bereich persönlich für jeden Arzt zur Verfügung stehe.

Mehrere Ärzte sagten, dass sie von den regelmäßigen *Meetings und Fortbildungen* innerhalb des Hauses profitieren würden, die organisatorisch sehr gut geregelt seien. Hier ergäbe sich zum einen die Möglichkeit, organisatorische Probleme *gemeinsam zu besprechen*, zum anderen aber auch der *fachlichen Fortbildung*.

Patientenversorgung

Viele der Ärzte gaben an, dass die Anwendung einer elektronischen Akte mit Zugriff auf alle Informationen eines Patienten ein großer Vorteil hinsichtlich einer optimalen Patientenversorgung sei.

Zum einen erleichtere der elektronische Zugriff die Arbeit der Ärzte im klinischen Alltag, käme vor allem aber auch den Patienten zugute, da auf diesem Wege keine relevanten Informationen verloren gehen würden.

A-07-M, der zuvor in einer Klinik tätig war, sagte, dass es für ihn unvorstellbar wäre, in einer Einzelpraxis zu arbeiten, ohne dem Patienten eine allumfassende, moderne Versorgung bieten zu können. Für ihn stellt das MVZ eine Versorgungsstruktur dar, in der Patienten optimal aufgehoben sind und mit Hilfe der elektronischen Akte eine ganzheitliche Behandlung gewährleistet werden könne. Dieses sei für den Patienten ein *Riesengewinn*.

Positiv bewerteten die Ärzte auch die Möglichkeit des interdisziplinären Arbeitens im MVZ. Hierdurch seien die Wege und Wartezeiten für Patienten kürzer und komplikationsloser. Des Weiteren würden die Patienten ein optimales medizinisches Angebot erhalten, das sich auf dem neuesten technischen Stand befände.

„Hier kann der Patient mit bestimmten Symptomen auch zu Ende diagnostiziert werden, weil eben alle Fakultäten untereinander gereiht arbeiten können.“ [A-04-M]

Ein weiterer häufig angesprochener Punkt der Ärzte war die Patientenfluktuation. Durch Teilzeitarbeit und verschiedenen geregelte Arbeitszeiten, würden Patienten häufiger in der

Sprechstunde eines Arztes vorstellig, der an der eigentlichen Behandlung und Betreuung nicht teilhat. Mit Hilfe der elektronischen Akte könne sich jeder Arzt zwar schnell einen Überblick über das Krankheitsgeschehen verschaffen, dennoch, so A-02-M, wäre jeder Arzt gefordert, sich stets neu zu informieren und unbekanntes Patienten offen und aufmerksam entgegen zu treten. Die Fluktuation führe dazu, dass der Patientenkontakt im Allgemeinen anonym verläuft als in einer niedergelassenen Praxis. Dieses gestaltet sich insbesondere für Hausarztpatienten als schwieriger, da meist eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung gewünscht wird, die im MVZ nicht immer gewährleistet werden kann.

A-03-M berichtete, dass sie in ihrer alltäglichen Arbeit viel weniger durch Telefonate unterbrochen werde, als damals in der Niederlassung, da durch Abschirmung der Telefonzentrale und der Arzthelferinnen kaum Telefonate direkt durchgestellt würden. Für ihre Arbeit sei dies sehr entlastend, die Patienten würden allerdings häufiger darüber klagen.

Einfluss der Arbeitssituation auf die Lebensqualität

Aus Sicht der Ärzte des MVZ wirkte sich die Arbeitssituation positiv auf die Lebensqualität aus. Zwar würde es auch im MVZ viele Überstunden geben, dafür würden im privaten Bereich jedoch kein wirtschaftlicher Druck oder Existenzängste vorhanden sein.

„Ich habe mehr Freizeit, mehr Zeit für meine Familie, ich arbeite nicht mehr am Wochenende, ich habe bezahlten Urlaub und ich habe ein sehr nettes Kollegenteam.“
[A-01-M]

Ärzte, die zuvor niedergelassen waren, berichteten, dass es Ihnen zu Beginn der Anstellung schwer gefallen sei, sich auf die neue Situation als angestellter Arzt nach jahrelanger Selbstständigkeit einzulassen. Nach anfänglicher Umstellung gaben zum Zeitpunkt der Interviewdurchführung jedoch alle Ärzte an, dass sie sich mit der Anstellung im MVZ *entspannter* fühlen würden und sich die Arbeit im positiven Sinne verändert habe.

„Jetzt muss ich mich absprechen, wann ich Urlaub machen möchte, das war früher nicht so, da hab ich den gemacht, wann's mir gepasst hat. Aber das ist nicht so

dramatisch, also das ist für mich kein Problem. Dafür habe ich auch einfach Vorteile, wie gesagt einen höheren Freizeitwert und mehr Freizeit, sagen wir mal eine höhere Lebensqualität dadurch, dass ich am Wochenende gar nicht mehr arbeite.“ [A-01-M]

3.2.3.3 Medizinische Versorgungsstrukturen

Subjektive Einstellung gegenüber MVZ

Aus Sicht der befragten Ärzte stellen Medizinische Versorgungszentren eine positive Möglichkeit dar, Patienten eine optimale Versorgung bieten zu können und gleichzeitig Arbeitsplätze für Ärzte zu schaffen, die durch verbesserte Rahmenbedingungen mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit einhergehen.

A-03-M gab zu bedenken, dass die Wahl des Arbeitsplatzes und die daraus resultierende Zufriedenheit von den persönlichen Umständen und Zielsetzungen des Arztes abhängen:

„Menschen, die besser betriebswirtschaftlich und organisatorisch und jung dynamisch sind, gut, für die ist wahrscheinlich eine eigene Praxis unter Umständen besser, weil sie sich selber bestimmen können, weil sie sich selber organisieren können.“

Auch A-02-M stützte diese Ansicht und betonte, dass die Wahl des Arbeitsplatzes mit der persönlichen, beruflichen und familiären Planung zusammenhänge.

Die meisten Ärzte sagten in den Interviews, dass es herkömmliche Praxen in Deutschland in Zukunft immer schwerer haben werden und sich längerfristig Gemeinschaftspraxen sowie MVZ in der flächendeckenden Versorgung durchsetzen würden.

A-04-M fügte hinzu, dass die gesundheitspolitische Situation Deutschlands momentan für alle Ärzte unsicher und unvorhersehbar sei, in herkömmlichen Praxen, wie auch in MVZ. Seiner Meinung nach sei es schwer abzuschätzen, wie sich die medizinische Versorgung in Deutschland weiterhin entwickeln werde.

Alle Ärzte gaben an, dass sie sich in der momentanen gesundheitspolitischen Situation in Deutschland nicht dazu entscheiden würden, in die Niederlassung zu gehen. Dies sei mit einem zu hohen Aufwand und Risiko organisatorischer und finanzieller Art verbunden.

3.2.4 Darstellung der Implementierung von Leitlinien mit Hilfe des Remindersystems

Meinung zu Leitlinien

Die Ansichten zu Leitlinien der Ärzte im MVZ unterschieden sich nicht wesentlich von den Aussagen der niedergelassenen Ärzte, weshalb sie an dieser Stelle nicht erneut aufgeführt werden.

Umgang mit Leitlinien

Wie im niedergelassenen Bereich beziehen die Ärzte Informationen über Leitlinien aus unterschiedlichen Quellen. Fortbildungen, hausinterne Meetings, das Internet sowie Fachzeitschriften dienen dazu, den Kenntnisstand zu aktualisieren und zu erweitern. Zusätzlich wird im MVZ hausintern an Leitlinien gearbeitet und über das Intranet für jeden Arzt zugänglich gemacht. Außerdem finden regelmäßige Fortbildungen statt, die den Ärzten den neuesten Wissensstand vermitteln und Inhalte wiederholen.

„Das MVZ versucht ja auch, entsprechend hausinterne Leitlinien zur Verfügung zu stellen, auf die man dann einen einfachen Zugriff hat.“ [A-06-M]

Dies ist zwar eine große Vereinfachung, wurde aber bisher von vielen Ärzten nicht genutzt, da entweder Unwissenheit über den Zugang vorhanden war, oder sich die Internetseite noch im Aufbau befand.

Bei vielen Ärzten ließ sich eine ähnliche Verwirrung bei der Recherche von Leitlinien wie im niedergelassenen Bereich vorfinden:

„Aber im Zweifel ist es dann wieder so, das was man sucht, das findet man dann doch wieder nirgends, man ist wieder ganz auf sich alleine gestellt, wenn man irgendwo 'ne Frage hat.“ [A-05-M]

A-06-M berichtete, dass es im Internet so einen *Leitlinienlink* geben würde. Der wäre zwar nur *mittelmäßig praktisch, aber das meiste wüsste man schon in etwa vorher.*

Erfahrungen mit dem Remindersystem

Das Remindersystem konnte in allen Computern der teilnehmenden Studienärzte installiert werden und wurde von sechs Ärzten im klinischen Alltag angewandt.

A-01-M sagte, dass ihr das Remindersystem geholfen hätte, ihre eigene Therapie erneut zu hinterfragen und sie dazu angeregt hätte, mehr auf die Leitlinien zu achten. Auch A-03-M sagte, dass die Erinnerungen der Leitlinien ihre Therapie beeinflusst hätten. Zwar hätte es keine wesentlichen Veränderungen gegeben, aber die Berücksichtigung der Leitlinie sei ihr durch das System wieder stärker bewusst geworden.

A-05-M stand der Einführung von Remindersystemen kritisch gegenüber.

„Man kann sich nicht mit tausend Erinnerungsgeschichten volltackern, dann sieht man nachher nichts mehr und im Zweifel hat man gar nicht soviel Zeit, um sich um zig Erinnerungssysteme zu kümmern.“

Allerdings fügte sie hinzu, dass es im Alltag hilfreich sei, zum Hinterfragen der Therapie angeregt zu werden.

A-06-M hatte das System installiert, den *Button jedoch immer gleich weggeklickt*, da er durch vier Jahre Arbeitserfahrung in der Kardiologie die Therapie der HI zu genüge kenne. Für ein anderes, ihm weniger bekanntes Krankheitsbild hätte er das Remindersystem jedoch *durchaus interessant* gefunden.

Mehrere Ärzte gaben an, dass die Anwendung des Remindersystems im MVZ durch eine konsequente EDV-Betreuung möglich war und im niedergelassenen Bereich schwerer umzusetzen sei.

