

„Die wertvollste Investition überhaupt ist die in den Menschen.“

Jean-Jacques Rousseau (französischer Philosoph 1712 – 1778)

Zusammenfassung

Zielsetzung: Die vorliegende empirische Untersuchung will die Erfahrungen, Meinungsbilder und Wünsche von jungen Ärzten in Bezug auf Berufswunsch, Arbeitsrealität und berufliche Perspektiven erforschen und abbilden.

Hintergrund: Das deutsche Gesundheitssystem sieht sich derzeit mit einem Ärztemangel konfrontiert. Der Trend zur Feminisierung der Ärzteschaft, Abwanderungstendenzen ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder verstärken diese Entwicklung. Ärzte wählen immer häufiger als Antwort auf sich verschlechternde Arbeitsbedingungen und einer zu hohen Arbeitsbelastung den Ausstieg aus der Patientenversorgung. Die gesetzlichen Reformbemühungen der letzten Jahre tragen unmittelbar zu diesen Entwicklungen bei. Die Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung kann nur gelingen, wenn sich die Arbeitsbedingungen für Ärzte verbessern, Abwanderungstendenzen gebremst werden und für die Nachwuchsmediziner von heute eine Karriere im kurativen Bereich erstrebenswert wird.

Material und Methoden: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Assistenzärzten unterschiedlicher Fachbereiche und Krankenhausträger geführt. Es wurde bewusst eine heterogene Stichprobe ausgewählt, um unterschiedliche Perspektiven (z.B. Elternzeit, Arbeitsplatzwechsel) darzustellen. Um den Besonderheiten der einzelnen Fälle gerecht zu werden, erfolgt die Ergebnisdarstellung in Form von Einzelfallstudien. Eine Gesamtauswertung, die die Fälle in einen übergeordneten Zusammenhang stellt, schließt die Darstellung der Ergebnisse ab.

Ergebnisse: Die jungen Ärzte berichten von vielfältigen Belastungsmomenten während des Berufseinstieges und im weiteren Berufsverlauf. Eine enorme Arbeitsbelastung, der hohe organisatorische Aufwand im Klinikalltag, fehlende Zeit für Patienten, defizitäre Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, mangelhafte Vereinbarkeit von Familie und Beruf und als Konflikt erlebte Widersprüche zwischen wirtschaftlichen Anforderungen und patientenorientierter Behandlung sind dabei die wesentlichen Themen, mit denen sich die jungen Ärzte intensiv auseinandersetzen. Insgesamt betrachtet herrscht unter den Nachwuchsmediziner eine hohe Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Eine Reduktion der Wochenarbeitszeit, ein Arbeitsplatz- oder Fachbereichswechsel oder gar ein Abbruch der Tätigkeit im kurativen Bereich stellen Lösungsstrategien der jungen Ärzte dar, um den schlechten Arbeitsbedingungen der ärztlichen Tätigkeit zu begegnen. Eine Karriere im Ausland stellt für keinen der interviewten Ärzte eine dauerhafte Alternative zu einer Berufstätigkeit in Deutschland dar.

Diskussion / Ausblick: Es besteht eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Berufswunsch Arzt und der erlebten Arbeitsrealität. Hochmotiviert beginnen die jungen Ärzte nach Abschluss des Studiums die Berufstätigkeit, doch schon der Einstieg in das Berufsleben wird als desillusionierend und frustrierend erlebt. Vielfältige Belastungsmomente im weiteren Berufsverlauf erhöhen die Tendenz zum Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit. Dabei lässt sich abschließend resümieren, nicht der Arztberuf an sich ist unattraktiv, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 EINLEITUNG	1
2 HINTERGRUND.....	3
2.1 KRANKENHAUSMARKT IM WANDEL: VERÄNDERTE RAHMENBEDINGUNGEN ÄRZTLICHEN HANDELNS.....	3
2.2 ARZTZAHLSENTWICKLUNG	7
2.2.1 Ärztemangel bei steigenden Arztzahlen?.....	7
2.2.2 Feminisierung der Ärzteschaft	13
2.2.3 Abwanderung ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeiten	16
2.3 ÄRZTLICHER NACHWUCHS – EIN FORSCHUNGSÜBERBLICK.....	19
3 MATERIAL UND METHODEN.....	22
3.1 FORSCHUNGSGEGENSTAND UND FRAGESTELLUNG	22
3.2 CHARAKTERISTIKA UND ANALYSE DER INTERVIEWS	23
4 ERGEBNISSE DER INTERVIEWSTUDIE	27
4.1 EINZELFALLDARSTELLUNGEN	27
4.1.1 Interview mit Robin, Kardiologie.....	27
4.1.2 Interview mit Franziska, Psychiatrie.....	30
4.1.3 Interview mit Birgit, Strahlentherapie	34
4.1.4 Interview mit Johanna, Pädiatrie	37
4.1.5 Interview mit Catrin, Gynäkologie	40
4.1.6 Interview mit Mathias, Onkologie	42
4.2 ZUSAMMENFASSENDE GESAMTAUSWERTUNG	45
5 DISKUSSION.....	48
5.1 ERGEBNISDISKUSSION.....	48
5.2 METHODENDISKUSSION.....	53
6 AUSBLICK.....	55
Literaturverzeichnis.....	58
Anhang.....	65

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Entwicklung wichtiger Krankenhauszahlen seit dem Jahr 2000	4
Abb.2: Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen im ärztlichen Dienst 2006 / 2008.....	9
Abb.3: Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere (2006).....	14
Abb.4: Abwanderung von in Deutschland tätigen Ärzten.....	16

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Überblick über wesentliche Gesundheitsreformen seit dem Jahr 2000	7
Tab. 2: Leistungsausgaben je Versicherten 2007 in Euro	11
Tab. 3: Berufsfelder außerhalb der kurativen ärztlichen Tätigkeit.....	18
Tab. 4: Übersicht über den aktuellen Forschungsstand	22
Tab. 5: Onlinerecherche	22
Tab. 6: Übersicht Fälle nach Fachbereich, Krankenhausträger und Dauer der Berufstätigkeit	26
Tab. 7: Gesamtauswertung.....	66

Abkürzungsverzeichnis

AiP	Arzt im Praktikum
ArbZG	Arbeitszeitgesetz
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BLK	Bund-Länder-Kommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung
Bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FPG	Fallpauschalengesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung
IFB	Institut für Freie Berufe
IMPP	Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LA	Leistungsausgaben
LÄK	Landesärztekammer
LÄKH	Landesärztekammer Hessen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SGB	Sozialgesetzbuch
VÄndG	Vertragsarztänderungsgesetz
VLK	Verband Leitender Krankenhausärzte

1 Einleitung

Die Arbeitsbedingungen für Ärzte in deutschen Krankenhäusern haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Der Arbeitsalltag wird in zunehmendem Maße bürokratisiert, wirtschaftliche Anforderungen rücken vermehrt in den Mittelpunkt ärztlicher Entscheidungen, die Zeit für Patienten wird weniger. Viele Ärzte beklagen eine hohe Arbeitsintensität, bis hin zu stressbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Öffentlich streikende Ärzte versuchen auf ihre Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen aufmerksam zu machen und treten für eine den Anforderungen entsprechende Entlohnung ein.

Einige Ärzte wählen als Antwort auf diese neuen Herausforderungen den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit. Ebenso steigt der Anteil von Ärzten, die ins Ausland abwandern, um dort einer ärztlichen Tätigkeit nachzugehen. Beides trägt dazu bei, dass zahlreiche Stellen in deutschen Kliniken derzeit nicht besetzt sind.

Die Nachwuchsmediziner von heute werden maßgeblich dazu beitragen, die medizinische Versorgung in Deutschland in Zukunft aufrechtzuerhalten. Man muss wissen, aus welchen Gründen junge Ärzte die kurative Medizin verlassen, um dieser Entwicklung gezielt entgegensteuern zu können. Welche Themen beschäftigen die jungen Ärzte und welche konkreten Veränderungswünsche formulieren sie? Wie schätzen sie ihre derzeitige berufliche Situation ein und welche beruflichen Perspektiven sehen sie für sich?

Zur Beantwortung dieser und weiterer Fragen wurden von der Autorin sechs leitfadengestützte Interviews mit jungen Ärzten verschiedener Fachbereiche aus unterschiedlichen Städten und Kliniken geführt.

Wesentliche Hintergrundinformationen zu der vorliegenden Untersuchung werden in *Kapitel 2* dargestellt. Dabei beschreibt Kapitel 2.1 die derzeitigen Umbrüche im stationären Sektor, die im Wesentlichen durch politische Einflussnahme hervorgerufen wurden und sich unmittelbar auf die Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft auswirken. Kapitel 2.2 setzt sich mit der Entwicklung der Arztzahlen auseinander und befasst sich in einem ersten Abschnitt mit der Frage nach einem bestehenden Ärztemangel, greift dann im zweiten Teil den Feminisierungstrend in der Medizin auf und schließt mit einer Darstellung der Abwanderungsbewegungen von Ärzten ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder. Kapitel 2.3 bietet einen Überblick über die aktuelle Forschungslage in Bezug auf ärztlichen Nachwuchs und ordnet die vorliegende Interviewstudie in den derzeitigen Forschungsstand ein.

Die Beschreibung des Forschungsgegenstandes, die Herleitung der Fragestellung sowie Beschreibung der Charakteristika und Analyse der Interviews stellt den wesentlichen inhaltlichen Schwerpunkt des *Kapitel 3* über Material und Methoden dar.

Die Ergebnisse der Interviews werden in Form von sechs Einzelfalldarstellungen präsentiert. Eine zusammenfassende Gesamtauswertung schließt das *Kapitel 4* über die Ergebnisse der Interviewstudie ab. *Kapitel 5* diskutiert zum einen die gewählten Untersuchungsmethoden, zum anderen setzt sich das Kapitel kritisch mit den Ergebnissen der Studie auseinander und diskutiert sie in Bezug auf die in Kapitel 2 beschriebenen Entwicklungstrends. Das abschließende *Kapitel 6* beschreibt mögliche Entwicklungstendenzen und formuliert Forderungen, die sich für eine Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen einsetzen.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf das Ausformulieren der weiblichen Form verzichtet wurde. Die männliche Form (z.B. Arzt) schließt grundsätzlich die weibliche Form (z.B. Ärztin) mit ein.

2 Hintergrund

Das folgende Kapitel stellt den theoretischen Bezugsrahmen der vorliegenden Arbeit dar. Dabei wird im ersten Teil der derzeitige Wandel des Krankenhausmarktes und die damit einhergehenden veränderten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit im stationären Sektor beschrieben. Kapitel 2.2 greift die aktuellen Entwicklungstrends ärztlicher Statistik auf. Eine Beschreibung des aktuellen Forschungsgegenstandes ist Inhalt des abschließenden Hintergrundkapitels.

2.1 Krankenhausmarkt im Wandel: veränderte Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns

Der Krankenhausmarkt stellt mit einem Marktvolumen von 80 Mrd. Euro den wichtigsten Sektor innerhalb des deutschen Gesundheitswesens dar. Mit ca. 12.000 Einrichtungen erwirtschaftet er über 5 % des BIP¹ (vgl. Schmidt 2004: 1209). Gleichzeitig ist der stationäre Sektor der kostenintensivste Bereich. Ein Drittel der GKV-Ausgaben [33,3 %] fließen im Jahr 2007 in den Krankenhausesektor, dies entspricht einem Ausgabenvolumen von 51,1 Mrd. Euro (vgl. KBV 2008).

Der Krankenhausmarkt in Deutschland ist gegenwärtig enormen Veränderungen unterworfen, die dazu führen, dass die deutschen Kliniken einen inhaltlichen und strategischen Funktionswandel im Versorgungssystem durchlaufen (vgl. Schmidt 2007: 17). Eine rückläufige Anzahl von Krankenhäusern und Krankenhausbetten, sinkende Verweildauer und Bettenauslastung bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen, sind nur einige Eckdaten, die die tief greifenden Veränderungen widerspiegeln (s. Abb. 1). Im Folgenden sollen die wichtigsten Veränderungen näher beleuchtet und wesentliche Ursachen und Folgen des Wandels skizziert werden.

Bedingt durch die demografische Entwicklung, den damit einhergehenden Wandel des Morbiditätsspektrums und den medizinisch-technischen Fortschritt² steigt der Finanzierungsbedarf für Gesundheitsleistungen kontinuierlich an (vgl. Schmidt 2006: 4ff.). Der Gesetzgeber reagiert auf diese Entwicklungen mit weitgreifenden Reformbemühungen mit dem Ziel, die Kosten des Gesundheitssystems zu dämpfen und eine zukünftige Finanzierung sicherzustellen. Alle Gesundheitsreformen nehmen dabei

¹ Die Gesundheitswirtschaft erwirtschaftete im Jahr 2005 insgesamt einen BIP-Anteil von 10,7 % (OECD 2007: 89).

² Siehe auch Kapitel 2.2.1.

auch direkt oder indirekt Einfluss auf den stationären Sektor. Im Anschluss an das Kapitel werden die wichtigsten Reformen und deren Schwerpunkte in tabellarischer Form dargestellt (Tab.1).

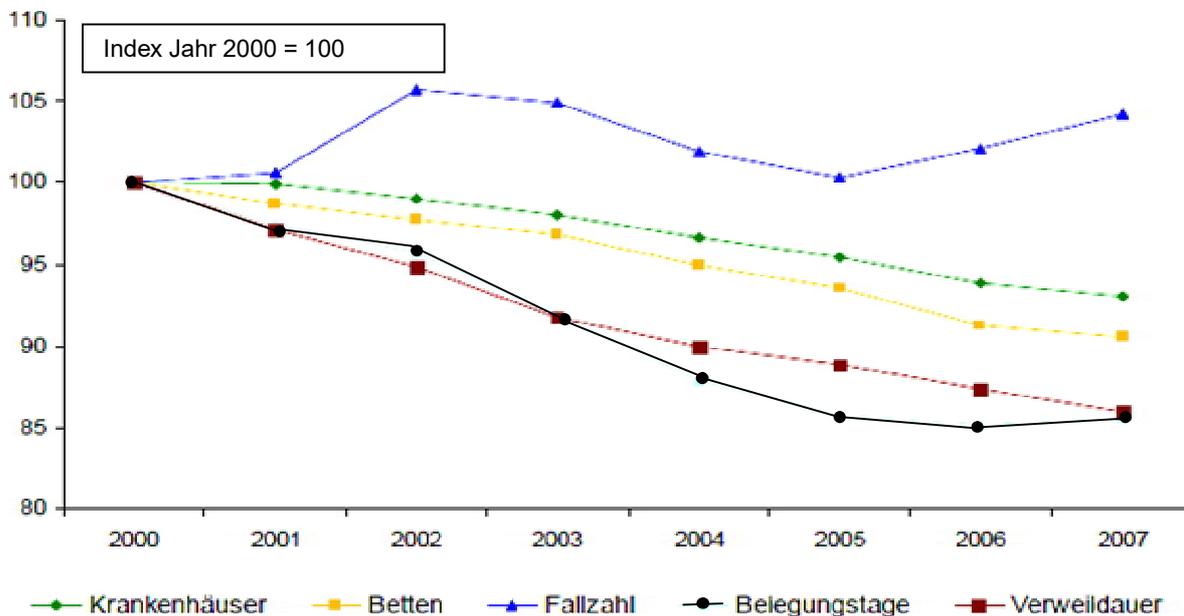


Abb.1: Entwicklung wichtiger Krankenhauszahlen seit dem Jahr 2000

Quelle: DKG (2009 b: 4)

Als wesentlicher Treiber des Umbruchs der Krankenhauslandschaft gilt die Umstellung der Krankenhausvergütung auf das diagnosebasierte Fallpauschalensystem³, das auf den sog. „Diagnosis Related Groups“ (DRGs) basiert und das veraltete Vergütungssystem mit tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen, Sonderentgelten und Krankenhausbudgets seit 2004 ablöst (vgl. ZAV 2007: 60). Wesentliches inhaltliches Ziel der DRG-Einführung war „die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert.“ (Braun et al. 2008: 3).

Für den Krankenhausmarkt bedeutet die Einführung des DRG-Systems das Einsetzen eines tief gehenden Wandlungsprozesses. Krankenhäuser müssen sich, zur Sicherstellung der Konkurrenzfähigkeit, stärker als je zuvor am Markt orientieren und ausrichten. Dies beinhaltet eine Straffung des Leistungsangebotes und eine Spezialisierung auf profitable Leistungen (vgl. Schmidt 2007: 10).

Für die Kliniken geht mit der Umstellung des Vergütungssystems auch eine Erhöhung der Investitions- und Personalkosten einher, insbesondere in den Bereichen EDV, Controlling

³ Das „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ – kurz Fallpauschalengesetz (FPG) - wurde am 23.04.2002 verabschiedet.

und Qualitätsmanagement (vgl. ZAV 2007: 61). Der hohe organisatorische Aufwand, der mit der Codierung der Behandlungsfälle einhergeht, wird in vielen Kliniken von der Ärzteschaft getragen, mit der Folge, dass die Ärzte vielerorts ein Übergewicht der organisatorischen Arbeit beklagen (vgl. Oberlander 2008 b: 42).

Eine Möglichkeit, die organisatorischen Anteile ärztlicher Tätigkeit zu verringern und damit auch die Arbeitsbelastung der Ärzteschaft zu reduzieren, besteht in einer Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten. Der „Verband der Leitenden Krankenhausärzte“ (VLK) verabschiedete diesbezüglich ein Positionspapier und fordert die Delegation und Substitution arztnaher Tätigkeiten an nicht-ärztliche Berufsgruppen, wie z.B. Stationssekretäre / Stationsassistenten, medizinische Dokumentationsassistenten und Case-Manager (vgl. Norden 2008: 195 ff.). Die Zielsetzung der angestrebten Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten darf dabei nicht von monetären Aspekten überlagert werden, sondern muss von einer Entlastung ärztlichen Personals und damit einer Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ausgehen (vgl. ebd.). Die Bundesärztekammer⁴ dagegen sieht die Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten durchaus auch kritisch und verweist darauf, dass die ärztliche Ausbildung alle Aspekte medizinischer Tätigkeit berücksichtigen muss, um zu verhindern, dass Ärzte in Teilbereichen nicht mehr adäquat und ganzheitlich ausgebildet werden.

Der durch die DRG-Einführung entstandene erhöhte Investitionsaufwand, die konkurrenzfähige Ausrichtung am Markt und Sicherstellung einer Wettbewerbsfähigkeit stellt zahlreiche Kliniken vor große, zum Teil unüberwindbare Herausforderungen. Insbesondere privaten Krankenhasträgern kommt hier zu Gute, dass sie sich Finanzmittel auf dem Kapitalmarkt beschaffen können und nicht in dem Maße von den Haushaltsdefiziten der Länder und Kommunen betroffen sind, wie die öffentlichen Kliniken⁵. Im Ergebnis führen diese Entwicklungen zu einem wachsenden Anteil privatwirtschaftlich organisierter Träger und durch zahlreiche Schließungen und Verkäufe defizitärer Krankenhäuser zu einer bundesweit abnehmenden Anzahl von Kliniken (vgl. Wettke 2007: 26).

Ein weiterer Wandel zeichnet sich in der Ablösung fragmentierter Versorgungsformen ab. Kliniken erhielten im Zuge des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004 die Möglichkeit deutlich erweiterter Behandlungsformen. Im Rahmen der integrierten Versorgung können

⁴ Persönliches Telefonat mit einem Mitarbeiter der Bundesärztekammer am 04. Juni 2009.

⁵ Die duale Krankenhausfinanzierung entwickelt sich zunehmend zu einer monistischen Finanzierung, da die Länder und Kommunen den Investitionen auf Grund der angespannten Haushaltslage nicht mehr ausreichend nachkommen. Man geht derzeit von einem Investitionsstau in Höhe von ca. 50 Mrd. Euro aus (vgl. Schmidt 2007: 11).

Krankenhäuser nach Einzelvertragsabschlüssen mit den GKV-en sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Leistungen anbieten. Zusätzlich können Kliniken, die an einem „Disease-Management-Programm“ (DMP) teilnehmen, in diesem Rahmen auch ambulante Leistungen gemäß § 116 b Abs. 1 SGB V durchführen. Im Zuge des GMG wurden Kliniken für ambulante Behandlungen seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderem Behandlungsverlauf sowie für hochspezialisierte Behandlungen geöffnet. Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung wurde Kliniken zum einen durch Ermächtigungserteilung auf Grund von regionaler Unterversorgung, zum anderen durch die Trägerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) ermöglicht (vgl. DKG 2004). Die Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Behandlungen wurde im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 weiter gestärkt und ausgebaut (vgl. BMG 2007). „Für private Klinikketten bestehen hier weitere Vorteile, da eine Vernetzung der drei Sektoren nicht nur über Zukäufe und Akquisitionen dargestellt werden kann, sondern bereits bestehende interne Organisationsstrukturen und die vorhandenen finanziellen Ressourcen die Integration begünstigen.“ (Schmidt 2004: 1211).

