

**Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung
junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig
unter besonderer Berücksichtigung von Religiosität und Glauben**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med.

an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

eingereicht von:

Hansjakob Richter,

geboren am 09.06.1978 in Leipzig

angefertigt in der

Selbständigen Abteilung für Sozialmedizin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

betreut von

Prof. Dr. med. Reinhold Schwarz

Dr. Susanne Singer

Selbständige Abteilung für Sozialmedizin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin
Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

Beschluß über die Verleihung des Doktorgrades vom:

Bibliographische Beschreibung:

Richter, Hansjakob

Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig unter besonderer Berücksichtigung von Religiosität und Glauben

Universität Leipzig, Dissertation

97 S.¹, 119 Lit.², 19 Abb., 12 Tab., 9 Anlagen, eine laminierte Einlage

Referat:

Die vorliegende Arbeit thematisiert die Vorbereitung durch das Medizinstudium auf den Berufsanfang, auftretende Probleme in dieser Anfangszeit, bestehende Belastungen, die Auswirkungen dieser Belastungen, personale und soziale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung. Besondere Berücksichtigung findet die Bedeutung von Religiosität und Glauben für das innere Gleichgewicht und die berufliche Zufriedenheit eines Menschen.

Antonovskys Modell der Salutogenese dient der Strukturierung der vorliegenden Arbeit.

Für die Arbeit wurden 140 Ärztinnen und Ärzte in Südindien und in Leipzig (Sachsen) im Jahr 2002 interviewt, die zum Befragungszeitpunkt ihr Studium absolviert und nicht mehr als zweieinhalb Jahre klinisch gearbeitet hatten.

Das Medizinstudium in Indien orientiert sich am angloamerikanischen Ausbildungssystem. Somit stellt die vorliegende Arbeit zwei Ausbildungssysteme in zwei unterschiedlichen Kulturen gegenüber.

Ziel ist es, über Leben und Arbeiten von Ärztinnen und Ärzten in den beiden Ländern zu informieren, Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzuzeigen. Dadurch soll zur Selbstreflexion über das Arzt-Sein zu Beginn des 21. Jahrhunderts und im Kontext der Globalisierung angeregt werden.

¹ Seitenzahl insgesamt

² Zahl der im Literaturverzeichnis ausgewiesenen Literaturangaben

„Das Göttliche ist keine reine Mathematik,
es hat auch Poesie.

Die göttlichen Werke sind voll von
Anspielungen, Illusionen,
Fragen, Widersprüchen,
offenen Alternativen,
Wortspielen,
Verzweiflung und Liebe.

Dennoch können wir versuchen,
ein Gedicht zu verstehen.

Wie gehen Menschen mit der
Realität des Gedichts um,
das soziale Existenz heißt?“

(nach Antonovsky 1997 S. 154)

<u>1</u>	<u>Einleitung</u>	1
<u>2</u>	<u>Literaturübersicht</u>	4
2.1	<u>Gesundheitszustand der Ärztinnen und Ärzte</u>	4
2.2	<u>Stressoren</u>	9
2.3	<u>Spannungszustand und -bewältigung</u>	14
2.4	<u>Streßzustand</u>	15
2.5	<u>Religion und Gesundheitswesen im Zusammenspiel</u>	17
2.6	<u>Psychosoziale generalisierte Widerstandsressourcen</u>	18
2.6.1	<u>Materielles</u>	19
2.6.2	<u>Wissen, Intelligenz</u>	19
2.6.3	<u>Ich-Identität</u>	20
2.6.4	<u>Coping-Strategie</u>	21
2.6.5	<u>Soziale Unterstützung durch Bindungen und Beziehungen</u>	23
2.6.6	<u>Engagement, Zuwendung und Zufriedenheit</u>	26
2.6.7	<u>Religion: ein stabiles Set von Antworten</u>	28
2.6.8	<u>Präventive Gesundheitsorientierung</u>	30
2.7	<u>Quellen von generalisierten Widerstandsressourcen</u>	32
2.8	<u>Lebenserfahrungen</u>	32
2.9	<u>Kohärenzgefühl</u>	33
<u>3</u>	<u>Fragen</u>	35
<u>4</u>	<u>Hypothesen</u>	36
<u>5</u>	<u>Methoden</u>	37
5.1	<u>Instrumente</u>	37
5.2	<u>Stichprobengewinnung</u>	38
5.3	<u>Durchführung</u>	39
5.4	<u>Auswertung</u>	40
<u>6</u>	<u>Ergebnisse</u>	41
6.1	<u>Stichprobenbeschreibung</u>	41
6.2	<u>Erleben des Berufsstarts</u>	42
6.3	<u>Belastungen</u>	50
6.4	<u>Personale und soziale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung</u>	63
6.5	<u>Religiosität und Glauben</u>	79
6.6	<u>Zusammenfassung</u>	83

<u>7</u>	<u>Diskussion</u>	85
7.1	<u>Stressoren</u>	85
7.2	<u>Spannungszustand</u>	86
7.3	<u>Streßzustand</u>	86
7.4	<u>Quellen von generalisierten Widerstandsressourcen</u>	87
7.4.1	<u>Soziale Unterstützung durch Bindungen und Beziehungen</u>	87
7.4.2	<u>Engagement und Zuwendung</u>	90
7.4.3	<u>Religion, Philosophie, Kunst: ein stabiles Set von Antworten?</u>	91
7.5	<u>Schlußbetrachtungen</u>	92
<u>8</u>	<u>Zusammenfassung</u>	95
<u>9</u>	<u>Literaturverzeichnis</u>	98
<u>10</u>	<u>Anhang</u>	108
10.1	<u>Indien</u>	108
10.2	<u>Medizinstudium in Leipzig und in Südindien</u>	110
10.3	<u>Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese</u>	112
10.4	<u>Fragebogen</u>	113
10.5	<u>Religiosität und Beruf</u>	126

Zusammenfassung der Arbeit

Danksagung

Selbständigkeitserklärung

Lebenslauf

1 Einleitung

Der weltweite Informationsfluß über das Internet, moderate bis günstige Flugpreise, die Bereitschaft zur Mobilität und die Kenntnis von Weltsprachen erleichtern es Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten, sich im europäischen und nichteuropäischen Ausland ausbilden zu lassen und dort zu arbeiten. Dabei lernen sie in teilweise sehr unterschiedlichen soziokulturellen und historischen Kontexten die Ausbildungssysteme und Arbeitsweisen ihrer dortigen Kolleginnen und Kollegen kennen. Diese Erfahrung kann zu der Frage führen, welche Vor- und Nachteile ein Medizinstudium z.B. in den USA anstatt in Deutschland für den Einstieg in den Arztberuf haben könnte.

Internationale Forschungsergebnisse zeigen, daß der Berufseinstieg für junge Ärztinnen und Ärzte nicht immer strukturiert, vorhersehbar und erklärbar abläuft. Sie fühlen sich in vielerlei Hinsicht belastet. Häufig mangelt es an professioneller Unterstützung durch die Dienstälteren.

Die vorliegende Arbeit thematisiert die Vorbereitung durch das Medizinstudium auf den Berufsanfang, auftretende Probleme in dieser Anfangszeit, bestehende Belastungen, die Auswirkungen dieser Belastungen, personale und soziale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung. Besondere Berücksichtigung findet die Bedeutung von Religiosität und Glauben für das innere Gleichgewicht und die berufliche Zufriedenheit eines Menschen. Für die Arbeit wurden Ärztinnen und Ärzten in Südindien und in Leipzig (Sachsen) interviewt, die zum Befragungszeitpunkt ihr Studium absolviert und nicht mehr als zweieinhalb Jahre klinisch gearbeitet hatten.

Das Medizinstudium in Indien orientiert sich am angloamerikanischen Ausbildungssystem. Somit stellt die vorliegende Arbeit zwei Ausbildungssysteme in zwei unterschiedlichen Kulturen gegenüber.

Der Autor der vorliegenden Arbeit famulierte nach sechs Semestern Studium der Humanmedizin in Leipzig (Sachsen) im Rahmen von zwei Urlaubssemestern am Church of South India Mission Hospital, Trichy, Tamil Nadu (Südindien) von Oktober 2001 bis Februar 2002.

Das Erleben berufsjunger Ärztinnen und Ärzte im Beruf und in der Freizeit in Leipzig und in Südindien ließ Unterschiede in ihrem Auftreten und Verhalten erkennen und regte die Entstehung der vorliegenden Arbeit an.

In der zweiten Hälfte des Aufenthaltes in Südindien, der sich bis Juli 2002 erstreckte, erfolgten die Befragungen von Ärztinnen und Ärzten an vier akademischen Lehrkrankenhäusern in den südindischen Bundesstaaten Tamil Nadu und Pondyerry. Der Autor befragte anschließend Ärztinnen und Ärzte an der Universitätsklinik und vier angeschlossenen akademischen Lehrkrankenhäusern in Leipzig.

Ziel ist es, über Leben und Arbeiten von Ärztinnen und Ärzten in den beiden Ländern zu informieren, Unterschiede und Gemeinsamkeiten aufzuzeigen. Dadurch soll zur Selbstreflexion über das Arzt-Sein zu Beginn des 21. Jahrhunderts und im Kontext der Globalisierung angeregt werden.

Antonovskys Modell der Salutogenese dient der Strukturierung der vorliegenden Arbeit. Antonovsky erläutert in seinem Modell Belastungsbewältigung und Streßverarbeitung. Er spricht dabei Bereiche an (Stressoren, Ressourcen, Streß, Coping, Gesundheit), die Leben und Arbeiten maßgeblich und umfassend beeinflussen - hier speziell das Leben und Arbeiten von Ärztinnen und Ärzten.

Die vereinfachte Darstellung des Modells (Bengel, Strittmatter, & Willmann 2001) beschränkt sich auf die Kernelemente und genügt dem Anspruch der vorliegenden Arbeit. Die Beachtung der Abbildung des Modells auf der Einlage soll während des Lesens der Arbeit die Orientierung in dem umfangreichen Themenkomplex erleichtern.

Das salutogenetische Modell setzt an der Frage an, warum Menschen gesund bleiben angesichts verlusthafter, bedrohlicher oder traumatischer Ereignisse. Das Kohärenzgefühl (*sence of coherence*, SOC) steht im Zentrum von Antonovskys Überlegungen.

„Das Kohärenzgefühl ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;

2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“ (Antonovsky 1997 S. 36)

Verstehbare, handhabbare und bedeutsame Lebenserfahrungen prägen das Kohärenzgefühl aus. Sogenannte generalisierte Widerstandsressourcen (körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielles Vermögen oder kulturelle Faktoren) ermöglichen diese Lebenserfahrungen. Je stärker das Kohärenzgefühl eines Menschen ist, desto besser kann er die Widerstandsressourcen mobilisieren. Stressoren sind Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt (Antonovsky 1979). Stressoren stimulieren einen Menschen so, daß er in einen Spannungszustand gerät. Das Spannungsmanagement wird von den Widerstandsressourcen beeinflusst, es wirkt sich auf das Kohärenzgefühl, den Gesundheitszustand und damit auch auf das Erlangen der Widerstandsressourcen aus. Die meisten Menschen sind nicht extrem krank oder extrem gesund, sondern sie nehmen auf dem so genannten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eine mehr oder weniger stabile Position zwischen den Polen ein. Erfolgreiche Spannungsbewältigung versetzt einen Menschen in einen Streßzustand und verschlechtert die Position auf diesem Kontinuum.

Religion ist eine von insgesamt zehn psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen, die in der vorliegenden Arbeit näher untersucht werden soll.

2 Literaturübersicht

2.1 Gesundheitszustand der Ärztinnen und Ärzte

“Der persönliche Gesundheitszustand ist für sich genommen bereits eine bedeutende GRR-GRD-Lebenssituation (generalisierte Widerstandsressource; generalisiertes Widerstandsdefizit) und spielt als solche eine Rolle bei der Stärkung oder Schwächung des SOC.” (Antonovsky 1997 S.148)

Krankheitserreger (exogene und endogene Infektionsquellen) und Krankmacher (mikrobiologische, chemische, physische, psychologische soziale und kulturelle) sind allgegenwärtig. Psychosoziale Krankmacher sind Entfremdung, rapide Gesellschaftsveränderungen, Identitätskrisen, Mißverhältnis zwischen Zielen und den Mitteln zu deren Umsetzung, Diskriminierung, Angst und Frustration (Antonovsky 1979). Interaktionen zwischen dem Streßzustand und den Krankmachern (Krankheitserregern) und Schwachstellen eines Menschen beeinflussen den Gesundheitszustand negativ (Antonovsky 1997).

Die pathogenetische Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit ist eine eingeschränkte Sichtweise. Sie berücksichtigt bedeutsame Fragen nicht: Was bedeutet die Krankheit für den erkrankten Menschen, welche emotionalen und psychischen Konsequenzen erlebt der Mensch, der in der Patientenrolle steckt. Die Konzentration auf die Krankheit als solche erschwert den Zugang zum Verständnis unterschiedlicher Krankheitsverläufe bei verschiedenen Menschen und in verschiedenen Populationen (Antonovsky 1979). Die salutogenetische Sichtweise will diese Aspekte berücksichtigen. “Das Kohärenzgefühl (als Hauptelement des Salutogenese-konzepts) korreliert hoch mit Maßen seelischer Gesundheit und weist eine große Nähe zu Konzepten wie Selbstwertgefühl, Optimismus, psychische Gesundheit, Kontrollüberzeugung auf.“ (Franke 1997 S. 172) Dies trifft für Patientinnen und Patienten als auch für Gruppen zu, die unter Krankheitskriterien unauffällig sind.

Ärztinnen und Ärzte und eigene Krankheit: Wie gehen Ärztinnen und Ärzte mit eigenen Erkrankungen um, wie gestalten sie ihre Gesundheitsfürsorge?

Medizinerinnen und Mediziner geben an, sie stehen unter Druck, gesund zu erscheinen und trotz Unwohlsein und Krankheit zu arbeiten, weil sie sich dem Team

und obendrein den Erwartungen der Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlen (Thompson et al. 2001). Ruebsam-Simon (2002) spricht von „mißverständener Ethik“ und „Leistungsbereitschaft bis zur Erschöpfung“. Einige leben stolz die „respektierte Sucht“ *workaholism* aus und fügen damit ihren Familien Schaden zu (Hey 1994).