„In Praxen ist so ein System wahrscheinlich schwerer zu realisieren durch die Arbeitsüberlastung. Da ist so was dann zeitlich einfach nicht machbar, da kann man sich um solche Sachen manchmal einfach nicht kümmern. Hier hat sich dann irgendjemand drum gekümmert und die EDV-Geschichte wurde auch vorbereitet. Das ist natürlich eine ganz andere Situation.“ [A-02-M]

Insgesamt sagten die befragten Ärzte des MVZ aus, dass ein Remindersystem generell sinnvoll sei, jedoch keine Zusatzarbeit für den Arzt bedeuten darf.

3.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse der Interviews mit den Ärzten des MVZ

Befragt wurden sieben Ärzte, davon vier Männer und drei Frauen, die zwischen 38 und 63 Jahren alt waren. Vier der Ärzte waren Fachärzte für Allgemeinmedizin, zwei Fachärzte für Innere Medizin und eine Ärztin war praktische Ärztin. Drei der Ärzte waren vor der Anstellung im MVZ in einer eigenen Praxis tätig, vier der Ärzte in einem Krankenhaus.

Als Beweggründe für die Entscheidung, in einem Medizinischen Versorgungszentrum zu arbeiten, wurde von den Ärzten interdisziplinäres Arbeiten mit anderen Ärzten, geregelte Arbeitszeiten, Entlastung von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten, die Möglichkeit der Teilzeitarbeit und der Wunsch, medizinisch auf hohem technischen und wissenschaftlichen Niveau tätig zu sein, genannt.

Als beeinflussende Faktoren der Arbeitszufriedenheit wurden wie bei den niedergelassenen Ärzten administrative Tätigkeiten, wirtschaftlicher Druck, Arbeitszeit und Zeitdruck genannt. Ergänzend erwähnten die angestellten Ärzte Einfluss nehmende Strukturen des MVZ wie Kollegialität, Hierarchie und organisatorische Voraussetzungen.

Alle befragten Ärzte sahen sich im MVZ von vielen administrativen Tätigkeiten entlastet, gaben jedoch an, dass dennoch ein großer bürokratischer Aufwand im Alltag vorhanden sei.

Um kostendeckend zu arbeiten, erlebten die Ärzte einen zeitlichen und wirtschaftlichen Druck, ohne hierbei jedoch mit einem persönlichen finanziellen Risiko beteiligt zu sein. Das empfanden alle Ärzte als sehr entlastend.

Den professionellen Austausch mit Kollegen erlebten die Ärzte als bereichernd, erwähnt wurden jedoch auch Konflikte, die durch viele notwendige Absprachen miteinander entstehen können.

Das Vorhandensein einer gewissen Hierarchie wurde ersichtlich, konnte von den meisten Ärzten jedoch durch viele Entlastungen und Vorteile im Alltag gut angenommen werden.

Als Nachteil der Arbeit im MVZ wurde ein Mangel an räumlichen Möglichkeiten genannt, da die Ärzte untereinander Sprechzimmer teilen und keine Rückzugsmöglichkeit besitzen, um so zum Beispiel nach der Sprechstunde Dinge nachzuarbeiten.

Geplant sei im MVZ der Zugang zu Leitlinien über das hausinterne Intranet in Form einer selbst entwickelten Software, die den Ärzten komplikationslos und übersichtlich den Informationsabruf von Leitlinien ermöglichen sollen. Wie im niedergelassenen Bereich bezogen die Ärzte Leitlinien bisher aus unterschiedlichen Quellen. Hilfreich seien allerdings die regelmäßigen, hausinternen Fortbildungen des MVZ.

Das Remindersystem konnte für alle Ärzte erfolgreich installiert werden und wurde in sechs von sieben Fällen angewandt. Die befragten Ärzte gaben an, dass zu Beginn der Anwendung zwar ein positiver Einfluss auf die leitliniengerechte Therapie vorhanden gewesen sei, nach kurzer Zeit allerdings die ständige Erinnerung an die Leitlinien durch das Erinnerungssystem als störend empfunden wurde.

Viele der Ärzte betonten, dass die Anwendung des Systems im MVZ nur durch eine konsequente technische Betreuung durchführbar war, die im normalen Praxisalltag nicht möglich gewesen wäre. Wie von den niedergelassenen Ärzten wird ein Remindersystem als sinnvoll angesehen, wenn es entsprechend der organisatorischen und zeitlichen Anforderungen des Alltags technisch optimiert werden könne.

4 Diskussion

4.1 Methodendiskussion

4.1.1 Zusammensetzung und Rekrutierung der Interviewpartner

Bei den befragten Studienärzten handelt es sich sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als bei den angestellten Ärzten im MVZ um Personen unterschiedlichen Geschlechts, Alters, beruflichen Werdeganges und privaten Hintergrundes. Sie haben verschiedene Tätigkeitsfelder, Berufserfahrung und persönliche Schwerpunkte.

Gemeinsam ist den Ärzten, dass ihr Schwerpunkt in der hausärztlichen Versorgung liegt.

Diese Vielfalt an unterschiedlichsten Voraussetzungen macht die Darstellung eines außerordentlich breit gefächerten Spektrums an Meinungen und Erfahrungen möglich, die in die Inhaltsanalysen einfließen. Des Weiteren ermöglichen sie eine hohe Inhaltsvalidität sowie einen tiefen Informationsgehalt des zu untersuchenden Sachverhalts (*Flick, 1995*).

Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass aus diesen Ergebnissen aufgrund der kleinen Fallzahl im Rahmen des qualitativen Studienaufbaus keine repräsentativen und pauschalen Folgerungen abgeleitet werden können.

Als Einschlusskriterium für die Studie diente das in allen Praxen und im MVZ installierte Computerprogramm TurboMed. Hierdurch konnte gewährleistet werden, dass teilnehmende Ärzte die gleichen technischen Voraussetzungen für die Anwendung des Remindersystems besaßen.

Bei der Rekrutierung der Ärzte konnte nicht ausgeschlossen werden, dass eine Selektion erfolgte. Diese begründet sich in der Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie und symbolisiert eine eventuell vorhandene hohe Motivation der Ärzte, an Forschungsprojekten teilzunehmen und zur Verbesserung von Missständen beizutragen. Diese Motivation könnte unter anderem auch einen positiven Einfluss auf den Gebrauch eines Remindersystems haben, da gegenüber Innovationen möglicherweise eine offenerere Haltung als bei Ärzten besteht, die an innovativen

Forschungsthematiken weniger Interesse zeigen. Die Auswirkungen dieser möglichen Vorauswahl lassen sich letztendlich jedoch nur vermuten.

Es bestand die Hypothese, dass insbesondere Ärzte, die sich unter der aktuellen Arbeitssituation stark belastet fühlten, eine höhere Motivation zeigen, an der Studie teilzunehmen, um vorhandenen Missständen im Arbeitsbereich in der Öffentlichkeit zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen und sich diesbezüglich stärker zu engagieren. Jedoch zeigte die Analyse der Interviews deutliche Unterschiede in der Bewertung von Arbeitsbelastung und Zufriedenheit, so dass sich diesbezüglich keine generell gültige Tendenz feststellen ließ.

Bei den befragten niedergelassenen Hausärzten besteht eine große Variabilität zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen in Bezug auf Größe der Praxen, Anzahl der Mitarbeiter, Arbeitszeiten und hinsichtlich der Schwerpunkte der Tätigkeiten einschließlich des sozialen Umfeldes des Arbeitsplatzes und hieraus resultierendem Patientenkontext. Daraus ergaben sich wichtige Einflusskriterien auf die Arbeitszufriedenheit eines Arztes, die das Spektrum möglicher Ansichten zum Untersuchungsthema erweitern.

Die Situation der Ärzte im MVZ stellt sich im Gesamtbild homogener dar. Sie besitzen die gleichen räumlichen und materiellen Ausstattungen, arbeiten im Verbund mit der gleichen Anzahl von Mitarbeitern und behandeln Patienten aus dem gleichen Einzugsgebiet. Lediglich in den Arbeitszeiten und den daraus resultierenden Gehältern sind aufgrund unterschiedlicher Verträge Variationen vorhanden. Einige Ärzte im MVZ sind neben ihrer normalen Arbeit in organisatorische Abläufe eingebunden, wie z.B. Führungspositionen einer Fachgruppe etc. Durch dieses Engagement kann von einer zusätzlichen Arbeitsbelastung ausgegangen werden.

Beim Vergleich der Ärztengruppen fiel auf, dass sich die Gesprächsdauer deutlich voneinander unterscheiden ließ. Die Interviewdauer mit den niedergelassenen Ärzten betrug im Durchschnitt 25,4 Minuten, während die Interviews, die im MVZ durchgeführt wurden, im Schnitt 15,2 Minuten dauerten.

Auffällig war, dass entgegen der Gesprächsdauer die Atmosphäre der Interviewsituation bei den niedergelassenen Ärzten häufig den Eindruck von Zeitdruck seitens der Ärzte vermittelte, während die Atmosphäre bei den Gesprächen im MVZ sich häufig ruhiger gestaltete und die Ärzte gelassener wirkten.

4.1.2 Leitfadenterview und qualitative Analyse

Qualitative Forschung, speziell mit leitfadengestützten Interviews, ist mittlerweile auch in der Medizin etabliert (*Macleane et al., 2002*), (*Döhner et al., 1996*) (*Cassier-Woidasky, 1997*).

Sie eignet sich besonders für wenig untersuchte Gebiete und zeichnet sich dadurch aus, dass die Befragten mit eigenen Worten ihre Erfahrungen, Meinungen und Gefühle ausdrücken können (*Hopf et al., 1991*). Hierdurch lässt sich eine differenzierte und ausführliche Darstellung individueller Meinungen und Eindrücke gewinnen. Bei qualitativen Methoden geht es um das Beschreiben, Interpretieren und Verstehen von komplexen Zusammenhängen, die Aufstellung von Klassifikationen oder Typologien und die Generierung von Hypothesen, die als Voraussetzung für groß angelegte, quantitative Studien dienen können und in der folgenden Diskussion dargestellt werden. Spezifische Methodenprobleme quantitativer und qualitativer Verfahren erfordern die Integration beider Forschungsmodelle, um eine Ergänzung der jeweiligen Stärken und Schwächen zu nutzen (*Kelle, 2007*).

Die vorliegende Arbeit stellt eine Ergänzung quantitativer Methoden dar und ermöglicht die Darstellung der Forschungsfrage anhand subjektiver Beispiele.

Qualitative Forschungsverfahren orientieren sich am Konzept der „exemplarischen Verallgemeinerung“ und lassen sich nur schwer bis gar nicht generalisieren. Vielmehr möchte mit qualitativer Forschung die Darstellung komplexer Sachverhalte (häufig gesellschaftsbezogener) möglich gemacht werden, und mithilfe dieser neue Forschungsgebiete exploriert werden. Befragungen richten sich an meist kleine Fallgruppen und können nicht repräsentativ als allgemeingültig erklärt werden.

Im Wissen um die Stärken und Grenzen von qualitativen Ergebnissen kann ein umfassender Einblick in die derzeitige Arbeitssituation verschiedener Hausärzte in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen in Berlin und gleichzeitig eine detaillierte, subjektive Beurteilung zu der Verwendung eines Remindersystems im Praxisalltag gewonnen werden.

Diese Erkenntnisse führen zu innovativen Denkanstößen, die die Grundlage zur Generierung neuer Hypothesen bilden können, aus denen dann intervenierende Folgemaßnahmen abgeleitet werden können.

Durch eine umfangreiche Fragestellung, die sich mit unterschiedlichen Themenkomplexen befasst, wird eine große Anzahl an untersuchungswürdigen Themenbereichen in den Interviews angesprochen. Die ausführliche Analyse und Diskussion widmet sich den Themenbereichen, die in der Mehrzahl der Interviews breiten Raum einnehmen und am aufschlussreichsten bezüglich der Fragestellung schienen. Es wird versucht, die in den Interviews erwähnten Unterthemen mit in die Analyse einzubetten.

Die gewählte Methodik erweist sich in Hinblick auf die Transkription mittels der F4-Software sowie die Auswertung unter Zuhilfenahme der Atlas Ti-Software als sehr geeignet und hilfreich, die große Textmenge in übersichtlicher Form aufzubereiten. Die Durchführung der Interviews im gesamten Berliner Stadtgebiet zeigt sich als zeitintensive Methode, liefert jedoch wichtige, über die reinen Interviewtexte hinausgehende Informationen über das Arbeitsumfeld des Befragten, die von großem Wert für die Analysen sind.

Durch die Interviewführung unter Zuhilfenahme einer Tonbandaufnahme ist eine Beeinflussung der teilnehmenden Ärzte zu vermuten. Insbesondere lässt sich bei den angestellten Ärzten im MVZ annehmen, dass sie wegen der Aufzeichnung der Gespräche bestimmte Themen meiden oder nur zurückhaltend kommentieren.

Kritisch kann weiterhin die Bereitschaft der Ärzte, an der Studie teilzunehmen diskutiert werden, da anzunehmen ist, dass diese Ärzte ihrer Tätigkeit mit einer besonderen Motivation nachgehen und daher auch die Anwendung eines Remindersystems mit überdurchschnittlichem Engagement durchführen.

Auch der fehlende finanzielle Anreiz zur Studienteilnahme kann zu einer Selektion überdurchschnittlich engagierter Studienärzte beigetragen haben.

4.2 Diskussion der inhaltlichen Kategorien

In Anlehnung an das Kategoriensystem des Ergebnisteils werden im folgenden Abschnitt dieser Arbeit die Inhaltsanalysen der einzelnen Ärztgruppen vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlicher Studien verglichen und Hypothesen generiert. Diese Hypothesen ergeben sich bei Analyse und Vergleich der im Ergebnisteil ermittelten Kategorien. Alle Einzelkategorien fließen in die Hypothesen ein.

Zum Abschluss von Kapitel 5.2. werden die Hypothesen zusammengestellt.

4.2.1 Einschätzung der gegenwärtigen Arbeitszufriedenheit in verschiedenen Versorgungsstrukturen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Thema Arbeitszufriedenheit ärztgruppenübergreifend und in zwei Kategorien diskutiert:

- Wahrnehmung und Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit
- Einfluss von Organisations- und Betriebstypen auf die Arbeitszufriedenheit

Wahrnehmung und Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit

Laut Bundesärztekammer (*Homepage der Bundesärztekammer, abgerufen Mai 2011*) sind arztseitige Faktoren, die als Physician Factor bezeichnet werden, maßgebliche Einflussfaktoren in der Versorgung (siehe Einleitung). Bisher wurde dem Aspekt des Physician Factors, insbesondere in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit von Ärzten in deutschen Studien wenig Beachtung geschenkt.

Ein internationales Review des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin (*Gothe et al., 2007*) liefert einen guten Einblick in die derzeitige Situation und lässt erkennen, dass arztbezogene Faktoren durch ihre Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit Einfluss auf die medizinische Versorgungssituation nehmen.

In den Interviews gaben vier von sieben befragten niedergelassenen Ärzten auf die Frage *nicht zufrieden, weniger zufrieden, zufrieden* oder *sehr zufrieden* mit ihrer Arbeit zu sein, an, *zufrieden* mit ihrer gegenwärtigen Tätigkeit zu sein. Leichte Unterschiede sind bei Differenzierung nach Praxislage festzustellen. So beschrieben sich zwei der Ärzte als *sehr zufrieden*, während eine Ärztin angab, *weniger zufrieden* zu sein.

Von den befragten Ärzten im MVZ gaben sieben von sieben Ärzten an, *zufrieden* mit ihrer Tätigkeit zu sein. In beiden Ärztgruppen beschrieb sich keiner der befragten Ärzte als generell *nicht zufrieden*. Obgleich die Berufsbedingungen der Ärzte, insbesondere der niedergelassenen, in den Interviews als häufig belastend beurteilt werden, bejahten alle Ärzte die Frage, ob sie sich erneut für ihren Beruf entscheiden würden.

1. Hypothese: Unabhängig vom Arbeitsplatz ist das eigentliche Tätigkeitsfeld der Allgemeinmedizin für Ärzte eine tendenziell zufrieden stellende Berufswahl, durch die Defizite und negative Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit kompensiert werden können.

Die Einflüsse der in den Interviews am häufigsten genannten Faktoren auf die Arbeitszufriedenheit werden im Folgenden beschrieben.

Professionelle Autonomie

Der Wunsch nach Autonomie und Eigengestaltung im Praxisalltag besaß bei den niedergelassenen Ärzten Priorität bezüglich der Arbeitsplatzwahl. Alle niedergelassenen Ärzte gaben in den Interviews an, dass die mit der Selbstständigkeit einhergehende Selbstbestimmung maßgeblichen Anteil an ihrer Arbeitszufriedenheit hat und den persönlichen Vorstellungen und Wünschen gegenüber dem Berufsfeld entspricht.

Anders gestalteten sich die Bedürfnisse der Ärzte im MVZ, von denen ein Großteil Berufserfahrungen im niedergelassenen Bereich aufwies. Sie gaben an, sich bewusst gegen die Selbstständigkeit entschieden zu haben. Von Bedeutung bezüglich der Arbeitszufriedenheit war für sie in erster Linie die Entlastung von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten im klinischen Alltag. Der Faktor Selbstbestimmung nahm eine untergeordnete Rolle ein.

Aus den Interviews, wie auch aus aktuellen Studien zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten, lässt sich erkennen, dass die Wahrnehmung der professionellen Autonomie großen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit besitzt (*Hadley et al., 2002; Buciuniene et al., 2005*). Bei Ausübung der ärztlichen Tätigkeit unterliegt der Grad der Selbstbestimmung Einflussfaktoren wie verwaltungstechnischen Aspekten, bürokratischen Vorschriften und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitsnetzwerkes, durch die der eigentliche Berufsinhalt zunehmend verändert wird (*Bovier et al., 2003*). Durch die Verschiebung vom klinischen, patientenzentrierten Arbeiten hin zu administrativen Beschäftigungen sinkt die ärztliche Eigenkontrolle und lässt eine Diskrepanz zwischen ärztlicher Erwartung nach sinnvoller und selbstständiger Arbeit und beruflicher Realität entstehen.

In den Interviews wurde dies insbesondere von den niedergelassenen Ärzten zum Ausdruck gebracht. Durch Reglementierungen der Kassen, Bürokratismus etc. fühlten sich einige der Ärzte in ihrer Entscheidungsfreiheit stark beeinträchtigt und gaben an,

dass dieser Umstand häufig belastend sei und die Motivation für den Beruf negativ mitbestimmt. Dennoch überwog bei den befragten Ärzten die grundlegende Freude am Beruf, durch die mit erschwerenden Faktoren besser umgegangen werden konnte.

Das Gefühl der Fremdbestimmung durch administrative Anforderungen wurde unterschiedlich stark von den niedergelassenen Ärzten bewertet. Während einige der Befragten sich außerordentlich durch bürokratische Mehrarbeit belastet fühlten, fiel es anderen Ärzten leichter, sich mit der Situation zu arrangieren und den Fokus auf die positiven Seiten des Berufs zu lenken.

Im MVZ war der Faktor Selbstbestimmung ein wesentlich seltener genanntes Thema. Die Einbindung in ein MVZ wurde von den Ärzten mehrheitlich nicht als Fremdbestimmung wahrgenommen, sondern als entlastende Institution, in der Aufgaben untereinander verteilt werden und vorgegebene Organisationsabläufe dem Arzt dienlich sind, um private Freiräume zu schaffen. Die Ärzte gaben an, im Gegensatz zur Niederlassung weniger Einflussmöglichkeiten auf grundlegende Strukturen zu haben, durch die Entlastung im täglichen Alltag jedoch das subjektive Gefühl von mehr Selbstbestimmung zu erleben. In der Literatur wurde der Verlust von wahrgenommener Autorität als der am meisten mäßigende Faktor der Arbeitszufriedenheit von angestellten Ärzten beschrieben (*Nixon et al., 2003*).

Anhand der unterschiedlichen Wahrnehmung von Selbstbestimmung wird ersichtlich, inwiefern neben externen Faktoren interne psychosoziale Faktoren der Ärzte in die Arbeitszufriedenheit mit einspielen.

2. Hypothese: Die Bewertung professioneller Autonomie unterscheidet sich zwischen Ärzten im niedergelassenen Bereich und angestellten Ärzten. Während der Verlust von Selbstbestimmung insbesondere für die niedergelassenen Ärzte die Motivation für den Beruf negativ beeinflusst, nimmt Autonomie und Selbstgestaltung für angestellte Ärzte eine untergeordnete Rolle ein. Der Fokus liegt hier weitgehend auf der Interdisziplinarität, dem professionellen Austausch mit Kollegen und der Entlastung von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten.

Soziodemographische und psychosoziale Aspekte

Bereits erwähnt wurde der Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Arbeitszufriedenheit in Zusammenhang mit der Person des Arztes und dessen privatem Hintergrund.

Die Entscheidung für die Niederlassung oder eine Festanstellung wird durch persönliche Eigenschaften und Arbeitsmuster des Arztes bestimmt (*Kikano et al., 1998*). Eine Längsschnittstudie der Universität Erlangen, die sich mit der beruflichen Entwicklung von Medizinerinnen in den ersten drei bis fünf Berufsjahren beschäftigt (*Abele, 2001*), ergab, dass das Idealbild des Arztes humanistisch, fürsorglich und beziehungsorientiert ist. Die beruflichen Werthaltungen von Berufsanfängerinnen sind hoch und orientieren sich vornehmlich an altruistischen Zielen. Im klinischen Alltag sieht sich der Arzt allerdings zunehmend mit tätigkeitsfremden Anforderungen konfrontiert. Es entsteht eine Diskrepanz, in der ursprüngliche Ideale und Ziele mit dem Alltag häufig nicht zu vereinbaren sind.

Insbesondere ein niedergelassener Arzt thematisierte diesen Faktor in den Interviews und verdeutlichte, dass Unzufriedenheit häufig aus zu hohen Berufserwartungen, die im Alltag nicht realisiert werden können, resultiere.

Erwartungen an den Beruf und die allgemeine Arbeitszufriedenheit stehen in einem höchst signifikanten Zusammenhang. So ergab eine Studie zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten, dass insbesondere Medizinerinnen, die mit falschen Erwartungen an den Beruf herangingen und deren Vorstellungen an den Beruf nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmen, sich als unzufrieden mit ihrer Tätigkeit beschreiben würden (*KV SL-H, 2005*).

Eine weitere Rolle bezüglich der wahrgenommenen Arbeitszufriedenheit spielt die soziale Unterstützung der Ärzte. So korreliert eine geringe soziale Unterstützung mit dem vermehrten Auftreten von Depressionen (*Jurkat et al., 2001*). Ein niedergelassener Arzt, der sich als äußerst zufrieden mit seiner Arbeit beschrieb, besaß seine Praxis im Untergeschoss des Familienhauses. Er betonte, wie positiv sich die Nähe zu seinen Kindern und seiner Familie auf seine Arbeit auswirken würde. Im Gegensatz hierzu sah sich eine Ärztin als alleinerziehende Mutter von zwei Kindern in ihrer Niederlassung als stark belastet an und in ihrer Arbeitszufriedenheit als negativ beeinflusst. Eine Studie von McMurray et al., beschrieb, dass das Auftreten von Burn out bei Ärztinnen mit

kleinen Kindern um 40% sinkt, wenn soziale Unterstützung in Form von Kollegen, dem Partner oder dem privaten Umfeld gewährleistet ist (*McMurray et al., 2000*).

Ein weiterer in den Interviews ersichtlicher Aspekt bei der Arbeitsplatzwahl waren Gendereinflüsse. Grund für die Anstellung im MVZ waren so für die Mehrheit der Ärztinnen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Entlastung von organisatorischen und administrativen Tätigkeiten sowie die Möglichkeit der Teilzeitarbeit.

Ärztinnen im niedergelassenen Bereich arbeiteten vorzugsweise in Gemeinschaftspraxen. Die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit wird auch in der Literatur als Faktor beschrieben, der die Arbeitsplatzwahl von Ärztinnen beeinflusst. Frauen arbeiten vermehrt in Institutionen, in denen eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf realisierbar ist und richten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen den Fokus mehr auf persönliche und familiäre Werte (*Xu et al., 1995*).

Mehrere der Ärzte im MVZ, die zuvor in einer niedergelassenen Praxis tätig waren, entschlossen sich, nach jahrelanger Selbstständigkeit in ein Angestelltenverhältnis zu wechseln. Insbesondere ein Arzt hob hervor, dass er im höheren Alter mehr private Freiräume für sich beanspruchen und sich hierbei weitgehend von finanzieller und organisatorischer Belastung befreit fühlen wolle.

3. Hypothese: Erwartungen an das Berufsfeld besitzen Einfluss auf die erlebte Arbeitszufriedenheit. Insbesondere eine Diskrepanz zwischen Realität und Erwartungen an den Beruf kann Berufsunzufriedenheit hervorrufen.

4. Hypothese: Psychosoziale und demografische Einflüsse wie persönliche Eigenschaften des Arztes, Erwartungen an das Berufsfeld, soziale Unterstützung, Gendereinflüsse und das Alter sind an der Wahl des Arbeitsplatzes sowie der Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit beteiligt.

Monetäre Faktoren und Risikoerleben

Die Mehrheit der befragten niedergelassenen Ärzte gab an, dass die persönliche wirtschaftliche Verantwortung ein Faktor sei, der sie in ihrem Erleben der

Arbeitszufriedenheit beeinflussen würde. Laut eines Reviews zur Arbeits- und Arbeitszufriedenheit von Ärzten ist ein hoher Wirtschaftlichkeitsdruck mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit assoziiert (*Gothe et al., 2007*).

Die befragten niedergelassenen Ärzte führten an, dass das Bestreben, ökonomisch effektiv zu arbeiten, um die Praxis wirtschaftlich führen zu können, zwar vorhanden sei, nahmen den daraus resultierenden Druck jedoch nicht als stark belastend wahr. Als besonders zufrieden beschrieben sich zwei der Ärzte, deren Praxen in gehobenen sozialen Gegenden situiert waren und mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an Privatpatienten einhergingen. Sie gaben an, einen sehr geringen wirtschaftlichen Druck zu verspüren.

Im MVZ gab die Mehrheit der Ärzte an, sich unter anderem aufgrund des fehlenden finanziellen Risikos für die Arbeit in einem Angestelltenverhältnis entschieden zu haben. Ärzte, die zuvor in der Selbstständigkeit tätig waren, berichteten, dass sie im Schnitt zwar weniger als in der Niederlassung verdienen würden, sie dadurch aber keinem finanziellen Risiko mehr ausgesetzt seien und dies mit einer erhöhten Lebensqualität einherginge. Einer der befragten Ärzte im MVZ betonte die Möglichkeit des Verdienens so genannter Boni im MVZ, mit denen Zusatzarbeit vergütet werde. Dies würde ihn in seiner Arbeit motivieren und einen finanziellen Anreiz darstellen.

Neben nicht-monetären Faktoren gelten monetäre Faktoren als mitbestimmend bezüglich der empfundenen Arbeitszufriedenheit. Um die Zufriedenheit von Ärzten zu verbessern, sollten laut einer Studie von *Janus et al.(2009)* – neben anderen arbeitsbezogenen Prädiktoren – monetäre Anreize verbessert und somit als Motivator stärker berücksichtigt werden..

Andere Studien wiesen auf, dass ein festes Gehalt Anteil an einer positiven Zufriedenheit besitzt (*Le Pore et al., 2000*).

Allerdings zeigte sich auch, dass die Einkommenshöhe nicht allein ausschlaggebend für eine hohe Arbeitszufriedenheit ist und erst in Kombination mit weiteren als positiv empfundenen Faktoren mit Zufriedenheit bei der Arbeit assoziiert ist (*Gothe et al., 2007*).

Im Gegensatz hierzu belegte eine Studie in den USA, dass ein festes Gehalt und Produktivitätsboni psychischen Druck und das Gefühl des Verlustes von professioneller

Autorität bei Ärzten entstehen lässt. Dieses steht im Zusammenhang mit Unzufriedenheit bei Ärzten mit ihrer Arbeit (*Grembowski et al., 2003*).

Auch bei dieser widersprüchlichen Literaturlage muss davon ausgegangen werden, dass die Persönlichkeit des Arztes und dessen Empfinden von monetären Anreizen maßgeblich an der Bewertung der Arbeitszufriedenheit teil hat.

5. Hypothese: Die Zufriedenheit im niedergelassenen Bereich wird durch die Wahrnehmung des wirtschaftlichen Drucks mitbestimmt. Dieser steht im Zusammenhang mit der Lage und Struktur der Praxis und des vorherrschenden sozialen Status des Patientenklientels, bzw. dem Anteil von Kassen- und Privatpatienten, beinhaltet jedoch auch das individuelle Risikoerleben eines Arztes.

6. Hypothese: Ärzte, die generell ein stärker ausgeprägtes Risikoerleben besitzen, bevorzugen die Arbeit in einer Anstellung, in der keine finanzielle Beteiligung vorhanden ist. Eine Anstellung geht für sie mit einer Befreiung von wirtschaftlichem Druck einher und wirkt sich positiv auf die empfundene Lebensqualität aus.

Arbeitsbelastung

Für beide Arztgruppen zutreffend war das Belastungserleben der Faktoren *enorme Arbeitszeit* in Verbindung mit *hohem Zeitdruck*. Auch in weiterführender Literatur konnte das Auftreten von Stressempfinden durch Arbeitsbelastung und Zeitmangel belegt werden. Die Kombination dieser Faktoren wirkt sich negativ auf die Lebenszufriedenheit aus und besitzt unter Umständen schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit (*Jurkat et al., 2001*).

Arbeitsbelastung wirkt sich zudem auf die Qualität der Arbeit aus, führt zu vermehrten Fehlern und kann die Behandlung von Patienten beeinträchtigen (*Walter et al., 2010*).

An dieser Stelle soll auf die Konsequenz von ungenügender Bewältigung stressreicher Arbeitssituationen und der Diskrepanz zwischen Berufserwartung und Realität eingegangen werden.

Schätzungen zufolge leiden ca. 22% der Ärzte in Deutschland unter einem Burn-out-Syndrom (*Bergner, 2004*). Burn-out wird als Krankheit des Überengagements

verstanden, als Folge des emotional belastenden zwischenmenschlichen Kontaktes am Arbeitsplatz oder als Resultat des gesellschaftlichen Wandels (*Bauer et al., 2003*).

Insbesondere Menschen mit hohem Arbeitsdruck und wenigen individuellen Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz sind gefährdet, ein Burn-out-Syndrom zu erleiden. Ein Burn-out-Syndrom kann somit als Folge von unterschiedlichen Stressfaktoren, kombiniert mit Unzufriedenheit in beruflichen, wie privaten Bereichen verstanden werden. Als einer der wichtigsten präventiven Faktoren wurde die Zufriedenheit im Beruf erkannt (*Graham, 1976*).

Der Wandel in der Medizin, die Zunahme von administrativen Tätigkeiten sowie das Gefühl der Fremdbestimmtheit verbunden mit einer Diskrepanz zwischen Berufserwartungen und beruflichem Alltag wirken förderlich auf die Entwicklung eines Erschöpfungs- oder Burn-out-Syndroms. Der Verlust von Selbstbestimmung gilt als einer der entscheidendsten Faktoren hinsichtlich der Entwicklung des Krankheitsbildes (*Grembowski et al., 2001; Shanafelt et al., 2003*).

Bei der Untersuchung von Ursachen für Burn-out unter Ärzten konnte festgestellt werden, dass viele Ärzte die eigenen, persönlichen Bedürfnisse in den Hintergrund stellen (*Gundersen, 2001*) und keine Ressourcen und Bewältigungsstrategien entwickeln, um einem chronischen Erschöpfungszustand entgegenzuwirken.

In den durchgeführten Interviews gab keiner der Ärzte trotz des Vorhandenseins vieler der genannten erlebten Belastungsfaktoren an, sich durch ein Erschöpfungssyndrom gefährdet zu sehen. Lediglich eine niedergelassene Ärztin berichtete, sich momentan extrem belastet zu fühlen. Die anderen niedergelassenen Ärzte sowie die Ärzte im MVZ berichteten, dass sie sich zwar des Öfteren einer hohen Belastung ausgesetzt fühlen, dass jedoch genügend persönliche Kapazitäten vorhanden seien, um diese zu bewältigen.

Die besonderen Herausforderungen für die Ausübung des ärztlichen Berufes liegen in Bereichen wie dem Management von Stressoren, dem Umgang mit Arbeitsbelastung und der Prävention von Burn-out (*Gothe et al., 2007*). Ärzte, die organisatorischen Stressoren am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, neigen dazu, Patienten sowohl medizinisch, als auch psychologisch schlechter zu behandeln (*Arnetz, 2001*).

Sie stehen in der Eigenverantwortung, ihre Grenzen wahrzunehmen und Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um für sich selbst Sorge zu tragen und ihre

Bedürfnisse ernst zu nehmen. Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass nicht allen Stressoren mit individuellen Interventionen hinreichend begegnet werden kann (*Kramer et al., 2008*).

Neben individuellen Interventionen seitens des Arztes sind ergänzende organisationsbedingte Maßnahmen erforderlich, die an den Arbeitsbedingungen ansetzen und zu einer gesundheitsorientierten Arbeitsplatzgestaltung führen.

7. Hypothese: Eine hohe Arbeitsbelastung verbunden mit unerfüllten Erwartungen an das Berufsfeld resultiert in einem höheren Risiko ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln und kann sowohl die Lebensqualität des Arztes, als auch die Patientenversorgung negativ beeinflussen. Ärzte sind gefordert Burn-out-Syndromen präventiv vorzubeugen, sind jedoch gleichzeitig auf optimierte Arbeitsbedingungen angewiesen, um den Herausforderungen des ärztlichen Berufes gewachsen zu sein.

8. Hypothese: Verbesserte organisationsbedingte Maßnahmen wie z.B. MVZ können Möglichkeiten entwickeln, dem Entstehen von Burn-out-Syndromen bei Ärzten entgegen zu wirken. Hierdurch könnte die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert werden.

Einfluss von Organisation und Betriebstypen auf Arbeitszufriedenheit

Betrachtet man die aktuelle Literatur zum Thema Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen, stößt man auf facettenreiche, ambivalente Studienergebnisse. In einer Querschnittsstudie von *Beasley et al. (2005)* wurde die Arbeitsqualität von 584 angestellten und selbstständigen Hausärzten untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Ärzte, die im niedergelassenen Bereich tätig waren, eine signifikant stärkere Zufriedenheit mit ihrem Beruf wahrnahmen als Ärzte, die in Gesundheitseinrichtungen und Praxisorganisationen angestellt waren.

Im Gegensatz hierzu steht eine Studie von *Sturm (2002)*, die untersuchte, inwieweit managed care, Arbeitsplatzsetting und finanzielle Arrangements die Arbeitszufriedenheit von Hausärzten beeinflussen. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass niedergelassene Ärzte in Einzel- oder Zweier-Praxen weniger zufrieden mit ihrer

Situation waren als Ärzte in größeren Gemeinschaftspraxen oder anderen Settings. Betrachtet wurden in beiden Studien Einflussfaktoren wie die klinische Entscheidungsfähigkeit, medizinische Karriere, Einkommens- und Zeitdruck.

Das Review des IGES zeigt, wie unterschiedlich die Studienlage zum Thema Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von unterschiedlichen Organisations- und Betriebstypen ist und inwiefern diese auf unterschiedliche Arten die Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit beeinflussen (*Gothe et al., 2007*). Anhand der Literaturergebnisse lassen sich keine eindeutigen Aussagen machen. Tendenziell scheinen jedoch insgesamt Ärzte, die in einer Festanstellung arbeiten, zufriedener zu sein als selbstständig tätige Ärzte. Als am ehesten mäßigender Einflussfaktor bezüglich der Arbeitszufriedenheit in einem Angestelltenverhältnis gilt die Einschränkung der professionellen Arbeitsautonomie (*Nixon et al., 2003*).

Auch im Vergleich der befragten Ärztegruppen lassen sich keine pauschalen Ergebnisse bezüglich der Arbeitszufriedenheit festhalten. Dieses lässt sich zum einen auf die kleine Fallzahl der Studienteilnehmer zurückführen, anhand derer keine eindeutigen Tendenzen festzustellen sind, veranschaulicht jedoch auch, dass die Arbeitszufriedenheit von den persönlichen Erwartungen des Arztes an sein Arbeitsumfeld abhängt und demnach nicht verallgemeinernd repräsentiert werden kann. Als hervorzuhebende Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Versorgungsmodalitäten lassen sich anhand der Interviews in der Niederlassung die Wahrnehmung von professioneller Autonomie erkennen, während für die Ärzte im MVZ Faktoren wie Interdisziplinarität, Arbeitsentlastung und finanzielle Absicherung vorrangig sind.

9. Hypothese: Das Arbeitsplatzsetting wird je nach vorhandenen persönlichen Erwartungen und Vorstellungen des Arztes an seinen Beruf bewertet und wahrgenommen. Generell lässt sich kein allgemeingültiges Arbeitsumfeld definieren, das mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit einhergeht.

4.2.2 Möglichkeiten zur Implementierung von Leitlinien in verschiedenen Versorgungseinrichtungen

Im Folgenden Abschnitt wird die Implementierung von Leitlinien in verschiedenen Versorgungseinrichtungen anhand der Befragungen der niedergelassenen Ärzte und der Ärzte im MVZ vor dem Hintergrund aktueller Studienergebnisse diskutiert. Besondere Beachtung wird hier dem Nutzen und der Anwendung eines Remindersystems im klinischen Alltag geschenkt.

Die Ergebnisse werden in zwei Kategorien diskutiert:

- Anwendung von Leitlinien im klinischen Alltag
- Implementierung von Leitlinien mithilfe innovativer Umsetzungsstrategien

Anwendung von Leitlinien im klinischen Alltag

In den Interviews konnte zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Ärzten im MVZ kein Unterschied bezüglich der subjektiven Einstellung zu Leitlinien festgestellt werden. Alle teilnehmenden Ärzte sahen Leitlinien als wichtige Hilfestellung im Alltag und bei der Behandlung von Patienten an. Problematisiert wurde von vielen Ärzten jedoch der häufig aufwendige Zugang zu verlässlichen Informationen.

Des Weiteren betonten mehrere Ärzte, dass Leitlinien individuell betrachtet werden müssen und nicht generell auf Patienten übertragen werden dürfen.

Auch im Vergleich mit internationaler Literatur ist zu erkennen, dass Ärzte Leitlinien als positive Hilfestellung im Alltag ansehen (*James et al., 1999; Watkins et al., 1999*), Leitlinienkenntnisse allerdings nur unzureichend verankert und ungenügend in der Behandlung von Patienten angewandt werden. Insbesondere im niedergelassenen Bereich ließe sich dieser mangelnde Kenntnisstand vorfinden (*Schneider et al., 2001*).

Anhand der Interviews wurde ersichtlich, dass – unabhängig von der vorhandenen Arbeitsstruktur - kein einheitlicher Informationszugang zu Leitlinien unter den Ärzten verbreitet ist, der einen komplikationslosen, schnellen Zugriff gewährleistet und regelmäßig im klinischen Alltag Anwendung findet. Dieses Ergebnis wurde in der Literatur bestätigt (*Schneider et al., 2001*). Den aktuellen wissenschaftlichen Stand von Leitlinien zu verfolgen, stellt für Ärzte eine oft zeitraubende und unübersichtliche

Mehrarbeit da, die neben den Anforderungen des klinischen Alltags häufig nicht zu bewältigen ist.

Durch die Vielfalt unterschiedlichster Veröffentlichungen zum Thema Leitlinien sehen sich viele Ärzte zudem einem Überfluss an Informationen gegenüber, der den schnellen Zugriff auf aktuelle und wissenschaftliche fundierte Leitlinien erschwert

(Thorsen et al., 1999; Kirchner et al., 2001). Hier können innovative Umsetzungsstrategien wie Remindersysteme Ansätze darstellen, die Implementierung im Praxisalltag zu unterstützen.

Die Ärzte des MVZ berichteten, dass innerhalb des Hauses an der Darstellung von Leitlinien gearbeitet werde, die in naher Zukunft über das Intranet zur Verfügung gestellt werden sollten. Das MVZ würde in diesem Falle über Maßnahmen verfügen, die Anwendung von Leitlinien im klinischen Alltag zu unterstützen und den Zugang zu erleichtern. Ärzte in niedergelassenen Praxen sind weiterhin auf Eigeninitiative angewiesen, sich über den aktuellsten Wissensstand zu informieren.

10. Hypothese: Ärzte sehen in Leitlinien eine hilfreiche Unterstützung in der Behandlung von Patienten im Sinne einer EbM. Dennoch ist ein mangelnder Kenntnisstand durch aufwendigen Zugriff auf Informationsquellen insbesondere im niedergelassenen Bereich vorhanden, der eine unzureichende Optimierung der medikamentösen Therapie zur Folge hat.

11. Hypothese: Es existiert kein einheitlicher Zugriff auf Leitlinien, der einen komplikationslosen und alltagstauglichen Zugang im Praxisalltag ermöglicht und zu einer Leitlinienimplementierung im Sinne einer EbM beiträgt. Größere Versorgungsstrukturen wie MVZ besitzen durch verbesserte organisatorische und ökonomische Rahmenbedingungen bessere Möglichkeiten, die Umsetzung von Leitlinien zu unterstützen, als kleinere Praxen.