Der Wandel des Krankenhausmarktes ist auch für die Mitarbeiter spürbar und bringt einige Veränderungen und Herausforderungen mit sich. Wie oben beschrieben, nahm der Dokumentations- und Organisationsaufwand durch die DRG-Einführung enorm zu. Hinzu kommt, dass die Kliniken eine steigende Anzahl von Patienten in kürzeren Zeiträumen behandeln müssen. Das bedeutet, dass die einzelnen Abteilungen einen höheren Patientendurchlauf haben als je zuvor. Die Zeiten, in denen mit einer langen Liegedauer ertragreich gewirtschaftet werden konnte, sind vorbei. Für die Ärzteschaft münden diese Entwicklungen in einer gestiegenen Arbeitsintensität und Arbeitsverdichtung (vgl. Schmidt 2007: 8). Zusätzlich wirken sich diese wirtschaftlichen und bürokratischen Vorgaben auf das Rollenbild der Ärzte aus. „Die Angehörigen der Gesundheitsberufe sehen die individuelle Zuwendung als zentralen Aspekt des Selbstverständnisses dann gefährdet, wenn sie Konflikte mit übergeordneten ökonomischen, aber auch juristischen oder anderen externen Erwartungen als unauflösbar erleben.“ (Schrappe 2007: 182). Die Ärzteschaft sieht die berufliche Autonomie zunehmend gefährdet und setzt sich verstärkt für den Erhalt der Therapiefreiheit, Freiberuflichkeit und freien Arztwahl ein (vgl. BÄK 2009 c).

Jahr	Titel	Kerninhalte
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	Gesundheitsfonds / einheitlicher Beitragssatz allg. Krankenversicherungspflicht PKV Basistarif / Altersrückstellung / Wechsel Euro-Gebührenordnung ambulante Versorgung Spitzenverband Bund der Krankenkassen Wahltarife GKV Stärkung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das IQWiG Veränderungen Leistungskatalog (z.B. Ausbau Palliativversorgung)
2007	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)	zahlreiche Veränderungen des Vertragsarztrechts z.B. Teilzulassungen, erweiterte Anstellungsmöglichkeiten, Aufhebung Altersgrenze für Vertragsärzte, Zweigpraxen, etc.
2006	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	Einführung Bonus-Malus-Regelung
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	Ausschluss von best. Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog Zuzahlungsregelungen z.B. Praxisgebühr; Eigenbeteiligungen ambulante Behandlung im Krankenhaus möglich Gründung MVZs möglich Fortbildungspflicht für Ärzte Hausarzt als Lotse Gründung IQWiG
2002	Fallpauschalengesetz	DRG-Einführung stationärer Sektor
2001	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleiches	Risikopool Einbindung strukturierter Behandlungsprogramme
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	Abschaffung unwirksamer o. umstrittener Technologien und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen Stärkung von Patientenrechten Wiederaufnahme v. Präventionsleistungen in den Leistungskatalog der GKV Einführung integrierter Versorgungsformen Stärkung der Qualitätssicherung

Tab. 1: Überblick über wesentliche Gesundheitsreformen seit dem Jahr 2000
Eigene Darstellung (angelehnt an Oberlander 2008a: 31ff.)

2.2 Arztzahlenentwicklung

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den wesentlichen Entwicklungen der ärztlichen Statistik. Kapitel 2.2.1. greift dabei die Frage nach einem bestehenden Ärztemangel auf, Kapitel 2.2.2. setzt sich mit dem Trend der Feminisierung der Ärzteschaft auseinander und Kapitel 2.2.3. schließt die Ausführungen zu den Arztzahlenentwicklungen mit einer Darstellung der Abwanderungsbewegungen von Ärzten ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder ab.

2.2.1 Ärztemangel bei steigenden Arztzahlen?

War vor zehn Jahren noch von einer Massenarbeitslosigkeit unter Ärzten die Rede, wird heutzutage über einen Ärztemangel diskutiert, der sich trotz steigender Arztzahlen in Deutschland abzeichnet. Wie dieses Paradoxon aufgeklärt werden kann, soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahr 2008 um weitere 1,5 % auf insgesamt 319.697 gestiegen. Dabei stieg insbesondere die Anzahl der Krankenhausärzte mit 2,1 % deutlich

an. Im ambulanten Sektor ist die Steigerungsrate etwas verhaltender, sie liegt lediglich bei 0,6 % (vgl. BÄK 2009 a und b).

Die Anzahl der berufstätigen Ärzte erhöht sich dabei über die Jahre hinweg relativ konstant bei einer durchschnittlichen Steigerungsrate von 1,7 %⁶.

Diesem wenn auch nur geringfügig steigenden Arztzahlen steht ein Mangel an Personal im ärztlichen Bereich gegenüber, der sich darin äußert, dass zahlreiche Arztstellen derzeit nicht besetzt sind. Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) kommt im „Krankenhaus Barometer 2008“⁷ zu dem Ergebnis, dass rund zwei Drittel [67,3 %] aller befragten Krankenhäuser im Jahr 2008 Schwierigkeiten hatte, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Im Vergleich zum Jahr 2006, in dem knapp ein Drittel [28,4 %] der Kliniken angaben, Probleme bei der Besetzung von ärztlichen Stellen zu haben, lässt sich damit eine sehr deutliche Zunahme verzeichnen. Die Krankenhäuser konnten zum Zeitpunkt der Umfrage im Schnitt vier Stellen nicht besetzen. In Bezug auf diese Problematik existiert nach wie vor ein Ost-West-Gefälle, welches sich jedoch langsam angleicht, so dass der Ärztemangel inzwischen ein gesamtdeutsches Problem darstellt (s. Abb. 2).

Eine Hochrechnung dieser Studienergebnisse kommt laut DKI bundesweit zu dem Ergebnis von 4.000 vakanten Arztstellen in Kliniken (vgl. DKI 2008 a: 36 f.). Die Auswirkungen der Unterbesetzung in deutschen Krankenhäusern sind gravierend und schlagen sich sowohl auf die Krankenhausorganisation als auch auf die Patientenversorgung nieder. 91,8 % der betroffenen Krankenhäuser berichten von Problemen in Bezug auf die Arbeitszeitorganisation, ein Drittel räumt ein, dass die Patientenversorgung durch die prekäre Stellensituation beeinträchtigt ist. Vielfach muss das bestehende Personal die fehlende Arbeitskapazität auffangen, was zu einer deutlich erhöhten Arbeitsbelastung der Klinikärzte führt (vgl. ebd.).

⁶ Eigene Berechnung für die Jahre 1991-2008 (vgl. BÄK 2009 b: Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen seit 1960)

⁷ Die Umfrage 2008 beruht auf den Angaben von 347 Allgemeinkrankenhäusern ab 50 Betten (vgl. DKI 2008:9).

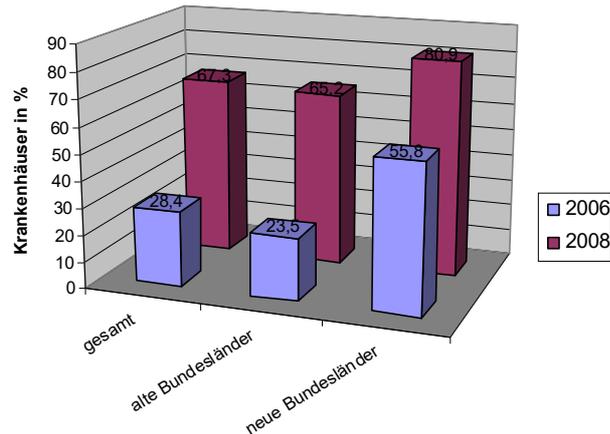


Abb.2: Krankenhäuser mit nicht besetzten Stellen im ärztlichen Dienst 2006 / 2008

Quelle: DKl (2008 b: 6)

Die oben beschriebenen Entwicklungen schlagen sich auch in der Arbeitslosenstatistik nieder. Im Jahr 2008 konnte ein weiterer deutlicher Rückgang der Anzahl der arbeitslosen Ärzte verzeichnet werden. 2008 waren lediglich 2.848 Ärzte bei einer Gesamtzahl von 319.697 berufstätigen Ärzten arbeitslos gemeldet.

Dieses entspricht einer Arbeitslosenquote von 0,9 %. Daraus lässt sich herleiten, dass unter den Ärzten derzeit „Überbeschäftigung“ herrscht (vgl. BÄK 2009 b).

Steigende Arztzahlen auf der einen Seite, ein Mangel an Ärzten auf der anderen Seite, ein Widerspruch, der sich dadurch erklären lässt, dass der Bedarf an ärztlichem Personal gestiegen ist. Die Bundesärztekammer erklärt diese Bedarfssteigerung mit vier wesentlichen Entwicklungen. Dem demografischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt, den Auswirkungen der Feminisierung der Ärzteschaft⁸ und einem generellen Trend der Arbeitszeitverkürzung.

Die Bevölkerung in Deutschland entwickelt sich dahingehend, dass mit steigender Lebenserwartung⁹ und einem weiteren Geburtenrückgang der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt. Die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes prognostiziert, dass der Anteil der über 65-jährigen bis zum Ende 2030 um die Hälfte von derzeit ca. 16 Millionen auf 24 Millionen steigen wird. Auch die Relationen zwischen Alt und Jung wird sich

⁸ Siehe auch Kapitel 2.2.2

⁹ Nach der Sterbetafel 2005/2007 beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung für neugeborene Jungen 76,9 Jahre und für neugeborene Mädchen 82,3 Jahre. Die Lebenserwartung von 60-jährigen Männern beträgt weitere 20,7 Jahre. 60-jährige Frauen können statistisch gesehen mit weiteren 24,6 Lebensjahren rechnen. (Statistisches Bundesamt 2008).

drastisch verändern. Bis zum Jahr 2050 wird sich der Altersquotient¹⁰, der derzeit bei 32 liegt, verdoppeln (vgl. Statistisches Bundesamt 2006: 23).

Wie in Tab. 2 ersichtlich, betragen die Ausgaben für Versicherte im Alter von 60 Jahren oder darüber ca. das 3,3-fache dessen, was Versicherte unter 60 Jahren für medizinische Leistungen benötigen. Mit einem steigenden Anteil an älteren Menschen steigt somit zwangsläufig das Ausgabenvolumen der GKV und die Nachfrage und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Die Bundesärztekammer prognostiziert einen durch diese Entwicklungen hervorgerufenen erheblichen Zusatzbedarf an Ärzten (vgl. BÄK 2008: 8).

¹⁰ Der Altersquotient sagt aus, wie sich der Anteil der nicht erwerbsfähigen Bevölkerung zum Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter verhält. Dargestellt wird er als Anzahl der 65-Jährigen und Älteren je 100 Personen von 20 bis unter 65 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2006: 23).

Hauptleistungsbereich	Alter		Verhältnis der Ausgaben für Versicherte im Alter von 60 Jahren und älter zu unter 60 Jahren
	Unter 60 Jahre	60 Jahre u. älter	
Amb. ärztliche Versorgung	281,14	558,32	1,99
Amb. zahnärztliche Versorgung	7,17	26,53	3,70
Arzneimittel	243,24	820,56	3,37
Stationäre Versorgung	422,83	1.591,49	3,76
Sonstige LA	91,33	383,66	4,20
Nichtärztliche LA amb. Dialyse	9,46	62,58	6,62
Mehrleistungen DMP	0,09	0,99	10,92
Gesamt	1.055,25	3.444,13	3,26

Tab. 2: Leistungsausgaben (LA) je Versicherten 2007 in Euro

Quelle: Bundesversicherungsamt, Daten des Risikostrukturausgleiches (BÄK 2008: 9)

Einflussnahme auf den gestiegenen Bedarf an Ärzten nimmt auch der medizinische Fortschritt. Hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Verfahren erweitern die Möglichkeiten der ärztlichen Heilkunst, was sich zum einen in der gestiegenen Lebenserwartung widerspiegelt, zum anderen dazu führt, dass sich das Morbiditätsspektrum mit immer mehr im Vordergrund stehenden chronischen Erkrankungen, die eine aufwandsintensive und langjährige Behandlung erfordern, ausweitet. Die BÄK schlussfolgert, „Mit zunehmendem Alter führt jede lebensverlängernde Maßnahme zu progressiv anwachsendem Leistungsbedarf im Gesundheitswesen. Deswegen ist der medizinische Fortschritt nicht nur notwendigerweise mit Aufwandssteigerungen im Gesundheitswesen verbunden, sondern induziert auch zwangsläufig einen erhöhten Ärztebedarf.“ (BÄK 2008: 7).

Zwei weitere Argumente, die die BÄK zur Erklärung des steigenden Ärztebedarfs neben dem demografischen Wandel und den Folgen des medizinischen Fortschrittes anführt, sind der Trend zur Arbeitszeitverkürzung und die Folgen der Feminisierung der Medizin. Wie in Kapitel 2.2.2 erläutert, arbeiten Ärztinnen häufiger Teilzeit und verbringen aus familiären Gründen weniger Zeit in den Kliniken als ihre männlichen Kollegen.

Nach Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit arbeiten Ärztinnen ca. 72 % der Arbeitszeit der Männer. Der steigende Frauenanteil unter den Ärzten führt folglich dazu, dass insgesamt betrachtet die Ärzte weniger Arbeitsvolumen zur Verfügung stellen und ein Ausgleich nur durch zusätzliches Personal erfolgen kann (vgl. BÄK 2008: 11f.).

Die BÄK argumentiert weiter, dass der gesamtdeutsche Trend der Arbeitszeitverkürzung auch auf das Gesundheitswesen zutrifft. Dabei berechnet sie das Arbeitsvolumen der Ärzte, indem sie die Zahl der Ärzte mit den durchschnittlich tatsächlich geleisteten Wochenarbeitsstunden der Erwerbstätigen in sonstigen Dienstleistungseinrichtungen multipliziert und kommt zu dem Schluss, dass das Arbeitsvolumen trotz Zuwachs an ärztlichem Personal insgesamt betrachtet gesunken ist (BÄK 2008: 13f.). Die BÄK geht davon aus, dass mit dieser Berechnung das Arbeitsvolumen der Ärzteschaft adäquat abgebildet werden kann. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass bei dieser Annahme eine Pauschalisierung erfolgt, indem man davon ausgeht, dass die Arbeitszeit von Personal im allgemeinen Dienstleistungsgewerbe mit der Arbeitszeit der Ärzteschaft identisch ist.

Zwar führt das neugefasste Arbeitszeitgesetz¹¹ zu einer Begrenzung der ärztlichen Höchstarbeitszeit, fraglich bleibt jedoch, inwieweit derzeit die Umsetzung in der Praxis rechtskonform erfolgt. Die Tatsache, dass viele Kliniken die Opt-Out-Regelung¹² anwenden (laut Krankenhaus Barometer circa 66 %) deutet darauf hin, dass Ärzte deutlich mehr arbeiten, als Erwerbstätige in sonstigen Dienstleistungseinrichtungen (vgl. DKI 2008 a: 31). Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) kommt mit der Auswertung des Mikrozensus zu ähnlichen Ergebnissen und zu dem Schluss, dass die Arbeitsbelastung von Ärzten deutlich über der von anderen Akademikern liegt. So leistete 2005 beispielsweise etwa jeder fünfte Arzt eine Wochenarbeitszeit von 60 oder mehr Stunden (vgl. DIW 2005: 558). Sollte in Zukunft die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes tatsächlich rechtskonform erfolgen – und das setzt voraus, dass alle tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden auch erfasst werden – würde dieses einen zusätzlichen Personalbedarf von bis zu 27.000 Ärzten in deutschen Krankenhäusern bedeuten (vgl. ZAV 2007: 60).

¹¹ Das novellierte Arbeitszeitgesetz (ArbZG) ist seit dem 1.1.2007 in Kraft. Die wöchentliche Arbeitszeit darf laut ArbZG durchschnittlich 48 Stunden nicht überschreiten, Bereitschaftsdienste gelten als Arbeitszeit. Der Novellierung ging ein Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom 09.09.2003 voraus.

¹² Mit der Opt-Out-Regelung kann der Arbeitnehmer, vorausgesetzt die Arbeitszeit beinhaltet Bereitschaftsdienste, schriftlich in die Verlängerung der wöchentlichen Arbeitszeit von mehr als 48 Stunden einwilligen.

Ob der von der BÄK prognostizierte zusätzliche Bedarf an Ärzten tatsächlich eintreten wird, bleibt abzuwarten. Von einem Mangel an Medizinstudierenden kann derzeit nicht gesprochen werden. Die Zahl der Studienplätze liegt seit 1992 relativ konstant bei circa 10.500. Eine Erhöhung der Studienplätze ist trotz der sich abzeichnenden Entwicklungen gegenwärtig nicht geplant. Im Gegenteil, denn die novellierte Approbationsordnung erfordert vielmehr eine Reduktion der Studienplätze mit dem Ziel, die Studierenden praxisnäher und innerhalb kleinerer Studienkohorten auszubilden (vgl. Kopetsch 2007: 31).

2.2.2 Feminisierung der Ärzteschaft

Folgendes Kapitel beschäftigt sich mit geschlechtsspezifischen Entwicklungstrends des Arztberufes, die in der gegenwärtigen Fachdiskussion oftmals unter der Bezeichnung „Feminisierung der Ärzteschaft“ summiert werden.

Zunehmend mehr Frauen entscheiden sich für ein Medizinstudium und für die ärztliche Profession. Der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte lag im Jahr 2008 bei 41,5 %. Von allen bei den Ärztekammern eingegangenen Erstanmeldungen wurden im letzten Jahr 57,9 % von Frauen eingereicht (vgl. BÄK 2009 a). Voraussichtlich wird sich dieser Trend fortsetzen, fast zwei Drittel [63,4 %] aller Studienanfänger waren im Jahr 2008 weiblich (vgl. BÄK 2008:10).

Betrachtet man allerdings die Entwicklung der Geschlechtsrelationen im Verlauf der Berufskarriere, so wird schnell deutlich, dass relevante geschlechtsbezogene Unterschiede existieren. „Während derzeit bei den Hochschulzugangsberechtigten, Erstimmatrikulierten und Studierenden die Frauenanteile über denen der Männer liegen und nahezu gleich viele Frauen wie Männer in einem Fach promoviert werden, erreicht nur ein Bruchteil des weiblichen Ausgangspotentials eine Führungsposition.“ (BLK 2004: 11) Abbildung 3¹³ verdeutlicht die Abnahme des Frauenanteils im Verlauf der Berufskarriere.

¹³ Hierbei handelt es sich um einen Querschnitt. Die Abbildung stellt daher nur eine Momentaufnahme für das Jahr 2006 dar. Zeitverzögerungseffekte bleiben hier unberücksichtigt.

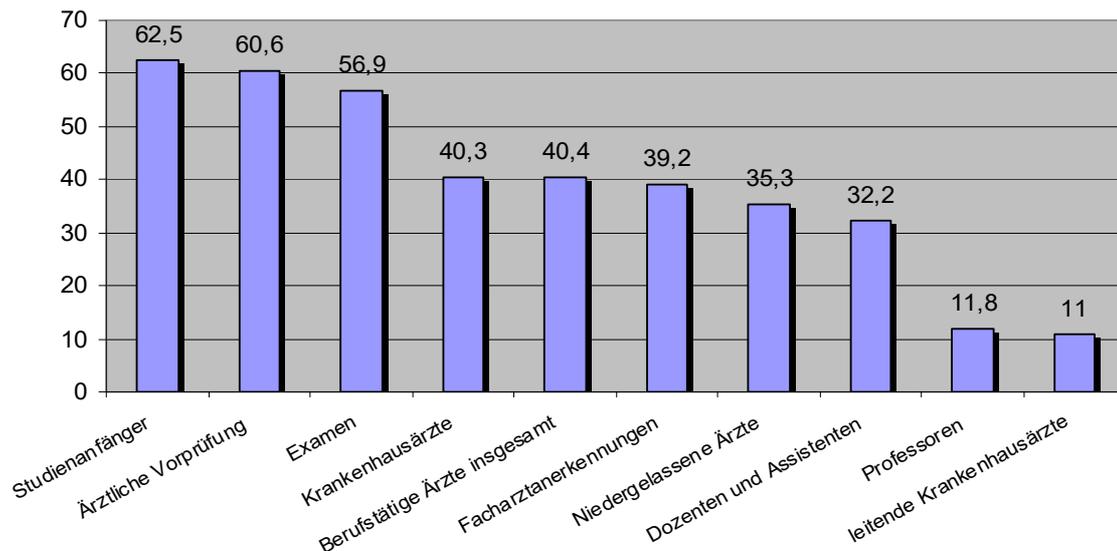


Abb.3: Anteil der Frauen im Verlauf der medizinischen Berufskarriere (2006)

Quelle: BÄK, IMPP, Statistisches Bundesamt (vgl. Hibbeler, Korzilius 2008: 610)

Zusammenfassend lässt sich sagen, der Studienerfolg von Ärztinnen und Ärzten ist vergleichbar, erst im Verlauf der beruflichen Entwicklung kristallisieren sich deutliche geschlechtsbezogene Unterschiede heraus, die sich zu Lasten der Frauen auswirken.

Dabei handelt es sich um Disparitäten, die sich sowohl auf vertikaler, als auch auf horizontaler Strukturebene abspielen. Frauen wählen nach Abschluss des Studiums andere Fachbereiche als Männer. Dabei dominieren Fächer wie Frauenheilkunde, Anästhesiologie, Pädiatrie und Psychiatrie / Psychotherapie (vgl. BÄK 2009 b). Unterrepräsentiert sind Frauen hingegen in Fächern, die mit besseren Einkommensmöglichkeiten und höherem gesellschaftlichem Ansehen verknüpft sind, wie z.B. Chirurgie und Orthopädie (vgl. BLK 2004:14).

Im Verlauf der beruflichen Entwicklung findet sich mit steigender Hierarchieebene ein schwindender Frauenanteil unter den Ärzten. Leitende Stellen in Kliniken, aber auch in der Forschung und Lehre, sind nach wie vor überwiegend von Männern besetzt. Da der Anteil der Frauen in der Medizin zwar kontinuierlich, aber langsam wächst und den hierarchisch hoch angesiedelten Stellen im ärztlichen Bereich oftmals eine langjährige Berufskarriere vorausgeht, bleibt abzuwarten, ob sich diese Disparitäten im Laufe der nächsten Jahrzehnte ausgleichen oder sich diese von Abele (2006) als Schereneffekt bezeichnete Entwicklung fortsetzen wird (vgl. Bestmann et al. 2004:778).

Die Ursachen für Geschlechterunterschiede in der beruflichen Entwicklung von Ärztinnen und Ärzten sind vielschichtig. Alfermann et al. (2006: 36 f.) beschreibt eine Kombination aus strukturellen und psychologischen Gründen.

Ein wesentlicher Grund, warum der Karriereverlauf von Ärztinnen sich von dem der Ärzte unterscheidet, dürfte in der nach wie vor mangelhaften Vereinbarkeit von Familie und Beruf liegen. Insbesondere für den Arztberuf gilt, dass die lange Ausbildungs- und Weiterbildungsphase, aber auch der Beruf als solches eine enorme zeitliche Flexibilität verlangt, die mit einer Familiengründung schwer vereinbar ist.

Erfolgreiche Ärzte haben häufiger eine nicht berufstätige Partnerin, die wesentliche Aufgaben der Haushaltsführung und der Kindererziehung übernimmt. Ärztinnen haben dagegen häufiger Partner, die ebenfalls als Akademiker Vollzeit berufstätig sind. Daraus ergibt sich insbesondere für Ärztinnen und ihre Partner eine Konfliktsituation bei der Entscheidung, wer die Karriere für die Familiengründung unterbricht. Zumeist verzichtet die Frau auf eigene Karrierevorteile zugunsten des Partners, so dass für Ärztinnen die Geburt eines Kindes häufiger einen Karriereverlust darstellt als für Ärzte, die häufiger nach der Geburt eines Kindes Vollzeit im Beruf tätig bleiben (Abele 2006: 39). Das führt dazu, dass Frauen mit Familie häufiger Teilzeit arbeiten und insgesamt betrachtet weniger Arbeitsvolumen zur Verfügung stellen als ihre männlichen Kollegen (vgl. Bestmann et al. 2004: 777).

Die Entscheidung für eine Familiengründung bedeutet für viele Ärztinnen folglich auch eine Unterbrechung der Facharztausbildung. Eine kritische Schnittstelle in der Berufslaufbahn, da eine Unterbrechung die Ausbildungszeit deutlich verlängert, z.T. aber auch in einem Abbruch der Weiterbildung mündet (vgl. Köhler et al. 2007: 424). Dies ist als ursächlich für die geringere Facharztrate bei Ärztinnen anzusehen.

Auch die Arbeitslosenquote unter Medizinern bedarf einer geschlechtsspezifischen Betrachtung. Der Frauenanteil der arbeitslos gemeldeten Ärzte betrug im Jahr 2008 62 %, der Anteil der männlichen Arbeitslosen lediglich 38 % (vgl. BÄK 2009 b). Ein Missverhältnis, das seit Jahren konstant ist und ein weiteres Indiz dafür, dass Frauen häufiger auf die Ausübung des Berufes zugunsten der Familie verzichten.

Der Trend der Feminisierung in der Medizin wird sich fortsetzen, das zeichnet sich bereits deutlich ab. Insbesondere unter Annahme einer sich weiter verschärfenden Personalsituation in deutschen Kliniken wird ein Umdenken hin zu familienfreundlichen Arbeitsbedingungen unumgänglich. Krankenhäuser, die diese Entwicklungen ignorieren und Ärztinnen durch familienfeindliche Arbeitszeiten und fehlende Kinderbetreuungsangebote weiterhin diskriminieren, vergeben wichtige Standort- und Wettbewerbsvorteile und verzichten auf die Arbeitskraft und Kompetenzen von z.T. hoch qualifizierten Ärztinnen.

Die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung kommt in ihrem Gutachten über die Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen zu dem Schluss „Die Unterrepräsentanz von Ärztinnen, insbesondere in Führungspositionen von Wissenschaft und Forschung, in der medizinischen Versorgung und in der Selbstverwaltung, mindert die Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands. Es müssen auch die qualitativen und quantitativen Konsequenzen für die gesundheitliche Versorgung der Gesellschaft und ein durch fehlende "Definitions-macht" bedingtes Ausblenden genderspezifischer Aspekte in Forschung und Lehre erkannt werden.“ (BLK 2004: 7)

2.2.3 Abwanderung ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeiten

Ein weiterer Trend, der sich bezüglich der Arztzahlenentwicklung seit einiger Zeit abzeichnet, ist die Abwanderungsbewegung von Ärzten ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzen, dass derzeit¹⁴ mindestens 19.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig sind (vgl. Kopetsch 2008: 716).

2008 verließen insgesamt 3.065 Ärzte Deutschland, um einer beruflichen Tätigkeit im Ausland nachzugehen (vgl. Kopetsch 2009: 647). Wie aus Abb. 4 ersichtlich, steigt dabei die Anzahl der deutschen Ärzte, die ins Ausland abwandern, seit 2001¹⁵ kontinuierlich an.

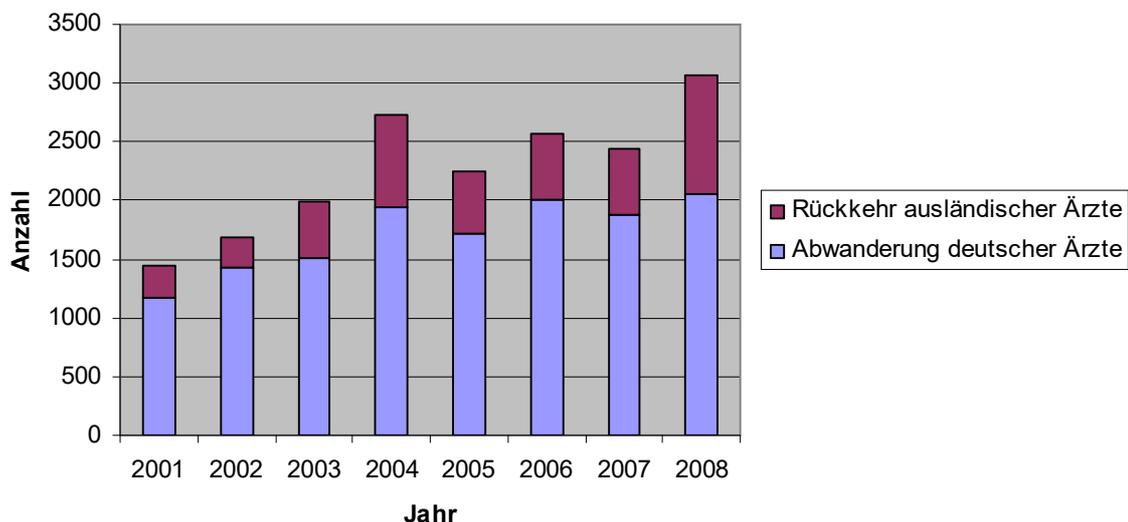


Abb.4: Abwanderung von in Deutschland tätigen Ärzten

Quelle: Kopetsch (2008, 2009), eigene Darstellung

¹⁴ Stand 2008

¹⁵ Erst seit 2001 registrieren 14 Landesärztekammern die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland. Für die fehlenden Angaben der drei übrigen Ärztekammern wurde eine Hochrechnung vorgenommen.

Die beliebtesten Zielländer bei der Auswanderung deutscher Ärzte sind die Schweiz und Österreich, gefolgt von den USA und Großbritannien (vgl. Kopetsch 2009: 760).

Aussagen darüber, ob im Ausland tätige Ärzte eine Rückkehr nach Deutschland planen, lassen sich auf Grund der eingeschränkten Datenlage nur begrenzt treffen. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung in Auftrag gegebenes nicht-repräsentatives Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland¹⁶“, weist darauf hin, dass für einen Großteil der im Ausland tätigen deutschen Ärzte eine Rückkehr nicht in Frage kommt.

82 % der 872 befragten im Ausland kurativ tätigen Ärzte beantworteten die Frage, ob eine dauerhafte Rückkehr nach Deutschland geplant sei mit „Nein“. Gründe, Deutschland dauerhaft den Rücken zu kehren, sind dabei die zur Zufriedenheit erfolgte soziale Integration, gute Verdienst- und Aufstiegsmöglichkeiten sowie die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Hauptgründe für eine Rückkehr nach Deutschland sind vor allem privater und familiärer Art oder ein von vornherein geplanter zeitlich befristeter Auslandsaufenthalt (BMGS 2004: 87 ff.).

Ob die Entwicklung der Abwanderung deutscher Ärzte sich weiterhin fortsetzen wird, bleibt abzuwarten. Die Ergebnisse einer Befragung¹⁷ von über 1.600 Medizinstudenten deuten allerdings darauf hin. 89 % der Befragten ist einer Tätigkeit im Ausland gegenüber offen. Fast zwei Drittel (64 %) der befragten Medizinstudenten können sich vorstellen dauerhaft auszuwandern und 88 % der befragten Studenten möchte zumindest einen Teil der Facharztausbildung im Ausland absolvieren (vgl. Hibbeler 2007 u. Richter-Kuhlmann 2007: 1881). Die Via medici¹⁸ Online-Befragung von mehr als 2.500 Medizinstudierenden und Assistenzärzten bestätigt diese Ergebnisse. 12 % der Teilnehmer haben zum Zeitpunkt der Befragung ganz konkrete Pläne für einen Auslandsaufenthalt und 62 % beschäftigen sich zumindest gedanklich mit dieser Option (vgl. Via medici 2006 b).

Doch nicht nur die Auswanderung ins Ausland, sondern auch der Wechsel in nicht-kurative Berufsfelder stellt für Mediziner eine Alternative zu der klassischen ärztlichen Tätigkeit in Deutschland dar. Im Gegensatz zu der steigenden Anzahl von im Ausland tätigen Ärzten muss man allerdings konstatieren, dass die Anzahl der Ärzte, die in nicht-

¹⁶ Durchgeführt von der Unternehmensberatung Rambøll Management Hamburg.

¹⁷ Durchgeführt als Online-Befragung vom Deutschen Ärzteblatt Studieren.de und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) im Frühjahr 2007.

¹⁸ Via medici, Zeitschrift und Online-Portal für Medizinstudierende des Stuttgarter Thieme Verlags

kurativen Berufsfeldern tätig ist, über die Jahre hinweg relativ konstant bei 8,9 % liegt (vgl. Kopetsch 2007: 79). Eine Zunahme ist damit nicht zu verzeichnen.

Auch unter den Studierenden der Humanmedizin zeichnet sich ab, dass schon während des Studiums ein Anteil von 4 bis 10 % eine Tätigkeit außerhalb der klassischen kurativen Medizin plant (vgl. Dettmer, Kuhley 2007:18; Richter-Kuhlmann 2007: 1881; Via medici 2006a). Beliebte Alternativen aus Sicht der Studierenden sind dabei Medizinjournalismus, Public Health und die Tätigkeit in einer Unternehmensberatung (Via medici 2006a).

Der Wandel des deutschen Gesundheitswesens der letzten Jahre trägt sicherlich dazu bei, dass heutzutage für Mediziner vielfältige alternative Berufsfelder existieren. Laut Bundesagentur für Arbeit (vgl. ZAV 2007: 81 ff.) stellen dabei insbesondere die folgenden Bereiche Alternativen zum klassischen Arztberuf dar:

Berufsfelder außerhalb der kurativen ärztlichen Tätigkeit ¹⁹	
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin • Öffentliches Gesundheitswesen • Public Health • Gesundheitsforschung • Umweltmedizin • Komplementäre Medizin 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Informatik • Gesundheitsmanagement/ Controlling • Medizintechnik / Telemedizin • Pharmazeutische Industrie • Medizinjournalismus • Unternehmensberatung / Consulting

Tab. 3: Berufsfelder außerhalb der kurativen ärztlichen Tätigkeit

Quelle: ZAV (2007: 81 ff.), eigene Darstellung

¹⁹ Unter kurativer Tätigkeit wird dabei eine direkte Beschäftigung am Patienten im stationären und ambulanten Sektor verstanden. Nicht-kurative Tätigkeiten beziehen sich sowohl auf medizinnahe Tätigkeiten (z.B. Arbeitsmedizin) als auch auf Tätigkeiten, die außerhalb des medizinischen und ärztlichen Bereiches liegen.

Die Beweggründe für eine Abwanderung ins Ausland oder einen nicht-kurativen Arbeitsbereich sind weitestgehend einheitlich und basieren auf einer bestehenden Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen für Ärzte in Deutschland. Dies trifft insbesondere auf den stationären Sektor zu.

97 % der Medizinstudierenden assoziieren mit einer Tätigkeit in einem deutschen Krankenhaus Stress, Bürokratie und ausgeprägte hierarchische Strukturen (vgl. Richter-Kuhlmann 2007: 1881). Durch einen Umzug ins Ausland oder den Wechsel in eine nicht-kurative Berufstätigkeit erhoffen sich Ärzte vor allem:

- attraktivere Arbeitszeiten
 - bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
 - finanzielle Vorteile
 - bessere Arbeitsbedingungen und
 - ein angenehmeres Arbeitsklima
- (vgl. Dettmer, Kuhley 2007: 18; Oberlander 2008).

Eine von der Ludwig-Sievers-Stiftung in Auftrag gegebene, vom Institut für Freie Berufe durchgeführte Studie zum Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte kommt darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass die Variablen männliches Geschlecht, Kinderlosigkeit, Singledasein, Unzufriedenheit im Beruf und Tätigkeit an einer Universitätsklinik mit dem Wunsch eines Auslandsaufenthaltes korrelieren (vgl. Oberlander 2008b: 143 ff.).

2.3 Ärztlicher Nachwuchs – ein Forschungsüberblick

Folgendes Kapitel bietet einen Überblick über die aktuelle Forschungslage in Bezug auf ärztlichen Nachwuchs. Dabei werden lediglich die Studien berücksichtigt, die in der derzeitigen Fachliteratur und –diskussion eine zentrale Rolle spielen. Studien, die vor dem Jahr 2002 veröffentlicht wurden und Studien, die sich auf die Befragung von Studierenden oder Absolventen einer einzigen Hochschule beziehen, wurden dabei unter der Annahme mangelnder Aktualität und Repräsentativität nicht berücksichtigt.

Eine Ergebnisdarstellung der jeweiligen Studien kann auf Grund des eingeschränkten Rahmens der Diplomarbeit an dieser Stelle nicht erfolgen. Für die einzelnen Hintergrundkapitel relevante Ergebnisse finden jeweils dort Berücksichtigung.

In Bezug auf die aktuelle Forschungslage fällt auf, dass es sich bei allen Studien ausschließlich um schriftliche Befragungen mit standardisierten Erhebungsinstrumenten handelt. Dabei wurden die Fragebögen entweder per Post an die Studienteilnehmer versendet oder die Befragung erfolgte in Form einer Onlineuntersuchung. Lediglich die Studie von Oberlander (2008b) und der bvmd e.V. (2006) boten den Teilnehmern neben vorgegebenen Antwortkategorien auch die Möglichkeit, Fragen frei formuliert zu beantworten.

Als Studiendesign wurde von den meisten Wissenschaftlern eine Querschnittstudie gewählt. Kuhlmeiy, Dettmer (2009) und Köhler (2004) ließen der Querschnittstudie eine prospektive Längsschnittuntersuchung folgen. Angerer und Glaser (2009) führten im Rahmen ihrer ÄsQuLAP-Studie²⁰ eine Kombination aus Kohorten- und Interventionsstudie durch.

Die in Bezug auf den ärztlichen Nachwuchs sicherlich relevanteste Studie ist die von der Ludwig-Sievers-Stiftung in Auftrag gegebene und vom Institut für Freie Berufe (IFB) durchgeführte Studie zum „Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte“ (Oberlander 2008b). Neben der Befragung von über 1000 jungen Ärzten²¹ wurden zusätzlich neun Experteninterviews durchgeführt, „die weitere aufschlussreiche Informationen zur aktuellen Lage der Ärzte geben bzw. die Ergebnisse der Fragebögen und der Literaturlauswertung ergänzen und abrunden sollen.“ (Oberlander 2008b: 50)

Der Fragenkatalog für den ärztlichen Nachwuchs deckt ein breites Spektrum von Themenfeldern ab, die in der Übersichtstabelle (Tab. 4) in Stichworten wiedergegeben sind.

Drei Studien beschäftigen sich ausschließlich mit der Befragung von Medizin-studierenden, wobei insbesondere die beiden Onlinebefragungen wegen des großen Stichprobenumfangs ein valides Bild über das Meinungsbild der Studierenden liefern (vgl. Köhler et al 2004, bvmd 2006, Via medici 2006).

Eine breit angelegte Studie, die die Befragung von Studierenden, Absolventen, Berufseinsteigern und Fachärzten beinhaltet, ist die sog. KuLM-Studie²² der Charité Berlin (vgl. Kuhlmeiy, Dettmer 2009). Sollte der Verlängerung der Laufzeit der Studie bis zum Jahr 2021 zugestimmt werden, wird diese Studie deutschlandweit in Bezug auf den

²⁰ ÄsQuLAP (Ärzte steigern Qualität und Leistung durch Arbeitsfreude mit Patienten)

²¹ Die Studienpopulation besteht aus Ärzten, die seit maximal 10 Jahren approbiert sind.

²² KuLM (Karriere- und Lebensplanung in der Medizin: Studierende, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems)

zeitlichen Umfang einmalig sein und sicherlich wertvolle Ergebnisse²³ über die Entwicklungsverläufe der Probanden liefern.

Die Landesärztekammer Hessen beschäftigt sich ebenfalls schwerpunktmäßig mit zwei Zielgruppen, Medizinstudierenden und dem ärztlichen Nachwuchs. Sie befragte im Jahr 2003 alle bei der LÄKH gemeldeten jungen Ärzte, die nicht mehr in der Patientenversorgung tätig waren unter anderem über die Gründe für den Ausstieg, die jetzige Tätigkeit, Berufszufriedenheit und Wiedereinstiegspläne (vgl. Köhler, Kaiser 2003). In einer weiteren Studie untersuchte die LÄKH Studienmotivation, Erfahrungen während des Studiums und Praktischen Jahres sowie berufliche Perspektiven und befragte alle Absolventen eines Abschlussjahrganges hessischer Hochschulen (vgl. Köhler, Kaiser 2004 u. 2005).

Eine tabellarische Übersicht, die einen Überblick über (1) *Erhebungszeitraum*, (2) *Studiendesign*, (3) *Erhebungsmethode*, (4) *Stichprobe* und (5) *Forschungsthemen* der beschriebenen Studien geben soll, findet sich auf der folgenden Seite.

²³ Es liegen derzeit lediglich Teilergebnisse der Studie vor, die sich auf die Befragung der Studienkohorte beziehen (vgl. Dettmer, Kuhlmei 2007).

Autor / Jahr	Titel	Erhebungszeitraum	Studiendesign	Erhebungsmethode	Stichprobe	Variablen / Themen
<i>Oberlander, W. / 2008</i>	Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte	03/04 2007	Querschnittstudie	standardisierter schriftl. Fragebogen mit Anteilen freier Formulierungsmöglichkeiten zusätzl. Experteninterviews	n=9.300 / (1.301) Approbation 1997 o. später Zufallsstichprobe der Ärztekammern Bayern, Brandenburg, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein	Motive u. Berufswünsche zu Studienbeginn Abschluss des Studiums Weiterbildungsstatus / Fachrichtung Tätigkeitsfeld Arbeitsvertrag Meinungsbild Niederlassung / nicht-kurative Tätigkeit Lebensplanung / berufliche Ziele Niedergelassene Ärzte Netto Gehalt Zufriedenheit mit aktueller Tätigkeit Berufliche u. wirtschaftliche Lage u. Entwicklung Vereinbarkeit Familie und Beruf Tätigkeit im Ausland Einfluss gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen Erneute Wahl des Studiums Burnout
<i>Kuhlmei, A.; Dettmer, S. 2009 / im Druck 2007 / 2008 / Veröffentl. Teilergebn</i>	Karriere- und Lebensplanung in der Medizin: Studierende, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems (KuLM-Studie)	07/2006 - 06/2009 (evtl. Verlängerung bis 2021)	Querschnittstudie prosp. Längsschnittuntersuchung	standardisierte schriftl. (Online-) Befragung	Studienkohorte Charité n=600 / (357) Absolventenkohorte n=600 Berufseinstiegerskohorte n=300 Kohorte Fachärzte n=300	Studienmotivation u. -bedingungen Einstellungen zur Entwicklung im Gesundheitssystem Karriere-, Lebensplanung Regel- vs. Reformstudiengang der Charité
<i>Köhler, S.; Kaiser, R. / 2003</i>	"Junge Ärzte - Ausstieg aus der Patientenversorgung?"	Apr 03	Querschnittstudie	standardisierter schriftl. Fragebogen	n=426 / (229) Jahrgang 1963 und jünger nicht in der Patientenversorgung tätig, bei der LÄKH gemeldet	Beruf. Entw., Tätigkeit, Berufsplanung Arbeitszufriedenheit Ausstieg aus der ärztl. Tätigkeit Wiedereinstieg Teilzeittätigkeit
Studien über Medizinstudierende und Absolventen:						
<i>Köhler, S.; Kaiser, R. et al. 2004 / 2005</i>	"Medizinstudium - und was dann?"	2003 / 2004	prospektive Längsschnittunters.	standardisierter schriftl. Fragebogen	n=597 / (376) alle Absolventen des 3. Abschnitts der ärztl. Prüfung eines Jahrganges (2003/2004)	Studienmotivation Erfahrungen im Medizinstudium und PJ Auslandsaufenthalte Berufliche Planung
<i>bvmd / 2006</i>	"Wie wünscht Ihr Euch Eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus?"	Juni-November 2005	Querschnittstudie	Onlinefragebogen standardisierte und offene Fragen	n = (ca. 3600) Medizinstudierende	Familie und Beruf Kriterien Arbeitsplatzsuche Arbeitszeitwünsche Überstunden Vermutete Beeinträchtigungen
<i>Via medici / 2006</i>	Motivationsbarometer	Jun 06	Querschnittstudie	Onlinefragebogen	n=(2.672) Medizinstudierende	Motivation für den Arztberuf Studium und PJ Berufseinstieg Auslandstätigkeit Alternative Berufsfelder Berufliche Perspektiven
<i>Alfermann, D.; Stiller, J., Brähler, E. / 2002</i>	"Berufsziele und Karrierepläne nach dem Studium der Humanmedizin. Ein Geschlechtervergleich."	2002	Längsschnittuntersuchung	standardisierter schriftl. Fragebogen	n=(671) ehemalige Medizinstudierende von sieben Universitäten, die unmittelbar vor Beginn des AiP standen	Akademische u.berufl. Ziele Motivation zum Studium Berufl. Wünsche Arbeitsstunden Beruf, Haushalt Berufliche Selbstwirksamkeit Geschlechtsrollenidentität
Studien ohne bisherige Ergebnisveröffentlichung:						
<i>Angerer, G.; Glaser, J. / 2009 in Druck</i>	ÄsQuLAP - Ärzte steigern Qualität und Leistung durch Arbeitsfreude mit Patienten	ab 2007	Kohortenstudie Interventionsstudie		n = (507) bayrische Ärzte in Weiterb.	Arbeitsbedingungen Motivation, Zufriedenheit, Befinden, Gesundheit Arzt-Patient-Interaktion Qualität der Versorgung aus Sicht der Patienten

Tab. 4: Übersicht über den aktuellen Forschungsstand

3 Material und Methoden

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit verwendetem Material und Methoden der vorliegenden Arbeit sowie der Herleitung der Fragestellung. Zur Voranalyse des Forschungsgegenstandes und zum Verfassen des Hintergrundkapitels²⁴ wurde eine detaillierte Literaturrecherche durchgeführt. Neben der Suche in einschlägigen Bibliothekskatalogen und Fachdatenbanken (z.B. Medline) wurden folgende thematisch bedeutsame Internetseiten gezielt nach relevanten Veröffentlichungen durchsucht:

Organisation / Zeitschrift	URL
<i>Deutsche Krankenhausgesellschaft</i>	<i>(www.dkgev.de)</i>
<i>Marburger Bund</i>	<i>(www.marburger-bund.de)</i>
<i>Bundesärztekammer</i>	<i>(www.bundesaerztekammer.de)</i>
<i>Kassenärztliche Bundesvereinigung</i>	<i>(www.kbv.de)</i>
<i>Zeitschrift „Arzt und Krankenhaus“</i>	<i>(www.vlk-online.de)</i>
<i>Deutsches Ärzteblatt</i>	<i>(www.aerzteblatt.de)</i>

Tab. 5: Onlinerecherche

Quelle: eigene Darstellung

Im empirischen Teil der Arbeit²⁵ wird auf qualitative Untersuchungsmethoden zurückgegriffen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sechs leitfadengestützte Interviews mit Assistenzärzten unterschiedlicher Krankenhausträger geführt. Charakteristika und Analyseschritte der Interviews sowie die Form der Ergebnisdarstellung werden in Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt.

3.1 Forschungsgegenstand und Fragestellung

Die Anforderungen an die Nachwuchsmediziner von heute sind hoch. Sie finden sich in einem Arbeitsfeld wieder, dass derzeit von Umbrüchen geprägt ist und erleben den Einstieg in das Berufsleben oft als desillusionierend und frustrierend. Führt man sich vor Augen, dass das deutsche Gesundheitssystem derzeit von einem Mangel an Ärzten gekennzeichnet ist, gewinnen die Meinungsbilder und Wünsche der jungen Ärzte enorm an Bedeutung. Sie werden diejenigen sein, die die zukünftige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung aufrechterhalten und mitgestalten. Die vorliegende Studie macht sich deshalb zum Schwerpunkt, die Erfahrungen, Meinungen und Wünsche der jungen Ärzte

²⁴ Siehe Kapitel 2.

²⁵ Siehe Kapitel 4 und 5.

zu erforschen und abzubilden. Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtung:

- *Was bewegt den ärztlichen Nachwuchs von heute?*
- *Wie erleben Hochschulabgänger nach Abschluss des Studiums den Einstieg in das Berufsleben?*
- *Wie fühlen sich Berufsanfänger im Klinikalltag und wie schätzen sie ihre berufliche Zukunft ein?*
- *Welche konkreten Veränderungswünsche haben die Ärzte in Bezug auf ihren beruflichen Alltag?*

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden leitfadengestützte Interviews mit sechs jungen Ärzten geführt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 ausführlich dargestellt.

3.2 Charakteristika und Analyse der Interviews

Die Auswertung der durchgeführten Interviews orientiert sich an der von Schmidt (2003) beschriebenen Kombination einzelner Techniken, die speziell für Leitfadeninterviews geeignet sind. Dabei bezieht sich Schmidt auswertungstechnisch auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, erweitert das Vorgehen allerdings um einen Auswertungsschritt, den der vertiefenden Fallinterpretation. Die Auswertung, als Prozess verstanden, findet dabei als Austausch zwischen dem erhobenen Material auf der einen Seite und dem theoretischen Vorverständnis des Forschenden auf der anderen Seite statt. Schmidt beschreibt diese Auswertungstechnik daher auch als Mischform zwischen „hermeneutisch-interpretierender“ und „empirisch-erklärender“ Inhaltsanalyse (vgl. Schmidt 2003: 544 f.). Die im Folgenden beschriebenen drei Analyseschritte (1) *Bestimmung des Ausgangsmaterials*, (2) *Fallzusammenfassung und Fallstrukturierung* und (3) *Fallinterpretation und Ergebnisdarstellung* sollen das Vorgehen der Auswertung detailliert beschreiben und damit für den Leser nachvollziehbar machen.

(1) *Bestimmung des Ausgangsmaterials*

Festlegung des Materials

Das zu analysierende Material besteht aus den Transkripten von sechs Interviews, die die Autorin in der Zeit vom 13.05.09 bis 19.06.09 mit Nachwuchsmedizinem geführt hat. Die Interviews folgten dabei einer teilstandardisierten Form und zeichneten sich durch offene Fragen aus. Im Anschluss an jedes Interview wurde ein Postskriptum²⁶ angefertigt. Dieses wurde in die Analyse mit einbezogen. Die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgte nach dem „Schneeball-Prinzip“, wobei das erste Interview, welches als Pre-Test²⁷ genutzt wurde, mit einem befreundeten Arzt der Autorin durchgeführt wurde.

Weitere Kontakte ergaben sich während des Erhebungszeitraumes durch die interviewten Ärzte. Die Altersspanne der Probanden beträgt 28 bis 31 Jahre. Die Dauer der Berufstätigkeit liegt zwischen 6 und 18 Monaten. Eine Ärztin befand sich zum Zeitpunkt des Interviews seit einem Jahr in Elternzeit, für zwei der Teilnehmer ging mit einem Arbeitsplatzwechsel auch der Wechsel der Fachrichtung einher. Eine interviewte Ärztin stand kurz vor der Aufnahme ihrer ersten beruflichen Tätigkeit.

Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die ausgewählten Ärzte wurden mündlich, z.T. telefonisch gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen würden. Alle angefragten Personen stimmten umgehend zu. Ein Interview kam aufgrund zeitlicher Engpässe des Arztes nicht zustande, so dass die Gesamtstichprobe $n = 6$ beträgt. Den Ärzten wurde der Hintergrund zu der Studie erläutert und Anonymität²⁸ zugesichert.

Die Interviews dauerten durchschnittlich 45 Minuten bei einer Spannweite von 35 bis 60 Minuten. Die Teilnehmer entschieden darüber, wo das Interview stattfinden sollte. Insgesamt wurden drei Interviews in den privaten Räumen der Autorin geführt, drei Interviews fanden bei den Teilnehmern zu Hause statt.

²⁶ Im Postskriptum wurden z.B. Inhalte von Gesprächen festgehalten, die vor oder während der Tonbandaufzeichnung stattfanden und von inhaltlicher Relevanz waren. Ebenso wurden Rahmenbedingungen notiert, die Einfluss auf das Interview hatten, wie z.B. Störungen während des Interviews und die Anwesenheit weiterer Personen.

²⁷ Die Ergebnisse dieses Interviews wurden in die Analyse mit einbezogen, da der Interviewte nicht wusste, dass es sich um einen Pre-Test handelt und das Interview wertvolle Informationen für die Beantwortung der Forschungsfrage lieferte.

²⁸ Zur Sicherstellung der Anonymität wurden Städte- und Kliniknamen in der Ergebnisdarstellung nicht genannt. Den Interviewpartnern wurden außerdem andere Namen gegeben.

Formale Charakteristika des Materials

Alle Interviews wurden nach erfolgter Einwilligung der Probanden digital aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Da bei der Auswertung der Interviews die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand, erfolgte die Übertragung der Audioaufnahmen in „normales Schriftdeutsch“. D.h. Satzbaufehler wurden behoben und der Stil geglättet (vgl. Mayring 2002: 91). Die transkribierten Interviews wurden fortlaufend mit Seitenzahlen und Zeilennummern versehen, um im Laufe der späteren Analyse und Ergebnisdarstellung die Rückverfolgung verwendeter Zitate zu ermöglichen und damit eine weitestgehende Transparenz sicherzustellen.

(2) Fallzusammenfassung und Fallstrukturierung

Nach durchgeführter Transkription erfolgte die weitere Bearbeitung des Materials mit Hilfe von Fallzusammenfassungen und Fallstrukturierungen (vgl. Mayring 2002: 43). Technisch wurde dabei auf eine Mischform der „zusammenfassenden Interpretation“ und „inhaltlichen Strukturierung“ nach Mayring zurückgegriffen (vgl. 2008: 56f.). Es erfolgte eine schrittweise Reduktion des Materials durch Paraphrasierung und Zusammenfassung. Im Rahmen der Fallstrukturierung wurde das Material dann einzelnen Kategorien zugeordnet, die sich an den Hauptthemen des Interviewleitfadens orientieren. Den Kategorien untergeordnete Subkategorien wurden schrittweise am Material entwickelt und fortlaufend präzisiert.

(3) Fallinterpretation und Ergebnisdarstellung

Schon während der Durchführung der Interviews wurde deutlich, dass eine ausschließlich verallgemeinernde Gesamtauswertung den individuellen Besonderheiten der „Fälle“ nicht gerecht werden würde. Deswegen wurde die Ergebnisdarstellung in Form von Fallstudien gewählt. Sie ermöglichen die Abbildung der heterogenen Gruppe der interviewten jungen Mediziner, die mit ihren verschiedenen Fachdisziplinen, Erfahrungen und Lebenssituationen jeweils unterschiedliche Perspektiven einnehmen und vertreten.

Die Falldarstellungen beginnen mit einer kurzen Vorstellung des Interviewpartners und folgen dann, abgeleitet von den übergeordneten Fragenkomplexen des Interviewleitfadens, den Themen *(1) Berufswunsch Arzt, (2) Einstieg in das Berufsleben, (3) derzeitige berufliche Situation, (4) Veränderungswünsche und (5) berufliche Perspektiven*. Alle Interpretationen wurden durch Originalzitate belegt und damit für den Leser nachvollziehbar gemacht (vgl. Schmidt 2003: 563).

Eine Gesamtauswertung, die die Fälle in einen übergeordneten Zusammenhang einordnet, etwaige Gemeinsamkeiten, aber auch entscheidende Unterschiede herausarbeitet, schließt die Ergebnisdarstellung ab.

Bevor im folgenden Kapitel die Ergebnisdarstellung erfolgt, soll die untenstehende Tabelle einen Überblick über die einzelnen Fälle vermitteln. Die interviewten Ärzte unterscheiden sich auch hinsichtlich des Wohn- und Arbeitsortes. Es wurden Ärzte aus Hamburg, Göttingen, Heidelberg, Stade und Buxtehude interviewt. Zur Wahrung der Anonymität wurde allerdings auf eine Zuordnung der Städte zu den einzelnen Interviewpartnern verzichtet. Aus demselben Grund erhielten die Interviewpartner andere Namen.

ID-Nummer	Interviewpartner (Alter)	Fachbereich	Krankenhaussträger	Dauer der Berufstätigkeit
ID_01	Robin (30)	Kardiologie	privat	1,5 Jahre
ID_02	Franziska (29)	Psychiatrie	privat	1 Jahr
ID_03	Birgit (28)	Strahlentherapie	Uniklinik	1,5 Jahre
ID_04	Johanna (29)	Pädiatrie	Uniklinik	1 Jahr / Elternzeit
ID_05	Catrin (29)	Gynäkologie	öffentlich	<i>Beginn in 2 Wochen</i>
ID_06	Mathias (31)	Chirurgie	öffentlich	6 Monate

Tab. 6: Übersicht Fälle nach Fachbereich, Krankenhaussträger und Dauer der Berufstätigkeit

4 Ergebnisse der Interviewstudie

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der von der Autorin geführten Interviews mit sechs Nachwuchsärzten dargestellt. Dabei erfolgt in Kapitel 4.1. eine Einzelauswertung in Form von Fallanalysen, Kapitel 4.2. schließt die Ergebnisdarstellung mit einer Gesamtauswertung²⁹ ab.

4.1 Einzelfalldarstellungen

4.1.1 Interview mit Robin, Kardiologie

Robin ist 30 Jahre alt und arbeitet seit eineinhalb Jahren auf einer kardiologischen Station eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung in privater Trägerschaft.

BERUFSWUNSCH ARZT

Bei der beruflichen Entscheidungsfindung standen für Robin die Vereinbarkeit von Naturwissenschaft und sozialer Tätigkeit im Vordergrund. Erst durch ein Ausschlussprinzip fiel dann die Wahl auf das Medizinstudium. Ein dreimonatiges Praktikum in einem Krankenhaus im Vorfeld des Studiums bekräftigte den Wunsch Medizin zu studieren.

[...] dann hatte ich überlegt, dass ich gerne irgendetwas Soziales machen würde und gleichzeitig auch irgendetwas Naturwissenschaftliches. Beide Bereiche sind damit gut abgedeckt. Das war eher so ein Ausschlussprinzip. (5)

EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Den Einstieg in das Berufsleben beschreibt Robin als Praxisschock. Insbesondere die enorme Arbeitsbelastung, die hohen Erwartungen von Kollegen und Chefarzt sowie die fachliche Überforderung wurden als belastend erlebt.

[...] es wurden einem Aufgaben gestellt, die man nicht in der Lage war zu erledigen. Theoretisch hätte man die Möglichkeit gehabt jemanden zu fragen, aber eigentlich hatte keiner Zeit Antworten zu geben. Und trotzdem besteht schon von Anfang an vom Chef die Erwartung, dass man den Überblick behält, dass die Patienten nicht über die mittlere Verweildauer liegen bleiben, dass die Untersuchungen schnell laufen, natürlich auch keine Fehler passieren. Und dem dann gerecht werden... (34)

²⁹ Eine tabellarische Übersicht über die Gesamtauswertung findet sich im Anhang A wieder.

Robin sieht sich erst nach ca. eineinhalb Jahren in der Lage, den Anforderungen gerecht zu werden.

[...] die Erwartungen sind nicht viel höher geworden, die sind nicht gestiegen, aber meine Fähigkeiten haben zugenommen. Jetzt bin ich in der Lage, die Erwartungen zu erfüllen. Nach eineinhalb Jahren circa. (43)

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION

Im Gespräch mit Robin wird deutlich, dass insbesondere drei Aspekte seine derzeitige berufliche Situation beeinflussen. Ein zentrales Thema ist die Ausbildungssituation, mit der er aktuell sehr unzufrieden ist. Dabei bemängelt R. sowohl die fachliche Anleitung im klinischen Alltag, als auch die nicht verbindlich geregelte Facharztweiterbildung.

Die Ausbildung ist ziemlich schlecht, muss man schon sagen. Ich habe noch keine einzige Fortbildung gehabt, keine Referate, Seminare oder sonstiges. (51)

Mit den Oberärzten Visiten sind auch nicht so hilfreich, wenn man Glück hat, schafft man überhaupt die ganze Station, meistens schafft man gerade mal 2-3 Zimmer zu visitieren. Insofern gibt es da einfach nicht die Zeit, um irgendetwas zu lernen. D.h. man muss sich das alles irgendwie selber aneignen, aus Zusammenhängen lernen [...]. (55)

Problematisch empfindet Robin diesbezüglich auch die Konkurrenz der Assistenzärzte untereinander um die einzelnen Weiterbildungsstationen.

[...] und bei irgendwelchen Gesprächen kommt dann raus, dass beide sich in der gleichen Position in einem Jahr sehen, wo es doch nur eine Stelle gibt und so. Das ist irgendwie dann ärgerlich. (128)

Ein weiterer Aspekt, mit dem sich Robin in Bezug auf seine berufliche Situation momentan auseinandersetzt, betrifft die teaminternen Interaktions- und Kommunikationsprozesse. Dabei beschäftigen ihn insbesondere die ausgeprägten hierarchischen Strukturen, die der Chefarzt durch seinen autoritären Führungsstil vorgibt.

Und natürlich auch die Hierarchie, die ist bei uns extrem. Und das setzt einem schon manchmal zu. (61)

Der [Chefarzt; Anm.d.Verf.] ist schon überall gefürchtet. Sehr cholerisch und übt enorm viel Druck aus und ist auch schnell dabei mit Disziplinarverfahren zu drohen. (69)

Die Art des Umgangs miteinander, insbesondere zwischen den einzelnen Führungsebenen, empfindet Robin als belastend und kontraproduktiv.

Bis dahin konnte ich mir nicht vorstellen, dass erwachsene Menschen so miteinander umgehen. (211)

Aber in der Morgenbesprechung muss man schon sagen, dass man teilweise wie ein Kind behandelt wird. Und das geht den älteren Kollegen genauso. (72)

Neben den Aspekten Ausbildung und Hierarchie beschäftigt Robin sich außerdem mit den wirtschaftlichen Anforderungen seines ärztlichen Handelns. Konflikte entstehen seiner Meinung nach insbesondere dann, wenn die wirtschaftlichen Anforderungen sich nicht mit einer optimalen Patientenversorgung vereinen lassen.

Der Druck wirtschaftlich zu arbeiten ist enorm groß. Da gibt es Anforderungen, die entsprechen in vielen Fällen nicht der optimalen Behandlung. Die wirtschaftlichen Erwartungen decken sich nicht mit den Leitlinien, vielleicht kann man das so sagen. D.h. es werden viele Untersuchungen gemacht, die vielleicht nicht notwendig sind, weil sie Geld bringen. Einerseits. Andererseits wird darauf geachtet, dass Patienten nur kurz da sind. (161)

Und zum Beispiel, wenn man Leerstand hat, werden Patienten aufgenommen, die eigentlich auf der Station nichts zu suchen haben. Die sind dann in den falschen Händen. Die bräuchten eigentlich eine andere Fachabteilung, der will man sie aber nicht zuführen, weil man den Fall nicht abgeben möchte. Die werden dann mit Halbwissen behandelt. (170)

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Gefragt nach Veränderungswünschen, beschreibt Robin vorrangig den Wunsch nach einer besseren und klar strukturierten Ausbildung. Außerdem wünscht er sich eine den fachlichen Anforderungen angemessene Anleitung durch die Oberärzte im Klinikalltag.

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

R. sieht seine berufliche Zukunft im kurativen Bereich. Er hat klare zeitliche Vorstellungen über den Ablauf seiner Facharztausbildung und zieht durchaus einen Arbeitsplatzwechsel in Erwägung, sollte sein Arbeitgeber die Umsetzung nicht ermöglichen. Nach einigen Jahren Berufstätigkeit als Oberarzt möchte er sich gerne niederlassen und den stationären Sektor verlassen.

Einem Auslandsaufenthalt steht Robin ambivalent gegenüber. Auf der einen Seite reizen ihn Faktoren wie eine bessere Ausbildung, ein angenehmeres Arbeitsklima und finanzielle Vorteile. Auf der anderen Seite gibt er zu bedenken, dass eine Tätigkeit im Ausland durchaus auch Belastungen mit sich bringt.

Aber man muss natürlich sagen, dass wenn man ins Ausland geht, den Stress, den man jetzt bei der Arbeit hat, muss man auch gegenrechnen gegen den Stress, den man zumindest am Anfang hat, wenn man eine Sprachbarriere hat und weil man im Ausland ist und sich vielleicht auch fremd fühlt. (191)

Die bisherigen beruflichen Erfahrungen lassen Robin daran zweifeln, ob er sich aus heutiger Sicht nochmals für den Arztberuf entscheiden würde. Alternativ zum Medizinstudium zieht er dabei zwei Möglichkeiten in Betracht. Zum einen ein Ingenieurstudium, zum anderen den Verzicht auf ein Studium.

Oder tatsächlich auch eine Alternative wäre vielleicht gar nicht zu studieren. Und von Anfang an das Ganze ein bisschen entspannter anzugehen – das Leben – und nicht so erfolgs- und karrieregerichtet. Sich mit weniger zufrieden geben und dafür aber die Ruhe haben. Aktuell erscheint mir das als das attraktivste (lacht). (205)

4.1.2 Interview mit Franziska, Psychiatrie

Franziska ist 29 Jahre alt und arbeitet seit sechs Wochen in der Psychiatrie eines Krankenhauses in privater Trägerschaft. Zuvor war sie für ein Jahr auf einer allgemein inneren Station in einem Kreiskrankenhaus an der niederländischen Grenze tätig.

BERUFSWUNSCH ÄRZTIN

Franziskas Vater ist Arzt mit einer eigenen Praxis. Geprägt durch den Beruf des Vaters, entschied sie sich schon als Kind für ein Medizinstudium. Erste Zweifel kamen ihr erstmalig zu Beginn des Studiums. Geleitet von dem Wunsch kranken Menschen zu helfen, führte sie das Studium fort.

Mein Vater ist Arzt und ich hatte schon mit 11 oder 12 Jahren den Beschluss gefasst, dass ich Medizin studieren will und habe es eigentlich ehrlich gesagt nie wieder hinterfragt. Es war eigentlich irgendwie klar. Ich denke es kommt dadurch, dass mein Vater Arzt war und ich es immer schön fand, bei ihm in der Praxis zu sein. [...] Und dann im ersten Semester hab ich angefangen das zu überdenken, weil ich es eigentlich im ersten Semester ziemlich schrecklich fand. Aber hab mich dann doch entschieden, ich mach das jetzt weiter. (1065)

EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Den Einstieg in das Berufsleben empfand Franziska als schwierig und leidvoll. Trotz einer adäquaten Einarbeitungszeit war die erste Zeit der Berufstätigkeit von Überforderung und Angstgefühlen geprägt.

Aber wenn man dann da steht, dann hat man auf einmal irgendwie ein Brett vor dem Kopf, weiß gar nichts mehr, kann die einfachsten Sachen irgendwie nicht mehr und hat halt super Angst plötzlich. Es steht hinter allem der Name, man ist tatsächlich plötzlich verantwortlich, wenn man Medikamente verschreibt. Das war schwierig. Ich fand es richtig schwierig. (1093)

Insbesondere die große Verantwortung, mit der sie sich plötzlich konfrontiert sah, erlebte sie dabei als Belastung.

Ich hab mir das nicht träumen lassen. „Nein, Verantwortung, was ist denn das mit der Verantwortung. Das wird man ja schon hinkriegen.“ Aber das ist wirklich, das ist was ganz anderes, wenn man da auf einmal steht und das selber hinkriegen muss. Man kann immer jemanden anrufen, aber natürlich ist man selbst erstmal an erster Stelle zuständig. Ja, das ist anstrengend. (1286)

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION

Franziska war mit ihrer beruflichen Situation sehr unzufrieden und fasste den Beschluss, nach einem Jahr sowohl das Krankenhaus als auch den Fachbereich der Inneren Medizin zu verlassen. Sie arbeitet nun seit einigen Wochen in einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses in privater Trägerschaft. Der Arbeitsplatzwechsel ging auch mit einem Wohnortwechsel einher.

Ausschlaggebend für die Entscheidung ihre Anstellung zu kündigen, waren dabei vor allem die enorme Arbeitsbelastung und das schlechte Arbeitsklima. Zahlreiche unbesetzte Stellen mussten von den Ärzten durch eine Verdichtung der Arbeitsintensität und Mehrarbeit aufgefangen werden.

[...] die Personalabteilung oder der Chef, ich meine die haben natürlich recht, ich meine die haben 2 Oberarztgehälter, 3 Assistenzarztgehälter eingespart, [...] das sind Summen, wo die gerne die Hand aufhalten. Und solange es läuft, läuft es halt. Und wenn dann was passiert, gibt es großes Geschrei, aber vorher... (1172)

Mit einem Arbeitsplatzwechsel erhoffte Franziska sich auch eine Verbesserung in Bezug auf die Arbeitszeiten.

Also im alten Haus war das katastrophal verboten, da haben wir 32 Stunden-Dienste gemacht. (1257)

Unzufrieden war Franziska auch mit dem schlechten Arbeitsklima. Die Stimmung unter den Kollegen beschreibt sie als angespannt, Oberärztin und Chefarzt entzogen sich weitestgehend der Teamführung.

Es war eine super schlechte Stimmung untereinander und alle waren sehr frustriert und wirklich besprochen wurde das nicht. (1137)

Die Oberärztin, die war selber total überfordert mit ihrer Position und hat sich aus allem total rausgehalten. Und die Chefs, die waren halt auch so eher auf sich bedacht. Die machen ihr Ding und der Rest geht sie nicht so wirklich was an. (1143)

Franziska sieht mit dem Arbeitsplatzwechsel viele ihrer Hoffnungen erfüllt. Das Arbeitsklima ist deutlich besser, es besteht ein arbeitsrechtkonformes Arbeitszeitmodell, und Überstunden kann sie durch Freizeitausgleich abbauen.

Und ich muss sagen, ich erlebe das jetzt bei meiner neuen Stelle ganz anders, Das ist super angenehm, weil dort sehr viel gesprochen wird und es gibt halt auch einfach einen Oberarzt, bzw. die Oberärzte fühlen sich auch einfach verantwortlich für uns Assistenten. Nehmen die Stimmung auch auf und versuchen da Lösungen zu finden für uns, wenn es Probleme gibt. (1138)

Als problematisch empfindet Franziska sowohl damals als auch heute den hohen organisatorischen Aufwand, der - zu Lasten der Patienten - einen Großteil ihrer Arbeitszeit einnimmt.

Man sitzt dann halt am Computer, muss dann so viel Sekretärinnenkram machen, telefonieren, Termine koordinieren, die Angehörigen sprechen, Briefe schreiben, Patienten entlassen, aufnehmen. Der Kontakt ist vielleicht ein Zehntel von der Zeit am Tag. (1192)

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Franziska sieht in der ärztlichen Unterbesetzung ein Hauptproblem und würde sich daher vorrangig wünschen, dass neue Arztstellen geschaffen werden.

Also, ich finde, das größte Problem ist einfach, und da kann man leider schlecht beeinflussen, es gibt einfach zu wenige Ärzte. Zu viele Patienten und zu wenige Ärzte. Es müssten einfach tatsächlich mehr Ärzte eingestellt werden. Das sich das besser aufteilt. (1253)

Auch empfindet sie eine Unterstützung bei organisatorischen Tätigkeiten als hilfreich, die sie bei ihrer vorherigen Stelle in Form von Codierkräften erlebt hatte.

Das hatte ich wiederum in der alten Klinik gehabt, da gab es eben spezielle Codierkräfte, die eben die Codierungen gemacht haben, die auch die ganzen Kassenanfragen bearbeitet haben, zwar in Rücksprache mit uns, die aber den ganzen Tag den Papierkrieg erledigt haben. Die auch bei den Hausärzten angerufen haben. Das ist schon sehr angenehm, das muss ich jetzt halt wieder machen und das raubt halt echt viel Zeit. (1198)

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Bedingt durch die bisherigen beruflichen Erfahrungen und mit dem Ziel die Arbeitsbelastung zu verringern, möchte Franziska mittelfristig ihre wöchentliche Arbeitszeit reduzieren. Ihr Ziel ist es, nach dem Erwerb des Facharztstitels den stationären Sektor zu verlassen und in einer Praxis oder Beratungsstelle tätig zu werden. Auch eine Tätigkeit als Psychotherapeutin ist für sie vorstellbar.

Und im Endeffekt ist mein Ziel, später mal auf eine Halbtags- oder eine ¾- Stelle umzusteigen. Also, ich will schon regelmäßig arbeiten, auch weiterkommen und den Facharzt machen, versuchen auch irgendwann aus der Klinik raus zu kommen. (1043)

Franziska und ihr Partner machen sich auch Gedanken darüber, ob ein Auslandsaufenthalt für sie in Frage kommen könnte. Allerdings stehen dabei nicht berufliche Motive im Vordergrund.

Ich denke, das hängt von der Lebenssituation ab, also ich würde den Beruf nicht voranstellen, ich würde nicht wegen meinem Beruf ins Ausland gehen. Sondern wenn eher wegen meiner privaten Gestaltung. (1327)

Franziska ist sich unsicher, ob die vielfach diskutierten Vorteile einer Berufstätigkeit im Ausland auch tatsächlich zutreffen. Ihre Erfahrungen während des Praktischen Jahres in Frankreich haben dieses nicht bestätigen können. Insbesondere den Wechsel in ein anderes Gesundheitssystem schildert sie als Herausforderung, der man sich ihrer Meinung nach erst stellen sollte, wenn man ausreichend Berufserfahrung gesammelt hat.

Ich finde, da muss man im Beruf schon ziemlich sicher sein, und dann kann man auch in ein anderes System wechseln. Und alles auf einmal fände ich zu viel. (1332)

Ihr ursprünglicher Berufswunsch des Heilens sieht Franziska durch ihre Berufstätigkeit nicht erfüllt. Sie hat nicht das Gefühl, dem Großteil ihrer Patienten zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.

Ich hatte gedacht, dass ich irgendwie viel mehr verändern kann, denen wieder Lebensqualität geben kann, die wieder gesund machen kann. Aber viele Menschen sind einfach so krank, die werden halt einfach nicht wieder gesund. (1384)

Inzwischen bereut Franziska, dass sie sich für den Arztberuf entschieden hat und rät Anderen von einem Medizinstudium ab.

Mein Vater hat mir ja auch immer gesagt, „mach das nicht“, und ich schlage jetzt wirklich die Hände über dem Kopf zusammen, wenn ich höre, dass junge Leute jetzt anfangen Medizin zu studieren. Ich würde denen echt davon abraten. Es ist überhaupt nicht so, wie man sich das vorstellt. (1373)

4.1.3 Interview mit Birgit, Strahlentherapie

Birgit ist 28 Jahre alt und arbeitet seit eineinhalb Jahren in einer Universitätsklinik im Bereich der Strahlentherapie.

BERUFSWUNSCH ÄRZTIN

Bei der Wahl des Medizinstudiums wurde Birgit durch ihre Erfahrungen während eines Au-Pair-Jahres beeinflusst. Dort war sie in die Betreuung eines an Krebs erkrankten Jungen eingebunden und erlebte erstmals den Umgang mit einer lebensbedrohenden Erkrankung.

EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Den Einstieg in das Berufsleben beschreibt Birgit als enorm belastend. So belastend, dass sie sich einen Zeitpunkt setzen musste, an dem sie über einen möglichen Abbruch der Berufstätigkeit entscheiden wollte.

Dann habe ich mir wirklich einen Punkt gesetzt. Ich habe im Januar angefangen und im April Geburtstag. Und habe immer gedacht, o.k., wenn es an meinem Geburtstag auch noch so schlimm ist, dann mache ich nicht weiter. Und es war dann an meinem Geburtstag alles Gott sei Dank viel besser. (495)

Die Belastungen der Anfangszeit erklärt Birgit vorrangig mit einer fachlichen Überforderung. Es bestanden große Ängste vor Fehlentscheidungen und davor, der Verantwortung den Patienten gegenüber nicht gerecht zu werden.

Behandlungsverläufe und –folgen konnte Birgit nicht einschätzen. Diese Situation wurde dadurch verschärft, dass sie auf keine adäquate Einarbeitung zurückgreifen konnte.

Ich sollte im Januar anfangen, und dann bin ich zu denen einfach auf Station gegangen, ein paar Tage vorher, und habe mir so ein paar Sachen angeguckt. Und dann war die Einarbeitungszeit lächerliche 2 Tage, glaube ich. Die offizielle. Und dann ist man da alleine auf Station als Arzt, da kannst du eigentlich nicht mal kurz zu deinem Kollegen gehen, das geht nicht, da ist keiner. (520)

Die fehlende Einarbeitung von ärztlicher Seite wurde zum Teil von dem Pflegepersonal aufgefangen. Die täglichen Besprechungen mit dem Oberarzt empfand Birgit als hilfreich, aber in der Anfangszeit als nicht ausreichend.

Die Schwestern und Pfleger sind total super da. Die haben dann auch immer mit aufgepasst und geguckt, dass ich klar komme. Und dann hatte ich auch einen super Oberarzt. Aber trotzdem kommt der nur 2-mal am Tag. (524)

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION

Ihre derzeitige berufliche Situation beschreibt Birgit als ambivalent. Überlegungen, auf eine andere Station innerhalb der Klinik zu wechseln, führen zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen der derzeitigen beruflichen Lage.

Als besonders positiv bewertet sie dabei die klar strukturierte und verbindlich geregelte Weiterbildung.

Die Facharztausbildung garantiert der Chef, da ist er sehr hinterher. Die kann man in 5 Jahren machen, das ist so ein Rotationsverfahren, wir wechseln alle halbe Jahre den Arbeitsplatz, so dass alle Stationen abgedeckt sind. Und auch die Fortbildung, die ich derzeit zur Palliativmedizinerin mache, die bezahlt er mir voll und dafür bekomme ich auch frei, ohne Urlaub zu nehmen. (745)

Ein weiterer Grund, warum Birgit der Wechsel in eine andere Abteilung schwer fällt, sind die Arbeitszeiten, mit denen sie derzeit sehr zufrieden ist.

Also in meiner Abteilung ist es Gott sei Dank so, dass wir super Arbeitszeiten haben. Deswegen ist das Gefühl zu wechseln auch echt hart, weil ich eigentlich pünktlich um fünf Uhr rauskomme und ich habe keine Nacht- und keine Wochenenddienste. (597)

Unzufrieden dagegen zeigt sich Birgit mit den hierarchischen Strukturen in ihrer Abteilung und den perfektionistischen Anforderungen des Chefarztes, dessen fachliche Kompetenz sie durchaus sehr schätzt.

Das äußert sich so, dass auf Station eigentlich immer alles relativ locker läuft, aber wenn man weiß, o.k., Dienstag früh ist Chefarztvisite, dann werden alle hibbelig. Dann werden die Essenswagen weggestellt, weil man weiß, der Chef mag nicht, dass die Essenswagen links an der Wand stehen, dann stellt man sie woanders hin, obwohl es total unpraktisch ist. (653)

Die Arbeit auf einer strahlentherapeutischen Station bringt für Birgit auch psychische Belastungen mit sich, die ihrer Meinung nach in der Klinik nicht ausreichend berücksichtigt werden. Der Umgang mit sterbenden Patienten und deren Angehörigen wird im Klinikalltag fachlich abgehandelt, Themen, die die Ängste und Sorgen des Pflegepersonals und der Ärzte betreffen, werden nicht aufgegriffen.

Wir haben eine Psychoonkologin im Haus, die habe ich dann mal angerufen und gefragt was wir eigentlich machen können. Also, die Patienten können da natürlich hingehen und die Angehörigen können wir auch irgendwo anbinden, das geht schon irgendwie, aber wir halt nicht. Wir haben in der Woche manchmal mehrere Patienten, die sterben oder die wirklich ganz palliativ sind oder so und wo man sich selber immer total schwer tut. Und da ist halt überhaupt nix. Im Studium hat man immer noch so ganz viel von Balint-Gruppen gehört, aber ich glaube das gibt es überhaupt nicht. Also bei uns zumindest nicht. [...] Die Psychoonkologin hat sich da auch nicht als Ansprechpartnerin zuständig gefühlt. (625)

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Birgit würde sich für die Zukunft vor allem einen anderen Umgang mit den Patienten wünschen. Sie erhofft sich sowohl mehr Zeit für die Patienten als auch eine Ausbildung in Gesprächsführung und im Umgang mit schwierigen Situationen.

Ein weiterer Aspekt ist der Wunsch nach einer psychologischen Beratung für Ärzteschaft und Pflegepersonal, insbesondere im Umgang mit Sterbenden.

Was wir ja vorhin im Gespräch eigentlich rausgearbeitet haben ist, dass das, was fehlt, die Zeit für Patienten und Angehörige ist und vor allem das Handwerkszeug, die Kompetenz, wie Gespräche gut zu führen sind und so. Aber was auch fehlt, ist die Frage, wie wir mit unseren Sorgen umgehen. (741)

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Ganz aktuell beschäftigt sich Birgit mit dem Gedanken, den Fachbereich zu wechseln. Ausschlaggebend für diese Überlegung ist die Tatsache, dass sie sich eine langfristige Tätigkeit in der Strahlentherapie nicht mehr vorstellen kann.

Birgit möchte ihren Facharzt machen, sieht sich aber beruflich nicht in der klassischen kurativen Medizin, sondern in Bereichen wie Prävention oder Rehabilitation. Eine Karriere als Oberärztin in der Klinik kann sie für sich ausschließen.

Durch ihre Erfahrungen als Lehrerin im Rahmen der Ausbildung von MRT-Schülern kann sie sich gut vorstellen, den kurativen Bereich langfristig gänzlich zu verlassen, um einer Dozententätigkeit nachzugehen.

Ein Auslandsaufenthalt ist für einen befristeten Zeitraum geplant, eine Auswanderung kommt aufgrund familiärer Gründe für sie nicht in Frage.

Birgit würde aus heutiger Sicht erneut Medizin studieren, obwohl sie voraussichtlich keine klassische Arztkarriere einschlagen wird.

4.1.4 Interview mit Johanna, Pädiatrie

Johanna ist 29 Jahre alt und seit 14 Monaten in Elternzeit. Nach ihrem Staatsexamen arbeitete sie bis zur Geburt ihres Sohnes in der Pädiatrie einer Universitätsklinik.

BERUFSWUNSCH ÄRZTIN

Johanna wollte nach ihrem Abitur Lehrerin oder Ärztin werden. Die Eltern von Johanna arbeiten beide im pflegerischen Bereich. Johanna entschied sich trotz Abraten der Eltern für ein Medizinstudium. Sie sah mit dem Studium den Wunsch nach einer Kombination aus Naturwissenschaft und Sozialem erfüllt. Vorstellungen über den klinischen Alltag hatte sie zu Beginn des Studiums keine.

EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Johannas Einstieg in das Berufsleben war geprägt von mangelnder Anleitung und Einarbeitung.

[...] es gab keine Einführung von oben sozusagen. Es gab eine Einführung in die EDV, die ich aber gar nicht wahrnehmen konnte, weil ich nie wegkam. Aber nee, so wie man sich das vorstellt, vielleicht gewünscht hätte oder wie es ganz nett gewesen wäre. So was gab es nicht. (824)

Schon nach einem Monat war Johanna die am längsten auf der Station tätige Assistenzärztin. Die erfahreneren Kollegen wurden versetzt und die freien Stellen mit Berufsanfängern besetzt. Die Anleitung für die alltäglichen Abläufe wurde von dem Pflegepersonal übernommen.

Dann waren wir eine zeitlang wirklich zu zweit, ganz neu, auf einer Station. Und dann waren wir ganz viel drauf angewiesen, und es war zum Glück auch ganz gut, auch die Kommunikation mit der Pflege, und die hatten da einfach auch eine große Erfahrung. Und die Anleitung für das, was wir im Alltag machen mussten, kam aus der Pflege raus, muss man sagen. (788)

Johanna beschreibt, dass sie sich besonders in der ersten Zeit der Berufstätigkeit oft überfordert gefühlt hat. Die Überforderung erklärt sie unter anderem mit einem mangelnden Praxisbezug während des Studiums.

Du hast es halt auch noch nie in dieser Situation entscheiden müssen. Du hast natürlich das fachliche Wissen im Prinzip, aber das in der Klinik dann anzuwenden, hat dir nie jemand beigebracht. (838)

Du lernst die Symptome und die Therapien im Prinzip schon, aber so ganz normale Fragen oder z.B. schon alleine so was wie ein Patient sagt dir dann, mir ist jetzt aber schlecht, so was ganz banales, ja, und dann stehst du da und denkst, oh Gott, ich hab jetzt acht Jahre studiert, und weiß nicht, was ich mit diesem Menschen machen soll, dem schlecht ist. Und da kommst du dir schon manchmal blöd vor. (846)

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION

Johanna ist derzeit nicht berufstätig, da sie sich seit der Geburt ihres Sohnes vor 14 Monaten in Elternzeit befindet. Ursprünglich war geplant, dass sie nach einem Jahr Erziehungszeit wieder in den Beruf einsteigt. Eine optimale Betreuung für ihren Sohn konnte allerdings zu dem Zeitpunkt nicht sichergestellt werden, so dass sie die Elternzeit um weitere sechs Monate verlängerte. Derzeit arbeitet sie an der Fertigstellung ihrer Doktorarbeit.

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Veränderungswünsche, die Johanna äußert, beziehen sich zum einen auf die Ausbildungssituation, zum anderen auf den organisatorischen Aufwand der ärztlichen Tätigkeit.

Bezüglich der Einarbeitungssituation sieht Johanna dringenden Handlungsbedarf. Sie fordert eine Einarbeitung von ärztlicher Seite für jeden neuen Kollegen. Außerdem bemängelt sie die fehlende Anleitung durch die Oberärzte.

Das ist auf jeden Fall eins der Hauptprobleme, es gibt hierzulande nicht so, also, meistens gibt es nicht so diese Mentalität, dass der Oberarzt dem Assistenten was beibringen muss. (895)

Johanna betont weiterhin, dass der organisatorische Aufwand im Klinikalltag zu stark ausgeprägt ist und wünscht sich diesbezüglich eine Veränderung. Sie schlägt z.B. konkret vor, gewisse Tätigkeiten an nicht-medizinisches Personal zu delegieren.

Wir mussten viele Termine organisieren, also Sachen, Dinge machen, wo ich denke, die hätte ich nicht unbedingt machen müssen. Das hätte auch gut jemand anders machen können, der einfach dafür da ist, um Sachen zu organisieren. Da hätte ich mein medizinisches Wissen nicht für gebraucht. (808)

Johanna erhofft sich durch die Delegation nicht-ärztlicher Tätigkeiten und durch eine Optimierung von Handlungsabläufen mehr Zeit für die Patienten zu haben.

Und für den Beruf inhaltlich würde ich mir einfach wünschen, dass ich mehr Zeit am Patienten habe. Das ist halt oft die Konsequenz aus dem vielen Organisieren, dass du einfach viel in deinem Kämmerchen sitzt und entweder telefonierst oder Befunde anforderst, oder mit anderen Kollegen telefonierst, aber nicht wirklich viel am Patienten arbeitest. (980)

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Johanna beschäftigt sich gedanklich derzeit intensiv mit dem Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit. Ihre bisherigen Erfahrungen lassen sie allerdings daran zweifeln, dass eine Tätigkeit als Ärztin mit dem Familienleben gut vereinbar ist.

Gerade jetzt in dieser Situation ist es für mich sehr schwer zu sagen. Also, ich will schon noch mal zurückgehen, auch in die Klinik, aber ich kann es mir im Moment immer nicht so richtig vorstellen, dass es wirklich gut klappt. Also gerade weil ich mit einer halben Stelle da arbeiten will, dass ich mir dann meine Arbeitszeit gut teilen kann und es gut trennen kann, zu dem, was ich zu Hause mache. (946)

Johanna würde zugunsten der Familie auf den Erwerb eines Facharztstitels verzichten. Auch das Einschlagen einer Karriere hat seit der Geburt ihres Kindes an Stellenwert verloren.

Also ich bin da jetzt gar nicht so hinterher mit dem Facharzt, also ich bin froh, wenn es gut klappt, das Arbeitsleben und Familie zu vereinen, das reicht mir dann schon. [...] Weil ich aber auch glaube, dafür müsste ich zu viele Kompromisse machen. Also wenn ich jetzt sage, um jetzt ne wirkliche Karriere da einzuschlagen in dem Beruf, müsste ich zu viele Kompromisse ins Private rein machen, und das will ich eigentlich nicht. (963)

Schon vor Beginn ihres Medizinstudiums bestanden bei Johanna Überlegungen, als Lehrerin arbeiten zu wollen. Damals entschied sie sich zwar für ein Medizinstudium, durch die Aussichten der schlechten Vereinbarkeit von Arztberuf und Privatleben spielen diese Überlegungen allerdings momentan wieder eine Rolle.

Aus heutiger Sicht würde sich Johanna gegen den Arztberuf und für einen Beruf entscheiden, der beides zulässt - Berufstätigkeit und Familiengründung.

Im Nachhinein muss ich sagen, wenn du mir jetzt die Frage stellen würdest, würdest du es noch mal studieren, bisher hab ich immer gedacht, ah ja klar doch. [...] Aber jetzt gerade mit Kind denk ich manchmal, hätte ich doch lieber was anderes gemacht. Das ist zwar schade, weil ich das Arbeiten am Patienten immer schön fand und es auch immer noch schön finde, aber es ist einfach auch so viel drum herum. Alleine das inhaltliche Arbeiten, aber auch mit den Überstunden und den Diensten. Du hast natürlich auch anderswo viel zu tun, also gerade im Lehrerberuf. [...] Aber du kannst es besser vereinbaren, dann fahre ich halt zurück, nehme eine halbe Stelle, kriege dann halt weniger Geld, aber das ist o.k.(1049)

4.1.5 Interview mit Catrin, Gynäkologie

Catrin ist 29 Jahre alt und schloss im Herbst 2008 ihr Medizinstudium ab. Im Anschluss fertigte sie eine Doktorarbeit an und bewarb sich dann für eine Anstellung im Fachbereich Gynäkologie. Sie erhielt eine Zusage einer Klinik in öffentlicher Trägerschaft und wird in zwei Wochen ihre Tätigkeit dort aufnehmen.

BERUFSWUNSCH ÄRZTIN

Catrin war der Arztberuf durch ihren Vater vertraut. Dieser hatte eine eigene Praxis innerhalb des Wohnhauses, so dass Catrin einen umfassenden Einblick in das Berufsleben ihres Vaters erhielt.

Schon während der Schulzeit bestand bei Catrin ein Interesse für Naturwissenschaft auf der einen Seite und den Geisteswissenschaften auf der anderen Seite.

Ich konnte mich schon während der Schulzeit nicht so recht entscheiden zwischen Geisteswissenschaften und Naturwissenschaften und mir hat beides immer viel Spaß gemacht. Und ich hatte so den Eindruck, dass Medizin eine gute Verbindung ist von beidem. Also Biophysik und Chemie und alles was danach kam und zusätzlich aber auch Ethik, Moral und Sozialwissenschaften. (223)

Neben diesen inhaltlichen Motiven war für Catrin außerdem der Praxisbezug wichtig, den sie mit einer Tätigkeit als Ärztin erfüllt sah.

WÜNSCHE FÜR DEN EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Catrin wünscht sich für ihren Einstieg in das Berufsleben vor allem eine gute Einarbeitung. Dabei legt sie viel Wert darauf, dass die Einarbeitung durch einen berufserfahrenen Kollegen, möglichst einen Oberarzt, erfolgt. Auch fände sie es optimal, wenn ihre Entscheidungen gerade in der Anfangszeit kontrolliert werden würden.

Also, was mir total wichtig ist, ist eigentlich eine gute Einarbeitung. Dass ich jemanden hab, der jetzt nicht gerade erst seit zwei oder drei Monaten arbeitet, sondern mindestens seit drei bis vier Jahren, am besten ein Oberarzt, mit dem man eine Weile mitläuft, dem man dann erstmal zuguckt, wie er die Dinge macht. Dann macht man selber und kann ihn aber jedes Mal fragen, ob das so gut ist, was man da so gemacht hat. Und der auch, wenn man untersucht und denkt man könnte jetzt ne Diagnose stellen, noch mal draufguckt und dann sagt „ja, das ist so oder das ist nicht so“. (398)

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Catrin sieht ihre berufliche Zukunft im kurativen Bereich. Sie weiß durch die Erzählungen von befreundeten Ärzten, dass sich gerade im Laufe der ersten Berufserfahrungen die beruflichen Ziele durchaus ändern können, möchte aber erstmal ihre eigenen Erfahrungen sammeln.

Also ich kann für mich sagen, ich würde eigentlich gerne erstmal im kurativen Bereich bleiben. Ich weiß, dass ich noch nicht mal angefangen habe, aber das kann ich mir doch erstmal am besten vorstellen. (445)

Der Arbeitsvertrag von Catrin sieht nach einem halben Jahr eine Reduktion der Arbeitszeit um 50% vor, was Catrin als durchaus positiv betrachtet. Ihr ist es wichtig neben ihrer Berufstätigkeit auch private Ziele weiterhin zu verfolgen.

Einem Auslandsaufenthalt gegenüber ist Catrin durchaus offen, da sie auch in ihrer Freizeit gerne reist. Bei der Wahl des Ziellandes würden deshalb kulturelle Gründe ausschlaggebend sein.

Aber diese Ziele waren jetzt nicht orientiert daran, wo sind die Arbeitsbedingungen gut um zu arbeiten, sondern eher daran, wo würden wir gerne hinreisen und dann könnten wir da ja vielleicht auch arbeiten. (435)

4.1.6 Interview mit Mathias, Onkologie

Mathias ist 31 Jahre alt und beginnt in Kürze seine zweite Anstellung als Arzt im Bereich der Visceralchirurgie. Zuvor war er für ein halbes Jahr auf einer onkologischen Station tätig. Der befristete Arbeitsvertrag wurde im beidseitigen Einverständnis nicht verlängert.

BERUFSWUNSCH ARZT

Geprägt durch die Erfahrungen während seines Zivildienstes in Südamerika, entschied Mathias sich für ein Medizinstudium. Dabei reizte ihn insbesondere die Vorstellung, nach Abschluss des Studiums weltweit ärztlich tätig werden zu können.

Du bist an bestimmte Gesetze gebunden, aber irgendwie es ist auf der ganzen Welt gleich und du musst nicht mal unbedingt mit den Leuten sprechen können, wenn es hart auf hart kommt, sondern, so hatte ich es mir vorgestellt, überall auf dieser Welt mit diesen Händen arbeiten zu können. (218)

Mathias wollte einen Beruf ergreifen, den er im direkten Kontakt mit Menschen ausüben kann. Heilen, als übergeordnetes Ziel, stellte dabei das Grundmotiv seiner Berufswahl dar.

EINSTIEG IN DAS BERUFSLEBEN

Den Einstieg in das Berufsleben beschreibt Mathias als ambivalent. Er betont, dass er der Anstellung hoch motiviert und voller Vorfreude entgegenschau, gleichzeitig aber die ersten Wochen als sehr anstrengend und frustrierend empfand. Insbesondere die Arbeit mit schwerstkranken und sterbenden Patienten, die die Tätigkeit auf der Onkologie mit sich brachte, empfand er als enorme Herausforderung. Zum einen fand er sich in Situationen wieder, denen er aufgrund mangelnder Gesprächsführungstechniken nicht meinte gerecht werden zu können, zum anderen differierten seine Vorstellungen über einen Umgang mit den Patienten gegenüber seinen Kollegen, was zu weiteren Konflikten führte.

Da hatte ich dann auch letztlich völlig unvorbereitet, das habe ich im Studium auch nicht gelernt, so schwierige Aufklärungsgespräche. (308)

Und das war dann eher ein unbefriedigendes Gespräch für alle Seiten. Und dann kamen drei Stunden später vier Angehörige und wollten das Gleiche noch mal mit mir durchdiskutieren. Das habe ich wieder gemacht, wo dann alle nachher zu mir gesagt haben „Das musst du abblocken, das musst du abblocken. Du kannst nicht die ganze Zeit immer wieder das Gleiche mit den Leuten reden.“

Wo ich verstehe, wenn ich es wäre oder ein Angehöriger, dass man wiederholt Gesprächsbedarf hat, gerade, wenn man mit so einer Aussage konfrontiert ist. (315)

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION

Mathias steht zur Zeit des Interviews ein Wechsel der Arbeitsstelle kurz bevor. Der auf ein halbes Jahr befristete Arbeitsvertrag wurde nicht verlängert, eine Tätigkeit innerhalb des Hauses wurde ihm nicht angeboten. Einerseits empfindet Mathias eine gewisse Enttäuschung über diese Entwicklung, andererseits wirkt er erleichtert, zumal er eine unmittelbar anschließende, für ihn sehr attraktive Anstellung gefunden hat.

Im Gespräch mit Mathias wird deutlich, dass seine während der Tätigkeit in der Onkologie gesammelten Erfahrungen ihn auch im Nachhinein noch sehr beschäftigen. Er setzt sich dabei insbesondere mit zwei Aspekten auseinander. Zum einen mit den teaminternen Kommunikations- und Kooperationsprozessen seiner ehemaligen Abteilung, zum anderen mit ethischen Fragestellungen, mit denen er sich im Laufe seiner Tätigkeit konfrontiert sah.

Mathias war insbesondere mit den Teamstrukturen und mit der Art des kollegialen Umganges sehr unzufrieden. Er bemängelt, dass die Kollegen sich nicht als Team gesehen haben, sondern jeder sehr auf sich bedacht war. Auch empfand er es als problematisch, dass es keine verbindlich geregelten Strukturen für einen teaminternen Austausch gab, der über die einzelnen Fallbesprechungen hinausging.

Ich war insbesondere sehr unzufrieden mit dem Team, wie das funktioniert hat. Was ich nicht als Teamarbeit erlebt habe, sondern als Einzelkämpfertum. Und ich hätte mir gewünscht, dass man als Kollektiv, sei es als Stationsteam oder als ganze Abteilung, arbeitet. Aber speziell auf der Station, wo man dann ist, wo man ja nicht ganz alleine ist, mit den Leuten harmonisch zusammenarbeitet und dazu muss man, ich sehe nicht, wie es anders gehen kann, sich auch darüber unterhalten. Dann muss man Strukturen schaffen, wo man sich mal zusammen setzt und sagt „Wie machen wir es?“. (281)

Die Art der Kollegen im Umgang mit Patienten wurde von Mathias kritisch betrachtet. Einen ehrlichen, respektvollen Umgang, den er in der Zusammenarbeit mit Patienten als wesentlich betrachtet, konnte er bei seinen Kollegen nicht wiederfinden.

Die waren alle länger dabei gewesen und ganz schön abgebrüht. Also auch Leute, die jetzt noch nicht lange Jahre dabei sind, aber nach 2 oder 3 Jahren sind die total abgeklärt. Die hatten kein Interesse am Menschen in ihrem Patienten, die haben ihren Job gemacht, so wie sie es gelernt haben und das auch gut, [...] aber in einer Art, die ich irgendwie als zynisch empfunden habe.

Vor den Patienten zu stehen und mit ihm zu reden und dann raus zu gehen und mit der Schulter zu zucken und zu sagen „gespannt, wie lange der das noch macht“. Dinge, die alle wissen, die du aber nicht in einen Befund packen kannst und auch nicht beweisen kannst, aber so Einschätzungen, die einfach dann nicht weitergegeben werden. (267)

Während seiner Tätigkeit auf der onkologischen Station vermisste Mathias ethische Hilfestellungen bei schwierigen Entscheidungsprozessen. Er fand keine Möglichkeit sich diesbezüglich mit anderen Kollegen auszutauschen. Strukturen, die einen ethischen Diskurs ermöglichen würden, wurden von der Klinik nicht bereitgestellt.

Und da hatte ich auch niemanden, wo ich weder Gesprächstechniken irgendwie mit besprechen konnte, noch diese ethische Dimension dabei. (322)

Also jetzt ein anderer Fall, wo nicht alles verloren ist, [...] aber wo ein dementer Patient mit einem Darmkarzinom in einem Stadium, wo man einen jüngeren, fitten Patienten, der das intellektuell erfassen kann, durchaus behandeln würde. Aber jetzt hast du jemanden, der ist 20 Jahre älter und der ist dement. Und jetzt da die Entscheidung zu treffen, was machen wir eigentlich? Was kann man rechtfertigen und was nicht und bin ich befugt zu sagen, wir machen das nicht, wir machen nur symptomatisch. (323)

VERÄNDERUNGSWÜNSCHE

Mathias wünscht sich, bedingt durch seine bisherigen Erfahrungen, für seine zukünftige Arbeit vor allem ein angenehmeres Arbeitsklima und funktionierende Team- und Kooperationsstrukturen. Rückblickend kann er sagen, dass er in der ersten Zeit seiner Berufstätigkeit einen Tutor als durchaus hilfreich empfunden hätte.

Die Möglichkeit, ethische Konflikte und Fragestellungen zu diskutieren, sind seiner Meinung nach eine Grundvoraussetzung für eine patientengerechte und befriedigende Ausübung des Berufes.

BERUFLICHE PERSPEKTIVEN

Mathias beschäftigt sich intensiv mit dem Gedanken, die kurative Medizin zu verlassen. Die bisherigen Berufserfahrungen lassen ihn schlussfolgern, dass sein ursprüngliches Hauptmotiv zur Berufswahl, das Heilen von Menschen, durch seine ärztliche Tätigkeit nicht zu erfüllen ist.

Also wenn sich das weiterhin total mies anfühlt, im kurativen Bereich zu arbeiten oder wenn es halt nicht kurativ - heißt heilend - wenn ich nicht das Gefühl habe, dass ich da Leute mit heile, sondern meine Maßnahmen da durchdrücke und durchaus was mache,

was auch was verändert, aber was nichts an der subjektiv gefühlten Lebensqualität ändert, dann möchte ich das nicht machen. (459)

Schon während des Studiums bestand bei Mathias ein Interesse für molekularbiologische Forschung. Derzeit nutzt er bestehende Kontakte, um sich nach Tätigkeitsfeldern in diesem Bereich zu erkundigen. Aber auch andere nicht-kurative Bereiche stellen für ihn nennenswerte Alternativen zu seiner jetzigen Tätigkeit dar.

Dann könnte ich mir auch vorstellen, Unternehmensberater zu werden, aber auch so ein alternativer Medizinbereich. Sei es Ayurveda oder Osteopathie oder solche Geschichten. (464)

4.2 Zusammenfassende Gesamtauswertung

Bezüglich der *Motive zur Studienwahl Humanmedizin* dominierte bei den Interviewten der Wunsch nach einer Kombination aus Naturwissenschaft und Geistes- bzw. Sozialwissenschaft (n=3). Zwei der interviewten Ärztinnen haben ärztliche Vorbilder im familiären Umfeld. Eine Ärztin beschreibt die Erfahrungen während eines Au-pair-Jahres als ausschlaggebend für die Wahl des Studiums, bei zwei Interviewten war der Wunsch des Helfens bzw. Heilens ausschlaggebend. Die Aussicht auf einen Beruf, den man weltweit ausüben kann, stellt ein weiteres Motiv für den Berufswunsch Arzt dar (n=1).

Den *Einstieg in das Berufsleben* empfanden alle interviewten Ärzte (n=5)³⁰ als Belastung. Vier der jungen Ärzte berichten diesbezüglich von Überforderungsmomenten, zwei der Ärztinnen empfanden in den ersten Monaten der Berufstätigkeit Ängste vor Fehlentscheidungen und vor der Verantwortung gegenüber den Patienten. Lediglich ein Arzt betont, dass der Einstieg in das Berufsleben neben belastenden Momenten auch positive Aspekte beinhaltet.

Drei von fünf Ärzten berichten in Bezug auf die erste Zeit der Berufstätigkeit, dass keine adäquate Einarbeitung erfolgte. Die Anleitung im Arbeitsalltag wurde zum Teil von dem Pflegepersonal übernommen (n=2). Eine Ärztin erzählt, dass sie die eine Woche vor ihrer Anstellung freiwillig ihren zukünftigen Arbeitsplatz aufgesucht hat, um sich selber einzuarbeiten. Eine Einarbeitung in Form von einem „Mitlaufen“ bei Kollegen erfolgte bei zwei Ärzten. Beide empfanden diese Form des Anlernens als nicht ausreichend und wenig hilfreich.

³⁰ Eine Ärztin stand zum Zeitpunkt des Interviews kurz vor der Aufnahme ihrer ersten beruflichen Tätigkeit. Sie wurde daher zu diesem Thema nicht befragt.

Die *derzeitige berufliche Situation* stellt sich für die interviewten Ärzte höchst unterschiedlich dar. Dabei beschäftigte sich eine Ärztin intensiv mit dem Gedanken eines Fachbereichswechsels innerhalb ihrer Klinik, eine Ärztin hatte einige Wochen vor dem Interviewtermin eine neue Anstellung angenommen, und ein Arzt stand unmittelbar vor einem Arbeitsplatz- und Fachbereichswechsel. Zusammenfassend bedeutet dies, dass drei von sechs Ärzten ihren Arbeitsplatz und den gewählten Fachbereich wechselten oder in naher Zukunft wechseln würden. Die Motive zur Beendigung der bisherigen Tätigkeit divergieren, liegen zum einen in der Fachbereichswahl begründet, zum anderen in Unzufriedenheiten in Bezug auf Arbeitsklima und Arbeitsbelastung.

Weitere Themen, die die Ärzte in Bezug auf ihre derzeitige berufliche Situation beschäftigen, sind der hohe organisatorische Aufwand der Tätigkeit (n=2), wirtschaftliche Anforderungen ärztlichen Handelns (n=2) und die enorme Arbeitsbelastung (n=3).

Drei Ärzte setzen sich intensiv mit den teaminternen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen in der Klinik auseinander. Dabei betonen die Ärzte vorrangig die ausgeprägte Hierarchie (n=3), defizitäre Kommunikationsstrukturen (n=3) und ein schlechtes Arbeitsklima (n=2). Hinsichtlich der Ausbildungssituation herrscht ebenfalls Unzufriedenheit, wobei sich die interviewten Ärzte in erster Linie über eine schlechte Anleitung im Klinikalltag beklagen (n=3). Die Facharztausbildung wird von zwei Ärzten als mangelhaft bewertet, ein Arzt betont, dass eine vertragliche Regelung über die Weiterbildung oder ein Ausbildungsplan hilfreich wäre. Zwei Ärzte sind mit der Ausbildungssituation zufrieden.

Gefragt nach *Veränderungswünschen* geben drei Ärzte eine verbesserte Ausbildung und Anleitung an. Ein Arzt erwähnt, dass er einen Tutor als hilfreich empfinden würde. Eine Ärztin wünscht sich eine Ausbildung in Gesprächsführung und im Umgang mit schwierigen Situationen. Dabei fordert sie außerdem eine psychologische Beratung für Ärzteschaft und Pflegepersonal, um belastende Situationen im Klinikalltag insbesondere mit sterbenden Patienten besser verarbeiten zu können. Weitere Veränderungswünsche sind, mehr Zeit für die Patienten zu haben (n=2) und eine Entlastung durch mehr Personal im ärztlichen (n=1) bzw. im nicht-ärztlichen Bereich (n=2).

Hinsichtlich der *beruflichen Perspektiven* der Interviewteilnehmer lässt sich feststellen, dass lediglich zwei der Ärzte eine Tätigkeit im klassischen kurativen Bereich planen. Gemeinsam ist allen Interviewten, dass sie den stationären Sektor verlassen wollen.

Ein Arzt arbeitet dabei bewusst auf eine Niederlassung mit eigener oder Gemeinschaftspraxis hin. Drei Ärztinnen planen eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit. Die Gründe dafür liegen in einer vertraglich vereinbarten Stundenreduktion, einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und einer erhofften Reduktion der als enorm hoch empfundenen Arbeitsbelastung (je n=1). Vier der befragten Ärzte geben an, dass sie langfristig nicht im klassischen medizinischen Bereich tätig sein wollen. Zwei der Ärztinnen planen eine Tätigkeit als Dozentin / Lehrerin, ein Arzt sieht seine berufliche Zukunft in der Forschung oder in einem anderen nicht-kurativen Bereich. Eine Ärztin möchte den geplanten Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie für eine Tätigkeit in einer psychotherapeutischen Praxis oder Beratungsstelle nutzen. Die Ärztin, die sich derzeit in Elternzeit befindet, setzt sich gegenwärtig intensiv mit der Familienfreundlichkeit des Arztberufes auseinander und zeigt sich skeptisch, ob eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf möglich sein wird.

Keiner der interviewten Ärzte plant einen *Auslandsaufenthalt*, der sich in beruflichen Motiven begründet. Alle Ärzte können sich zwar durchaus eine ärztliche Tätigkeit im Ausland für einen befristeten Zeitraum vorstellen, die Gründe sind allerdings durchweg privater Natur. Gegen einen Auslandsaufenthalt sprechen aus Sicht der jungen Ärzte die Sprachbarriere, fehlende Kenntnisse in fremden Gesundheitssystemen und die räumliche Distanz zu Familie und Freunden.

Die Frage nach einer *Wiederwahl des Studiums* der Humanmedizin bejahen drei der interviewten Ärzte, drei Interviewte würden sich aus heutiger Sicht gegen ein Medizinstudium entscheiden.

5 Diskussion

5.1 Ergebnisdiskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Meinungsbilder und Erfahrungen von jungen Ärzten in Bezug auf Berufswunsch, Arbeitsrealität und berufliche Perspektiven zu erforschen und abzubilden. Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Interviewstudie unter Berücksichtigung der in den Hintergrundkapiteln beschriebenen Veränderungen und Entwicklungstrends des Arztberufes und seiner Rahmenbedingungen diskutiert und bewertet werden.

Der *Krankenhausmarkt in Deutschland* ist gegenwärtig durch einen enormen Wandel gekennzeichnet³¹. Der Gesetzgeber beeinflusst dabei direkt durch die Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen und mit der Umsetzung von weitgehenden Gesundheitsreformen auch die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns. Dabei wurde der Krankenhaussektor stärker als je zuvor mit einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung konfrontiert. Die Kliniken stehen in Konkurrenz zueinander und müssen sich strukturell und inhaltlich neu am Markt ausrichten. Aspekte wie Qualität, Effizienz und Transparenz gelten als neue Zielgrößen für die Aufstellung als wettbewerbsfähiges und wirtschaftlich profitabel handelndes Krankenhaus. Folgen des Wandels sind unter anderem eine abnehmende Anzahl an Krankenhausbetten bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen und einer kürzeren Verweildauer der Patienten. Dies mündet zwangsläufig in einem höheren Patientendurchlauf und damit in einer ansteigenden Arbeitsintensität für das ärztliche Personal, was sich auch in den Interviewergebnissen deutlich widerspiegelt.

Hinzu kommt, dass sich durch die Einführung des DRG-Systems der organisatorische Anteil der ärztlichen Tätigkeit stark erhöht hat. Die Dominanz von organisatorischer und verwalterischer Tätigkeit wird dabei von den Ärzten vielfach als dem Berufsverständnis nicht angemessen erlebt und als ein Verlust von Zeit am Patienten beschrieben. Diese Veränderungen werden auch von den Interviewpartnern herausgestellt. Eine Ärztin beschreibt die Situation folgendermaßen.

Das war so, du hast einen riesigen organisatorischen Aufwand gehabt. Du warst die ganze Zeit damit beschäftigt, die Station am Laufen zu halten und hast dadurch aber für die ganze medizinische Seite nur so wenig Zeit gehabt. (798)

³¹ Vgl. Kapitel 2.1.

Die derzeitige Diskussion um die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nicht-medizinisches Personal wird auch von Interviewpartnern aufgegriffen. Zwei Ärztinnen sehen darin einen wesentlichen Lösungsansatz zur Verringerung der Arbeitsbelastung.

Ich bräuchte eine Stelle, die ziemlich klar definiert ist. Und in der ich es schaffe, meine Arbeit, die ich am Tag vollbringen muss, auch gut vollbringen kann. Und da spielt auch dieses rein, dass man viele Dinge, die auch organisatorisch nicht unbedingt ärztliche Tätigkeit sein müssen, vielleicht auch abgeben kann. (972)

Durch die Einführung des DRG-Systems rücken auch wirtschaftliche Anforderungen verstärkt in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns. Dies wird von den interviewten Ärzten sehr bewusst wahrgenommen und kritisch hinterfragt. Im Ergebnis führt diese Entwicklung zu einem von den Ärzten als Konflikt wahrgenommenen Widerspruch zwischen einer Kultur der Heilkunde und einer Kultur der Ökonomie (vgl. Wehkamp 2004: 5). Dabei können sich die jungen Ärzte primär nicht mit Entscheidungen identifizieren, die auf Grund wirtschaftlicher Aspekte getroffen wurden und patientenorientierte, medizinische Aspekte in den Hintergrund stellen. Dies wird nicht nur als Konflikt im Klinikalltag erlebt, sondern auch als Diskrepanz zwischen den ursprünglichen Vorstellungen über den Arztberuf und der erlebten Realität im Klinikalltag. Beispielhaft sei hier eine Situationsbeschreibung aufgeführt, in der eine der interviewten Ärztinnen den Konflikt zwischen patientenorientierter und ökonomieorientierter Behandlung schildert.

Die [Oberärztin] hat immer einen Zettel rausgeholt, auch im Patientenzimmer und hat geguckt, „ach so, ja, die behalten wir noch zwei Tage.“ Obwohl ich der Patientin schon gesagt habe, „Chemo ist durch, Bestrahlung ist fertig, ihnen geht’s ja ganz gut, dann können Sie bald entlassen werden.“ Aber das ging noch nicht, weil es wegen der DRG sehr ungünstig war. Und das ist auch oft unsinnig, wie die Patienten entlassen oder aufgenommen werden. [...] Und am Anfang traut man sich erst recht nicht zu sagen, „ich habe schon mit den Angehörigen gesprochen, die wollen sie gerne dieses Wochenende zu Hause haben.“ Das habe ich dann am Schluss irgendwann gemacht, aber das ist kein Argument, wenn sie dir dann vorrechnen statt 800 € gibt es hier 3500 €. Und es ist auch deine Stelle, die damit finanziert wird. So was kannst du wie gesagt sowieso nicht mit den Oberärzten diskutieren. Das geht einfach nicht. Das funktioniert nicht. Du hast da nichts zu sagen. (679)

Die hohe Arbeitsbelastung der Ärzteschaft wird zusätzlich dadurch verstärkt, dass in Folge des *Ärztlemangels*³² z.T. zahlreiche Stellen in Kliniken nicht besetzt sind und der Arbeitsaufwand durch das bestehende Personal aufgefangen werden muss. Auch die interviewten Ärzte erwähnen unbesetzte Stellen und sehen in dem Mangel an ärztlichem Personal eine der wesentlichen Ursachen für die große Arbeitsbelastung.

Also das Wichtigste ist tatsächlich mehr Personal. Bei uns waren drei Stellen nicht besetzt. Es hätten noch zwei Oberärzte eingestellt werden müssen, auf jeden Fall. (1156)

Ebenso der in Kapitel 2.2.2 beschriebene Entwicklungstrend der *Feminisierung der Ärzteschaft* lässt sich anhand der Interviews anschaulich abbilden. Betrachtet man die Studienpopulation, spiegelt diese die zunehmende Feminisierung des Arztberufes wider. Fast zwei Drittel aller Studienanfänger im Fach Humanmedizin Frauen sind heutzutage Frauen. Auch die Facharzttrichtung der interviewten Ärzte deckt sich mit der in der aktuellen Forschungsliteratur beschriebenen genderspezifischen Fächerwahl, in der Frauen überdurchschnittlich häufig in Fächern wie Gynäkologie, Pädiatrie und Psychiatrie vertreten sind, Männer dagegen in Fächern wie z.B. Chirurgie dominieren.

Dass Frauen häufiger Teilzeit arbeiten als Männer und insgesamt betrachtet weniger Arbeitsvolumen zur Verfügung stellen, liegt unter anderem daran, dass dadurch eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf verwirklicht werden kann. Auch die interviewte Ärztin in Elternzeit strebt eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitsstunden an, sollte sie in den Arztberuf zurückkehren. Aber auch zwei weitere Ärztinnen ohne Kinder sehen durch eine Verkürzung der Arbeitszeit eine Möglichkeit, die Arbeitsbelastung im Klinikalltag zu verringern.

Mit der Phase der Familiengründung verändern sich für viele Ärztinnen die beruflichen und privaten Ziele. Viele Kliniken gelten nach wie vor als „familienunfreundlich“, es mangelt an Kinderbetreuungsmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeitmodellen (vgl. DKI 2008 a: 41ff.). Für Ärztinnen bedeutet die Entscheidung für eine Familiengründung zumeist eine Unterbrechung oder gar ein Abbruch der Facharztausbildung. Auch für Johanna, die interviewte Ärztin in Elternzeit, treten die beruflichen Ziele durch die Geburt ihres Sohnes deutlich in den Hintergrund.

Also ich bin da jetzt gar nicht so hinterher mit dem Facharzt, ich bin froh, wenn es gut klappt, das Arbeitsleben und Familie zu vereinen, das reicht mir schon. (963)

³² Vgl. Kapitel 2.2.1.

Der Trend zur Feminisierung der Ärzteschaft bedeutet, wie oben beschrieben, eine Verringerung des durch die Ärzteschaft zur Verfügung gestellten Arbeitsvolumens. Auch steigen Frauen häufiger komplett aus dem Beruf aus, nämlich vor allem dann, wenn sie eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf als nicht realisierbar erleben. Führt man sich vor Augen, dass in Deutschland derzeit ein Ärztemangel besteht, erhalten diese Entwicklungen eine neue Brisanz. Kliniken verzichten auf gut ausgebildete, z.T. hoch qualifizierte Ärztinnen, indem sie diese geschlechtsspezifischen Entwicklungen ignorieren und „familienfeindliche“ Arbeitsbedingungen erhalten.

Auch Johanna, die interviewte Ärztin spielt mit dem Gedanken dem Arztberuf den Rücken zu kehren. Sie betont, dass ihr diese Entscheidung keineswegs leicht fällt, da sie dem Beruf an sich, und insbesondere das Arbeiten am Patienten viel Positives abgewinnen konnte. Die hohe Arbeitsbelastung, die vielen Überstunden und Wochenend- und Nachtdienste erscheinen ihr allerdings aus heutiger Sicht nicht mit dem Familienleben vereinbar.

Der Wechsel in einen anderen Beruf und damit in *nicht-kurative Tätigkeitsfelder* wird dabei keinesfalls ausschließlich aus familiären Gründen gewählt. Attraktivere Arbeitszeiten, finanzielle Vorteile, bessere Arbeitsbedingungen und ein angenehmeres Arbeitsklima stellen Gründe dar, die Mediziner zur Aufgabe der klassischen-kurativen Tätigkeit bewegen³³. Laut aktueller Forschungslage liegt dabei der Anteil der Ärzte, die in nicht-kurativen Tätigkeitsfeldern arbeiten, seit Jahren relativ konstant bei unter 10 %. Diese Ergebnisse lassen sich durch die Interviews nicht bestätigen, denn nur zwei der sechs interviewten Ärzte planen eine klassische Karriere im kurativen Bereich. Vier der Ärzte sehen sich beruflich langfristig in einem nicht-kurativen Tätigkeitsfeld. Diese Ergebnisse werden auch von einer Mitgliederbefragung des Marburger Bundes bestätigt, nach der 59 % der befragten Assistenzärzte erwägen, ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben (vgl. Marburger Bund 2007a: 28).

Die Überlegungen, den Arztberuf nicht mehr ausüben zu wollen entstanden bei den interviewten Ärzten erst während der Berufstätigkeit und sind somit Folge von Unzufriedenheiten hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und beruflichen Perspektiven. Der Wechsel in einen nicht-kurativen Beruf stellt somit eine Strategie dar, auf die derzeitige Arbeitssituation in deutschen Kliniken zu reagieren.

³³ Vgl. Kapitel 2.2.3.

Eine weitere Möglichkeit neben dem Wechsel in einen nicht-kurativen Arbeitsbereich bietet das Ausweichen ins *Ausland* um dort einer *ärztlichen Tätigkeit* nachzugehen. Alarmierende Umfrageergebnisse, insbesondere unter Medizinstudierenden deuten darauf hin, dass die „Flucht“ ins Ausland sich in den nächsten Jahren weiter fortsetzen wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Interviewstudie relativieren diese Aussagen. Zwar beschäftigen sich alle befragten Ärzte gedanklich mit einem Auslandsaufenthalt, konkrete Pläne liegen jedoch bei niemandem vor. Eine Tätigkeit im Ausland wird von allen Befragten durchaus auch kritisch bewertet und nicht als optimale Alternative zu einer Tätigkeit in Deutschland betrachtet. Bei den Motiven für einen Auslandsaufenthalt dominieren bei fast allen Interviewpartnern Gründe privater Natur. Ein dauerhafter Auslandsaufenthalt kommt für keinen der jungen Ärzte in Frage.

Abschließend lässt sich feststellen, dass die Interviewergebnisse auf eine ausgeprägte *Diskrepanz zwischen dem Berufswunsch Arzt und der erlebten Arbeitsrealität* hindeuten. Hochmotiviert beginnen die jungen Ärzte nach Abschluss des Studiums die Berufstätigkeit, doch schon der Einstieg in das Berufsleben wird als desillusionierend und frustrierend erlebt. Sie beschreiben vielfältige Belastungsmomente im weiteren Berufsverlauf. Ausgeprägte Hierarchien, eine schlechte fachliche Anleitung und Ausbildung, defizitäre Kommunikations- und Kooperationsstrukturen, eine zu hohe Arbeitsbelastung, permanenter Zeitdruck und Unzufriedenheiten im Umgang mit den Patienten sind nur einige Beispiele für Barrieren, denen sich die jungen Ärzte im Klinikalltag ausgesetzt sehen. Zwei der interviewten Ärzte betonen, dass sie ihren ursprünglichen Berufswunsch des Heilens durch die ärztliche Tätigkeit als nicht erfüllt ansehen.

Die jungen Ärzte befinden sich in vielfältiger Weise auf der Suche nach Auswegen und Verbesserungsmöglichkeiten, sei es in einer Reduktion der Arbeitszeit, einem Fachbereichs- oder Stellenwechsel oder gar in einem Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit. Betrachtet man diese Ergebnisse, dann verwundert es, dass nur drei der interviewten Ärzte eine Wiederwahl des Medizinstudiums aus heutiger Sicht verneinen.

Wenn ich so sage ich bin Ärztin und es Leuten erzähle, dann fühle ich mich gut damit, aber wenn ich dann in der Morgenbesprechung sitze, dann fühle ich mich richtig schlecht. Da wird man angemacht und fertig gemacht und wenn man weiß, dass man von dreißig wichtigen Sachen, die man am Tag erledigen muss nur zwanzig schafft, dann ist es auch ein blödes Gefühl. Dann fragt man sich schon, ob das der richtige Beruf ist. (754)

5.2 Methodendiskussion

Der aktuelle Forschungsstand³⁴ basiert derzeit fast ausschließlich auf quantitativen Untersuchungsergebnissen, die oftmals auf Grund der vorgegebenen standardisierten Antwortkategorien keine individuelle Betonung von Probandenaussagen zulassen. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage bewusst auf Methoden der qualitativen Sozialforschung zurückgegriffen. Die Arbeit bietet somit die Möglichkeit, bestehende quantitative Ergebnisse kritisch zu diskutieren und sie durch die Interviewergebnisse um eine individuelle Perspektive zu ergänzen.

Als Erhebungsverfahren wurde die Durchführung leitfadengestützter Interviews gewählt. Ein teilstrukturierter, durch offene Fragen gekennzeichnete Interviewleitfaden ermöglichte im Rahmen der Auswertung eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse, ohne den Interviewten die Möglichkeit der individuellen Darstellung und Schwerpunktsetzung zu verwehren. Die Auswertung der Interviews mündete in sechs Einzelfallstudien, die nach Lamnek einen eigenen Forschungsansatz darstellen und zwischen konkreter Erhebungstechnik und methodologischem Paradigma angesiedelt sind (vgl. Lamnek 2005: 298).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein ganzheitliches und realistisches Bild der Arbeitswelt von jungen Ärzten zu erhalten. Eine ausschließlich verallgemeinernde, überindividuelle Analyse und damit der Verzicht auf Fallinterpretationen wäre diesem Ziel nicht gerecht geworden. Damit verfolgt die vorliegende Arbeit eine idiografische Forschungsabsicht, denn sie sucht nicht nach Gesetzmäßigkeiten, sondern erforscht individuelle Eigenheiten zunächst durch deren Beschreibung (vgl. Lamnek 2005: 302). Die Arbeit hat somit einen deskriptiven Charakter und erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität oder Allgemeingültigkeit.

Der Interviewte steht dabei als „Experte in eigener Sache“ im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Betrachtung. „Man begreift den Einzelnen nicht als ein unbedeutendes und prinzipiell austauschbares Mitglied einer Population oder Stichprobe, das nur Träger von durch den Forscher als wichtig definierten Merkmalen ist - wie dies in der quantitativen Sozialforschung strukturnotwendig der Fall sein muss - sondern man betrachtet den Einzelnen als Fachmann für die Deutungen und Interpretationen seiner Alltagswelt.“ (Lamnek 2005: 300) Um ein breites Spektrum an Meinungsbildern der Interviewten abzubilden, wurden dabei Ärzte unterschiedlicher Krankenhausträger und Fachbereiche ausgewählt. Ebenso befanden sich die Ärzte an verschiedenen Punkten ihrer Berufslaufbahn, so dass die jeweiligen Perspektiven berücksichtigt werden konnten.

³⁴ Siehe Kapitel 2.3.

„Welche Auswertungsstrategie für eine Untersuchung gewählt wird, ist vor allem abhängig von der Zielsetzung der Erhebung, ihren Fragestellungen und ihren "qualitativen Standards" und last but not least auch abhängig von pragmatischen Erwägungen und Entscheidungen, wie z.B. von der zur Verfügung stehenden Zeit und von den bewilligten Forschungsmitteln und den Arbeitskraftressourcen.“ (Schmidt 2003: 565)

In der vorliegenden Arbeit wurde für die Analyse der Interviews auf die von Schmidt (2003) beschriebene Methode zur Auswertung leitfadengestützter Interviews zurückgegriffen. Dabei wurde mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring das Material reduziert und strukturiert.

Ein wesentlicher Mangel der vorliegenden empirischen Untersuchung ergibt sich aus dem fehlenden Diskurs über Interpretationen und Deutungen, wie er etwa im Rahmen von größeren Forschungsvorhaben üblich ist. Eine Interpretationsabsicherung erfolgt ausschließlich durch argumentative Begründungen, die allerdings durch Ankerzitate weitestgehend belegt werden und so auch für den Leser nachvollziehbar sind (vgl. Mayring 2002: 145). Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass der verwendete Interviewleitfaden bestimmte Themen überbetont und andere Themen vernachlässigt, was somit zu Fehlinterpretationen oder falschen Gewichtungen geführt haben könnte (vgl. Schmidt 2003: 566). Auch der Stichprobenumfang von sechs Interviewteilnehmern und die Interviewdauer von max. 60 Minuten muss kritisch betrachtet werden. Durch eine längere Interviewdauer und einen größeren Stichprobenumfang würde die Arbeit sicherlich eine höhere Aussagekraft erzielen, eine Erweiterung ist jedoch im Rahmen der begrenzten Zeit einer Diplomarbeit nicht möglich gewesen.

6 Ausblick

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht die auf Grund der vielfältigen Belastungen prekäre Arbeitssituation von jungen Ärzten. Deutschland sieht sich derzeit mit einem Ärztemangel konfrontiert, der sich ohne Eingreifen fortsetzen, wenn nicht gar verstärken wird. Der Trend zur Feminisierung, die Abwanderung von Ärzten ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder wird diese Entwicklung weiter verschärfen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Deutschland zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf den Verbleib der Nachwuchsmediziner in kurativen Tätigkeitsfeldern angewiesen ist. Dies kann nur gelingen, wenn sich die Arbeitsbedingungen für Ärzte, und zwar insbesondere für Ärzte im stationären Sektor deutlich verbessern.

Setzen sich die oben beschriebenen Entwicklungen weiter fort, drohen gravierende Folgen auf allen Ebenen des Gesundheitssystems, die an dieser Stelle kurz skizziert werden sollen. Auf der *Makroebene*³⁵ wird durch politische und rechtliche Rahmenbedingungen die medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt. Sollte der Ärztemangel fortschreiten, ist ein Einbruch der Versorgungsqualität zu erwarten und damit die Sicherstellung der medizinischen Versorgung gefährdet.

Auch die Finanzierung des Medizinstudiums muss man unter dem Aspekt des „Absolventenverlustes“ im Berufsverlauf kritisch diskutieren. Das Medizinstudium stellt in Deutschland eine der kostenintensivsten staatlich finanzierten Ausbildungen dar. Wird weiterhin in Kauf genommen, dass gut ausgebildete und hochmotivierte Hochschulabsolventen eine Berufskarriere in nicht-kurativen Tätigkeitsfeldern oder im Ausland anstreben, um so den schlechten Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken zu entgehen, dann kann man dieses als staatliche Fehlinvestition bezeichnen. Es reicht nicht aus, eine fachlich fundierte und qualitativ hochwertige Ausbildung sicherzustellen, sondern es muss gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass für Absolventen und junge Ärzte eine Karriere im kurativen Bereich in Deutschland erstrebenswert wird.

Im Bereich der *Mesoebene* werden vor allem die Kliniken die Folgen eines sich verschärfenden Ärztemangels spüren. Durch das Wegbrechen des medizinischen Nachwuchses wird sich die Stellenbesetzungsproblematik weiter verschärfen. Vakante Arztstellen münden immer auch in einer Mehrbelastung des bestehenden medizinischen Personals und folglich in Unzufriedenheiten der Mitarbeiterschaft. Dies wiederum stellt

³⁵ Hier verstanden als: Makroebene = rahmenpolitische Ebene, für die Sicherstellung und Finanzierung des Gesundheitssystems zuständig; Mesoebene = Institutionen und Organisationen, z.B. Kliniken und Krankenkassen; Mikroebene = Akteure im Gesundheitssystem, z.B. Ärzte und Patienten

einen weiteren Grund für die Ärzte dar, nach Alternativen zu der klassischen kurativen Medizin im stationären Sektor nachzudenken. Dieser *circulus vitiosus* kann letztendlich nur unterbrochen werden, wenn vakante Stellen besetzt werden und bestehendes Personal entlastet wird. Überlastetes Personal stellt nicht nur für die Patienten eine Gefahr dar, sondern auch für den Ruf der Klinik. Leidet die Qualität der medizinischen Versorgung, sind für die Klinik Wettbewerbsnachteile und Einnahmedefizite zu erwarten

Auf der *Mikroebene* lassen sich vor allem zwei relevante Gruppen differenzieren, die der Ärzte und die der Patienten. Für die Patienten sind die Entwicklungen im Gesundheitswesen schon jetzt deutlich spürbar. Die Liegedauer der Patienten wurde stark verkürzt, Patienten werden früher in eine ambulante Behandlung übergeleitet. Die Arzt-Patienten-Kontakte in der Klinik sind deutlich reduziert, es bleibt kaum Zeit für ausführliche Gespräche. Patienten werden fachlich-medizinisch behandelt, aber mit ihren Sorgen um Krankheit, Behinderung und Sterben immer häufiger alleine gelassen. Die Aufmerksamkeit der Ärzte beschränkt sich zu oft auf die Zeit der Visiten. Es besteht die Gefahr, dass ökonomische Zielgrößen und (verdeckte) Rationalisierungen patientenorientierte Entscheidungen überdecken und der Patientenwille nicht ausreichend Berücksichtigung findet. Zusätzlich besteht eine Gefahr von Fehlbehandlungen durch überlastetes und überfordertes Klinikpersonal. Für viele Ärzte münden die schlechten Arbeitsbedingungen und eine anhaltend hohe Arbeitsbelastung in einem erhöhten Krankheits- und Burn-Out-Risiko (vgl. Bergner 2004). Dieses kann zu Phasen der Arbeitsunfähigkeit führen, bis hin zu einer dauerhaften Berufsunfähigkeit, was sich wiederum in erhöhten betriebswirtschaftlichen Kosten für die Klinik widerspiegelt.

Damit sich diese Entwicklungstendenzen nicht weiter fortsetzen, muss sich Politik und Gesellschaft den Herausforderungen stellen und für eine Verbesserung der Arbeitssituation junger Ärzte einsetzen.

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Diplomarbeit lassen sich einige Kernforderungen ableiten, die unabdingbar sind um die Arbeitsbedingungen von jungen Ärzten zu verbessern, eine Abwanderung von ärztlichem Personal ins Ausland und in nicht-kurative Tätigkeitsfelder zu verhindern und damit die medizinische Versorgung in Deutschland auch langfristig sicherzustellen. Die Forderungen, die auch die von den Interviewpartnern formulierten Veränderungswünsche aufgreifen, sollen an dieser Stelle lediglich kurz skizziert werden.

Es lassen sich folgende Kernforderungen benennen:

- *Schaffung von familienfreundlichen und mitarbeiterinnenorientierten Arbeitsbedingungen* (z.B. durch flexible Arbeitszeitmodelle, Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramme während und nach der Elternzeit, keine Diskriminierung von Frauen mit Kinderwunsch, Karriereförderung für Ärztinnen)
- *Arbeitsorganisatorische Maßnahmen zur Reduktion der Arbeitsbelastung* (z.B. Entlastung des ärztlichen Personals durch Delegation nicht-ärztlicher und arztnaher Tätigkeiten an nicht-medizinisches Personal, Besetzung vakanter Stellen im ärztlichen Bereich und Schaffung zusätzlicher Stellen)
- *Vertraglich geregelte Facharztausbildung, strukturierte Weiterbildungsangebote*
- *Verbindliche Einarbeitung* durch ärztliches Personal
- *Abbau von Überforderung* durch Anleitung und fachliche Beratung im Klinikalltag
- *Vermittlung von „soft skills“ während Studium und Ausbildung* (z.B. soziale, kommunikative und emotionale Kompetenzen)
- *Benennung von und Auseinandersetzung mit Zielkonflikten ärztlicher Tätigkeit*, die z.B. durch das Aufeinandertreffen von wirtschaftlichen Vorgaben und medizinischem Behandlungsethos entstehen
- *Abbau von starren Hierarchien*
- *Umsetzung und Einhaltung arbeitszeitrechtlicher Vorschriften, Vergütung von Überstunden*

Diese Liste von Forderungen, die nicht als abschließend gelten sollen, müssen anerkannt und umgesetzt werden, sonst droht Deutschland ein ernst zu nehmendes Nachwuchsproblem unter den Ärzten. Denn wesentliche Erkenntnis dieser vorliegenden Diplomarbeit ist, dass nicht der Arztberuf an sich unattraktiv ist, sondern die Rahmenbedingungen, unter denen er ausgeübt werden muss.

Literaturverzeichnis

Abele, A.E. 2006: Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In: Dettmer, S. / Kaczmarczyk, G. / Bühren, A. (Hrsg.): a.a.O., S. 35-57.

Alfermann, D. / Stiller, J. / Brähler, E. 2006: Berufsziele und Karrierepläne nach dem Studium der Humanmedizin – ein Geschlechtervergleich. In: Endepohls-Ulpe, M. / Jesse, A. (Hrsg.): a.a.O., S. 35-48.

Angerer, P. / Schwartz, F.W. 2009 (im Druck) (Hrsg.): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Report Versorgungsforschung, Bd. 2, Deutscher Ärzteverlag, Köln.

BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) 2008: Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. URL:
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf> (letzter Zugriff am 15.07.2009).

BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) 2009 a: Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land! Pressekonferenz am 21. April 2009. URL: <http://www.aek-mv.de/editor/presseinfo/upload/Praesentation-Kopetsch.pdf> (letzter Zugriff am 23.05.2009).

BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) 2009 b: Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.7128> (letzter Zugriff am 31.07.2009).

BÄK (Bundesärztekammer) (Hrsg.) 2009 c: 112. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. URL:
<http://www.bundesaerztekammer.de/specialdownloads/112DAETBeschlussprotokoll20090617.pdf> (letzter Zugriff am 16.08.2009).

Bergner, T. 2004: Burn-Out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 9 / 2004, S. 410-412.

- Beske, F. 2007:** Daten zur demografischen Entwicklung und zur Gesundheitsversorgung in Deutschland im Überblick. In: *Arzt und Krankenhaus*. Heft 6 / 2007, S. 167-168.
- Bestmann, B. et al. 2004:** Berufsreport 2003. Geschlechterunterschiede im Beruf. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 12 / 2004, S. 776-779.
- BLK (Bund-Länder-Kommission) 2004:** Frauen in der Medizin. Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen. Bericht der BLK vom 5. Juli 2004. Materialien zur Bildungsplanung und zur Forschungsförderung. Heft 117. Bonn.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (Hrsg.) 2007:** Willkommen in der Solidarität. Informationen zur Gesundheitsreform 2007. URL:
http://www.bmg.bund.de/cln_100/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Reform-im-_C3_9Cberblick__Powerpoint-Vortrag-Gesundheitsreform-im-_C3_9Cberblick,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Reform-im-Überblick_Powerpoint-Vortrag-Gesundheitsreform-im-Überblick.pdf (letzter Zugriff 16.08.2009).
- BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung) (Hrsg.) 2004:** Gutachten zum „Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland“. Abschlussbericht . Hamburg: Rambøll Management.
- Brähler, Elmar / Alfermann, Dorothee / Stiller, Jeannine (Hrsg.) 2008:** Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Braun, T. / Rau, F. / Tuschen, K.H. 2008:** Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In: Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 3-22.
- Bvmd (Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.) (Hrsg.) 2006:** bvmd Umfragepräsentation Langfassung. URL:
http://www.bvmd.de/fileadmin/SCOHP/ Pressekonferenz_2006-01-11/bvmd_umfragepraesentation_langfassung.pdf (letzter Zugriff am 04.07.2009).

Dettmer, S. / Kaczmarczyk, G. / Bühren, A. (Hrsg.) 2006: Karriereplanung für Ärztinnen. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Dettmer, S. / Kuhlmeier, A. 2007: Info-Brief zu Ergebnissen der Erst- und Zweitsemesterbefragung im Rahmen der KuLM-Studie. „Karriere- und Lebensplanung in der Medizin: Studierende, Absolventen und junge Ärzte im Wandel des Gesundheitssystems“. Charité, Institut für Medizinische Soziologie. Berlin. URL: http://www.charite.de/kulm/download/Info-Brief_KuLM-Befragung_G1_t1-SS_07.pdf (letzter Zugriff am 11. Juli 2009).

Dettmer, S. / Kuhlmeier, K. 2009 (*im Druck*): Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden. Ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In: Angerer, P. / Schwartz, F.W. (Hrsg.): a.a.O.

DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (Hrsg.) 2005: Neue Evidenz zur beruflichen Situation von Klinikärzten in Deutschland. Wochenbericht. Nr. 38 / 2005, 72. Jhg., 2. Bericht, S. 553-558. URL: <http://www.diw.de/documents/publikationen/73/43587/05-38-2.pdf> (letzter Zugriff am 04.08.2009).

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (Hrsg.) 2004: GKV-Modernisierungsgesetz: Neue Versorgungsformen im Krankenhaus. Orientierungshilfe. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf. URL: <http://www.dkgev.de/media/file/2449.Versorgung-31-08-04.pdf> (letzter Zugriff am 15.08.2009).

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (Hrsg.) 2009 a: Krankenhausstatistik. URL: http://www.dkgev.de/media/file/5431.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20090108.pdf (letzter Zugriff am 10.08.2009).

DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (Hrsg.) 2009 b: Vergleich Grunddaten 2006 / 2007. URL: http://www.dkgev.de/media/file/5343.Vergleich-Grunddaten_2006-2007.pdf (letzter Zugriff am 14.08.2009).

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut e.V.) (Hrsg.) 2008 a: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008. Düsseldorf.

DKI (Deutsches Krankenhausinstitut e.V.) (Hrsg.) 2008 b: Krankenhaus Barometer kompakt. Umfrage 2008. Düsseldorf.

Endepohls-Ulpe, M. / Jesse, A. (Hrsg.) 2006: Familie und Beruf – weibliche Lebensperspektiven im Wandel. Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt.

Hibbeler, B. 2007: „Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. 2. Ärzteblatt - Wortwechsel. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 26, Zusatzinformation.

Hibbeler, B. / Korzilus, H. 2008: Die Medizin wird weiblich. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 12, S. 609-612.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (Hrsg.) 2008: Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008. Ausgaben der GKV 2007 nach ausgewählten Bereichen. URL: <http://www.kbv.de/publikationen/2422.html> (letzter Zugriff am 10.08.2009).

Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.) 2007: Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch. Schatthauer, Stuttgart.

Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.) 2008: Krankenhaus-Report 2007. Schwerpunkt: Krankenhausvergütung – Ende des Konvergenzphase. Schatthauer, Stuttgart.

Köhler, S. / Kaiser, R. 2003: Junge Ärzte – Ausstieg aus der Patientenversorgung? In: Hessisches Ärzteblatt, 9/2003, S. 462-464.

Köhler, S. / Kaiser, R. / Napp, L. 2004: Medizinstudium – und was dann? Ergebnisse einer Befragung aller erfolgreichen Absolventen des 3. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung in Hessen im Herbst 2003 und Frühjahr 2004 – Teil I. In Hessisches Ärzteblatt, 10/2004, S. 565-568.

Köhler, S. / Kaiser, R. / Lochner, A. 2005: Junge Ärzte - Mangelware? Ergebnisse einer Absolventenbefragung (Teil II) und einer Analyse der Mitgliederdatenbank der Landesärztekammer Hessen. In: Hessisches Ärzteblatt, 6/2005, S. 373-377.

- Köhler, S. et al. 2007:** Der Arztberuf wird zum „Frauenberuf“ – wohin führt das? In: Hessisches Ärzteblatt Heft 7, S. 423-425.
- Kopetsch, T. 2007:** Dem deutschen Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. 4. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Berlin.
- Kopetsch, T. 2008:** Das Ausland lockt. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 14, S.716-719.
- Kopetsch, T. 2009:** Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 16, S. 757 – 760.
- Lamnek, S. 2005:** Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollständig überarbeitete Auflage, Beltz Verlag, Basel.
- Maaz, A. / Dettmer, S. et al. 2008:** Karriere- und Lebensplanung in der Medizin (KuLM). Konzeption einer Studie. In: Brähler, Elmar / Alfermann, Dorothee / Stiller, Jeannine (Hrsg.): a.a.O., S. 129-139.
- Marburger Bund 2007 a:** Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Analyse der beruflichen Situation der angestellten und beamteten Ärzte in Deutschland. Durchgeführt vom Institut für Qualitätsmessung und Evaluation. Landau. URL: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage_2007/Ergebnisbericht-Press-180907.pdf (letzter Zugriff am 21.08.2009).
- Marburger Bund 2007 b:** Mitgliederbefragung 6/2007. Erläuterungen zum Ergebnisbericht. Berlin. URL: http://www.marburger-bund.de/marburgerbund/bundesverband/umfragen/mb-umfrage_2007/Press-180907.pdf (letzter Zugriff am 21.08.2009).
- Mayring, P. 2002:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

- Mayring, P. 2008:** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Norden, G. 2008:** Neuordnung ärztlicher Tätigkeiten im Krankenhaus. Positionspapier des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (VKL). In: Arzt und Krankenhaus 7/2008, S. 195-199. URL: http://www.vlk-online.de/files/articles/2008-07/200807_0ae5158d90.pdf (letzter Zugriff am 21.08.2009).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2007:** Health at a Glance 2007: OECD indicators.
- Oberlander, W. 2008 a:** Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Oberlander, Willi 2008 b:** Berufseinstieg und Berufserfolg junger Ärztinnen und Ärzte. Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung. Institut für Freie Berufe. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Richter-Kuhlmann, Eva 2007:** „Ja“ zum Arztberuf, „Nein“ zu deutschen Verhältnissen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 26, S. 1881-1882.
- Schmidt, C. 2003:** „Am Material“: Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Schmidt, C. et al. 2004:** Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Heft 129, S. 1209-14.
- Schmidt, C. / Möller, J. 2007:** Deutscher Krankenhausmarkt im europäischen / internationalen Umfeld. In: Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 21-33.

Schrappe, M. 2007: Wandel der Berufsbilder im Krankenhaus: neues Umfeld, neue Aufgaben. In: Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 177-186.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2006: Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) 2008: Lebenserwartung der Menschen in Deutschland nimmt weiter zu. Pressemitteilung Nr. 304 vom 22.08.2009. URL: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/08/PD08__304__12621,templateId=renderPrint.psml (letzter Zugriff am 02.08.2009).

Via medici 2006 a: Motivationsbarometer 2006: Das Resümee. URL: <http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/politik/motivationsbarometer.html> (letzter Zugriff am 20.05.2009).

Via medici 2006 b: Motivationsbarometer 2006: Teil 2. Viele künftige Ärzte zieht es ins Ausland. URL: <http://www.thieme.de/viamedici/aktuelles/politik/motivationsbarometer2.html> (letzter Zugriff am 20.05.2009).

Wehkamp, K.H. 2004: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderung der Ökonomie. Berliner Medizinethische Schriften. Beiträge zu ethischen und rechtlichen Fragen der Medizin. Heft 49. Humanitas Verlag, Dortmund.

Wettke, J. 2007: Katalysatoren des Wandels. In: Klauber, J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): a.a.O., S. 3-19.

ZAV (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit) (Hrsg.) 2007: Mediziner dringend gesucht. Arbeitsmarktinformationen für Fach- und Führungskräfte. Bonn.

Anhang

Anhang A: Tabelle 7: Gesamtauswertung66

Anhang B: Interviewleitfaden67

Kategorien	Robin	Franziska	Birgit	Johanna	Catrin	Mathias
Berufswunsch Arzt	Naturwissenschaft und Soziales	Vater Arzt; Helfen wollen	Erfahrungen Au-Pair-Jahr	Naturwissenschaft und Soziales	Vater Arzt; Natur- u. Geisteswissenschaft	Heilen; weltweit einsetzbar sein
Einstieg in das Berufsleben	Praxisschock; Überforderung; Arbeitsbelastung	leidvoll; Überforderung; Angst v. Verantw.	belastend; fachl. Überforderung; Angst v. Fehlenstscheid. keine Einarbeitung	mangelnde Einarbeitung u. Anleitung; Überforderung	xxx	ambivalent: freudvoll und frustrierend; keine Anleitung
Wesentliche Themen, die in Bezug auf die derzeitige berufliche Situation beschäftigen	Ausbildung; interne Kommunikations u. Kooperationsprozesse; wirtschaftl. Anforderungen	Arbeitsplatzwechsel; Fachbereichswechsel; organisatorischer Aufwand; Arbeitsbelastung; Arbeitsklima	hierarchische Strukturen; psychische Belastung; Überlegung Fachbereichswechsel	Elternzeit; Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf	gute Einarbeitung durch erfahrenen Oberarzt	Arbeitsplatzwechsel; Fachbereichswechsel ethische Fragestellungen; Kommunikations- u. Kooperationsstrukturen
Veränderungswünsche	Ausbildung; Anleitung	weniger Arbeitsbelastung durch mehr Ärzte; Hilfskraft für organisat. Tätigkeiten	mehr Zeit f. Patienten; Ausbildung in Gesprächsführung; psycholog. Beratung für Ärzte und Pfleger	Anleitung; Hilfskraft für organisat. Tätigkeiten; mehr Zeit für Patienten	xxx	Diskussionspartner bei ethischen Fragen; gutes Arbeitsklima; Tutor
Berufl. Perspektive	kurativer Bereich; Niederlassung	Reduktion der Arbeitszeit; Tätigkeit in psychotherap. Praxis o. Beratungsstelle	Stellenwechsel; Prävention, Reha.; Lehrtätigkeit	Rückkehr in den Beruf nur, wenn mit Familie vereinbar; Lehramt	kurativer Bereich; Reduktion d. wöchentl. Arbeitszeit	nicht-kurative Tätigkeit Forschung
Auslandsaufenthalt	ambivalent	ambivalent; private Gründe vorrangig	befristet geplant	ambivalent	evtl.; private Gründe	evtl.; private Gründe
Wiederwahl Studium	eher nein	nein	ja	nein	ja	ja

Tab. 7: Gesamtauswertung

Interviewleitfaden

Interviewte Person:

Datum:

Ort des Interviews:

Uhrzeit:

TEIL A: Soziodemographische Angaben

Geschlecht: w m

Alter: _____ Jahre

Arzt/ Ärztin seit: _____

Fachrichtung: _____

Krankenhausträger: _____

TEIL B: Interview

- A. Was waren damals Ihre Beweggründe Medizin zu studieren?
- B. Wie haben Sie den Einstieg in das Berufsleben erlebt?
- C. Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitssituation als Arzt / Ärztin ein?
- D. Gibt es Dinge, über die Sie besonders zufrieden / unzufrieden sind?
 - Arbeitszeiten / Arbeitsbelastung / Arbeitsklima
 - Entlohnung / Weiterbildung / Work-life-balance
- E. Gibt es Veränderungswünsche Ihrerseits?
- F. Wie beurteilen Sie die Weiterbildungsmöglichkeiten in Ihrer Klinik?
- G. Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor?
 - Könnten Sie sich vorstellen im Ausland tätig zu werden?
 - Könnten Sie sich vorstellen in einem nicht kurativen Arbeitsbereich tätig zu werden?
- H. Würden Sie mit Ihren heutigen Erfahrungen erneut den Arztberuf wählen?
- I. Möchten Sie abschließend etwas ergänzen oder hervorheben, was Ihnen besonders wichtig ist in Bezug auf Ihre Berufstätigkeit?

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 31. August 2009

Christina Zimprich