Ripke (2002) untermalt diese Zustandsbeschreibung. Er versucht, eine typisch ärztliche Krankheitskarriere zu darzustellen (Medizinstudium – reaktive Hypochondrie – Verbot der Hypochondrie – Verdrängung, Verleugnung, Dissimulation alles Kranken im eigenen Organismus – heimliche Selbstmedikation). In Selbsterfahrungsgruppen sollen Ärztinnen und Ärzte ihre eigene Gesundheit und Krankheit thematisieren. So können sie den Zusammenhang von körperlicher Erkrankung, seelischem Leid und Angst selbst nachvollziehen. Dies würde zu einer erkennenden und produktiven Resonanz im Arzt-Patienten-Verhältnis führen. Folge wäre ein humanerer und vertrauensvollerer Umgang mit den Patientinnen und Patienten.

Doch die Rollen Arzt und Patient scheinen inkompatibel zu sein. „Ärztinnen und Ärzte besitzen die Macht, Krankheit zu behandeln. Die Patientinnen und Patienten haben die Krankheit und bedürfen der Behandlung.“ (McKevitt & Morgan 1997 S. 494) Erwartungen seitens des Teams und seitens der Patientinnen und Patienten wurden bereits angesprochen. In Weiterführung dieses Gedankenansatzes interessiert auch, ob und inwieweit der Wunsch, den Arztberuf zu ergreifen, mit drängenden Erwartungen an sich selbst verknüpft ist.

Es gibt Angaben, daß 20% der Ärztinnen und Ärzte im *internship* gelegentlich oder häufig übermäßig Alkohol konsumieren, 25% nehmen Medikamente wegen körperlicher Beschwerden ein und einige zu Erholungszwecken. Diese 25% sind ein hoher Anteil in dieser Altersgruppe. Firth-Cozens (1987) sieht darin den Preis widerspiegelt, der bei inadäquatem Schlaf und schlechten Ernährungsmustern für die Überarbeitung bezahlt werde. Die fehlende Korrelation zwischen Trinkgewohnheiten und dem Ausmaß des Streßerlebens läßt denken, daß einige das psychologische Wohlbefinden kurzfristig bewahren können, indem sie Alkohol konsumieren (Firth-Cozens 2001).

Die Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung wird von einer Mehrheit der Betroffenen bestürzt, entsetzt und mit Schamgefühlen aufgenommen (McKevitt &

Morgan 1997). Die Situation wird erschwert, weil viele therapeutisch Tätige gehemmt, wenig bereit und unfähig sind, psychisch kranke Medizinerinnen und Mediziner zu behandeln. Selbst Ärztinnen und Ärzte, die es schaffen, sich mit psychischen Problemen an einen Psychotherapie-Service zu wenden, fällt es schwer, ihre menschliche Verletzlichkeit zu akzeptieren. „Angst vor der Hilflosigkeit“ nennt es Kutz (2000). Es kommen Prozesse der Abwehr und (kollektiven) Verleugnung zum Tragen, wodurch z.B. eine Suchterkrankung verzögert diagnostiziert wird (Heim 1992; Loevenich et al. 1996; Thompson et al. 2001).

Viele ärztlich Tätige sind nicht hausärztlich registriert. Selbst wenn, suchen sie ihre Hausärztinnen und -ärzte (als auch Hilfe generell) nur selten, unregelmäßig und mit Abneigung auf. Sie tendieren zur informellen Konsultation bei Kolleginnen und Kollegen, schlechten Einsicht und *Compliance*, zu Eigenbehandlung und mißbräuchlichen Selbstverschreibung von Arzneimitteln (Fowle 1999; Baldwin et al. 1997; McKevitt et al. 1997; Mushet & Donaldson 2000; Schmidbauer 2000). Dieser Befund wird dadurch bestätigt, daß ärztliches Personal viel geringere Arbeitsausfallzeiten hat als Krankenpflegekräfte (Baldwin et al. 1997; Herschbach 1991).

Hey (1994) und Baldwin et al. (1997) erachten die Ausbildung in Arbeitsmedizin (*occupational medicine*) als ausschlaggebend, den Grundstein für eine gute oder eine schlechte Eigen-Gesundheitsfürsorge zu legen.

Im Verlauf des Medizinstudiums verschiebt sich die Orientierung der Medizinstudierenden dahingehend, daß sie zynischer und hedonistischer werden. Ängste (vor Versagen und Überforderung) und Depressionen nehmen signifikant zu (Wolf 1994). Zwischen dem Erleben von Berufsstreß und dem Einsetzen psychischer Störungen besteht mitunter eine Verzögerung von einem Jahr oder länger (Loevenich et al. 1996; Simpson & Grant 1991).

Streß, Coping und als schlecht empfundene Behandlung stehen dessenungeachtet nachweislich mit dem gesundheitlichen Wohlergehen in negativer Verbindung (Wolf 1994; Zeldow & Daugherty 1987).

Vor dem Hintergrund, daß sich relativ viele Ärztinnen und Ärzten suizidieren, führten Tyssen et al. (2001) eine prospektive Studie an norwegischen Medizinstudierenden in deren letztem Semester und am Ende des *internship* durch. Die Vorjahresprävalenz

für suizidale Gedanken lag jeweils recht hoch bei 14%, Suizidversuche waren selten. Die Autoren konnten suizidales Gedankengut während des Studiums vorhersagen für Studierende, die mangelnde Kontrollfähigkeit wahrnahmen, die Vulnerabilität oder Neurotizismus als Persönlichkeitszüge aufwiesen, die alleinstehend waren sowie negative Lebensereignisse und psychischen Streß erlebten.

Tyssen et al. (2001) ziehen in Betracht, daß die Befragten besonders bereit waren, über solches Denken zu sprechen. Sie halten es jedoch für wahrscheinlicher, daß Ärztinnen und Ärzte für Suizidgedanken tatsächlich anfällig sind.

Es ist möglich, daß die von suizidalen Gedanken Betroffenen mit einer eingeschränkten Kapazität arbeiten. Dieser Gedanke ergibt sich daraus, daß die Wochenarbeitszeit und Suizidgedanken negativ miteinander korrelieren.

Angst, Depression, Streß und Substanzenmißbrauch finden sich verstärkt in der Ärzteschaft (Caplan 1994; Firth-Cozens 1989; Firth-Cozens 1998; Sutherland & Cooper 1993) und korrelieren mit den erhöhten Suizidraten (Heim 1991; Heim 1992). Frauen und Alleinstehende wählen den Freitod häufiger, daneben zeigen diese Gruppen eine höhere Morbidität wie auch Mortalität (Berkman & Syme 1979; Heim 1992; König 2001; Loevenich et al. 1996). Viele Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung weisen einen kritischen Alkoholkonsum auf und gebrauchen illegale Drogen (hauptsächlich Cannabis, „zum Vergnügen“) (Newbury-Birch et al. 2001).

Es liegen Veröffentlichungen vor, die nahelegen, daß Ärztinnen mehr Depressionen aber weniger Streß erleben (Firth-Cozens 1987). Besonders alleinstehende Ärztinnen befürchten, daß es ihnen erschwert wird, affektive und eheliche (Ver-) Bindungen aufzubauen, wenn sie sich beruflich stark engagieren (Brashear 1987).

Des öfteren wird betont, daß Ärztinnen zusätzlich durch eine Doppelrolle belastet sind, weil die beruflichen und familiären Wünsche und Anforderungen nur schwierig vereinbar sind (Buddeberg-Fischer et al. 2002; Gross 1992; Lambert et al. 1998; Heim 1992). Die spezifische Rollenbelastung der Ärztinnen zeichnet verantwortlich für Gesundheitsrisiken, die mit einer um 10 Jahre niedrigeren Lebenserwartung als in der Allgemeinbevölkerung einhergehen (Heim 1991).

Im deutschsprachigen Raum finden sich nur wenige, epidemiologisch kaum verlässliche Veröffentlichungen zum Phänomen der psychisch kranken Ärztinnen und Ärzte (König 2001; Loevenich et al. 1996). Im Vergleich zur deutschen

Normalbevölkerung ist die Suizidrate der Ärztinnen und Ärzte 3-4fach höher. Das Abhängigkeitsrisiko ist ebenfalls deutlich erhöht; hier liegen unterschiedliche Zahlen vor (Loevenich et al. 1996). Circa 30 % der Deutschen zeigen mindestens eine der folgenden Störungen: affektive, somatoforme, psychotische Störungen, Alkoholabhängigkeit (Bühning 2003).

Firth-Cozens (1989) stieß auf Angaben zur Prävalenz psychiatrischer Morbidität bei Medizinstudierenden, die zwischen 15 und 35% liegen. Paice et al. (2002) ließen frisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in Großbritannien den General Health Questionnaire ausfüllen und stellten bei 31% der Befragten psychiatrische Krankheiten fest. Bei Baldwin et al. (1997) käme für 30% der 142 befragten schottischen Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung eine weitergehende Behandlung ihrer psychischen Gesundheitsprobleme in Frage. Nach Tyssen et al. (2000), die eine prospektive Befragung in Norwegen durchführten, liegt die Prävalenz an behandlungsbedürftigen psychischen Gesundheitsproblemen bei 11% im ersten postgraduellen Jahr ohne Geschlechtsunterschiede. Bestimmte Voraussetzungen und Umstände machen mentale Gesundheitsprobleme vorhersagbar: Ähnlichgeartete vorhergehende psychische Probleme, der Single-Status, emotionale Vulnerabilität, negative Erfahrungen im *internship* und Arbeitsstreß im ersten postgraduellen Jahr besitzen einen diesbezüglich prädiktiven Wert (Tyssen et al. 2000). Die Inzidenzen einer Schizophrenie und einer organisch bedingten psychischen Störung bei Ärztinnen und Ärzten sind unauffällig, die einer endogenen Depression ist erhöht (Loevenich et al. 1996).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung fallen also insbesondere die erhöhte Prävalenz an Suchtmittelabhängigkeit und die erhöhte Suizidrate bei Ärztinnen und Ärzten auf.

Gründe der besonderen Krankheitsanfälligkeit sind wahrscheinlich internalisierte Erwartungen, übergroße Anforderungen und „das überlieferte Ideal, sich bis zur psychophysischen Erschöpfung aufzuopfern“ (Loevenich et al. 1996). Klare Antworten fehlen jedoch (König 2001).

Selbst wenn Ärztinnen und Ärzte gesund an Leib und Seele sind, treten regelmäßig Fehler auf, die zu Streß, Behinderung oder gar Tod der Patientinnen und Patienten führen können. Genaue Aussagen darüber sind schwierig und die Häufigkeit nur

schätzbar. Im Fall, daß die Ärztinnen und Ärzte unter Streß oder psychiatrischen Störungen leiden, ist die potentielle Gefahr für die Patientenfürsorge größer, weil Konzentration, Gedächtnis und Entscheidungsfreudigkeit beeinträchtigt sind (Baldwin et al. 1997; Firth-Cozens 1989; Firth-Cozens 2001).

In der Literatur finden sich kaum Angaben zur körperlichen Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten. Deswegen wird dieser Aspekt nicht näher ausgeführt.

Interventionen: Mushet & Donaldson (2000) berichten von 66 Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung, die einen Psychotherapie-Service bis zu drei Mal in vier Jahren konsultierten, um über berufsbezogene Probleme (60%) sowie über familiäre und personale Beziehungsschwierigkeiten (26%) zu sprechen. Die überwiegende Mehrheit stellte sich mit Symptomen von Angst, Dysphorie und Depression vor. In den Konsultationen wurden neben der Eigeninitiative auch therapeutische Interventionen angestoßen und diskutiert.

Mehr als 7000 Ärztinnen und Ärzte nehmen in mehreren deutschen Bundesländern an insgesamt 520 Qualitätszirkeln (QZ) teil. In den Sitzungen, die monatlich bis zweimonatlich stattfinden, geht es um eine „kontinuierliche, themenzentrierte und erfahrungsbezogene Gruppenarbeit mit dem Ziel der Förderung der eigenen Versorgungsqualität“. Die wissenschaftliche Begleitung hat dokumentiert, daß die Beteiligung sich positiv auf die Arzt-Patienten-Beziehung auswirkt (Aubke 2003).

Maßnahmen wie Psychotherapieservice, Qualitätszirkel und Selbsthilfegruppen müssen umsichtig und didaktisch gut vorbereitet sein, damit die Teilnehmer einen Benefit aus den Veranstaltungen ziehen können (Herschbach 1991).

2.2 Stressoren

Ein gewöhnlicher Stimulus unterscheidet sich von einem Stressor. Ein Mensch, der mit einem gewöhnlichen Stimulus konfrontiert wird, reagiert auf diesen automatisch. Es treten keine Anpassungsprobleme auf, es läuft ein Routine-feedback-Mechanismus ab. Zwischen Stressor und Stimulus besteht eine Übergangszone (Antonovsky 1979).

„Stressoren werden angesehen als allgegenwärtig. Darüber hinaus werden die Konsequenzen von Stressoren nicht notwendigerweise als pathogen angesehen, sondern als möglicherweise sehr wohl gesund.“ (Antonovsky 1997 S. 30) Antonovsky

kritisiert, daß die meisten Studien lediglich testen, ob Stressoren pathogenetisch wirken. Unter Verweis auf Cannon und Selye, die Begriffe wie *Eustressor*, *Potenzierung* und *Aktivierungsreaktion* eingeführt haben, spricht er über die neutrale oder salutogenetische Wirkung von Stressoren (Antonovsky 1997).

Hauptaugenmerk liegt auf den psychosozialen Stressoren, weil die Bedrohung durch physikalische und biochemische Stressoren durch Erfolge im Gesundheitswesen, erhöhten Lebensstandard, Mikrobiologie und Pharmakologie verringert werden konnte. So dominieren am Arbeitsplatz psychosoziale Anforderungen über stoffliche Gefahren und muskuläre Belastungen. Die Zusammenarbeit mit den Kollegen, Vorgesetzten und Kunden (Patienten) sind psychosoziale Anforderungen (Aufmerksamkeit, Konzentration, Nachdenken, Kontrolle und Verantwortung).

Stressoren der Ärztinnen und Ärzte: Quellen von generalisierten Widerstandsressourcen können auch Stressoren schaffen. Diese Quellen sind Erziehungsstile, soziale Rollen, idiosynkratische Faktoren und Glück (Antonovsky 1997). Auch die ärztliche Ausbildung ist gewissermaßen durch Erziehungsstile gekennzeichnet. Die Lehrenden präsentieren den Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung ihre Werte, ihre Einstellung zu Streß und Emotionalität im Beruf. Damit können sie die Entstehung von Stressoren und das Maß beeinflussen, wie gut oder schlecht sich die Lernenden eingewöhnen (Brashear 1987; Gross 1992).

Im Vergleich zum Umfang der Publikationen über die Arbeitsbelastung von Pflegekräften liegt zum gleichen Thema bezogen auf Krankenhausärztinnen und -ärzte weltweit viel weniger vor. Zusätzlich sind die veröffentlichten Studien für deutsche Verhältnisse von eingeschränkter Relevanz, was durch die untersuchten Fokusgruppen und die Unterschiede in den Ausbildungssystemen begründet ist (Herschbach 1991).

Frauen äußern sich eher beziehungsorientiert und Männer sach- und fachorientiert, wenn sie nach den Stressoren ihrer ärztlichen Ausbildung gefragt werden (Buddeberg-Fischer et al. 2002). Den Angaben der Ärztinnen und Ärzte folgend, geben diverse Autoren (siehe Tabelle 1) die folgenden 12 Haupt-Stressoren dieser Berufsgruppe an:

Stressor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Quelle												
Lambert et al. 2000		x		x	x	x						
Wolf 1994	x			x			x					
Heim 1991		x				x				x		
Heim 1992		x				x	x	x				
Paice et al. 2002	x	x		x		x		x	x		x	
Firth-Cozens 2001		x				x						
Kash et al. 2000	x				x			x				
Sutherland & Cooper 1993			x			x		x			x	x
Sieminska & Dawid 1997						x						
Herschbach 1991		x	x				x	x	x			x
Baldwin et al. 1997	x	x			x				x			
Buddeberg-Fischer et al. 2002		x		x		x	x					
Gross 1992	x	x		x		x		x	x	x		
Davidson et al. 2002		x										
Hyppola et al. 2002						x		x		x	x	x
Rabbata 2003		x				x		x		x	x	x

Tab. 1: Angabe der Haupt-Stressoren der Ärztinnen und Ärzte durch verschiedene Autoren

(1.) *Erleben von Tod und Sterben*; die Unmöglichkeit der kurativen Therapie; Ärztinnen und Ärzte, die weniger Patiententode erlebt haben, zeigen größere Angst im Umgang mit diesen Fällen (Tolle et al. 1985).

(2.) *Überarbeitung* (Überstunden, Intensität, konfliktreiche Ansprüche, verpaßte Mahlzeiten, längere Dienstbereitschaft ohne Schlaf; Anzahl der Not- und Todesfälle je Zeiteinheit). Die Korrelation des wahrgenommenen Berufsstresses mit dem Gefühl der Überlastung ist signifikanter und bedeutender als die der objektiven Arbeitsbelastung. Besonders die Kumulation von Faktoren trägt zum Gefühl der Überlastung bei (Tyssen et al. 2000; Firth-Cozens 1987; Herschbach 1991).

(3.) *Personalmangel*.

(4.) *Zu wenig Zeit* für familiäre Interessen, zwischenmenschliche Kontakte und Erholung, wodurch diese Bereiche ernsthaft beeinträchtigt werden.

(5.) *Zu viele Routineaufgaben* für die keine ärztliche Ausbildung benötigt wird.

(6.) Das Gefühl, zu einer *Verantwortungsübernahme* gezwungen zu sein, die den Kompetenzbereich überschreitet. 22% von 2926 Ärztinnen und Ärzten in Großbritannien am Ende ihres *internship* gaben an, Tätigkeiten verrichtet zu haben, die über ihre Kompetenz hinausgingen. Die Verantwortungsübernahme geschieht häufig ohne Rückhalt, mit wenig Berufserfahrung und unbefriedigender Einbindung in den klinischen Entscheidungsprozeß (Lambert et al. 2000). Das *internship* gilt als ein Jahr sehr hoher körperlicher und psychischer Belastung, wie sie derart in der weiteren Karriere nicht wieder erlebt wird (Grainger et al. 1995). In Südindien werden *interns* extrem eingespannt und eingepannt, um den Klinikalltag am Laufen zu halten.

Auf dem Weg zur Ärztin oder zum Arzt ist es ein unausweichlicher Prozeß, daß man lernt, berufliche Verantwortung zu tragen. Dienstältere, die mit der Lehre und Ausbildung beauftragt sind, kommen ihren Pflichten jedoch nicht immer ausreichend nach. Sie beaufsichtigen die jungen Ärztinnen und Ärzte kaum und leiten sie unzureichend an bei dem Prozeß der Verantwortungsübernahme (Paice et al. 2002).

(7.) *Die Beziehung zu Dienstälteren*, welche sich übermäßig autoritär und nicht konstruktiv verhalten.

(8.) *Der Umgang mit* (teilweise moribunden) *Patientinnen, Patienten* und deren Angehörigen, wenn sie überzogene Ansprüche, Forderungen und Kritik sowie verärgertes und aggressives Verhalten an den Tag legen.

(9.) *Eigene Behandlungsfehler*.

(10.) *Wirtschaftliche Zwänge*.

(11.) *Planungsdefizite*.

(12.) *Schreibarbeiten*, die viel Zeit beanspruchen.

Die Aussagen der Studien zusammenfassend kann gesagt werden, daß ein Mißverhältnis besteht zwischen den beruflichen Anforderungen und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (*goals-means-gap*). In Antonovskys Modell findet sich der Stressor *goals-means gap*. Wer sich ambitionierte Ziele setzt oder setzen muß, ohne über die Mittel zu ihrer Verwirklichung zu verfügen, hat ein erhöhtes Potential,

in eine Krise zu geraten („Kluft zwischen Wollen und Können“). Dazu kommt, daß die Öffentlichkeit die Ärzteschaft sehr ambivalent sieht und hohe Erwartungen an sie stellt (Loevenich et al. 1996).

Aggression: Aggression bzw. die Angst vor Aggression ist ein psychosozialer Stressor (Antonovsky 1979). Auf Medizinstudierende gerichtete Angriffe und Beleidigungen durch dienstältere Ärztinnen und Ärzte und Lehrende sind weitverbreitet und durchdringen die medizinische Ausbildung (Dash & Jagadishchandran 1996; Heim 1992; Wolf 1994). Zusammengefaßt unter dem Begriff der traumatischen De-Idealisierung erleben Studierende in diesem Sinne eine Unterwanderung ihrer Selbstachtung und ein Versanden ihrer anfangs bestehenden Ideale von den Lehrenden und dem ärztlichen Beruf. Diese als schlecht empfundene Behandlung steht mit dem gesundheitlichen Wohlergehen in Verbindung (Wolf 1994).

Intrapsychische Konflikte: Sie sind ein weiterer psychosozialer Stressor (Antonovsky 1979). Das lern- und zeitintensive Medizinstudium erfordert in der Regel ein gutes Zeitmanagement, Lernplanung und Prioritätensetzung. Viele Medizinstudierende setzen dabei die akademische Überlegenheit als oberste Priorität. Sie verzichten auf ihre persönlichen Interessen und Beziehungen auf Kosten der persönlichen Entwicklung und Reifung. Folglich erleben sie emotionale Isolation sowie Entfremdung. Deshalb muß es allen Medizinstudierenden möglich sein, sich medizinisch, psychiatrisch und akademisch beraten zu lassen (Wolf 1994).

Interventionen: Interventionelle und präventive Hilfsangebote für Ärztinnen und Ärzte orientieren sich an den Stressoren, die oben erläutert wurden. Die Hilfsangebote zielen darauf, die Stressoren zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Aus dem detailgenauen Wissen über die potentiellen Streßauslöser sind Veränderungen abzuleiten (Simpson & Grant 1991). Die Kommunikation zwischen Lernenden und Lehrenden ist in diesem Zusammenhang ein oft angesprochener Ansatzpunkt. Diese müsse sich als ein Bestandteil des Stressoren-Managements substantiell verbessern (Lentz 2003; Luck 2000; Sutherland & Cooper 1993).

2.3 Spannungszustand und -bewältigung

„Spannung (die Antwort auf einen Stressor) bedeutet das Erkennen im Gehirn, daß ein Bedürfnis unerfüllt ist, daß man einer Forderung nachkommen und etwas tun muß, wenn man ein Ziel realisieren will.“ (Antonovsky 1997 S. 125, 138) Antonovsky unterscheidet zwischen Situationen von Spannung und Situationen von Streß, wobei die letztgenannten erst durch die mißglückte Spannungshandhabung entstehen. „Die Person mit einem starken SOC sieht die gleichen Probleme, aber mit größerer Klarheit, größerer Spezifität und präziserer Differenzierung.“ (Antonovsky 1997 S. 129)

Kobasa (1979) überlegte, welche Menschen fit für spannungsreiche Belastungen seien. Für ihn und andere Autoren, z.B. Larson et al. (1992) sind es Menschen, die fühlen, daß ihre Umweltereignisse zu einem nicht unerheblichen Maße kontrollierbar sind, die Veränderungen dahingehend bewerten, daß sie sich herausgefordert und angespornt fühlen zu persönlicher Weiterentwicklung. Kontrolle, Herausforderung und Engagement (als dritte Komponente) bilden zusammen die widerstandsfähige Persönlichkeit.

Zur erfolgreichen Spannungsbewältigung gehören die Problemlösung und die Spannungsauflösung. Die Spannungsbewältigung kann durch die Widerstandsressourcen (Merkmale eines Menschen, einer Gruppe, der Umwelt) erleichtert werden. Sie helfen, eine breite Vielfalt von Stressoren zu vermeiden oder zu bekämpfen. Widerstandsressourcen beugen der Umwandlung von Spannung in Streß vor. Sie können sich untereinander in der Spannungsbewältigung ersetzen. Das Fehlen einiger Widerstandsressourcen kann zum Stressor werden (Antonovsky 1979).

Wenn Problemlösung und Spannungsauflösung ausbleiben, wenn die Spannungsbewältigung qualitativ und quantitativ nicht adäquat ist, kann der folglich weiterbestehende Spannungszustand mit somatischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen einhergehen (Kash et al. 2000).

Mushet & Donaldson (2000) diskutieren, daß Ärztinnen und Ärzte in Situationen des klinischen Arbeitens, die schwerwiegende Angst und Schuldgefühle hervorrufen, Projektionsmechanismen verwenden, um ihrem seelischen Schmerz und der psychischen Spannung zu begegnen. Sie schreiben ihre inneren bedrängenden Erscheinungen und Selbstvorwürfe hauptsächlich Menschen zu, die in der

professionellen Hierarchie tiefer stehen. Diese psychodynamischen Prozesse verzerren Beziehungen und verursachen Team-Konflikte. Es gilt, sie zu verstehen und in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte zu bearbeiten. Nur so kann verhindert werden, daß durch den Druck zur Qualitätsverbesserung nicht Selbstvorwürfe, Schamgefühle und gegenseitiges Schikanieren induziert werden.

2.4 Streßzustand

Nach Antonovskys Meinung gerät eine Person in eine Streßsituation, wenn sie den vorhergehenden Spannungszustand nicht erfolgreich handhaben kann. Streß ist ein Teil der Pathogenese (Antonovsky 1979).

Psychosozialer Streß ist zwar ein Gesundheitsrisiko (Uexküll 1997) Das gesundheitliche Risiko wird aber ambivalent eingeschätzt: als Herausforderung (salutogenetisch) und als Bedrohung (pathogenetisch) (Forschungsverband Laienpotential 1987).

Immer wieder taucht die Frage auf, wie Persönlichkeit, Streß und Streßbewertung zusammenhängen. Dazu liegen viele Untersuchungen vor, die sich mit der Persönlichkeit, dem psychologischen, emotionalen und gesundheitlichen Status von Medizinstudierenden der ersten Semester beschäftigen (Wolf 1994). Verschiedene Untersucher kategorisieren Studierende auf Grundlage ihres Streßerlebens, ihrer psychologischen Symptome oder anderer relevanter Variablen. Dabei ergeben sich u.a. Widerständler, Beharrliche („Hartnäckige“), Anpassungsfähige und sich Fehladaptierende (Wolf 1994). Zähigkeit, eine widerstandsfähige Persönlichkeit puffern Streß und seine gesundheitsschädigende Effekte (Orr und Westmann 1990; Dienstbier 1990; Kash et al. 2000).

Vollrath (2001) beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen Streß und Persönlichkeit und konstatiert viele offene Fragen. Ihre Untersuchungen ergeben, daß die fünf großen Persönlichkeitsfaktoren nach Costa und McCrea (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit) für jeden Punkt des Streßprozesses substantiell wichtig sind. Sie führt an, gewissenhafte Menschen erlebten wohl weniger Ärgernisse im Alltag und setzten eher aktive, rationale und planende Coping-Strategien ein. Neurotizismus stünde in enger

Beziehung zum Vermeidungsverhalten. Extrovertierte seien aktiver und erfolgreicher beim Suchen bzw. Aufrechterhalten sozialer Unterstützung und Netzwerke.

Ärztinnen und Ärzte in Spannungs- und Stresssituationen

Die angehenden Ärztinnen und Ärzte sehen das Praktische Jahr, das letzte Jahr ihres Studiums, ambivalent. Auf der einen Seite betonen sie, daß sie im Praktischen Jahr Erfahrungen sammeln und einen Lerngewinn erzielen. Auf der anderen Seite stehen das Gefühl der mangelnden Vorbereitung und die Unsicherheit in den alltäglichen Berufsverpflichtungen (Buddeberg-Fischer et al. 2002; Gantenbein 2002).

Olkinuora et al. (1990) differenzieren zwischen „*higher stress specialities* wie Allgemeinmedizin, Onkologie, Pneumologie und Psychiatrie einerseits und *lower stress specialities* wie Geburtshilfe, Dermatologie, Otorhinolaryngologie etc. andererseits. Ärztinnen und Ärzte in *higher-stress*-Facharztgruppen werden öfter mit chronischen, unheilbaren oder sterbenden Patienten konfrontiert, erleben höheren emotionalen Stress und begehen mit einer zehnfach erhöhten Wahrscheinlichkeit Suizid (König 2001).

Wie verhalten sich Ärztinnen und Ärzte in Stresssituationen? Viele koppeln ihre Gedanken von ihren Gefühlen ab, um sich in Stresssituationen vor emotionaler Überwältigung zu schützen (Reiser 1973). Sie gehen dafür die Wege der Kompartimentierung („consider a part instead of whole“) bzw. Fragmentierung (Moyer 1989) und verschleiern die Fachsprache, den Weg des massiven Einsatzes und der scheinbaren Abhängigkeit von technischen Geräten. Reiser zweifelt an, ob mit dieser Orientierung die ärztliche Funktionsfähigkeit und das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärztinnen und Ärzte aufrechterhalten werden können.

In einer Studie von Schweitzer (1994) beantworteten 126 Ärztinnen und Ärzte in Südafrika, die 2 _ Jahre zuvor ihr Studium abgeschlossen hatten, einen Fragebogen zu Stress und *burn out*. 78% der Befragten hatten in diesem Zeitraum Symptome erlebt, die für *burn out* sprechen. Die betroffenen Ärztinnen und Ärzte hielten die *burn out*-Symptome aus und standen sie durch, anstatt Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Die Inzidenz der *burn out*-Symptomatik korrelierte mit der mangelnden Fähigkeit, die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten in deren eigener Sprache durchzuführen.

Intervention: Streß geht oft einher mit einer verminderten Sensibilität für die Umwelt. In unterstützenden Selbsthilfegruppen können Medizinstudierende dem entgegenwirken, indem sie den emotionalen Streß ihrer Ausbildung reflektieren.

Die Teilnahme (von Medizinstudierenden der ersten drei Jahre und Fakultätsmitgliedern) an den Selbsthilfegruppen, welche Goetzel et al. (1984) beschreiben, ist freiwillig. Die freiwillige Teilnahme erhöht die Wahrscheinlichkeit positiver Erfahrungen. Sie ergibt sich aus dem (in den Selbsthilfegruppen erfüllten) Wunsch nach sozialer Affiliation und der Möglichkeit, Gefühle vor Personen mit ähnlichem Hintergrund in einer sicheren Umgebung auszudrücken. Die Mitglieder der Selbsthilfegruppen können durch ein wechselseitiges, empathisches Verstehen und (Sich-) Erkennen ihre Erlebnisse und Emotionen als normal oder unnormal revidieren. Dieser Gruppenprozeß verringert emotionale Isolation und das Gefühl der Unzulänglichkeit. Denn die Wahrnehmung „Nur mir geht es so“ interpretieren die Personen oft als „Ich bin ungeeignet“ (Baldwin et al. 1997; Brashear 1987).

2.5 Religion und Gesundheitswesen im Zusammenspiel

Die Öffentlichkeit verfügt über unzureichende oder verzerrte Informationen, die das religiöse Wissen der in der psychologischen Gesundheitsfürsorge Beschäftigten betreffen et vice versa. Dieser Umstand kann zu Fehlinterpretationen (Larson et al. 1986) und ernsthaften kommunikativen Störungen in der Arzt-Patienten-Interaktion führen (Holland et al. 1999).

Bis zu 60% der amerikanischen Krankenpflegekräfte kommen in ihrer Ausbildung mit spirituellen und religiösen Themen in Kontakt (Flannelly et al. 2002) gegenüber nur einem niedrigen Prozentsatz der in amerikanischen und kanadischen Kliniken psychologisch und ärztlich Tätigen (Koenig et al. 1991). Kulturelle und ethnische Aspekte (Wie nehmen Menschen verschiedener Ethnien Krankheit wahr? Wie und von wem akzeptieren sie Pflege?) werden in den verschiedenen Ausbildungsgängen des Gesundheitswesens ebenso wenig thematisiert (McNeil 1990).

Religiös geprägte Psychiaterinnen und Psychiater unterziehen sich seltener als ihre atheistischen oder agnostischen Kolleginnen und Kollegen einer Therapie wegen

psychischer Probleme (Larson et al. 1986). Der Glaube an einen Gott findet sich in den USA bei psychiatrisch und psychologisch Tätigen (trotz theistischer Erziehung vieler) allerdings seltener als in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung. 90% der Amerikaner sind gläubig, 40% gottesdiensttreu, 20-30% beten wegen Sorgen und emotionaler Probleme und 20% schätzen Religion als sehr wichtig für das Leben ein (Koenig et al. 1991; Larson et al. 1986; Tepper et al. 2001).

Bei Neittaanmaki et al. (1999) ordnet eine Mehrheit der finnischen Ärztinnen und Ärzte den Glauben an Gott als einzigen von 17 zur Auswahl stehenden Werten nicht als (sehr oder ziemlich) wichtig ein. Die geringe Wertschätzung des Gottesglaubens kann mit daran liegen, daß im naturwissenschaftlich geprägten ärztlichen Beruf selten Zeit zur Verfügung steht, neben den wissenschaftlichen Fähigkeiten auch die eigene Spiritualität zu kultivieren und zu nähren (Koenig et al. 1991; Neittaanmaki et al. 1999).

2.6 Psychosoziale generalisierte Widerstandsressourcen

Generalisierte Widerstandsressourcen braucht ein Mensch, um Spannung und Belastung handhaben zu können. Sie fördern die Entwicklung des Kohärenzgefühls. Genetische und konstitutionelle generalisierte Widerstandsressourcen tragen mit den anderen Ressourcen dazu bei, daß sich ein Mensch auf der „Gesundheitsseite“ des *health-ease – dis-ease* - Kontinuums bewegt. Der jeweilige soziokulturelle und historische Kontext prägt die Ressourcen aus (Dlugosch 1994; Singer 1999).

Psychosoziale generalisierte Widerstandsressourcen sind: Materielles; Wissen, Intelligenz; Ich-Identität; Coping-Strategie; soziale Unterstützung, Bindung; Engagement, Zufriedenheit, Zusammenhalt, Kontrolle; kulturelle Stabilität; Magie, Zauber; Religion, Philosophie, Kunst; präventive Gesundheitsorientierung (Antonovsky 1979). „Hinsichtlich aller Aspekte kann eine Person auf einem Kontinuum platziert werden. Je höher man sich auf dem Kontinuum befindet, desto wahrscheinlicher wird man solche Lebenserfahrungen machen, die einem starken SOC förderlich sind. Chronische Ressourcen bzw. chronische Stressoren sind die

primären Determinanten des SOC-Niveaus. Chronische Ressourcen wie chronische Stressoren sind Stimuli, die herausfordern.“ (Antonovsky 1997 S. 44ff, 125)

Im Folgenden werden die psychosozialen generalisierten Widerstandsressourcen auf Vorhandensein und Ausprägung in der ärztlichen Berufsgruppe beleuchtet.

2.6.1 Materielles

Die hochqualifizierte und verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit wird hierzulande gegenwärtig nicht angemessen vergütet (Ruebsam-Simon 2002). Frei nach Antonovsky könnte man sagen, wenn man mit seiner finanziellen Situation nicht zufrieden ist, liegt das nicht daran, daß man ein schwaches SOC hat, sondern daran, daß man nicht über ein zufriedenstellendes Einkommen verfügt (vgl. Antonovsky 1997 S. 162).

In Deutschland folgt dem Dritten Medizinischen Staatsexamen eine (u.a. finanziell) wenig attraktive 18 Monate dauernde Zeit als Ärztin oder Arzt im Praktikum. Die Abschaffung dieser Phase wurde von 2009 auf 2004 vorgezogen, so daß die ärztliche Karriere zukünftig mit einer höheren Bezahlung als Assistenzärztin bzw. -arzt begonnen wird (Flintrop 2003).

2.6.2 Wissen, Intelligenz

Trägt die Medizinische Ausbildung dazu bei, Wissen und Intelligenz als eine generalisierte Widerstandsressource zu fördern? Von Medizinstudierenden wird verlangt, daß sie die Lernerfahrungen aus Vorlesungen, Seminaren, klinischen und Labor-Praktika integrieren. Durch direkte und mittelbare Kontakte mit Patientinnen und Patienten werden sie mit unterschiedlichen Situationen des menschlichen Daseins konfrontiert (Goetzel et al.1984).

Die vielen Prüfungen sind oft der Mittelpunkt, um den sich für die Medizinstudierenden alles dreht. Diesem Bereich ordnen sie die höchsten Streßwerte zu. Ruebsam-Simon (2002) moniert dieses „Dauertraining in Streßbelastbarkeit“. Gleichzeitig werden erfreuliche, gute Prüfungsleistungen als sehr erhebend erfahren (Heim 1992; Wolf 1994).

Es besteht eine Diskrepanz zwischen dem Lehrplan des Medizinstudiums und den Anforderungen in der Klinik. Zudem fehlt ein angemessener Austausch zwischen

beiden Abschnitten der ärztlichen Ausbildung (Firth-Cozens 1989; Hyppola et al. 2002). Der Hauptteil der Lehre für Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung geschieht während der Visiten und klinischen Besprechungen. Die Ausbildung erfolgt unter Zeitmangel und dabei weder adäquat noch effektiv, sondern insuffizient und unbefriedigend.

Neben allgemeinen Charakterisierungen finden sich auch konkrete Aussagen, die das Bild einer unkoordinierten und inkonsistenten Ausbildungsbetreuung stützen. Berufsjunge Ärztinnen und Ärzte in London z.B. übersehen 39% der klinisch bedeutsamen röntgenologischen Abnormalitäten (Vincent et al. 1988). Auch über die Dauer von sechs Monaten verbesserten sie sich nicht.

Was sind die Gründe? Den meisten Lehrenden (Fachärztinnen und –ärzte und oft auch Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung) fehlen die pädagogischen Grundlagen (Wilson 1993). Hinzu kommt, daß die Lehrenden teilweise selbst nur ungern bzw. widerwillig an zeitaufwendigen Weiterbildungen teilnehmen (Challis et al. 1998). Rückmeldung von den Lehrenden an die Ärztinnen und Ärzte in der Aus- und Weiterbildung zu deren Leistungen findet nur rudimentär statt.

Welche Aspekte ärztlichen Handelns werden in der medizinischen Ausbildung vernachlässigt? Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Bereiche Kommunikation, Gesundheitsberatung, Management, administrative Arbeit, Planung, Rehabilitation und die Fürsorge Todkranker werden nicht ausreichend berücksichtigt (Hyppola et al. 2002). Viele angehende Ärztinnen und Ärzte interessieren sich für diese zum Teil nicht-klinischen Kompetenzen erst, wenn es ihrer bedarf, also in der postgraduellen Phase (Hyppola et al. 2002).

2.6.3 Ich-Identität

Aus der beruflichen Arbeit kann sich ein gesellschaftlich integrativer Status ergeben, welcher den Arbeitenden Erfahrungen von Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung sowie Zukunftsperspektiven vermittelt (Uexküll 1997). In Abhängigkeit von den individuellen Neigungen kann dies wesentlich zur sozialen Identitätsbildung beitragen. Dieser Prozeß der sozialen Identitätsbildung und die persönliche Identifikation mit Beruf und Arbeit können in Aus-, Weiter- und Fortbildung verstärkt und gefördert werden. Wer schwach ausgeprägte Erwartungen an seine berufliche Position knüpft, geht mit schwach ausgeprägter Motivation in Aus-, Weiter- und

Fortbildung. Dem Prozeß der sozialen Identitätsbildung fehlt auf diese Weise die Voraussetzung.

Während der ersten Berufsjahre beginnen Arbeitseinstellung und –zufriedenheit, Beziehungen zu den Kollegen und wegweisende Karriereentscheidungen sich zu entwickeln und zu festigen. Das Verhältnis zwischen den auszubildenden Ärztinnen und Ärzten und den Lehrenden in diesen *formative years* (Lambert et al. 2000) ist von zentraler Bedeutung für die Lernerfahrung und kann die Karriereentscheidung nachhaltig beeinflussen (Lambert et al. 2000; Mencken 1998; Paice et al. 2002).

Viele Menschen mit einem akademischen Abschluß beginnen den Arbeitsprozeß ohne eine wirklich ausgebildete personale Autonomie (Berman et al. 1975). Wenn die Medizinstudierenden die entstehenden Stressoren des Studiums erleben, werden ihre adaptiven Kapazitäten strapaziert. Diese Beanspruchung geschieht zu einer Zeit ihres Lebenszyklus, in der es darum geht, ihre Identität zu festigen. In dieser Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen bewegt sich die Entwicklung zwischen Isolation und enger Vertrautheit zu (einem, den) Menschen (Erikson 1980). Hinzu kommen „Riten des Durchganges“, welche zu verstehen sind als professionelle Sozialisation während des Berufsbeginns. Diese findet statt in einer Umgebung, die als fordernd, rigide, autoritär und dehumanisierend charakterisiert wird (Wolf 1994; Heim 1992).

Der Spannung zwischen Identitätsfindung und dem Zulassen und Schaffen von Vertrautheit muß begegnet werden. Die erfolgreiche Lösung dieser Entwicklungskrise fällt Ärztinnen und Ärzten schwer, denn es bestehen dafür sechs psychologische Voraussetzungen, die in der ärztlichen Ausbildung wenig gefördert werden: Anschluß, Bindung; Selbstachtung; Kritikfähigkeit; inneres Sicherheitsgefühl sowie Selbst-Ausdruck und Kreativität (Wolf 1994).

2.6.4 Coping-Strategie

„Ein starkes SOC ist *kein* bestimmter Coping-Stil (Antonovsky 1997 S. 130). Aber es gibt eine feste Verbindung zwischen dem SOC und der Qualität des Verhaltens (a.a.O., S. 167). *Die Person mit einem starken SOC wählt* (aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen) *die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten scheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht.*“ (a.a.O., S. 130) (Hervorhebung im Original) Das Coping kann

unterschiedliche subjektive Funktionen erfüllen, in der Regel ist es ein Muster von Person-Situations-Passung (Heim 1991).

Was kann man unter Person-Situations-Passung verstehen? Lebensveränderungen kann man danach kategorisieren, ob sie erwünscht, vorherzusagen und zu kontrollieren sind, inwieweit Anpassung nötig ist und ob sich mit den Veränderungen eine Annäherung an das Sozialgefüge vollzieht oder eine Entfernung davon (Billings & Moos 1981).

“Aktive, zupackende, auf das Problem bezogene Strategien (sind) dort angezeigt, wo eine Veränderung absehbar, erreichbar ist. Diese sind Situationen, deren Veränderung einen hohen Grad an Kontrollmöglichkeiten einschließen, also Teamkonflikte, Umgang mit bestimmten Problempatienten.“ (Heim 1993)

Diese Voraussetzungen bestehen nicht bei strukturell bedingten Belastungen. Hier kann z.B. Verleugnen „die ausgelöste emotionale Spannung erträglicher machen“. Problemorientiertes Coping ist negativ, gefühlsbetontes und wunschhaftes Denken hingegen positiv mit Streß assoziiert (Heim 1993; Wolf 1994).

Person-Situations-Passung steht für den Prozeß Erkennen, Auswählen und Anwenden, den Antonovsky beschreibt. Ein starkes Kohärenzgefühl trägt dazu bei, daß der Prozeß im Umgang mit dem Stressor das Niveau des Kohärenzgefühles bestätigen wird.

Laut Antonovsky ist flexibles, rationales Coping besonders geeignet für die Spannungsbewältigung.

Coping bei Ärztinnen, Ärzten und Medizinstudierenden

Es ist beschrieben, daß Menschen, die höher gebildet sind und mehr Geld verdienen, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit aktive und effektive Strategien einsetzen (Billings & Moos 1981).

Arbeitsschutzmaßnahmen, Streß- und Fehlermanagementkurse sind effektiv (Tallant et al. 1989) und üblich in Wirtschaft, Verwaltung, vielen Körperschaften, Privatorganisationen und Luftfahrtgesellschaften. Unabhängig von der aktuellen Arbeitsbelastung verwenden hocheffektive cockpit crews in der Luftfahrt ein Drittel ihrer Kommunikation, um Bedrohungen und Fehler zu diskutieren.

In der Ärzteschaft sind solche Maßnahmen nicht üblich. Zwar empfehlen Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten, Streßmanagementkurse zu belegen (Heim 1991; Heim 1992; Heim 1993). In der Medizin besteht jedoch ein massiver Druck, Fehler zu verdecken, wodurch die Verbesserungschancen reduziert werden (Sexton et al. 2000). Eine Erklärung dieser widersprüchlichen Einstellung der Ärztinnen und Ärzte („Wissen schützt vor Torheit nicht!“) sieht Heim (1991) darin, daß die Gesundheits-Profis vor der Idee zurückscheuen, der Beruf, den sie mit so viel Motivation gewählt haben und der ihnen ein hohes Maß an Erfüllung bringt, könnte gefährlich sein.

Heim (1993) skizziert vier ärztliche Coping-Grundtypen „Macher, Vermeider, Umgänglicher, Problemtürmer“. Er kennzeichnet jeweils ihre Stärken und Schwachstellen sowie bevorzugte und zu wenig beachtete Bewältigungsformen. Heim stützt seine Ableitungen auf 20 qualitativ vertiefte Interviews mit Zahnärztinnen und -ärzten aus der Schweiz.

2.6.5 Soziale Unterstützung durch Bindungen und Beziehungen

Für das innere Gleichgewicht ist es wichtig, über sozialen Beistand zu verfügen (Sieminska & Dawid 1997). Soziale Unterstützung kann als Ressource in der Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen wirken (Schwarzer und Leppin 1989). Diese Quelle von Hilfe wird ineffektiv, „wenn das Selbstwertgefühl oder das Streben nach Autonomie auf Seiten des Hilfe-Empfängers untergraben wird oder wenn die Art der Unterstützung mit dem Bewältigungsverhalten der Person interferiert.“ (S. 279 Sarason et al. 1990; Aymanns et al. 1993)

Unterstützung hat eine streßreduzierende Wirkung (Buunk 1990; Cutrona und Russel 1987; Wills 1991). Personen, die ihr Leben als streßarm wahrnehmen und sich gering unterstützt fühlen, weisen aber weniger körperliche und depressive Symptome auf als die Personen, die zwar im gleichen Ausmaß Streß erleben aber höhere Unterstützung empfinden (Cohen und Hobermann 1983).

Einige Berichte scheinen sich zu widersprechen. Das Mitteilen von Gefühlen ist der Gesundheit zuträglich (Pennebaker 1989), es kann aber ebenso Angstgefühle verstärken (Costanza et al. 1988). In vielen Situationen muß die soziale Unterstützung

lösungsorientiert sein, um Angst reduzieren zu können. Fehlende oder bestehende Affiliation (in der Ehe, durch gute und häufige Kontakte mit Freunden und Familie, durch Mitgliedschaft in einer Religionsgemeinschaft oder einer anderen Organisation) hat direkte gesundheitsrelevante Folgen (Berkman & Syme 1979; Blazer 1982; Atkins et al. 1991; Buunk 1996).

Arbeit im Team als mögliche Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte

Kohärente Team-Arbeit in der Medizin ist essentiell für eine hochwertige Patientenfürsorge - direkt über effiziente und effektive Dienste, mittelbar über ihre streßreduzierende Wirkung. Neben den Möglichkeiten der Unterstützung und Beaufsichtigung formen Teams eine Art Mikroorganisation, die zu innovativen Ansätzen in der Lage ist. Mit diesen können z.B. ärztliche Rufbereitschaften praktikabel, erträglich und eventuell sogar befriedigend gestaltet werden (Mencken 1998).

Es ist nicht vollständig verstanden, welche Faktoren dazu beitragen, daß ein Mensch personale oder organisierte Netzstrukturen als hilfreich wahrnimmt. Der Team-Status einer Person entscheidet mit darüber, wie sie die Kooperation und die Kommunikation erlebt. In der Intensivmedizin bewerten z.B. Ärztinnen und Ärzte die Qualität der Team-Arbeit mit den Pflegekräften höher als diese es umgekehrt tun (Sexton 2000). Die Gruppendynamik verändert sich bereits negativ, wenn ein Mitglied der Belegschaft den Eindruck schlechter Zusammenarbeit gewinnt.

Medizinstudierende am Ende ihres *internship* fühlen sich unterstützt von Pflegekräften, dienstälteren Ärztinnen und Ärzten aber nicht von der Krankenhausverwaltung. Frauen und Männer nehmen Arbeitsbedingungen unterschiedlich wahr. So fühlen sich Ärztinnen durch Pflegekräfte (Krankenschwestern) stärker unterstützt als Ärzte (Lambert 2000).

Partnerschaftliche Beziehungen und Familie als Quelle von Unterstützung

Franke verweist auf den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und dem Kohärenzgefühl: „Bei beiden Geschlechtern fanden Sack et al. (1997) signifikant höhere SOC-Mittelwerte bei Verheirateten als bei Ledigen oder Geschiedenen. Das SOC (war) bei Frauen mit Kindern höher (hochsignifikante Beziehung zwischen Kinderzahl und SOC).“ (Franke 1997 S. 178)

Die Hauptquelle arbeitsplatzunabhängiger emotionaler Unterstützung für die Mehrzahl der Erwachsenen ist die Ehe. Gleichzeitig besteht der gesellschaftliche Trend, später zu heiraten und in einer nicht-ehelichen Gemeinschaft zusammenzuleben (Brashear 1987).

Viele Ärztinnen und Ärzte bauen bei Eintritt in die klinische Ausbildung Liebesbeziehungen mit Kolleginnen und Kollegen auf und geben die davor bestehenden auf (Brashear 1987). Daneben können sie in der Regel eine Person nennen, die nicht in ehelicher oder einer Liebesbeziehung zu ihnen steht und an die sie sich jederzeit mit Problemen wenden können (Simpson & Grant 1991).

Eine sehr gute Beziehung kann adäquat funktionierende Unterstützung liefern, die einer Person fehlen kann, die viele oberflächliche Beziehungen unterhält (Cohen & Wills 1985). Der Aufbau und die Aufrechterhaltung intensiver personaler und emotionaler Verbindungen bedürfen Zeit, Reife und einer immensen Energie. Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung verfügen nicht zwangsläufig über ausreichend Zeit, Reife und Energie. Auch ist die Hypothese verfehlt, verheiratete Ärztinnen und Ärzte hätten *per se* ein ausgebildetes Unterstützungssystem.

Ärzte bevorzugen das traditionelle Ehe-, Berufs- und Familienmodell, welches eine vergleichsweise hohe Stabilität aufweist. Sie möchten sich ihrer Arbeit widmen und gleichzeitig wissen, daß sich die nichtärztliche Ehefrau um Familie und Haushalt kümmert (Buddeberg-Fischer et al. 2002; Berman et al. 1975; Gross 1992).

Im Gegensatz zu den Ärztinnen ist die Mehrzahl der Ärzte verheiratet und kinderreicher als die Durchschnittspopulation (Buddeberg-Fischer et al. 2002; Gross 1992; Lambert et al. 1998). Von den Ärztinnen, die heiraten, gehen sehr viele eine Arzt-Ärztin-Ehe ein (Gross 1992), die oft geschieden wird (Heim 1992). Ehepaare, die ihre Partnerschaft als Kommilitonen beginnen und als im gleichen Beruf Arbeitende fortsetzen, trennen sich häufig kurz nach dem Ende der beruflichen Ausbildung (Berman 1975). In einer Arzt-Ärztin-Ehe können ein großes Verständnis für die beruflichen Probleme oder ein Konkurrenzdenken existieren. Wenn Ehefrau wie –mann Unterstützung und Zuneigung benötigen, aber beide ihre Zeit schlecht koordinieren können und/ oder erschöpft sind, fühlen sich weder sie noch er in der Ehe emotional getragen (Brashear 1987).

2.6.6 Engagement, Zuwendung und Zufriedenheit

Engagement kann Zufriedenheit, Zusammenhalt und Kontrolle erleben lassen (Antonovsky 1997). Was motiviert Menschen dazu, sich füreinander zu engagieren und Mitmenschen zuzuwenden?

“Pflege, Zuwendung, Sich-Kümmern ist die gemeinsame Übereinkunft der Menschen, sich füreinander einzusetzen. Zuwendung kann nicht produziert, bereitgestellt, geleitet, organisiert, verwaltet oder zur Ware gemacht werden. Zuwendung ist das einzige, das ein System nicht herstellen kann.” (McKnight 1996)

Ohne die implizierte Wechselseitigkeit und durch ökonomische Zwänge in der Medizin verkommt die Zuwendung zum Produkt, zum Gebrauchsgegenstand und wird weniger selbstaufmerksam durchgeführt (Tillich 1958; McCandless 1994; Ruebsam-Simon 2002). Viele Dienstleistenden verstecken die wirtschaftspolitischen Aspekte ihrer Dienste hinter einer Fassade, die Liebe und Zuwendung suggeriert. Dabei merken sie nicht, daß ihr eigenes Wesen mit ins Hintertreffen gerät und sie die Hilfe ungeahnt freudlos leisten (McKnight 1996).

Soziale und institutionelle Zwänge und die profunde professionelle Sozialisation, die sich über lange Zeiträume erstrecken, besitzen aber nur begrenzten Einfluß. Viele Ärztinnen und Ärzte bewahren und entwickeln trotz der (widrigen) Umstände ihre zwischenmenschlichen Qualitäten und sozial erwünschten Eigenschaften wie Empathie und Selbstkritik (Zeldow & Daugherty 1987).

Empathie und Selbstkritik sind wichtig in den Pflegeberufen. Ärztinnen und Ärzte, die diese Attribute aufweisen, sind anfälliger für Streß, wenn sie nicht in ein verständnisvolles und unterstützendes Arbeitsumfeld eingebunden sind (Firth-Cozens 1987). Es ist wichtig für die Ärztinnen und Ärzte, daß sie eine ressourcenreiche Unterstützung seitens der Klinik heranziehen können (Mushet & Donaldson 2000).

Motive für und Ausprägung von Engagement, Empathie und Zuwendung im Beruf sind also von der Persönlichkeit und von den Arbeitsbedingungen beeinflusst.

Motive der Berufswahl; Entscheidungen und Zufriedenheit in der medizinischen Karriere

Wer eine ärztliche Laufbahn erwägt und von unzufriedenen Ärztinnen und Ärzten passiv (durch die abschreckende Wirkung) wie aktiv entmutigt wird, entscheidet sich

gegen die Medizin. Wissenschaftliche Interessen wie auch die Hingabe an die Hilfstätigkeit können in nicht-ärztlichen Berufsfeldern ebenso bzw. besser befriedigt werden. Bevor die Entscheidung fällt, werden auch finanzielle Aspekte erwogen, das heißt die ansteigenden Kosten des Studiums und die Einkommensaussichten im ärztlichen Beruf (Ponder 1992; Zeldow & Daugherty 1987).

Vorrangig die Männer ziehen finanzielle Gesichtspunkte in Betracht. Sie lassen sich zusätzlich von der Familientradition leiten (Ärzte haben überzufällig häufig Ärzte als Väter). Auch denken sie mehr an Status, Autorität und Prestige, die dem Mann wie dem Arzt mutmaßlich zustehen. Aufgrund dieser Denkweise fühlen sie sich eher bedroht und folglich gestreßt, wenn ihre Macht und Position angegriffen werden. Hier ist z.B. an Klagen auf Schadensersatz zu denken.

Die Motivation der Frauen wird mehr getragen von guten schulischen Ergebnissen, dem Interesse, Menschen zu helfen und einem lange bestehenden Wunsch, Ärztin zu werden (Gross 1992; Neittaanmaki et al. 1993). 22% der von Hyppola et al. (1998) befragten Ärztinnen und Ärzte würden, wenn vor die Wahl gestellt, ihre Karriereentscheidung zu Gunsten der Medizin revidieren.

Die Motive der Berufswahl sind vielseitig. Die Entscheidung wird auch von dem Bild getragen, das individuell bei jeder Person über den ärztlichen Beruf existiert. Die Konfrontation mit den tatsächlichen Gegebenheiten wirkt sich auf die (weitergehenden) Entscheidungen und die Zufriedenheit aus.

Ärztinnen und Ärzte im deutschsprachigen Europa, in Großbritannien und den USA zeigen eine hohe Berufszufriedenheit bzw. werden mit der Ausbildung und den Karriereaussichten im Verlauf der Jahre, in denen sie studieren und lernen, zunehmend zufriedener (Davidson et al. 2002; Heim 1991; Lambert et al. 2000; Loevenich et al. 1996; Wolf 1994). Sie sind „in höheren Semestern“ auch besser in der Lage, ein gesundes Gleichgewicht zwischen Privat- und Berufsleben aufrechtzuerhalten. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte meinen jedoch, daß zu wenig Karriereberatung verfügbar ist.

Steht die hohe Berufszufriedenheit im Widerspruch zu Aussagen die über Ausbildungsmängel, Stressoren, Streß, Suizidalität usw. gemacht worden sind?

Zu beachten ist, daß diese Aussagen zumeist indirekte Informationen sind, die von Beobachtern stammen. Dagegen erhält man die Antwort auf die Frage „Wie zufrieden

sind Sie?“ direkt von den Ärztinnen und Ärzten. In den Abschnitten über das Coping-Verhalten und die eigene Gesundheitsfürsorge wurde darauf aufmerksam gemacht, daß viele Ärztinnen und Ärzte dazu neigen, problematische Aspekte ihrer Arbeit zu verdecken und störende Fragen und Einwände zu verdrängen. Weiterhin kommt der „Zufriedenheitsforschung“ aufgrund methodischer Probleme und bekannter Antworttendenzen eine untergeordnete Bedeutung zu.

Die höhere Zufriedenheit scheint zwar ein Merkmal der dienstälteren Medizinerinnen und Mediziner zu sein. Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen hingegen die Berufsanfänger.

2.6.7 Religion: ein stabiles Set von Antworten

Religiosität ist ein Konstrukt multipler und interaktiver Variablen. Sie kann nicht allein durch konfessionelle Zugehörigkeit, religiöse Tätigkeiten, Überzeugungen oder Haltungen gemessen werden (Larson et al. 1986; Orr & Isaac 1992).

“Das Konzept der Spiritualität wird weiter gefaßt als Religiosität. Es umfaßt Transzendenz; ein Gefühl der Verbundenheit mit dem Ich, anderen Menschen und höheren Mächten; das Bedürfnis, Sinn zu finden im Leben, Leiden und Sterben.” (Flannelly et al. 2002 S. 679)

Gottesgläubigkeit trägt dazu bei, das Kohärenzgefühl zu entwickeln (Kutz 2000). Antonovsky spricht „wahren Gläubigen“ ein starkes Kohärenzgefühl und Flexibilität im Coping-Verhalten zu: „Manche (streng religiöse Menschen) sind auf geradezu hysterische Weise rigide. Viele andere jedoch sind ausgeglichen und leben mit sich selbst in Frieden. Der wahre Gläubige, der eher ein starkes als ein rigides SOC hat, ist fundamentalen Prinzipien und festen Regeln verpflichtet und wird durch sie geleitet. Aber bezüglich der Strategien, die in verschiedenen Umgebungen angewandt werden, kann es eine beachtliche individuelle Autonomie geben.“ (Antonovsky 1997 S. 42) Für viele Menschen ist Religiosität der primäre und ausschließliche Weg, Spiritualität auszudrücken (Flannelly et al. 2002).

Antonovsky sieht auch Magie, Zauber (*magic*) als Widerstandsressource, doch gerade bei diesem Thema lassen sich die Meinungen selten vereinen (Kropf 2002).

Religion und Gesundheit

Um die Tiefe des Glaubens oder der Religiosität wissenschaftlich zu beschreiben und zu messen, werden üblicherweise folgende Dimensionen angesetzt: Teilnahme an organisierten und nichtorganisierten Tätigkeiten; eigene Angaben (wie religiös bin ich?); dogmatische Überzeugung; immanente religiöse Motivation (Ellison 1991; Holland et al. Baider 1999; Orr & Isaac 1992).

Larson et al. (1992) kategorisieren Maßstäbe der Religiosität in fünf Dimensionen. Davon sind vier (Zeremonie, soziale Unterstützung, Gebet und Beziehung zu Gott) positiv, also vorteilhaft, mit psychischer Gesundheit assoziiert. Die fünfte Dimension ist die der Bedeutung. Personale Absichten und Ziele, Werte, Anschauungen und Ethik bilden zusammen die Bedeutungsdimension. Sie hat ein Potential für negative Assoziationen.

Verschiedene Autoren gehen auf das Einhergehen von bedeutsamen Lebenssituationen und der Zuwendung zu Religion und Spiritualität ein.

Lebenskrisen sind eine „Gelegenheit für spirituelles Wachstum“ (Hall 1986; Moyer 1989).

In der Onkologie ist es üblich, daß sich die Patientinnen und Patienten mit ihren Betreuenden freimütig über Religion und Spiritualität unterhalten (Flannelly et al. 2002). Auch Schwerkranken begegnen ihrem möglicherweise todbringenden Zustand mit Glaubensüberzeugungen (Pressman et al. 1992). In einer Studie über Streß und *burn out* bei Personen, die in der Onkologie arbeiten, fragten Kash et al. (2000) u.a. nach Religiosität. Befragte, die sich als religiös bezeichneten, wiesen eine geringere *burn out*-Symptomatik auf. Diese Personen schreiben Leben und Tod wahrscheinlich eine Bedeutung zu, die ihnen zu höherer Zufriedenheit und Belohnungswahrnehmung verhilft.

Menschen, die sich in einer religiösen Gemeinschaft engagieren, zeigen eine geringere Mortalität (Berkman & Syme 1979). Familien- (Ehe-) Stand, außerdem Freunde und Bekannte sind in dieser Hinsicht indes bedeutsamer als eine Gruppen- oder Kirchenzugehörigkeit.

Besonders ältere Menschen und Menschen mit einer höheren Bildung erleben einen positiven Einfluß einer religiösen Überzeugung auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit. Auch geben freikirchliche und liberale Protestanten, Mitglieder

der Mormonen und Zeugen Jehovas eine höhere Lebenszufriedenheit an als traditionell organisierte Gläubige. Charismatische Gemeinschaften fördern starke Gefühle von Autonomie und zugleich Zugehörigkeit, indem sie ihren Angehörigen hohe Forderungen, Ansprüche und Ziele betreffs Engagement und Organisation nahelegen (Ellison 1991). "Sie sind dadurch charakterisiert, daß unabhängig von individuellen Differenzen die Mitgliedschaft in der Gemeinschaft von absoluter Zentralität im Leben dieser Mitglieder ist. Für jeden einzelnen sind das Selbst und die soziale Identität eng miteinander verstrickt." (Antonovsky 1997 S. 159)

Psychologie und Religion

Eine Verbindung von Psychologie und Religion ist in seelsorgerischer Beratung zu sehen. Sie wird in Kliniken, Gefängnissen und anderen Einrichtungen angeboten. Viele konfessionelle Gruppen finanzier(t)en die Seelsorge-Programme, die in der Regel von kirchlich ordinierten und psychologisch ausgebildeten Pastorinnen und Pastoren durchgeführt werden (Moyer 1999). Deren Verhaftetsein an theologische Lehren spielt in ihre Arbeit hinein (Hall 1986), wenn auch der heutige Ansatz ein ökumenischer ist, ein multi- wie interreligiöser. Ärztinnen und Ärzte (besonders die konfessionslosen) vermitteln ihren Patientinnen und Patienten seltener Kontakte zum Seelsorgedienst als Krankenpflegekräfte dies tun. Der Umfang der „am Bett der Betreuten“ verbrachten Zeit könnte dafür den Ausschlag geben (Koenig et al. 1991).

2.6.8 Präventive Gesundheitsorientierung

In der Ressourcenforschung findet sich die Selbstaufmerksamkeit (Selbst-Bewußtsein) als Prädiktor für Spannungsbewältigung. Wer „gut auf sich aufpaßt“, handelt öfter gesundheitsbezogen und krankheitsvermeidend (Mullen und Suls 1982), bildet nach belastenden Lebensereignissen schwächere psychosomatische Symptome aus (Suls und Fletcher 1985) und unternimmt verstärkt Bewältigungsanstrengungen (Filipp et al. 1993).

Bevor man auf einen Menschen präventiv, interventionell oder therapeutisch einwirken oder der Person soziale Kompetenzen vermitteln kann, ist es notwendig, jeweils den psychologischen Status zu erheben. Dieser Grundsatz gilt sowohl für

Patientinnen, Patienten und Patientengruppen als auch für beeinträchtigte Medizinstudierende (Zeldow & Daugherty 1987).

Präventive Anstrengungen für Ärztinnen und Ärzte, z.B. ein Beratungsservice für medizinisch Angestellte (Firth-Cozens 1987), wollen den bestehenden Zeitdruck reduzieren, die Kompetenz für den Umgang mit Streß stärken und eine angemessene Fürsorge der psychischer Gesundheit sicherstellen (Tyssen et al. 2001; Wolf 1994). Alle beteiligten Ebenen (Politik, Management, interprofessionelle Kooperation, Team-Arbeit und individuelle Entwicklung) sind einzubeziehen, um das Coping-Verhalten verbessern zu können (Grainger et al. 1995; Heim 1991).

Präventive Anstrengungen zielen u.a. auf die Vermittlung einer präventiven Gesundheitsorientierung der Ärztinnen und Ärzten. Das Festhalten an einer Orientierung erfordert vorrangig psychische Leistung. Es bedarf jedoch Zeit, um die Orientierung zu vermitteln und sie sich anzueignen. Gleiches gilt für das Umsetzen von Konsequenzen, die man aus der Orientierung zieht. Tägliche halbstündige gymnastische Übungen stehen als eines von vielen Beispielen.

Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung an deutschen Universitätskliniken können nur wenig Zeit für soziale Aktivitäten, Erholung und Sport verwenden. Von ihnen wird Engagement für die Forschungsvorhaben der Abteilung erwartet. Die Zeit, die sie für Forschung aufbringen, entspricht fast der für ihre Familien (Lingenfelser et al. 1994). Unzufriedene Ärztinnen und Ärzte in Groß-Britannien kritisieren ähnliche Bedingungen (Lambert et al. 2000).

Im Zusammenspiel von Streß und Gesundheit ist der Stellenwert sportlicher Aktivität nicht definierbar. Eine Verringerung der Streßreaktivität durch hohe physische Fitneß steht in frage. Körperliches Training führt zur Verbesserung der Fitneß und bei einem Teil der Personen zur Beeinflussung der Streßreaktivität, aber nicht unbedingt zu besserer Stimmung und Befindlichkeit (Uexküll 1997; Roy und Steptoe 1990; Albright et al. 1992; Geus et al. 1990). Fitneß steht in Beziehung zur Widerstandsfähigkeit und zur Gesundheitsbeeinträchtigung bei Streßbelastung (Roth und Holmes, 1985).

2.7 Quellen von generalisierten Widerstandsressourcen

Die Literatur setzt sich kaum mit den Quellen der generalisierten Widerstandsressourcen auseinander.

„Zur Verfügung stehen Ressourcen, die man selbst unter Kontrolle hat oder solche, die von legitimierte anderen kontrolliert werden – vom Ehepartner, von Freunden, Kollegen, Gott, der Geschichte, vom Parteiführer oder einem Arzt – von jemandem, auf den man zählen kann, jemandem, dem man vertraut.“ (Antonovsky 1997 S.34)

2.8 Lebenserfahrungen

Lebenserfahrungen, die gekennzeichnet sind durch Konsistenz (Verstehbarkeit), Teilhabe an der Ausformung des Geschehens (Bedeutsamkeit) und ein Gleichgewicht zwischen Überlastung und Unterforderung (Handhabbarkeit), „vermitteln das Gefühl von Kohärenz und die Motivation, weitere Kohärenzen zu suchen bzw. zu erstellen“. Die Lebenserfahrungen hängen ab von sozialer Klasse, Ethnie, Rasse und Geschlecht (Antonovsky 1979).

„Erfahrungen einer angemessenen Belastungsbalance werden als entscheidend bei der Determinierung des Erlebens von Handhabbarkeit angesehen.“ (Antonovsky 1997 S. 109)

Überlastung und Unterforderung stehen im Gesundheitswesen oft nicht in der Balance. Bei einigen Ärztinnen und Ärzten kommt das Gefühl auf, von ihrer Arbeit gelangweilt zu sein (37% bei Lambert et al. 2000). Dies spricht für Unterforderung. Am Beispiel der weitverbreiteten Schlafentbehrung hingegen läßt sich Überlastung von Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung veranschaulichen. Situationen von Überlastung (Verantwortungsübernahme) als auch solche von Unterforderung (Routineaufgaben) bestehen nebeneinander im ärztlichen Alltag. Ein Gleichgewicht zwischen Überlastung und Unterforderung kann das Kohärenzgefühl stärken. Die Literatur liefert keine Hinweise, ob dieses Gleichgewicht besteht.

Die Ärztinnen und Ärzte im ersten Berufsjahr müssen vieles lernen. Häufig schlafen sie aufgrund der Arbeitsmenge und des Zeitdrucks zu wenig. Es stellt sich die Frage,

wie Lerndruck und Schlafmangel zu vereinbaren sind (Paice et al. 2002). Schlafentbehrung schmälert die objektiven Aufmerksamkeits-, psychomotorischen und Gedächtnisleistungen sowie die Effektivität ihrer Coping-Prozesse und verschlechtert ihre Stimmung (Lingenfelser et al. 1994). Daher ist es den berufsjungen Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen, adäquate Schlafmuster einhalten zu können (Firth-Cozens 1989; Firth-Cozens 1998; Mencken 1998; Paice et al. 2002).

2.9 Kohärenzgefühl

Ein starkes Kohärenzgefühl: erlaubt es, einige Stimuli als harmlos oder gar als willkommen zu definieren; kann verhindern, daß man für bestimmte Stressoren anfällig ist (dafür werden die verfügbaren Widerstandsressourcen mobilisiert); gestaltet die Spannungsbewältigung so, daß man aus den verfügbaren Widerstandsressourcen die auswählt, die angebracht scheinen, die Spannung aufzulösen, indem man den Stressor überwindet (Antonovsky 1979).

Das Kohärenzgefühl wird gesehen als individuelle Norm, als intrinsischer Wert, als innerer Antrieb, als Mittel und als Ziel (Schwieder 2000). Es erfährt seine Ausbildung und –prägung in Kindheit und Jugend. Ab dem jungen Erwachsenenalter ist das Kohärenzgefühl im Gegensatz zur Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum eher unbeweglich (Antonovsky 1997). Das Kohärenzgefühl kann aber durch psychoanalytische Langzeitbehandlung nachhaltig verbessert werden (Fäh 2000).

„Spürt man, daß die Anforderungen in einem bestimmten Bereich weniger verstehbar oder handhabbar werden, so kann man entweder temporär oder permanent den Rahmen des relevanten Bereiches enger stecken (S. 40 Antonovsky 1997)“. Ein starkes SOC verfügt zwar über feste Regeln, die aber über einen Feedback-Mechanismus flexibel angewandt werden können. Diese „Flexibilität der Grenzen“ sollte sich jedoch nicht auf die Kernfragen des personalen Lebens erstrecken (Antonovsky 1997; Dlugosch 1994).

Helen Antonovsky & Sagy (1986) können mit ihrer Studie Aaron Antonovskys Theoriemodell des sence of coherence teilweise unterstützen. Die Befragung von 418 israelischen Studierenden (von denen 78 zum Befragungszeitpunkt die Evakuierung aus ihren Siedlungen erwarteten) ergab, daß Menschen, die ihre Umwelt als

vorhersehbar, zu bewältigend und sinnvoll auffassen, weniger zu Angstreaktionen und Erlebnissen von Angstzuständen neigen.

3 Fragen

Diese Studie stellt vier Fragen:

1. Wie erleben junge Ärztinnen und Ärzte in Südindien und Leipzig ihren Berufsstart?
2. Welche Belastungen werden von in Südindien und Leipzig tätigen jungen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen?
3. Welche personalen und sozialen Ressourcen und Strategien zur Belastungsverarbeitung werden in den ersten Arbeitsjahren nach dem Medizinstudium von jungen Ärztinnen und Ärzten in Südindien und Leipzig genutzt?
4. Welche Rolle spielen religiöse Einbindung und gelebte Religiosität bei der Belastungsverarbeitung während der ersten Berufsjahre?

4 Hypothesen

1. Die Ärztinnen und Ärzte sowohl in Leipzig (Sachsen) als auch in Südindien erleben in der beruflichen Anfangszeit nach dem Medizinstudium Probleme. Die südindischen Ärztinnen und Ärzte fühlen sich auf die meisten Probleme besser vorbereitet als die deutschen.
2. Beide Gruppen nehmen ähnliche berufliche Belastungen wahr. Die Auswirkungen der Belastungen sind vergleichbar.
3. Die Ressourcen unterscheiden sich zwischen den Gruppen. Die Hauptstrategien der Belastungsverarbeitung sind vergleichbar.
4. Religiosität und Glauben sind eine personale Ressource für das innere Gleichgewicht des Menschen. Diese Ressource ist für die in Südindien Befragten von höherer Bedeutung.

5 Methoden

5.1 Instrumente

Die Interviews wurden anhand eines strukturierten Fragebogens geführt, wobei in Südindien eine englischsprachige Version zum Einsatz kam. Dessen formale und inhaltliche Entstehung wurde unterstützt durch einen Gymnasiallehrer für Englisch und eine Diplom-Psychologin aus Deutschland sowie in Südindien durch eine Biologielehrerin i.R. und eine ehemalige Krankenschwester mit Deutschkenntnissen. Der Endfassung der Fragenformulierung und –zusammenstellung gingen drei Probedurchläufe in Südindien voraus, um das Verständnis der englischsprachigen Version zu testen.

Struktur des Interviews

Themenschwerpunkt	Bemerkung
Allgemeine Angaben	11 Items (Person, Familienstand, Studium, Beruf)
Arbeits- und Freizeit	4 Items
Studium, Berufsbeginn und Arbeitsbelastung	17 Items
Motive und Entscheidungen in der ärztlichen Karriere	4 Items
Personale und soziale Ressourcen und Strategien	27 Items
Einschätzung der Patientenmeinung	30 Items (Schwarz 2001)
Psychosomatisches Beschwerdebild	GBB24 (Brähler 1995)
Berufliche Wünsche, belastende Arbeitsbedingungen, Bedeutsamkeit von Lebensbereichen	drei Fragenkomplexe der Leipziger Absolventenbefragung (Brähler 2002/ 2003)

Tab. 2: Aufbau des Interviews

Der Themenschwerpunkt „Personale und soziale Ressourcen und Strategien“ fragte auch nach Religiosität und Glauben. Der Begriff Beten wurde in diesem Zusammenhang so definiert, daß möglichst viele Ärztinnen und Ärzte bereit waren, die entsprechenden Fragen zu beantworten: Beruf und Arbeitstag – dafür, davor, danach beten, meditieren, sich mit freudigen, störenden, aufbauenden, zermürbenden

und anderen Erfahrungen und Erlebnissen des Arbeitsalltages individuell und/ oder gemeinschaftlich und intensiv beschäftigen.

Der GBB24 (Kurzform des Gießener Beschwerdebogens von Brähler 1995, Ausgabe mit 24 Items) gibt einen Anhaltspunkt dafür, in wie weit körperliche Beschwerden psychosomatisch bedingt oder mitbedingt sind. Die Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden ergeben sich jeweils durch die Angaben zu 6 Items. Addiert man diese vier Skalenwerte, kommt man zum Beschwerdedruck (Skala 5).

Unter Berücksichtigung von Geschlecht und Altersgruppe, ist ein Vergleich mit Stichproben (Bevölkerung, Patienten der Psychosomatik) möglich.

Cronbachs Alpha für die interne Konsistenz liegt zwischen 0,77 und 0,91 (Brähler & Scheel 1995).

5.2 Stichprobengewinnung

Fast alle Informationen zu Name, Fachgebiet, Wohnadresse, Aufenthaltsort usw. der Befragten, die das Zustandekommen der Interviews ermöglichten, waren durch schriftliches, telefonisches und persönliches Nach- und Anfragen direkt bzw. indirekt (Telefon, Fax, E-Mail) unkompliziert und schnell erhältlich. Lediglich das Aussprechen oder Aushändigen der initialen Genehmigungen durch übergeordnete Verantwortliche der südindischen Einrichtungen (*Principal; Dean; Director; Head of Departement; Research Comitee*) fand verzögert statt. In zwei von vier Leipziger Kliniken und in einer Abteilung einer weiteren Einrichtung standen Chefärzte als erste Ansprechpartner vor dem Beginn der Befragungen zur Verfügung.

Südindien

Durch die Mithilfe der Medizinerinnen und Mediziner wurde in Thanjavur eine Liste mit 31 möglichen Kandidaten erstellt. Diese erfüllten zum Zeitpunkt der Befragung das Kriterium, nach Abschluß ihres Studiums nicht länger als 2,5 Jahre klinisch tätig gewesen zu sein. Aufgrund der bedeutenden Größe der Einrichtung in Chennai wäre eine höhere Zahl an Befragungen möglich gewesen. Nachdem das *Research Comitee* in Vellore beschlossen hatte, die Aufnahme ihrer Einrichtung in die Studie zu unterstützen, wurden die relevanten Informationen (Namen und Fachgebiete) über die

Zielgruppe ausgehändigt. In Pondyicherry war in einem Vorgespräch der Mindestbedarf von 20 Befragungen festgestellt worden. Die Personalverwaltung in Pondyicherry gewährte daraufhin Einblick in ihre Unterlagen.

An allen vier Orten kamen jeweils circa acht Interviews wegen wiederholter Terminschwierigkeiten nicht zustande. Problematisch gestaltete es sich des öfteren, Vereinbarungen mit Ärztinnen zu treffen. Männern war der Zutritt zu den *women's hostels* häufig nur unter Aufsicht, tagsüber und bis in den Eingangsbereich gewährt. Durch Arbeitsunterbrechungen und Nutzen der Pausen gelang es, Medizinerinnen entsprechend ihrem Anteil an den ärztlich Tätigen in die Studie aufzunehmen.

Ein Arzt lehnte die Teilnahme bei Kontaktaufnahme explizit ab. Er zweifelte die Statthaftigkeit der Durchführung der Studie in Indien an. Studien an Regierungskrankenhäusern müßten von zentraler Stelle in der Hauptstadt Neu Delhi aus genehmigt werden. Diese Genehmigung wurde nicht eingeholt, da für die Bearbeitung eines Antrages bis zu acht Monate eingeplant werden müssen.

Leipzig

Das Personalwesen der Leipziger Universitätsklinik legte eine Mitarbeiterliste mit 71 Ärztinnen und Ärzten im Praktikum vom Stichtag 21.08.2002 vor.

Zwei Personen lehnten die Teilnahme ab. Ein ausländischer, nicht fließend Deutsch sprechender Arzt reagierte auf drei Kontaktversuche gereizt. Zeitknappheit und unerledigte Aufgaben machten ihm die Teilnahme unmöglich. Wegen permanenter Terminschwierigkeiten mußte bei einer anderen Person der Versuch aufgegeben werden, sie zu interviewen.

5.3 Durchführung

In Südindien sind in den Bundesstaaten Tamil Nadu und im *Union Territory of Pondyicherry* in vier akademischen Lehrkrankenhäusern von Mai bis Juli 2002 (zehn Wochen) 69 Interviews durchgeführt worden. Regierungskrankenhäuser in Thanjavur und Chennai (ehemals Madras), ein christliches Krankenhaus in Vellore (Tamil Nadu) sowie eine Klinikeinrichtung der indischen Zentralregierung in Pondyicherry waren die Befragungsorte.

In vier akademischen Lehrkrankenhäusern in Leipzig fanden von August bis Oktober 2002 (sechs Wochen) 71 Befragungen statt. Die Ärztinnen und Ärzte arbeiteten am Universitätsklinikum sowie in den angeschlossenen Kliniken St. Georg-, Friesen- und Diakonissen-Krankenhaus.

Der eigentlichen Befragung gingen im Mittel in Südindien ein bis zwei und in Leipzig zwei bis drei Versuche voraus, um Kontakt aufzunehmen und/ oder einen Termin zu vereinbaren. Die Interviews dauerten in Südindien im Mittel mit 50 Minuten acht Minuten länger als in Leipzig (Spanne für beide Gruppen: 23 bis 90 Minuten).

Terminabsprachen und die eigentlichen Gespräche fanden je nach Gegebenheiten und Vorgaben der Vorgesetzten während der Arbeitspausen auf den Stationen und/ oder nach Dienstende in den Wohnheimen und Privatwohnungen der Ärztinnen und Ärzte statt. Eine Ärztin aus Leipzig füllte einen Teil des Fragebogens selbständig aus, weil nach einer Unterbrechung des angefangenen Interviews kein Termin für eine Fortsetzung gefunden werden konnte.

5.4 Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte mit der SPSS®-Software (Version 11.0).

Die Daten sind mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung untersucht worden. Bei fehlender Normalverteilung kamen der nichtparametrische Mann-Whitney-U-Test bzw. der Spearman-Test zur Anwendung, um die Daten auf Signifikanz der Unterschiede bzw. der Korrelationen zu prüfen. Der T-Test für unabhängige Stichproben sowie der Test nach Pearson wurden eingesetzt, um signifikante oder nicht-signifikante Unterschiede sowie Korrelationen in den normalverteilten Daten aufzuzeigen.

6 Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Die Befragung schloß Ärztinnen und Ärzte ein, die zum Befragungszeitpunkt als Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums einige Monate und weniger als zweieinhalb Jahre klinischer Tätigkeit vorweisen konnten. Tabelle 3 informiert über Geschlecht, Alter, Familienstand, Elternschaft und die Verteilung der Befragten auf die verschiedenen Einrichtungen.

	Südindien	Leipzig
Ärztinnen	22 %	55 %
Ärzte	78 %	45 %
mittleres Alter	25 1/2 Jahre	28 1/2 Jahre
Altersspanne	23 – 29 Jahre	25 – 33 Jahre
Familienstand		
verheiratet, verlobt oder in Partnerschaft	Frauen: 60 %; Männer: 20 %	Frauen: 59 %; Männer: 81 %
Anzahl mit Kindern	0	Frauen: 2 ; Männer: 6
Einrichtung		
Regierungskrankenhaus	51 %	
Universitätsklinikum		73 %
christliches Krankenhaus	27 %	10 %
Anderes akademisches Lehrkrankenhaus	22 %	17 %

Tab. 3: Beschreibung der Stichprobe

Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich 91% der in Südindien Befragten in der Facharztausbildung, 7% warteten auf eine solche Stelle, 2% arbeiteten anderweitig angestellt in den Kliniken. 75% der Leipziger waren Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, 25% im ersten Jahr der Assistenzzeit.

Südindien

In Thanjavur wurden 21 (68%) von 31 möglichen Kandidaten befragt. In Chennai waren innerhalb einer Woche 19 Interviews möglich. Es war der im Durchschnitt hohen Arbeitsleistung der jungen Ärztinnen und Ärzte geschuldet, daß in Vellore lediglich 15 Befragungen in der zur Verfügung stehenden Zeit stattfanden. Die Liste mit den die Kriterien erfüllenden Medizinerinnen und Medizinern umfaßte circa 60 Namen. In Pondy cherry durften von 56 in Frage kommenden Medizinerinnen und Medizinern 20 befragt werden, 14 nahmen teil.

Leipzig

34 (48%) von den 71 Aufgelisteten der Leipziger Universitätsklinik konnten erreicht und befragt werden, 18 weitere, die nicht aufgeführt waren, fanden sich durch Nachfragen auf den Stationen. In den Bereichen des Friesen- und des Diakonissen-Krankenhauses, für die eine Genehmigung vorlag, sind mit drei und sieben Ärztinnen und Ärzten circa 70% der in Frage kommenden einbezogen worden. Neun Medizinerinnen und Mediziner des St.Georg-Krankenhauses wurden befragt.

6.2 Erleben des Berufsstarts

Hier interessiert, wie die Befragten die Bedeutsamkeit ihres Studiums für den Berufsbeginn bewerteten. Zudem wird untersucht, in welcher Ausprägung und in welchen Bereichen sich der Berufsbeginn problematisch gestaltete.

Fühlen sich die Ärztinnen und Ärzte durch ihr Medizinstudium auf die meisten Probleme, die sie in der Anfangszeit nach Studiumsabschluß erleben, gut vorbereitet? Vorgegeben waren vier Bewertungen (0 bis 3), dabei bedeuteten ,1' „trifft kaum zu“ und ,2' „trifft teilweise zu“. Die anderen Antwortmöglichkeiten bei dieser Frage („Wurden Sie von vielen Problemen überrascht?“) waren „trifft nicht zu“ und „trifft voll zu“. Die Ergebnisse 1,6 für Südindien und 1,2 für Leipzig unterstützen die Hypothese, daß sich die südindischen Ärztinnen und Ärzte besser vorbereitet fühlen. Der Unterschied ist signifikant ($p \leq 0,001$). Die Mitglieder beider Gruppen stimmen kaum bis teilweise zu, daß sie in dieser Anfangszeit von vielen Problemen überrascht worden sind.

Aus den acht Fragen „Wie schätzen Sie Ihr bzw. das durchschnittliche theoretische Wissen der Studierenden/ Ihre bzw. die durchschnittlichen praktischen Fähigkeiten der Studierenden zu Beginn bzw. Ende des Praktischen Jahres bzw. des *internship* ein?“ errechnete sich die Veränderung in diesen beiden Bereichen für die Eigen- und Fremdeinschätzung. Da die Antwortmöglichkeiten mit „1 = hervorragend“ bis „5 = schlecht“ vorgegeben waren, konnten die Differenzen Werte zwischen Null und Vier annehmen. Die Ärztinnen und Ärzte beider Befragungsgruppen sagten, daß sich bei ihnen und bei anderen Studierenden das Praktische Jahr bzw. das *internship* positiv auf die praktischen Fähigkeiten und das theoretische Wissen ausgewirkt habe. Die in Südindien Befragten gaben für sich und in der Fremdeinschätzung eine etwas stärkere Zunahme der praktischen Fähigkeiten an (Differenzen: Südindien: 1,5 und 1,4; Leipzig: 0,9 und 1,1; $p \leq 0,001$) (siehe Abbildung 1).

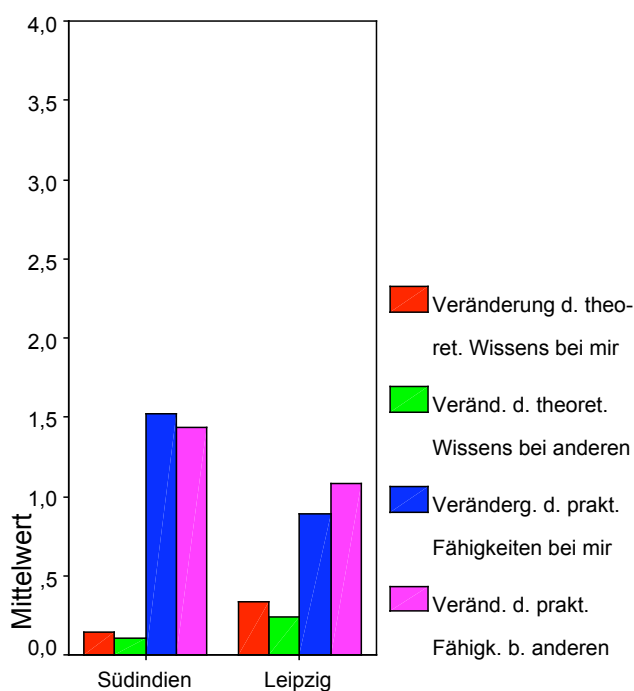


Abb. 1: Veränderung des theoretischen Wissens und der praktischen Fähigkeiten nach Praktischem Jahr bzw. *internship*. Gefragt wurde nach Eigen- und Fremdeinschätzung. Angegeben sind die Mittelwerte der Differenzen.

Unter ‚praktische Fähigkeiten‘ fallen Blutabnehmen, Legen von Flexülen, Wundversorgung, Nähen und chirurgisches Versorgen kleiner Verletzungen, Erheben der Anamnese, Führen von Aufklärungsgesprächen, ferner Dokumentation und Verrichten bürokratischer Aufgaben.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Studierenden im praktischen Abschnitt am Ende des Studiums ihre praktischen Fähigkeiten deutlich ausbauten. Es ist jedoch ebenfalls an die Kritik zu denken, daß der Praxisbezug während des Studiums nicht ausreichend gewesen sei. Dementsprechend äußerten sich Ärztinnen und Ärzte im freien Gespräch vor, während und nach der Befragung sowohl in Leipzig als auch in Südindien.

Es überraschte, daß auch die südindischen Medizinerinnen und Mediziner den Praxisbezug als nicht ausreichend kritisierten. Denn die Medizinstudierenden in Südindien haben einen früheren und intensiveren Bezug zu Klinik, Patientinnen und Patienten und dementsprechend zu Methoden, Anforderungen und Problemen der Praxis. Ab dem zweiten Studienjahr treffen sich die Studierenden jeden Tag für fünf Stunden zur klinischen Ausbildung.

Wie aus den die Interviews begleitenden Gesprächen hervorging, hätten sie während der täglichen klinischen Ausbildung die Erhebung von Anamnese sowie nicht-invasive klinische Diagnostik unter (fach-)ärztlicher Anleitung selbständig durchgeführt. Wundversorgung, aufwendige Verbandswechsel, die Anwendung invasiver Untersuchungstechniken oder ähnliches seien ihnen jedoch nicht gestattet gewesen.

Dies kommt den Bedingungen des Medizinstudiums in Leipzig nahe. Damit relativiert sich der vermeintliche Vorteil des südindischen Medizinstudiums. Es wird deutlich, daß die Medizinstudierenden in Leipzig und Südindien vor einem ähnlichen Manko ihres Studiums stehen.

Der Zugewinn an theoretischem Wissen wurde allgemein geringer eingestuft als der an praktischen Fähigkeiten. Dieser Umstand verwundert nicht angesichts der Tatsache, daß die Ärztinnen und Ärzte im Praktischen Jahr bzw. im *internship* keine regelmäßigen Vorlesungen besuchten, sondern vorrangig mit dem klinischen Arbeiten beschäftigt waren. In Südindien werden *interns* extrem eingespannt und eingeplant, um den Klinikalltag am Laufen zu halten. Zumindest an der Leipziger Universitätsklinik existieren jedoch Leitlinien, nach welchen den Medizinerinnen und Medizinern im Praktischen Jahr eine bestimmte Anzahl von Weiterbildungstagen je Monat einzuräumen war, z.B. für das Eigenstudium in der Bibliothek.

Die in Leipzig Befragten schätzten die im Verlauf des Praktischen Jahres erreichte Zunahme ihres und des theoretischen Wissens anderer minimal höher ein. Die Differenzen für die Selbst- bzw. Fremdeinschätzung betragen in Leipzig 0,3 bzw. 0,2 und in Südindien jeweils 0,1. Der Unterschied für die Fremdeinschätzung ist signifikant ($p \leq 0,04$), für die Selbsteinschätzung nur annähernd ($p \leq 0,09$).

Eine mögliche Erklärung für diese Verschiedenheit lieferten die südindischen Ärztinnen und Ärzte in freien Gesprächen. Die letzte Prüfung ihres Medizinstudiums MBBS (*bachelor of medicine, bachelor of surgery*) habe nach einer Mindeststudienzeit von viereinhalb Jahren stattgefunden. Ihr Bestehen sei Voraussetzung gewesen, um in das *internship* eintreten zu können. Während dessen habe kein obligatorischer Leistungsnachweis angestanden, für den hätte gelernt werden müssen. Da nicht zuletzt die gering bezahlten *interns* die Wirtschaftlichkeit eines Klinikbetriebes ermöglichten, indem sie in der Regel sehr stark in die klinische Tätigkeit eingespannt würden, bliebe im Jahr des *internship* weder Kraft noch Zeit, um „viel in die Bücher zu schauen“. Einige südindische Ärztinnen und Ärzte gaben ungefragt an, daß sie im Verlauf des *internship* einen beträchtlichen Anteil des zuvor für das Abschlußexamen Gelernten vergessen hätten.

Demgegenüber erwartete die Leipziger am Ende ihres Praktischen Jahres das Dritte Staatsexamen. Nach der alten Prüfungsordnung bildete dieses den Abschluß der ärztlichen Prüfung. Auch nach der neuen Studienordnung waren und sind die deutschen Medizinstudierenden nach 12 Semestern Mindeststudienzeit erneut zum examensvorbereitenden Lernen gezwungen.

So gesehen wird die von den Leipziger Ärztinnen und Ärzte eingeschätzte stärkere Zunahme des theoretischen Wissens verständlich. Folgt man der Meinung einiger der in Leipzig Befragten, bewege sich die Zunahme wahrscheinlich nicht auf einem noch höheren Niveau, weil viele die umfassende Vorbereitung für das Dritte Staatsexamen erst aufnahmen, nachdem sie das letzte Tertial des Praktischen Jahres beendet hätten.

Berufliche Probleme in der Anfangszeit: Im Interview wurden 12 Probleme vorgegeben, die während des anfänglichen klinischen Arbeitens nach Absolvierung des Medizinstudiums eventuell auftreten konnten. Die Antwortmöglichkeiten waren „0 = kein, 1 = geringes, 2 = zum Teil ein, 3 = schwerwiegendes“ sowie „4 = nicht zu bewältigendes Problem“. Aus den jeweiligen Antworten zu den einzelnen Problemen,

die sich im Mittel um „1 = geringes“ und „2 = zum Teil ein Problem“ bewegten, wurde ein Summenscore gebildet. Dieser konnte Werte von 0 bis 48 annehmen. Für die deutschen Ärztinnen und Ärzte errechnete sich dabei ein Mittelwert von 15, der vier Punkte über dem der südindischen liegt ($p \leq 0,001$) (siehe Abbildung 2).

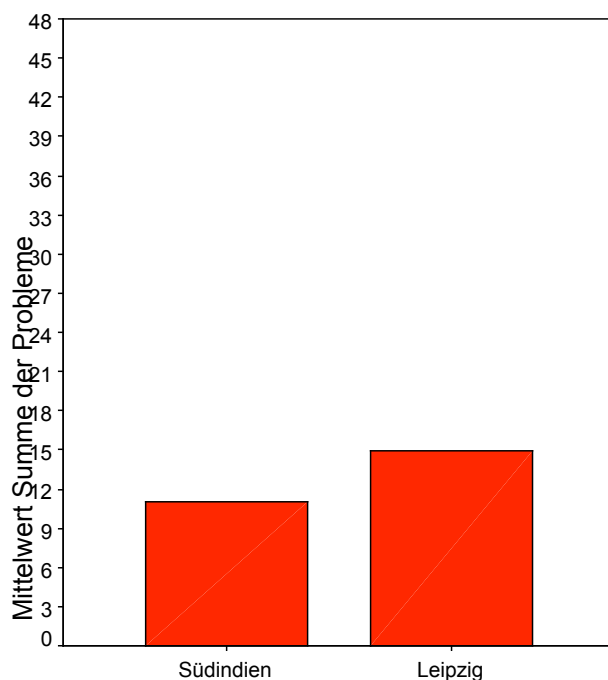


Abb. 2: Summe der Angaben zu 12 möglichen Problemen in der Anfangszeit nach abgeschlossenem Studium

Wer sich auf die meisten Probleme gut vorbereitet fühlte, wurde kaum von vielen Problemen überrascht (Korrelationskoeffizient $-0,3$; $p \leq 0,02$). Wer jedoch während des anfänglichen klinischen Arbeitens einige Überraschungen erlebte, gab auch verstärkt Probleme an, die mit dem Problem-Summenscore gemessen wurden (Korrelationskoeffizient $0,5$ für die deutsche bzw. $0,3$ für die südindische Gruppe; $p \leq 0,001$ bzw. $p \leq 0,01$).

Zeitdruck, Kompetenzfragen, Anzahl der täglichen untergeordneten Aufgaben sowie wirtschaftliche und finanzielle Belange befanden die Leipziger Medizinerinnen und Mediziner als die kritischsten Probleme. Zeitdruck, Schlafentzug, Überarbeitung und Anzahl der täglichen Notfälle sind die vier Probleme, die die südindische Gruppe am deutlichsten wahrnahmen. Ihre Angaben lagen aber unter denen der Leipziger Gruppe zu ihren vier stärksten Problemen (siehe Tabelle 4).

Die Ärztinnen und Ärzte aus Südindien werteten die Anzahl der täglichen Todesfälle als größeres Problem ($p \leq 0,004$). Die deutschen Befragten erachteten im Rückblick folgende Punkte als prekärer: Zeitdruck, Kompetenzfragen, die Anzahl der täglichen untergeordneten Aufgaben, wirtschaftliche und finanzielle arbeitsbezogene Belange, Behandlungsfehler ($p \leq 0,001$ bis $p \leq 0,01$). Wirtschaftliche und finanzielle arbeitsbezogene Belange steht für die Auseinandersetzung mit der Verteilung von und dem Verfügen über klinik- oder fachgebietsspezifische Ressourcen jeglicher Art. Ebenfalls gemeint waren Etatvorgaben am Arbeitsplatz oder von übergeordneter Ebene, also Budgetierungen.

Problem	Südindien	Leipzig	Unterschied
Zeitdruck	1,5	2,1	$p \leq 0,01$
Kompetenzfragen	1,1	2,0	$p \leq 0,01$
Anzahl der täglichen untergeordneten Aufgaben	0,7	1,9	$p \leq 0,01$
wirtschaftliche und finanzielle Belange	0,8	1,5	$p \leq 0,01$
Behandlungsfehler	0,6	0,9	$p \leq 0,01$
Anzahl der täglichen Todesfälle	1,0	0,5	$p \leq 0,01$
Schlafentzug	1,2	1,1	n.s.
Überarbeitung	1,1	1,1	n.s.
Anzahl der täglichen Notfälle	1,1	1,1	n.s.
Gespräche mit gestressten Angehörigen	0,9	1,1	n.s.
Ereignisse im privaten Bereich	0,8	0,9	n.s.
Beziehung zum Patienten	0,4	0,6	n.s.

Tab. 4: „Womit hatten Sie in der Anfangszeit nach abgeschlossenem Studium Probleme?“ 0 = kein Problem; 4 = nicht zu bewältigendes Problem

Zeitdruck, untergeordnete Aufgaben und wirtschaftliche Belange stachen in der Leipziger Gruppe nicht nur als Hauptprobleme heraus, sondern sie bildeten auch eine Sinneinheit. Einerseits sähen sie sich gezwungen, Anträge, Abrechnungsformulare, Gutachten usw. zu bearbeiten. Dokumentation und Erbringen von Nachweisen seien für das Funktionieren des Gesundheitssystems nötig, so Leipziger Ärztinnen und Ärzte in Gesprächen. Doch diese Aufgaben beanspruchten teilweise 60% und mehr der Arbeitszeit. Andererseits bestünden Wunsch und Notwendigkeit, öfter und länger in Kontakt mit den Patientinnen und Patienten zu treten. Diesem Anliegen könne nur unter Zeitdruck nachgegangen werden. Des Öfteren erwähnt wurde der Gedanke, daß ein Stationsmanager den Ärztinnen und Ärzten viele Organisations-, Verwaltungs-

und Bürokratieaufgaben abnehmen könnte, für die eine ärztliche Ausbildung keine notwendige Bedingung sei.

Es wäre von Interesse gewesen, im Besonderen die südindischen Ärztinnen und Ärzte standardisiert zu fragen, wie sie Ausstattung und Arbeitsbedingungen ihrer Arbeitsplätze beurteilten. Die Frage, ob wirtschaftliche und finanzielle arbeitsbezogene Belange ein Problem darstellten bzw. dargestellt hätten, zielte nicht auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen. Daher waren nur freie Äußerungen zu diesem Thema auswertbar:

Die Überbevölkerung in weiten Teilen Indiens wirke sich auf Kliniken in Form eines schwer zu überschaubaren Patientenstromes aus. In Krankenhäusern, die von der Regierung geführt und ausgestattet werden, ist die Behandlung für bedürftige Mittellose kostenfrei. Die Ärztinnen und Ärzte in diesen Regierungskrankenhäusern stießen jeden Tag an finanzielle, technische, personale und personelle, bürokratische sowie politische Hürden und Grenzen. Damit verbinde sich ein Frustrationserleben. Durch interne offizielle oder inoffizielle Vorgaben und Bestimmungen sähen sich Ärztinnen und Ärzte des öfteren genötigt, sogenannte VIPs aus Politik und Gesellschaft bevorzugt und unter erhöhtem Zeit- und Arbeitsaufwand zu behandeln, wenn deren Wahl auf ihre Klinik gefallen sei.

Inhalt und Aufbau des Studiums orientieren sich am anglo-amerikanischen Ausbildungssystem. