

Wie wollen Mediziner heute arbeiten?

Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld

von David Herr¹ und Katja Götz²

ABSTRACT

Das Berufsbild des Arztes und die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland verändern sich. Es besteht zudem eine Ungleichverteilung von Ärzten. Sie geht einher mit zunehmenden regionalen Engpässen. Für die Gewinnung qualifizierten ärztlichen Personals und aus Gründen der Versorgungsqualität bedarf es Informationen über die Präferenzen und die Determinanten der Berufszufriedenheit von Ärzten. Die junge Ärztegeneration artikuliert dabei klare Bedürfnisse und es kommt darauf an, diese Bedürfnisse bei innovativen Arbeitskultur- und Versorgungsmodellen zu berücksichtigen und die Zufriedenheit mit gezielten Interventionen zu fördern. Allerdings ist derzeit keine Aussage darüber möglich, welche Organisationsstruktur die geäußerten Bedürfnisse am besten erfüllen kann. Studien, die gezielt nach der Organisationsform ärztlicher Tätigkeit differenzieren, sind zu empfehlen.

Schlüsselwörter: Ärzte, Berufszufriedenheit, Gesundheitssystem, Versorgungsforschung, Work-Life-Balance

The requirements of the medical profession as well as the structures of the German health care system are changing. Moreover, there is an unequal distribution of physicians, leading to increasing regional shortages. In order to attract qualified medical staff and ensure high quality health care, more information about their preferences and the determinants of their job satisfaction is required. The young generation of physicians clearly expresses its needs and it is of vital importance to consider these expectations when establishing innovative models of health care and work culture. Also, job satisfaction should be increased by means of targeted interventions. However, as yet it is not possible to decide which kind of organizational structure can best meet the expectations. Further research is needed about the impact of different organizational forms of medical activity.

Keywords: physicians, job satisfaction, health care system, health services research, work-life balance

1 Einführung

Sowohl das Berufsbild des Arztes als auch die ärztlichen Versorgungsstrukturen in Deutschland befinden sich in einem Wandel. Obwohl die absolute Zahl an berufstätigen Ärzten sich mit über 350.000 auf einem historischen Höchststand befindet (BÄK 2014) und das Medizinstudium sich mit mehr als fünf Bewerbern pro Studienplatz ungebrochener Beliebtheit erfreut, werden in jüngerer Zeit vermehrt regionale Engpässe beobachtet, insbesondere im Rahmen der Sicherstel-

lung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Eine solche Entwicklung war noch vor zehn Jahren nicht absehbar (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002). Sie geht primär auf regionale Ungleichverteilungen infolge einer Reurbanisierungstendenz zurück, die zwar auch in anderen Berufsfeldern zu beobachten ist, sich aber in der medizinischen Versorgung – bei der die wohnortnahe Verfügbarkeit von großer Bedeutung ist – besonders nachteilig auswirken kann. Insbesondere aus Sicht derer, die qualifiziertes ärztliches Personal in (drohend) unterversorgten

¹David Herr, Schillerpromenade 6 · 12049 Berlin · Telefon: 0176 22823286 · Telefax: 030 12345-6789 · E-Mail: mail@davidherr.de

²PD Dr. phil. Katja Götz, Universitätsklinikum Heidelberg · Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung · Voßstraße 2 · 69115 Heidelberg · Telefon: 06221 56-8129 · Telefax: 06221 56-1972 · E-Mail: katja.goetz@med.uni-heidelberg.de

Regionen attrahieren möchten – wie Klinikträger und Kassenärztliche Vereinigungen –, ist es daher von Interesse, Erkenntnisse zu Präferenzen sowie zu Determinanten beruflicher Zufriedenheit von Ärzten zu erlangen. Doch auch aus weiteren Gründen ist diese Frage von Relevanz: Beispielsweise gibt es Hinweise, dass eine höhere ärztliche Berufszufriedenheit mit einer besseren Therapieadhärenz und Patientenzufriedenheit korreliert (Weigl et al. 2013; Haas et al. 2000; Mache et al. 2009). Andere Studien deuten darauf hin, dass eine hohe Zufriedenheit eine protektive Wirkung gegenüber beruflichem Stress haben kann (Visser et al. 2003). Dies wiederum kann Burn-out-Erscheinungen vorbeugen, die unter Ärzten eine relativ hohe Prävalenz aufweisen (Regehr et al. 2014). Die genannten Zusammenhänge sind ebenso für nicht-ärztliche Gesundheitsprofessionen von Bedeutung, jedoch wird im Folgenden speziell der ärztliche Bereich beleuchtet.

2 Nichts bleibt so, wie es ist – die ärztliche Tätigkeit im Wandel

Die Betrachtung der Berufszufriedenheit und der Präferenzen von Ärzten muss dabei unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen Kontextes erfolgen. Moderne Gesellschaften zeichnen sich grundsätzlich durch ein hohes Maß an Flexibilität, Individualität und Mobilität aus, was einhergeht mit einer Pluralisierung von Lebensformen und einem hohen Grad an multimedialer Vernetzung. Wandel wird in modernen Gesellschaften von sozialen, kulturellen und demografischen Veränderungsprozessen determiniert. Auch die Ärzteschaft unterliegt einem solchen Wandel und ebenso die Strukturen, in denen sie arbeitet. Das Hinterfragen der eigenen Berufsbiografie scheint stark abhängig zu sein von den in der Versorgung gegebenen Möglichkeiten und beeinflusst damit sowohl die Präferenzen an die eigene Berufswahl als auch noch viel mehr die Berufszufriedenheit. Derzeit sind Ärzte dabei in einer komfortablen Position: Die Ausübung des Arztberufes ist sicherer denn je (Adler und von dem Knesebeck 2011). Der Faktor Planungssicherheit, insbesondere Arbeitsplatz- und Einkommenssicherheit, nimmt bereits bei den Medizinstudierenden einen hohen Stellenwert bei der zukünftigen Gebietswahl ein (Götz et al. 2011). Dennoch können sich häufig ändernde Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen dazu beitragen, dass die zukünftige Tätigkeit als nur eingeschränkt planbar erlebt wird. Auch die gesellschaftliche Anerkennung ist für die Zufriedenheit mit der eigenen Berufsrolle relevant. Von besonderem Interesse für die berufliche Zufriedenheit ist der Wandel von Arbeits- und Versorgungsstrukturen. Beispielsweise ist die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) seit ihrer Einführung im Jahr 2004 bis zum Jahr 2012 auf 1.938 gestiegen; die Anzahl der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte wächst stetig (Abbildung 1), ebenso wie

die Gesamtzahl angestellter Ärzte. Aus Sicht der Ärzte und derer, die sie binden wollen, besteht neben den bewussten Präferenzen ein besonderes Erkenntnisinteresse daran, welche Organisationsform die höchste berufliche Zufriedenheit verschafft.

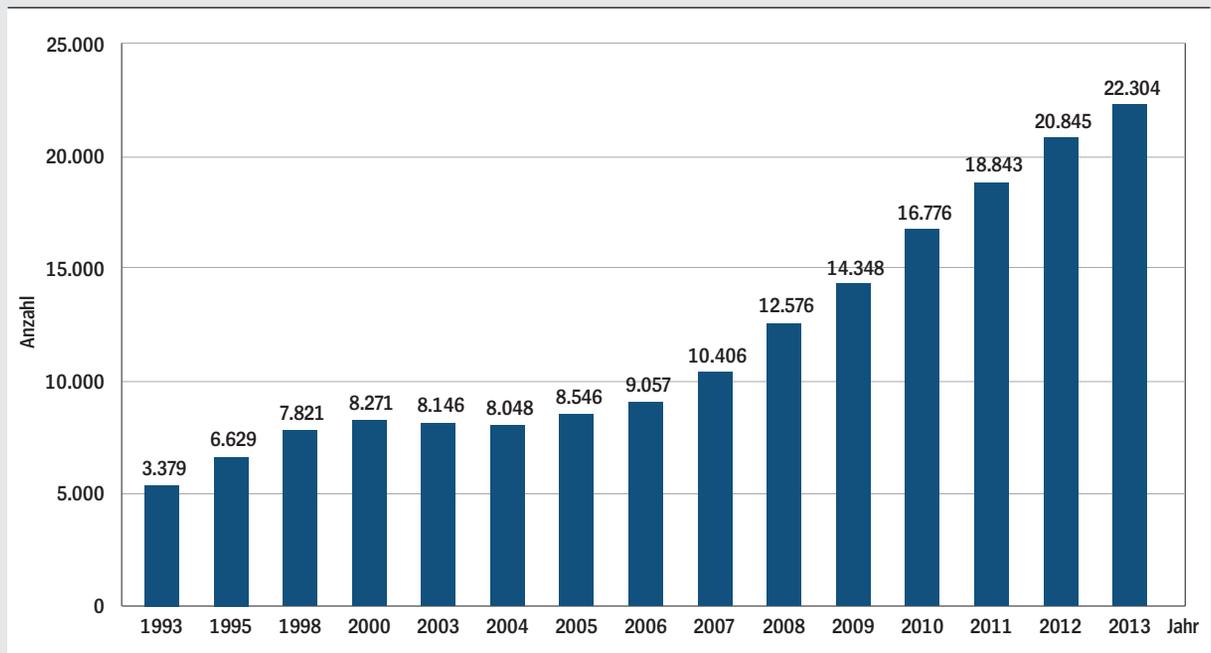
3 Präferenzen der jungen Ärztegeneration

Die Ärzteschaft ist in ihren Bedürfnissen keineswegs homogen, vielmehr üben verschiedene soziale und individuelle Faktoren Einfluss aus. Beispielsweise arbeiten heute aufgrund des demografischen Wandels deutlich mehr verschiedene Generationen als früher gleichzeitig in der medizinischen Versorgung. Jede Generation zeichnet sich durch unterschiedliche Erwartungen und Ansprüche an die Berufsausübung aus; diese werden wesentlich im Sozialisationsprozess weitergegeben und angepasst. So wird die „Generation Y“ im Zuge der demografischen Entwicklung und dem sich abzeichnenden Mangel an medizinischem Personal auf dem Arbeitsmarkt stärker umworben als die Generationen zuvor (Kreis 2014). Möchte man die Präferenzen dieser Generation allgemein charakterisieren, so verlagern sie sich hin zu einem Mehr an Vereinbarkeit von Beruf und Familie, einer Reduktion der Arbeitslast und mehr Flexibilität in der Arbeit (Miksch et al. 2012). Neben flachen Hierarchien fordert diese Generation verstärkt ein Arbeiten in Teams, Wertschätzung sowie ein regelmäßiges Feedback zur geleisteten Arbeit (Schmidt et al. 2011).

Diese Aspekte bilden sich auch empirisch bei jungen Medizinerinnen ab: Im Rahmen der bundesweiten Befragung des Berufsmonitorings 2010, die mehr als 12.000 Medizinstudierende einschloss, ergaben sich folgende Präferenzen (Jacob et al. 2010): Die Tätigkeit als angestellter Arzt im Krankenhaus bekam die höchste Zustimmung (77 Prozent), es folgte die als Facharzt in eigener Praxis (75 Prozent), die als angestellter Arzt im MVZ (56 Prozent) und als angestellter Arzt in einer Praxis (49 Prozent). Unter denjenigen, für die eine Niederlassung in Betracht kommt, wurde die Gemeinschaftspraxis deutlich vor der Einzelpraxis favorisiert (40 Prozent gegenüber 4 Prozent, für 56 Prozent kämen beide Optionen infrage). Bezüglich der regionalen Präferenzen wurden Landgemeinden als sehr unattraktiv bewertet, solche mit bis zu 2.000 Einwohnern kamen für 54 Prozent der Studienteilnehmer nicht infrage. Insgesamt war die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis deutlich attraktiver als die Perspektive einer vertragsärztlichen Niederlassung, speziell als Hausarzt. Dass besonders kleine Gemeinden nicht attraktiv sind, wird durch andere Untersuchungen bestätigt, ebenso wie eine Tendenz gegen Einzelpraxen. Beispielsweise gaben in einer anderen Studie im Jahr 2012 nur 2,2 Prozent der Befragten unter den

ABBILDUNG 1

Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte



möglichen Karrierezielen eine ländliche Hausarztpraxis an (van den Bussche et al. 2012).

Eine zentrale Forderung der Befragten des Berufsmonitorings war die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf (für 73,7 Prozent „sehr wichtig“ und für 21,8 Prozent „wichtig“), verbunden mit der Möglichkeit, auf Teilzeitbasis zu arbeiten (für 27,8 Prozent „sehr wichtig“ und für 33 Prozent „wichtig“). Andere Befragungen von Medizinstudierenden zeigen deutlich, dass hierbei große Defizite gesehen werden. Entsprechenden Verbesserungen wird bei der Wahl potenzieller Arbeitgeber im Mittel ein höherer Stellenwert zugesprochen als beispielsweise den Forschungsmöglichkeiten oder dem Renommee des Chefarztes einer Klinik (Wilk 2006). Diese Priorität zeigt sich mit Blick auf die politischen Vorgänge auch auf Verbandsseite, wo sich eigens Initiativen für eine neue Arbeitszeitkultur und familienfreundliche Work-Life-Balance gegründet haben.

Die Präferenzen sind zwischen den Geschlechtern unterschiedlich ausgeprägt. Zwar sind Männer ebenso wie Frauen mehrheitlich (und zunehmend) bereit, für die Betreuung ihrer Kinder für eine gewisse Zeit zu einer Teilzeittätigkeit zu

wechseln, Frauen geben dies aber häufiger und für längere Zeiträume an und sie tun es faktisch auch öfter (Stamm und Buddeberg-Fischer 2011; Gedrose et al. 2012; Miksch et al. 2012). Dies ist besonders insofern relevant, als der Anteil an Frauen im Arztberuf stetig steigt. Während der Anteil an Ärztinnen 1991 noch 33,6 Prozent betrug, so ist er inzwischen auf 45 Prozent gestiegen (BÄK 2014); unter Studienanfängern sind inzwischen über zwei Drittel Frauen (Willich et al. 2011). Zugleich stellt Teilzeittätigkeit jedoch ein „externales Karrierehindernis“ (Buddeberg-Fischer et al. 2009) dar. Dies wird auch von den Betroffenen selbst so wahrgenommen: In einer Schweizer Befragung benannten 40 Prozent der Teilzeitkräfte, aber niemand der Vollzeitkräfte, dass die Doppelbelastung aus Arbeit und Kindern ihre akademische Karriere negativ beeinflusst habe (Hoesli et al. 2013).

Interessant im Hinblick auf die Gewinnung von Personal sind zudem mögliche geografische Präferenzunterschiede; die Daten hierzu sind jedoch begrenzt. Es gibt Hinweise, dass diejenigen jungen Ärzte, die aus einer ländlichen Region stammen, sich auch eher vorstellen können, dort später tätig zu werden (Steinhäuser et al. 2013) – aber selbst diese wollen mehrheitlich in größeren Städten arbeiten. Darüber hinaus ist

die Entscheidung, sich in ländlichen Regionen niederzulassen, von verschiedenen weiteren Faktoren abhängig wie zum Beispiel Berufsmöglichkeiten für den Lebenspartner oder einem familienfreundlichen Umfeld (Steinhäuser et al. 2013).

Insgesamt zeigt sich ein deutliches Bild: Für die junge Generation sind größere Städte attraktiv; hinsichtlich der Organisationsform werden eine Anstellung in Krankenhaus, MVZ oder Praxis, aber auch die niedergelassene Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis gegenüber einer Einzelpraxis deutlich präferiert. Über die Gründe lässt sich spekulieren. Möglicherweise haben sich die Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aus Sicht der Ärzte im Laufe der letzten Jahre eher verbessert: Bestimmte administrative und koordinative Aufgaben wurden professionalisiert, was sich auch im Einsatz von eigenständigen Case Managern ausdrückt. Die Angebote an Teilzeittätigkeit wurden zumindest etwas erweitert, wie exemplarische Beispiele aufzeigen (Dinkelacker und Iblher 2011). Möglicherweise bestehen auch subjektiv weniger ökonomisch bedingte Einschränkungen, beispielsweise des Arzneimittelverordnungsspielraums, als in einer eigenen Praxis, wo zahlreiche Regularien greifen und Regresse möglich sind. Auch die Hierarchien werden im Vergleich zur Situation vor einigen Jahren nun möglicherweise eher als etwas flacher wahrgenommen. Die Erwartungen des medizinischen Nachwuchses machen jedoch ein weiteres Umdenken nötig, um

als Arbeitgeber für die zukünftige Generation attraktiv zu sein (Schmidt et al. 2011).

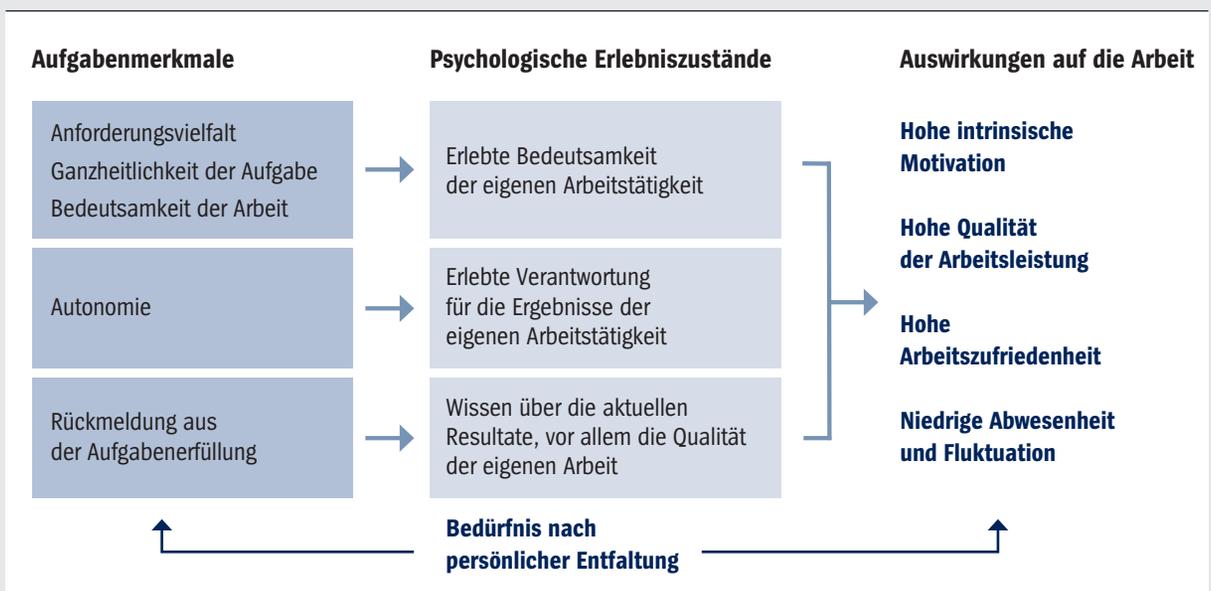
Die artikulierten Präferenzen junger Ärzte geben Auskunft darüber, von welcher Tätigkeit sie sich Zufriedenheit erwarten. Limitierend muss jedoch hinzugefügt werden, dass sie keine Aussage darüber zulassen, wer letztlich in welcher Arbeitsform tatsächlich zufrieden ist.

4 Berufszufriedenheit von Ärzten

Zur strukturierten Untersuchung solcher Zusammenhänge ist es erforderlich, die berufliche Zufriedenheit auf theoretischer Ebene zu betrachten und auf ihre Messbarkeit hin zu prüfen. Das Konzept der Arbeitszufriedenheit stellt dabei ein Konstrukt dar, welches sich zusammensetzt aus den Arbeitsbedingungen, der Arbeitsstätte, den persönlichen Faktoren sowie den sozialen Rahmenbedingungen, die auf die Beurteilung der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit Einfluss haben. Es werden die Einstellungen zu verschiedenen Facetten der Arbeitssituation erfasst. Die Zwei-Faktoren-Theorie nach Herzberg et al. unterscheidet dabei zwischen intrinsischen (Kontextfaktoren) und extrinsischen Faktoren (Kontextfaktoren) (Herzberg et al. 1967). Die intrinsischen Faktoren, die inner-

ABBILDUNG 2

Das Job-Characteristics-Modell



Quelle: Hackmann und Wageman, modifiziert nach Herzberg 2011

halb der Arbeit zu finden sind, führen zur Zufriedenheit. Dazu zählen Aspekte wie Anerkennung, Arbeitsinhalte oder übertragene Verantwortung. Die extrinsischen Faktoren, die außerhalb der eigentlichen Tätigkeit zu finden sind, können Unzufriedenheit hervorrufen. Hierunter fallen Aspekte wie Einkommen, Unternehmenspolitik, Arbeitsplatzsicherheit und konkrete Arbeitsbedingungen (Nerdinger 2011).

Damit wird deutlich, dass nicht nur finanzielle Anreize beziehungsweise ökonomische Aspekte bei der Arbeit motivieren und zur Zufriedenheit führen. Dies unterstreicht auch das Job-Characteristics-Modell nach Hackman und Oldham (Abbildung 2). Danach sind unter anderem Elemente wie die Anforderungsvielfalt in der Arbeit, die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit oder das Erleben der Ganzheitlichkeit der Aufgabe diejenigen, die die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitstätigkeit bestimmen. Damit erhöhen sich die intrinsische Arbeitsmotivation und die Qualität der geleisteten Arbeit.

Die quantitative Erfassung von Arbeitszufriedenheit erfolgt durch den Einsatz verschiedener standardisierter Instrumente. Die Skala zur Arbeitszufriedenheit von Warr et al. erfasst verschiedene intrinsische und extrinsische Faktoren, die unmittelbar die Zufriedenheit beeinflussen (Warr et al. 1979) (Tabelle 1).

4.1 Studienlage zur Berufszufriedenheit im deutschen Gesundheitssystem

In den bisherigen empirischen Studien mit Stichproben deutscher Ärzte wurden verschiedene Prädiktoren der Berufszufriedenheit dargestellt. Eine Befragung von Ärzten verschiedener Fachgebiete des Universitätsklinikums Mainz benennt insbesondere das Verhalten der Vorgesetzten und die Hierarchie im Krankenhaus sowie die eigene subjektive Gesundheit der Ärzte als bestimmende Prädiktoren (Laubach und Fischbeck 2007). Ein hohes Ausmaß an administrativen Erfordernissen wird in mehreren Studien von den Befragten als Faktor von Unzufriedenheit beklagt (Behmann et al. 2012). Bei einer Befragung deutscher Hausärzte war – bei insgesamt recht guter Zufriedenheit – die zeitliche Arbeitsbelastung der Aspekt, für den am häufigsten Unzufriedenheit angegeben wurde (Goetz et al. 2013). Dies betraf signifikant stärker Hausärzte in ländlichen Regionen, die im Gegenzug aber zufriedener mit ihrem Einkommen waren. Auch in einer Befragung des Commonwealth Fund von 2009 gaben Hausärzte in ländlichen Regionen Deutschlands an, stärker im Rahmen ihrer Arbeitsstunden belastet zu sein als Ärzte im städtischen Umfeld (Steinhausser et al. 2011). Ein signifikanter Zusammenhang der Arbeitszeitbelastung mit der Berufszufriedenheit wurde auch in einer Untersuchung mit Krankenhausärzten gezeigt (Ommen et al. 2009). In der gleichen Studie wurde das soziale Kapital einer Organisation als signifikanter Prädiktor

TABELLE 1

Intrinsische und extrinsische Einflüsse auf die Arbeitszufriedenheit von Ärzten*

Intrinsische Faktoren (Kontentfaktoren)

Arbeitsvielfalt
Nutzung der eigenen Fähigkeiten
Menge an Verantwortung
Anerkennung für die Arbeit

Extrinsische Faktoren (Kontextfaktoren)

Freiheit in den Arbeitsmethoden
Psychische Arbeitsbedingungen
Arbeitsstunden
Einkommen
Kollegen und Mitarbeiter

*Die Aufzählung dieser Faktoren ist nicht als ausschließlich zu sehen.

Quelle: nach Warr et al. 1979

der beruflichen Zufriedenheit betont. Das Vorhandensein an ausreichendem sozialen Kapital zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass man in ein soziales Netzwerk eingebunden ist, welches gleichzeitig eine entlastende Funktion im Sinne der sozialen Unterstützung innehat (Bourdieu 1983). Das Konzept wird teilweise auch auf den Arbeitsplatzkontext angewendet, Mitarbeiter als wichtige Ressource im Arbeitsalltag können insofern als Quelle derartiger sozialer Unterstützung gesehen werden (Vollmer und Spahn 2009).

Bisher liegen keine spezifischen Befragungen für angestellte Ärzte in MVZ vor. Zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen zeigte sich in einer Studie kein signifikanter Zusammenhang mit der Berufszufriedenheit (Götz et al. 2010). Ebenfalls kein signifikanter Unterschied fand sich in einer Befragung deutscher Klinikärzte hinsichtlich der Trägerschaft (freigemeinnützig, öffentlich oder privat) des Krankenhauses (Mache et al. 2009). Allerdings kann sich die Etablierung neuer Versorgungsverträge nach Paragraph 73b Sozialgesetzbuch V auf Aspekte der Berufszufriedenheit auswirken. So zeigte sich nach Einführung des Vertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg eine Steigerung der Zufriedenheit der Ärzte hinsichtlich ihrer Honorierung bei gleichzeitig geringerer Zufriedenheit mit den Arbeitsstunden (Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung 2013).

4.2 Studienlage zur Berufszufriedenheit im internationalen Vergleich

Richtet man den Blick auf das Ausland, so werden in den Befragungen ähnliche Aspekte mit Auswirkungen auf die Berufszufriedenheit genannt. So zeigten van Ham et al. in einer systematischen Literaturübersicht auf, dass die Arbeitszufriedenheit bei Hausärzten verschiedener Länder mit der Arbeitsvielfalt und dem Kontakt zu anderen Fachärzten steigt, hingegen mit der Anzahl der Arbeitsstunden, dem bürokratischen Aufwand und einem niedrigen Einkommen sinkt (van Ham et al. 2006). Wiederholt findet sich der Befund, dass die Berufszufriedenheit im Krankenhaus mit höherer Hierarchieebene steigt (Bovier und Perneger 2003; Buxel 2013).

Eine systematische Literaturübersicht von 77 Studien vor allem aus dem angloamerikanischen Raum ergab, dass Ressourcenrestriktion mit Einengung des Handlungsspielraums, etwa über eine Vergütung durch Kopfpauschalen, mit geringerer Zufriedenheit korrelierte; Autonomie und geringerer Leistungs- und Einkommensdruck korrelierten hingegen mit höherer Berufszufriedenheit (Gothe et al. 2007). Die Einkommenshöhe war dabei nicht allein ausschlaggebend, sondern war erst in Kombination mit weiteren positiven Faktoren mit der Zufriedenheit assoziiert. Die Arbeit weist jedoch auf die erschwerte Interpretation der Daten der zugrunde gelegten Studien aufgrund eingeschränkter Vergleichbarkeit hin (Gothe et al. 2007).

Abweichend von Ergebnissen im deutschen Kontext (siehe oben) wurde in einer finnischen Studie festgestellt, dass die Trägerschaft von Kliniken einen Einfluss auf die beschäftigten Ärzte und dabei insbesondere auf psychosoziale Faktoren haben kann. Die Ärzte, die im privaten Sektor arbeiteten, berichteten dort von einem besseren Wohlbefinden und einer positiveren Einstellung zur Arbeit als diejenigen, die im öffentlichen Sektor beschäftigt waren (Heponiemi et al. 2010).

Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und dem eigenen psychischen Gesundheitszustand. Eine negative Wahrnehmung der eigenen Arbeitstätigkeit von Ärzten kann – wie auch beim Pflegepersonal – zu gesundheitlicher Beeinträchtigung wie Burn-out, depressivem Syndrom oder Substanzmissbrauch führen (Garrosa et al. 2011; Wallace et al. 2009). Jüngere Ärzte zeigen diese psychischen Reaktionen eher als ältere (Uncu et al. 2007). Als Konsequenz können sich derartige arbeitsbedingte gesundheitliche Reaktionen letztlich auf die Versorgungsqualität auswirken. Eine hohe Arbeitsbelastung, ausgeprägter arbeitsplatzbezogener Stress und eine geringere Arbeitszufriedenheit beeinflussen sowohl bei Ärzten als auch bei Pflegekräften negativ die Leistungsfähigkeit und die Behandlung von Patienten (van den Hombergh et al. 2009; Poghosyan et al. 2010).

Ein Review der Cochrane Collaboration über zehn Studien konnte hingegen Hinweise dafür finden, dass flexible Arbeitszeiten sich bei Arbeitnehmern verschiedener Berufssparten, darunter auch Ärzten, positiv auf das eigene Wohlbefinden und insbesondere auch auf den psychischen und physischen Gesundheitsstatus auswirken (Joyce et al. 2010).

Im Rahmen einer repräsentativen Befragung des Commonwealth Fund zeigte sich im internationalen Vergleich, dass Hausärzte in Deutschland mit ihrer beruflichen Situation weitaus weniger zufrieden waren als Ärzte in anderen Ländern. Vor allem die Rahmenbedingungen, eine hohe Arbeitsbelastung sowie viele Patientenkontakte wirkten sich negativ auf die Berufszufriedenheit aus (Koch et al. 2011).

Betrachtet man die vorliegende Literatur in der Zusammenschau, so spielen verschiedene Faktoren für die berufliche Gesamtzufriedenheit eine Rolle. Die einzelnen Effekte sind dabei schwer zu isolieren, zumal die Studien methodisch heterogen sind und die verwendeten Instrumente teilweise eine geringe Validität aufweisen sowie unterschiedliche Arztgruppen untersucht wurden. Unter Beachtung dieser Limitationen deutet sich aber an, dass nichtmonetäre Faktoren eine große Bedeutung besitzen (Janus et al. 2007). Nicht immer sind diese institutionell beeinflussbar – beispielsweise ein kollegiales Betriebsklima. Teilweise lassen sich aber durch eine entsprechende Betriebskultur (Linzer et al. 2009) und geeignete Maßnahmen, nicht zuletzt hinsichtlich der Gestaltung von Arbeitszeitmodellen, Verbesserungen bewirken. Für einzelne Interventionen konnten konkrete positive Effekte gezeigt werden, etwa für kollegialen Austausch und Supervision in institutionalisierter Form und geschützten Zeitfenstern (West et al. 2014; Regehr et al. 2014). Zudem konnte gezeigt werden, dass Balint-Gruppenarbeit sich bei hausärztlich tätigen Medizinern positiv auf das eigene Wohlbefinden auswirkte und ebenso zu einer Steigerung der eigenen Arbeitszufriedenheit führte (Kjeldmand und Homström 2008). Auch logistische Unterstützung, konkret zum Beispiel durch Bereitstellung von Kita-Plätzen mit großzügigen Öffnungszeiten, kann entscheidend sein – und kann sich aus Arbeitgebersicht auch betriebswirtschaftlich rechnen (Heller und Heller 2009).

4.3 Multiprofessionelle Zusammenarbeit als Chance für die Berufszufriedenheit

Die Aspekte ärztlicher Berufszufriedenheit stehen auch im Zusammenhang mit den Vorteilen einer gut organisierten multiprofessionellen Zusammenarbeit und einer den jeweiligen Erfordernissen angepassten Arbeitsaufteilung. Während nichtärztliche Gesundheitsprofessionen im Ausland teilweise deutlich höher qualifiziert sind und ein anderes Aufgabenspektrum abdecken, besteht diesbezüglich in Deutschland

noch Potenzial. In der jungen Ärztegeneration ist die Offenheit für neue Konzepte der multiprofessionellen Zusammenarbeit und Arbeitsaufteilung zwar gegeben, bisher gilt aber weiter, dass die Angehörigen der verschiedenen Professionen häufig erst nach Ausbildung beziehungsweise Studium und dann unter dem Druck der Alltagsabläufe in Kontakt kommen. Es gibt vereinzelt auch empirische Hinweise, dass eine Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsprofessionen – hier am Beispiel medizinischer Fachangestellter – bei guter Zusammenarbeit auch die Zufriedenheit von Ärzten steigern und sich positiv auf die Beurteilung der Versorgung aus Patientensicht auswirken kann (*Szecsényi et al. 2011*). Insgesamt sollten die Ergebnisse jedoch zurückhaltend interpretiert werden; weitere Studien zu den Effekten verschiedener Modelle multiprofessioneller Zusammenarbeit sind erforderlich. Dabei darf nicht die Notwendigkeit außer Acht gelassen werden, bestehenden Fachkräftemangel sowohl bei ärztlichem als auch nichtärztlichem Personal zu beheben.

5 Fazit

Eine Anpassung der Arbeitsstrukturen und -bedingungen an die eingangs erwähnten Kennzeichen moderner Gesellschaften erscheint vor dem Hintergrund der Gewinnung von medizinischem Nachwuchs und dem Erhalt bestehender Arbeitskräfte als äußerst relevant. Betrachtet man die Präferenzen der nachrückenden Ärztegeneration sowie die Trends der Statistik, so werden in Zukunft zunehmend viele Ärzte angestellt tätig sein. In jedem Fall wird die überwiegende Zahl weiblich sein. Die Bedürfnisse dieser Generation werden relativ klar artikuliert, eine wesentliche Forderung ist die Implementation flexibler und teilzeitfähiger und somit attraktiver Arbeitszeitmodelle. Weiterer Handlungsbedarf besteht dahingehend, dass auch vorübergehende Teilzeittätigkeit ein starkes Karrierehemmnis klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit darstellt. Ebenso sollte darauf geachtet werden, dass im Rahmen einer demografieorientierten Personalentwicklung die bestehenden Fachkräfte gehalten werden. Inwiefern eine Umsetzung dessen gelingt, ist vor allem von den Möglichkeiten der Arbeitgeber vor Ort, aber auch von gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig. Es bedarf insbesondere für die ländlichen Regionen in Deutschland individueller Konzepte, um die Attraktivität der jeweiligen Arbeitsstandorte an die Präferenzen anzupassen.

Die berufliche Zufriedenheit und das Befinden von Ärzten – ebenso wie von nichtärztlichem Gesundheitspersonal – ist neben deren Anziehung und Bindung auch relevant für die Versorgungsqualität und Patientensicherheit und ist letztlich als ein Qualitätsmerkmal und -indikator zu begreifen (*Wallace et al. 2009*). Bestimmte Aspekte der Zufriedenheit sind eng verknüpft mit anderen aktuellen Diskursen: Beispiels-

weise kann ein kooperatives Miteinander im hierarchischen Gefüge zu einem offeneren Umgang führen, der Bedingung ist für eine konstruktive Fehlerkultur. Auch die interprofessionelle Kommunikation auf Basis gegenseitigen Respekts sowie der empathische Dialog mit Patienten können von einer insgesamt hohen Berufszufriedenheit profitieren und dann gut gelingen.

Zugleich imponiert eine stark limitierte Datenlage zur Berufszufriedenheit mit eingeschränkter Vergleichbarkeit der Studien. Im Besonderen gibt es unseres Wissens nach keine komparative Untersuchung, die gezielt nach der Organisationsform differenziert. Hier wären Studien mit Einbezug von Ärzten in Krankenhäusern, MVZ und verschiedenen Praxisformen gewinnbringend. Derartige Studien sollten im Längsschnittdesign konzipiert werden, um eventuelle Einflüsse durch gesundheitspolitische Veränderungen mit zu berücksichtigen.

Anhand der Datenlage ist kein pauschaler Schluss möglich, welche Organisationsstruktur des deutschen Gesundheitssystems die genannten Bedürfnisse der jungen Generation am besten erfüllen kann. Es wird darauf ankommen, welche Akteure diese Bedürfnisse am besten in ihrem Gesamtkonzept berücksichtigen und priorisieren – und in diesem Sinne innovative Arbeitskultur- und auch Versorgungsmodelle entwickeln. Die Anforderungen der sogenannten Generation Y sollten dabei auch als Chance gesehen werden: Wer qualifizierte Arbeitskräfte attrahieren möchte und gezielt auf die Bedürfnisse abstellt, kann möglicherweise Wettbewerbsnachteile – wie eine ländliche Lage – zumindest teilweise kompensieren. Hierzu zählt auch die Möglichkeit spezifischer Interventionen, um die Berufszufriedenheit zu steigern – beispielsweise qualifizierte Supervision oder feste Zeiten für institutionalisierten, kollegialen Austausch. Im Rahmen der ohnehin empfehlenswerten Evaluation innovativer Versorgungsmodelle sollte Forschung zur Zufriedenheit – individuell und im Teamkontext – mitverfolgt werden. Dies kann die Zufriedenheit des Einzelnen und im Team, aber auch die Patientensicherheit und Versorgungsqualität fördern.

Literatur

- Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (2013):** www.aok-gesundheitspartner.de → oben rechts bei „Suche/Webcode“ W48654 eingeben → AOK-HausarztProgramm: Evaluation 2010–2011 → PDF („Abschlussbericht zur Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg“) (letzter Zugriff am 16.06.2014)
- Adler G, von dem Knesebeck JH (2011):** Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Band 54, Heft 2, 228–237
- BÄK (Bundesärztekammer) (2014):** Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013; www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002 (letzter Zugriff: 31.05.2014)
- Behmann M, Schmiemann G, Lingner H et al. (2012):** Job satisfaction among primary care physicians: results of a survey. Deutsches Ärzteblatt International, Jahrgang 109, Heft 11, 193–200
- Bourdieu P (1983):** Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel R (Hrsg.). Soziale Ungleichheiten, Sonderband 2 der Sozialen Welt. Göttingen: Schwartz, 182–198
- Bovier P, Perneger TV (2003):** Predictors of work satisfaction among physicians. European Journal of Public Health, Heft 13, 299–30
- Buddeberg-Fischer B, Ebeling I, Stamm M (2009):** Karriereförderliche und karrierehinderliche Erfahrungen in der Weiterbildungszeit junger Ärztinnen und Ärzte. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 134, 2451–2457
- Buxel H (2013):** Arbeitsplatz Krankenhaus. Was Ärzte zufriedener macht. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 11, A494–498
- Dinkelacker C, Iblher T (2011):** Ärztemangel in den Krankenhäusern. Attraktiv durch Teilzeitangebote. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 108, Heft 23, A1341–1342
- Garrosa E, Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Munoz A et al. (2011):** Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. International Journal of Nursing Studies, Jahrgang 48, Heft 4, 478–489
- Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J et al. (2012):** Do female medical graduates have different views on professional work and workload compared to their male colleagues? Results of a multicenter postal survey in Germany. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 137, Heft 23, 1242–1247
- Goetz K, Musselmann B, Szecsenyi J et al. (2013):** The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners. Family Medicine, Jahrgang 45, Heft 2, 95–101
- Gothe H, Köster AD, Storz P et al. (2007):** Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 20, A1394–1399
- Götz K, Broge B, Wilms S et al. (2010):** Die Arbeitszufriedenheit von Allgemeinmedizinern. Medizinische Klinik, Jahrgang 105, Heft 11, 767–771
- Götz K, Miksch A, Hermann K et al. (2011):** Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“. Ergebnisse einer Online-Befragung unter Medizinstudierenden. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang 136, Heft 6, 253–257
- Haas JS, Cook EF, Puopolo AL et al. (2000):** Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? Journal of General Internal Medicine, Jahrgang 15, Heft 2, 122–128
- Heller AR, Heller SC (2009):** Die familienfreundliche Klinik. Anaesthesist, Heft 58, 571–581
- Heponiemi T, Kuusio H, Sinervo T et al. (2010):** Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators. European Journal of Public Health, Jahrgang 21, Heft 4, 520–525
- Herzberg F, Mausner B, Snyderman BB (1967):** The motivation to work. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hoesli I, Engelhardt M, Schötzu A et al. (2013):** Academic career and part-time work in medicine: A cross-sectional study. Swiss Medical Weekly, Jahrgang 143, w13740
- Jacob R, Heinz A, Müller CH (2010):** Berufsmonitoring Medizinstudenten – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Köln, Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW (2007):** German physicians „on strike“ – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. Health Policy, Jahrgang 82, Heft 3, 357–365
- Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bamba C (2010):** Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2. Art. No: CD008009; DOI: 10.1002/14651858.CD008009.pub2
- Kjeldmand D, Homström I (2008):** Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Annals of Family Medicine, Jahrgang 6, Heft 2, 138–145
- Koch K, Miksch A, Schürmann C et al. (2011):** Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Die Perspektive der Hausärzte. Deutsches Ärzteblatt International, Jahrgang 108, Heft 15, 255–261
- Kreis T (2014):** Der Kampf um Arbeitskräfte. Deutsches Ärzteblatt, Heft 19, 9. Mai 2014, 58–59
- Laubach W, Fischbeck S (2007):** Job satisfaction and the work situation of physicians: a survey at a German University Hospital. International Journal of Public Health, Jahrgang 52, Heft 1, 54–59
- Linzer M, Manwell LB, Williams ES et al. (2009):** Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. Annals of Internal Medicine, Jahrgang 151, Heft 1, 28–36
- Mache S, Vitzthum K, Nienhaus A et al. (2009):** Physicians' working conditions and job satisfaction: does hospital ownership in Germany make a difference? BMC Health Services Research, Jahrgang 9, 148
- Miksch A, Hermann K, Joos S et al. (2012):** „Work-Life-Balance“ im Arztberuf – geschlechtsspezifische Unterschiede in den Erwartungen von Medizinstudierenden. Ergebnisse einer Online-Umfrage in Baden-Württemberg. Prävention und Gesundheitsförderung, Jahrgang 7, Heft 1, 49–55
- Nerdinger FW (2011):** Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In: Nerdinger FW, Blicke G, Schaper N (Hrsg.). Arbeits- und Organisationspsychologie. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin, 394–408

Ommen O, Driller E, Köhler T et al. (2009): The relationship between social capital in hospitals and physician job satisfaction. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 9, 81

Poghosyan L, Clarke SP, Finalyson M et al. (2010): Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, Jahrgang 33, Heft 4, 288–298

Regehr C, Glancy D, Pitts A, Leblanc VR (2014): Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, Band 202, Heft 5, 353–359

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bern: Hans Huber

Schmidt CE, Möller J, Schmidt K et al. (2011): Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. *Der Anaesthesist*, Jahrgang 60, Heft 6, 517–524

Stamm M, Buddeberg-Fischer B (2011): How do physicians and their partners coordinate their careers and private lives? *Swiss Medical Weekly*, Band 141, w13179

Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J et al. (2011): A comparison of the workload of rural and urban primary care physicians in Germany: analysis of a questionnaire survey. *BMC Family Practice*, Jahrgang 12, Artikelnummer 112

Steinhäuser J, Joos S, Szecsenyi J, Götz K (2013): Welche Faktoren fördern die Vorstellung, sich im ländlichen Raum niederzulassen? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Jahrgang 89, Heft 1, 10–15

Szecsenyi J, Goetz K, Campbell S (2011): Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? *BMJ Quality & Safety*, Jahrgang 20, Heft 6, 508–514

Uncu Y, Bayram N, Bilgel N (2007): Job related affective well-being among primary health care physicians. *European Journal of Public Health*, Jahrgang 17, Heft 5, 514–519

Van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G (2009): High workload and job stress are associated with lower practice performance in general

practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 9, 118

Van den Bussche H, Kromark K, Köhn-Hackert N et al. (2012): General practitioner or specialist at home or abroad? *Gesundheitswesen*, Jahrgang 74, Heft 12, 686–792

Van Ham I, Verhoeven AAH, Groenier KH et al. (2006): Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *European Journal of General Practice*, Jahrgang 12, Heft 4, 174–180

Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM (2003): Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, Band 168, Heft 3, 271–275

Voltmer E, Spahn C (2009): Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Jahrgang 55, 51–69

Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA (2009): Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*, Band 374, 1714–1721

Warr PJ, Cook J, Wall T (1979): Scales for the measurement of some work attitudes and aspects for psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, Jahrgang 52, 129–148

Weigl M, Hornung S, Angerer P et al. (2013): The effects of improving hospital physicians working conditions on patient care: a prospective, controlled intervention study. *BMC Health Services Research*, Jahrgang 13, 401

West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT et al. (2014): Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism. *JAMA Internal Medicine*, Band 174, Heft 4, 527–533

Wilk M (2006): Wie wünscht Ihr Euch Eure Arbeitsbedingungen im Krankenhaus? Umfrage der AG Gesundheitspolitik der bvmd; www.aerzteblatt.de/download/files/2006/01/x0000118015.pdf (letzter Zugriff am 31.05.2014)

Willich J, Buck D, Heine C, Sommer D (2011): Studienanfänger im Wintersemester 2009/10. *HIS: Forum Hochschule*, 6; www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201106.pdf

DIE AUTOREN



David Herr, Jahrgang 1984, Medizinstudium von 2003 bis 2011 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Von 2008 bis 2010 Bundeskoordinator Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). 2010 Trainee beim Standing Committee of European Doctors



PD Dr. phil. Dipl.-Soz. Katja Götz, Jahrgang 1977, Studium der Diplom-Soziologie an der Technischen Universität Dresden und der Universität Regensburg, Promotion an der Universität Regensburg, Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg. Von 2000 bis 2007 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Einheit Medizinische Soziologie der Universität Regensburg. Von 2008

(CPME) in Brüssel. Von 2012 bis 2014 Arzt in Weiterbildung in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Uniklinik Köln. Seit 2014 wissenschaftlicher Referent in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Den vorliegenden Beitrag hat der Autor als persönliche Darstellung verfasst.

bis 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Klinische Epidemiologie und Altersforschung am Deutschen Krebsforschungszentrum, Heidelberg. Seit 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg und seit 2014 Vorstandsvorsitzende der Stiftung Praxissiegel e.V.