Implementierung von Leitlinien mithilfe innovativer Umsetzungsstrategien

Die alleinige Erstellung und Veröffentlichung einer Leitlinie ist nicht hinreichend für die erfolgreiche Umsetzung im klinischen Alltag und benötigt zusätzliche Maßnahmen, um

eine wirksame Implementierung zu gewährleisten (*Grimshaw et al., 1995; Ollenschlägel et al., 2005*). Um eine effektive und effiziente Implementierung zu erreichen, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt und miteinander kombiniert werden (*Mäkelä et al., 1999*). Als besonders wirkungsvoll für Verhaltensänderungen im Versorgungsalltag haben sich aktive Strategien, wie z.B. interaktive Workshops, Erinnerungssysteme und kombinierte Interventionen gezeigt (*Kirchner et al., 2003*). Ein positiver Einfluss von Remindersystemen auf die Therapie von Patienten konnte in einem Review von Garg et al. in mehreren Studien belegt werden (*Garg et al., 2005*). Auch das vorangegangene Forschungsvorhaben dieser Studie zeigte, dass die Benutzung eines Remindersystems einen positiven Effekt auf die Patientenversorgung besitzt (*Braun et al., 2011*).

Generell waren sich alle befragten Ärzte einig, dass Remindersysteme eine Entlastung und Hilfestellung darbieten können, mit deren Unterstützung die Optimierung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie verbessert werden könnte. Dies würde in einer patientengerechteren Versorgung resultieren und den Arzt in seinen therapeutischen Entscheidungen positiv im Sinne einer EbM beeinflussen. Voraussetzung für die Anwendung sei jedoch die technische Optimierung des Remindersystems, damit es als positive Ergänzung sinnvoll und nicht störend im Praxisalltag empfunden werde und mit keiner persönlichen Mehrarbeit des Arztes verbunden sei.

Die effiziente Verwendung von Technologien und Medien im Zusammenhang mit Weiterbildungs- und Informationskonzepten hat das Potential, die ärztliche Arbeitszufriedenheit bezüglich der professionellen Autonomie verbunden mit der Wahrnehmung gesteigerter Handlungssicherheit zu erhöhen. Auch ein Bürokratieabbau könnte auf diesem Wege möglicherweise unterstützt werden. (*Gothe et al., 2007*).

Die Anwendung eines Remindersystems in den Praxen der niedergelassenen Studienärzte gestaltete sich als schwierig und konnte nur teilweise realisiert werden. Im Gegensatz hierzu konnte das Remindersystem der MVZ Ärzte in allen Fällen angewandt und durchgeführt werden. Während im MVZ eine kontinuierliche technische Betreuung gewährleistet war, sahen sich die niedergelassenen Ärzte in ihrem klinischen Alltag durch die Organisation des Remindersystems einem damit verbundenen Mehraufwand gegenüber, der im Praxisalltag häufig nicht bewältigt werden konnte.

Durch das Aufkommen neuer Versorgungsstrukturen ergeben sich neue Möglichkeiten in der Implementierung von Leitlinien im klinischen Alltag. In einer Studie von *Chebab et*

al. (2001) wurde untersucht, inwiefern organisatorische Strukturen die Sichtweise von Ärzten hinsichtlich Versorgung und professioneller Arbeitsqualität beeinflussen. Fest angestellte Ärzte empfanden sich hinsichtlich Professionalität und Qualität als zufriedener und sahen den Nutzen von Leitlinien höher als Ärzte in unabhängigen Praxen. Die Nutzung neuer Versorgungsstrukturen in Deutschland wie z.B. MVZ könnte eine optimierte Voraussetzung zur Implementierung von Leitlinien darstellen, die die Anwendung eines Remindersystems durch verbesserte organisatorische Rahmenbedingungen eher ermöglicht, als Individualpraxen (*Peters-Klimm et al., 2008; Butzlaff et al., 2006*)

Die wahrgenommene Arbeitszufriedenheit von Ärzten steht in starkem Zusammenhang mit der selbst wahrgenommenen professionellen Autonomie in Bezug auf die klinische Entscheidungsfindung bei der Behandlung von Patienten.

Eine leitliniengerechte Therapie, die mithilfe eines Remindersystems im klinischen Alltag Anwendung findet, kann die Wahrnehmung des Arztes hinsichtlich seiner Selbstbestimmung beeinflussen.

Die befragten Studienärzte berichteten, dass zu Beginn der Intervention mittels des Remindersystems ein positiver Einfluss auf die Anwendung von Leitlinien bestanden hätte, dass die technischen Voraussetzungen des Systems jedoch nicht optimal in den Praxisalltag integrierbar waren und teilweise mit einem Mehraufwand für die Ärzte verbunden war.

12. Hypothese: Remindersysteme werden generell als hilfreich und entlastend betrachtet, müssen jedoch für den Arzt komplikationslos in den Praxisalltag integrierbar und mit keinem Mehraufwand verbunden sein. Dieses hängt im Wesentlichen davon ab, inwiefern die technischen Voraussetzungen bezüglich der Anwendung des Systems im klinischen Alltag optimiert werden können.

13. Hypothese: Negativ auf die Arbeitszufriedenheit könnten sich Systeme auswirken, bei denen Ärzte eine Einschränkung ihrer professionellen Autonomie empfinden. Ein Remindersystem muss demnach dem Arzt komplikationslos zur Verfügung stehen, darf ihn jedoch nicht in seiner Handlungsfreiheit oder klinischen Entscheidungsfindung bevormunden.

4.3 Übersicht der Hypothesen

1. Hypothese: Unabhängig vom Arbeitsplatz ist das eigentliche Tätigkeitsfeld der Allgemeinmedizin für Ärzte eine tendenziell zufrieden stellende Berufswahl, durch die Defizite und negative Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit kompensiert werden können.

2. Hypothese: Die Bewertung professioneller Autonomie unterscheidet sich zwischen Ärzten im niedergelassenen Bereich und angestellten Ärzten. Während der Verlust von Selbstbestimmung insbesondere für die niedergelassenen Ärzte die Motivation für den Beruf negativ beeinflusst, nimmt Autonomie und Selbstgestaltung für angestellte Ärzte eine untergeordnete Rolle ein. Der Fokus liegt hier weitgehend in der Interdisziplinarität, dem professionellen Austausch mit Kollegen und der Entlastung von administrativen und organisatorischen Tätigkeiten.

3. Hypothese: Erwartungen an das Berufsfeld besitzen Einfluss auf die erlebte Arbeitszufriedenheit. Insbesondere eine Diskrepanz zwischen Realität und Erwartungen an den Beruf kann Berufsunzufriedenheit hervorrufen.

4. Hypothese: Psychosoziale und demografische Einflüsse wie persönliche Eigenschaften des Arztes, Erwartungen an das Berufsfeld, soziale Unterstützung, Gendereinflüsse und das Alter sind an der Wahl des Arbeitsplatzes sowie der Wahrnehmung der Arbeitszufriedenheit beteiligt.

5. Hypothese: Die Zufriedenheit im niedergelassenen Bereich wird durch die Wahrnehmung des wirtschaftlichen Drucks mitbestimmt. Dieser steht im Zusammenhang mit der Lage und Struktur der Praxis und des vorherrschenden sozialen Status des Patientenlientels, bzw. dem Anteil von Kassen- und Privatpatienten.

6. Hypothese: Ärzte, die generell ein stärker ausgeprägtes Risikoerleben besitzen, bevorzugen die Arbeit in einer Anstellung, in der keine finanzielle Beteiligung vorhanden

ist. Eine Anstellung geht für sie mit einer Befreiung von wirtschaftlichem Druck einher und wirkt sich positiv auf die empfundene Lebensqualität aus.

7. Hypothese: Eine hohe Arbeitsbelastung verbunden mit unerfüllten Erwartungen an das Berufsfeld resultiert in einem höheren Risiko ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln und kann sowohl die Lebensqualität des Arztes, als auch die Patientenversorgung negativ beeinflussen. Ärzte sind gefordert Burn-out-Syndromen präventiv vorzubeugen, sind jedoch gleichzeitig auf optimierte Arbeitsbedingungen angewiesen, um den Herausforderungen des ärztlichen Berufes gewachsen zu sein.

8. Hypothese: Verbesserte organisationsbedingte Maßnahmen wie z.B. MVZ können Möglichkeiten entwickeln, dem Entstehen von Burn-out-Syndromen bei Ärzten entgegen zu wirken. Hierdurch könnte die Behandlungsqualität nachhaltig verbessert werden.

9. Hypothese: Das Arbeitsplatzsetting wird je nach vorhandenen persönlichen Erwartungen und Vorstellungen des Arztes an seinen Beruf bewertet und wahrgenommen. Generell lässt sich kein allgemeingültiges Arbeitsumfeld definieren, das mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit einhergeht.

10. Hypothese: Ärzte sehen in Leitlinien eine hilfreiche Unterstützung in der Behandlung von Patienten im Sinne einer EbM. Dennoch ist ein mangelnder Kenntnisstand durch aufwendigen Zugriff auf Informationsquellen insbesondere im niedergelassenen Bereich vorhanden, der eine unzureichende Optimierung der medikamentösen Therapie zur Folge hat.

11. Hypothese: Es existiert kein einheitlicher Zugriff auf Leitlinien, der einen komplikationslosen und alltagstauglichen Zugang im Praxisalltag ermöglicht und zu einer Leitlinienimplementierung im Sinne einer EbM beiträgt. Größere Versorgungsstrukturen wie z.B. MVZ besitzen durch verbesserte organisatorische und ökonomische Rahmenbedingungen bessere Möglichkeiten, die Umsetzung von Leitlinien zu unterstützen, als kleinere Praxen.

12. Hypothese: Remindersysteme werden generell als hilfreich und entlastend betrachtet, müssen jedoch für den Arzt komplikationslos in den Praxisalltag integrierbar und mit keinem Mehraufwand verbunden sein. Dieses hängt im Wesentlichen davon ab, inwiefern die technischen Voraussetzungen bezüglich der Anwendung des Systems im klinischen Alltag optimiert werden können.

13. Hypothese: Negativ auf die Arbeitszufriedenheit könnten sich Systeme auswirken, bei denen Ärzte eine Einschränkung ihrer professionellen Autonomie empfinden. Ein Remindersystem muss demnach dem Arzt komplikationslos zur Verfügung stehen, darf ihn jedoch nicht in seiner Handlungsfreiheit oder klinischen Entscheidungsfindung bevormunden.

4.4 Résumé und Ausblick

In dieser Arbeit konnten die Sichtweisen von niedergelassenen Ärzten und angestellten Ärzten im MVZ zu den Einfluss nehmenden Faktoren ihrer Arbeitszufriedenheit und der Anwendung eines Remindersystems im klinischen Alltag vertiefend dargestellt werden. In der Diskussion konnten anhand der Ergebnisse und aktueller Literatur 13 Hypothesen entwickelt werden. Diese sind eine mögliche Grundlage für detailliertere Untersuchungen zum Thema Arbeitszufriedenheit in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen und der Anwendung eines computergestützten Remindersystems zur Implementierung wissenschaftlicher Leitlinien. Hierbei könnte der Fokus auf einer näheren Betrachtung des Themas z.B. in Form einer quantitativen Befragung einer größeren Zahl von Beteiligten liegen.

Obwohl die Studie nur eine relativ kleine Anzahl von Ärzten im Berliner Raum eingeschlossen hat, kann sie als erster wichtiger Schritt zu weiterführenden Studien angesehen werden, da computergestützte Remindersysteme und weitere Implementierungsstrategien zur Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien zunehmend an Bedeutung gewinnen werden. Insgesamt wird in dieser Studie deutlich, dass Ärzte generell an der Benutzung von Remindersystemen interessiert sind, diese jedoch weiter technisch optimiert werden sollten, um im klinischen Alltag Verwendung zu finden. Außerdem zeigte sich, dass die Benutzung eines Remindersystems im MVZ

erfolgreich stattgefunden hat, während in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen eine ungenügende Umsetzung erfolgte. Strategien zur Implementierung, Werkzeuge und Methoden, die sich in Einzelstudien als wirksam erwiesen haben, müssen im Hinblick auf Effektivität und Effizienz überprüft werden. Dabei ist auch zu klären, welche personellen und finanziellen Ressourcen benötigt werden und wer die Implementierung finanziert. Diese Thematik ist besonders vor dem Hintergrund unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen in Deutschland interessant und bedarf weiterer Forschungsprojekte.

Die Ergebnisse und der Vergleich mit internationaler Literatur machen deutlich, dass ein steigender Bedarf zum Kenntnisstand der Arbeitsbedingungen von Ärzten in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen besteht. Ärzte stellen die zentrale Ressource im Gesundheitswesen dar. Wenn eine effizientere und qualitätsorientierte Gesundheitsversorgung erreicht werden soll, ist es unerlässlich, die Motivatoren von Ärzten weiter zu untersuchen und stärker zu berücksichtigen. Insbesondere in Deutschland bedarf es durch das Aufkommen neuer Versorgungseinrichtungen wie MVZ weiterer Forschungsansätze, die den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Arbeitszufriedenheit des Arztes und die daraus resultierende Patientenversorgung beleuchten.

Der enorme Zuwachs an MVZ in Deutschland sowie die steigende Anzahl angestellter Ärzte im ambulanten Sektor reflektiert den Wunsch vieler Ärzte nach flexibleren Arbeitszeiten, weniger finanzieller Belastung und administrativer Entlastung. Dieser Trend bedarf einer weiteren Beobachtung durch größer angelegte quantitative Studien, die im Langzeitverlauf erfasst werden sollten.

Trotz hoher Relevanz von Stress und Burnout bei Ärzten existieren vergleichsweise wenige Studien, die sich mit der Prävention auf verschiedenen Ebenen – dem Individuum, der Organisation und einer Kombination beider Ansätze befassen. Es ist zu vermuten, dass eine Verbesserung dieser Situation direkte positive Auswirkungen auf die Patientenversorgung hat.

Studien zu dieser Thematik insbesondere mit Hinblick auf Bewältigungsstrategien für Ärzte und die organisatorische Einrichtung, in der sie tätig sind, könnten hierbei relevante Lösungsansätze bringen und sollten in weiteren Untersuchungen erforscht werden.

5 Literaturverzeichnis

Abele AE (2001): Arzt oder Ärztin sein heute – zwischen Erwartung und Realität. Befunde der Erlanger Längsschnittstudie BELA-E. In: Brandenburg U, Leeners B, Petermann-Meyer A et al.(Hrsg.): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2001 der DGPF. Giessen: Psychosozial Verlag

Abholz HH (2007): Die Umerziehung der Allgemeinmedizin. ZFA 83: 85 – 88

Allen J, Gay B, Crebolder H et al. (2002): The European definition of general practise / family medicine. Erstellt im Auftrag der WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/Family Medicine)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (2001): Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Entwicklung und Implementierung von Leitlinien in der Medizin. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 95, 4–84

Arnetz BB (2001): Psychosocial challenges facing physicians of today. Social Science & Medicine 52(2): 203-213

Bauer J, Häfner S, Kächele H et al. (2003): Burnout und Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. Psychother Psychosom Med Psychol 53: 213–222.

Beasley JW, Karsh B, Hagenauer M (2005): Quality of work life of independent vs employed family physicians in Wisconsin: a WReN study. Ann Fam Med 3(6): 500-6

Bergner T (2004): Burn Out bei Ärzten – Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. Dtsch Ärztebl 101(33): 2232–2234

Bloch RE, Lauterbach K, Oesingmann U et al.(1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Ärztebl 94(33): 2154–2155

Bovier PA, Perneger TV (2003): Predictors of work satisfaction among physicians. The European Journal of Public Health 13(4): 299-305

Braun GE, Gröbner M, Seitz R (2008): Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen: Gesundh ökon Qual manag 13: 1–7

Braun V, Heintze C, Rufer V (2011): Innovative strategy for implementing chronic heart failure guidelines among family physicians in different healthcare settings in Berlin. Eur J Heart Fail 13 (1): 93-99.

Buciuniene I, Blazeviene A, Bliudziute E (2005): Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. BMC Fam Pract 6(1): 10

Buddeberg-Fischer B, Illés C, Klaghofer R (2002): Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und –kandidaten. Gesundheitswesen 64: 353 – 362

Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F (2007): Family Medicine in Switzerland: Training experiences in medical school and residency. *Fam Med* 39(9): 651-655.

Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F (2007): Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin – Ansichten und Vorschläge von praktizierenden Hausärzten. *Prim Care* 7(42): 639-641

Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C et al. (2008): Young Physicians' View on Factors that Increase the Attractiveness of General Medicine. *Gesundheitswesen* 70: 123-128

Butzlaff M, Kempkens D, Schnee M (2006): German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines—a national survey. *BMC Fam Pract* 7:47

Cassier-Woidasky (1997): Kooperation und Interprofessionalität. In Beier J, Bodin M et al. (Hrsg): *Jahrbuch der Pflege- und Gesundheitsfachberufe*. Reinbek: Lau-Ausbildungssysteme GmbH 43-94

Chehab EL, Panicker N, Alper PR et al. (2001): The Impact of Practice Setting on Physician Perceptions of the Quality of Practice and Patient Care in the Managed Care Era. *Arch Intern Med* 161: 202-211

Cranney M, Warrena E, Barton S et al. (2001): Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *J Fam Pract* 18: 359-363

DeVoe J, Fryer G E J, Hargraves J L (2002) et al. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 51(3): 223–228

Döhner H, Schlick, B (1996): Berufsübergreifende Kooperation in der Primärversorgung älterer Menschen - Forschungsergebnisse und Praxiskonsequenzen. *Gesundheitswesen* 58: 126-131.

Flick U, von Kardoff E, Keupp H (1995): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Flick U, von Kardoff E, Steinke I (2005): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 6th ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Flick U (2007): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 1st ed. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Flick U (2010): *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Freeman AC, Sweeney K (2001): Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *BMJ* 323: 1-5

Friedrich M (2005): Qualitätsverbesserung in der allgemeinmedizinischen Depressionsbehandlung durch die Förderung von Leitlinienorientierung und Patientenbeteiligung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Medizinischen Doktorgrades. Freiburg i. Br.: Med. Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität

Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H (2005): Effects of Computerized Clinical Decision Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes. A Systematic Review. *JAMA* 293(10): 1223-1238

Gensch K (2007) . Veränderte Berufsentscheidung junger Ärzte und mögliche Konsequenzen für das zukünftige ärztliche Versorgungsangebot. Ergebnisse einer anonymen Befragung. *Gesundheitswesen* 69: 359 – 370

Gerlach FM (2002): Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem. *ZaeFQ* 96: 243–249

Gothe H, Köster AD, Storz P (2007): Arbeits- und Arbeitszufriedenheit von Ärzten. *Dtsch Arztebl* 104 (20): 1394-1399

Gothe H, Köster AD, Storz MA et al. (2007): Internationale Literatur zum Thema 'Physician Factor'. Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung

Graham J, Potts HW, Ramirez AJ (2002): Stress and burnout in doctors. *Lancet* 360: 1975–1976

Grembowski D, Paschane D, Diehr P et al. (2001): Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *West J Med.* 174:13-8

Grembowski D, Ulrich C, Paschane D et al. (2003): managed Care and Primary Physician satisfaction. *J Fam Pract* 16(5): 383-393

Grimshaw JM, Freemantle N, Wallace S (1995): Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Saf Health Care* 4: 55-64

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al. (2004): Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 8: 1–72

Gundersen L (2001): Physician Burnout. *Annals of Internal Medicine* 135(2): 145-148

Haas JS, Cook EF, Puopolo AL (2000): Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 15(2): 122-128

Hadley J, Mitchell JM (2002): The growth of managed care and changes in physicians' incomes, autonomy and satisfaction, 1991-1997. *Int J Health Care Finance Econ* 2 (1):37-50

Haller U, Reinold E, Hepp H (1996): Andere reden davon ... wir tun es. *Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch* 36: 115–117.

Hasenbein U, Schulze A, Busse R et al. (2005): Physicians' Attitudes Concerning Guidelines – An Empirical Survey in Clinical Departments of Neurology. *Gesundheitswesen* 67: 332–341

Haynes RB, Sackett D, Guytt G et al. (1997): Transferring evidence from research to practice: overcoming barriers to application. *Evidence-Based-Medicine* 2: 68-69

Hinz A (2009): Modul 7 : Forschungsmethoden. In: Wagner A, Hinz A, Rausch A et al. (Hrsg.): *Modul Pädagogische Psychologie* (203-228). Bad Heilbrunn: Klinkhardt UTB

Hohner HU (1997): Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik. Berlin: Institut für Arbeits-, Organisations- und Gesundheitspsychologie; Freie Universität

Hopf C (1991): Qualitative Interviews in der Sozialforschung: Ein Überblick. In Flick U (Hrsg.): *Handbuch der qualitativen Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union

James PA, Cowan TM, Graham RP (1997): Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract.* 45(4): 341-7

Janssen B, Menke R, Pourhassan F et al. (2006): Leitlinienimplementierung auf der Basis eines computergestützten Decision-support-Systems. Ein Beitrag zum Qualitätsmanagement in der ambulanten nervenärztlichen Schizophreniebehandlung. *Nervenarzt* 77: 567–575

Janus K, Amelung VE, Baker LC (2009): Are American Physicians more satisfied? - Results from an International Study of Physicians in University Hospitals. *Gesundheitswesen* 71(4): 210-217

Jurkat HB, Reimer C (2001): Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung* 82(32/33): 1745-1750

Jurkat HB, Reimer C (2001): Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung* 82 (32/33): 1739-1744

Kassirer JP (1998): Managing Care — Should We Adopt a New Ethic? *The New England Journal of Medicine* 339(6): 397-398

Kelle U (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften,

Kerr EA, Mittmann BS, Hays RD et al. (2000): Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management. *Health Serv Res* 35: 333-49

Kikano GE, Goodwin MA, Stange KC (1998): Physician employment status and practice patterns. *J Fam Pract.* 46(6): 499-505.

Kiobassa K, Miksch A, Hermann K (2011): Becoming a general practitioner - Which factors have most impact on career choice of medical students? *BMC Family Practice* 12: 1471-2296

Kirchner H, Fiene M, Ollenschläger G (2003): Assessment and Implementation of Guidelines. *Rehabilitation* 42: 74–82

Konrad TR, Williams ES, Linzer EZ et al. (1999): Measuring physician job satisfaction in a changing workplace and a challenging environment. *Med Care* 37: 1174-1182.

Korzilius H (2005): Allgemeinmedizin. Verkanntes Potential . *Dtsch Ärztebl* 102(34–35): 1832 – 1836

Kramer I, Sockoll W, Bödeker W (2008): Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes. *Fehlzeiten Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen.* Berlin, Heidelberg, New York: Springer 65-76.

Kuckartz U (1999): Computergestützte Analyse qualitativer Daten. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Lamnek S (1993): Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Latala B, Sauermann T (2009):Feminisierung in der Medizin am Beispiel der Pädiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung* 90(9): 354-358

LePore P, Tooker J (2000): The influence of organizational structure on physician satisfaction: findings from a national survey. *Eff Clin Pract* 3(2): 62-8

Loss J, Nagel E (2005): Does Evidence-based Surgery Harm Autonomy in Clinical Decision Making? *Zentralbl Chir* 130: 1–6

Maclean N, Pound P, Wolfe C. et al. (2002): The Concept of Patient Motivation. *Stroke* 33: 444

Mäkelä M, Thorsen T (1999): A framework for guidelines implementation studies. In: Thorsen T, Mäkelä M (Hrsg): *Changing professional practice – Theory and practice of clinical guidelines implementation.* 1. Aufl. Kopenhagen: DSI

Mayorova T, Stevens F, Scherpbier A et al. (2005): Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1982 – 2001. *Health Policy* 72(1) : 73 – 80

Mayring P (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek: Rowohlt 468-475.

Mayring P (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung – Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5th ed. Weinheim: Beltz.

Mayring P (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8th ed. Weinheim: Beltz, Psychologie Unions Verlag

McMurray JE, Williams ES, Schwartz MD (1997): Physician job satisfaction. Developing a model using qualitative data. *Journal of General Internal Medicine* 12(11): 711-714

McMurray JE, Linzer M, Konrad TR (2000): The Work Lives of Women Physicians. Results from the Physician Work Life Study. *J Gen Intern Med* 15(6): 372–380

München JF (2005): Moderne Versorgungskonzepte – Was wurde erreicht bei Medizinischen Versorgungszentren. *Z Kardiologie* 94(4): 12-14

Murphy E, Dingwall R, Greatbach D et al. (1998): Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment* 2(16)

Natanzon I, Ose D, Szecsenyi J (2010): What factors aid in the recruitment of general practice as a career? An enquiry by interview of general practitioners. *Dtsch med Wochenschr* 135(20): 1011-1015

Newton DA, Grayson MS, Foster Thompson L (2005): The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Acad Med* 80:809-814

Nixon RL, Jaramillo F (2003): Impact of practice arrangements on physicians' satisfaction. *Hosp Top* 81(4): 19–25.

Oesingmann U (2007): Anforderungen des Allgemeinarztes in der vertragsärztlichen Versorgung an Diagnose- und Therapiestandards. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin“.

Ollenschläger G, Thomeczek C (1996): Medical guidelines. Definitions, goals, implementation. *ZaeFQ* 90(4): 355-361

Ollenschläger G, Oesingmann U, Thomeczek et al. (1998): Ärztliche Leitlinien in Deutschland – aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. *ZaeFQ* 4: 273-278

Ollenschläger G, Kirchner H, Fiene M (2001): Deutsches Leitlinien-Clearingverfahren Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung? *Internist* 42: 473–483

Ollenschläger G, Thomeczek C, Thalau F (2005): Clinical practice guidelines in Germany. From guideline methodology towards guideline implementation. *ZaeFQ* 99(1): 7-13

Pathman DE, Williams ES, Konrad TR (1996): Rural physician satisfaction: its sources and relationship to retention. *J Rural Health* 12(5): 366-77

Peters-Klimm F, Muller-Tasch T, Remppis A et al. (2008): Improved guideline adherence to pharmacotherapy of chronic systolic heart failure in general practice—

results from a cluster-randomized controlled trial of implementation of a clinical practice guideline. *J Eval Clin Pract* 14:823-829.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Bd II Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten 2000/2001–Kurzfassung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Sammut MR, Lindh M, Rindlisbacher B (2008): Funding of vocational training programmes for general practice/family medicine in Europe. *Eur J Gen Pract* 14: 83–88

Schäfer J (1995): Glossar qualitativer Verfahren. Veröffentlichungsreihe des Berliner Forschungsverbundes Public Health, Nr. 95/1. Berlin: Berliner Forschungsverbund Public Health. ISSN 0949-0752.

Schmidt K (1997): Praxishilfe oder juristischer Fallstrick – Leitlinien-Chaos verunsichert Hausärzte. *Selecta* 31(97): 6-8

Schneider CA, Hagemeister J, Pfaff H et al. (2001): Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. *ZaeFQ* 95: 339–344

Selbmann HK, Kopp I (2005): Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Psychiatrie* 1(2): 33–38

Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM (2003): The well-being of physicians. *Am J Med* 114: 513–519.

Shiffman RN, Liaw Y, Brandt CA et al. (1999): Computer-based guideline implementation systems: a systematic review of functionality and effectiveness. *J Am Med Inform Assoc* 6:104–114

Siebolds M, Beer AM, Kiwitt P et al. (2006): Strukturierte Facharztweiterbildung: Alter Wein in neuen Schläuchen oder Zukunftsoption? *Dtsch Arztebl* 103(42): 2765–8

Stoschek J (2010): Wie bedrohlich sind Medizinischen Versorgungszentren wirklich? *Bayerisches Zahnärzteblatt* 4: 16

Sturm R (2002): The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons. *Am J Surg* 183(3): 222-225

Szecsényi J, Schneider A (2003): Zwischen Individualität und „evidence based medicine“ – die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease Management Programme. *ZaeFQ* 97: 183–187

Thorsen T, Mäkelä M (1999): Changing professional practice - theory and practice of clinical guidelines implementation. Erstellt im Auftrag des Danish Institute for Health Services Research and Development (DSI), Rapport 99.05

Walter U, Awa W, Plaumann M (2010): Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling 78(2): 184-190

Watkins C, Harvey I, Langley C et al. (1999): General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. British Journal of General Practice 49: 11-15.

Watson DE, Slade S, Buske L et al. (2006): Intergenerational differences in workloads among primary care physicians: a ten year, population based study. Health Affairs 6: 1 620 – 1628

Williams ES, Konrad TR, Linzer M et al. (1999): Refining the Measurement of Physician Job Satisfaction – Results From the Physician Worklife Survey. Med Care 37(11): 1140-1154

Xu G, Rattner S, Veloski JJ (1995): A National Study of the Factors Influencing Men and Women Physicians' Choices of Primary Care Specialities. Academic Medicine 70(5): 398-404

Internetquellen

Bundesärztekammer, Berlin, 18.07.2006: Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer. (www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.3289.3296.3300) abgerufen am 20.05.2011

Bundesärztekammer, Berlin, 31.12.2009 :Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3) abgerufen am 20.05.2011

Bundesministerium für Gesundheit, 16.08.2011: Medizinische Versorgungszentren. (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>) abgerufen am 20.08.2011

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), Frankfurt, 21.09.2002: Fachdefinition. Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.09.2002. (www.degam.de/index.php?id=303) abgerufen am 20.05.2011

Das Deutsche Cochrane Zentrum, Freiburg, 10.05.2011: Leitlinien. Definition und Hintergrund. (www.cochrane.de/de/leitlinien) abgerufen am 20.05.2011

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 03.12.2010: Grunddaten 2009/2010 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. (www.kbv.de/publikationen/125.html) abgerufen am 20.05.2011

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, 01.11.2010: Die ambulante Versorgung in Zahlen. (www.kbv.de/presse/7479.html) abgerufen am 20.05.2011

6 Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Aktuelle Entwicklung der MVZ im 2. Quartal 2011	17
Tab. 2	Leitfaden und Kategorien	32
Tab. 3	Weitere Interviewthemen	33
Tab. 4	Kurzfragebogen für alle Studienärzte	34
Tab. 5	Beispielgespräch A-01-N	40
Tab. 6	Profil der befragten Ärzte im niedergelassenen Bereich	41
Tab. 7	Kategoriensystem der Arbeitszufriedenheit	43
Tab. 8	Kategoriensystem der Implementierung von Leitlinien	56
Tab. 9	Profil der befragten Ärzte im MVZ	62

7 Abkürzungsverzeichnis

DMP	Disease-Management-Programme
EbM	evidence-based-medicine
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HI	Herzinsuffizienz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
SGB	Sozialgesetzbuch

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt

Frau Prof. Dr. Braun für die konstruktive, vertrauensvolle Betreuung sowie motivierende Denkanstöße. Außerdem ein großer Dank dafür, durch die persönliche Begeisterung für ihren Beruf mein Interesse für die Allgemeinmedizin in positivster Weise gestärkt zu haben.

Frau Frauke Dohle und Anke Krause -stellvertretend für alle hilfsbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin- für die stets freundliche Unterstützung und positive Atmosphäre.

Allen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten der Studie für Ihre Offenheit und zeitliches Engagement.

Manfred Bühring für herausragende inhaltliche, formelle und persönliche Unterstützung, dessen wertvolle Anregungen und Sorgfalt maßgeblich zum Entstehen und zum Abschluss dieser Arbeit beigetragen haben.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Lena Cynthia Kruse, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Qualitative Befragung von Hausärzten aus unterschiedlichen Versorgungsformen zur Arbeitszufriedenheit im Rahmen einer Interventionsstudie der Pharmakotherapie bei herzinsuffizienten Patienten“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift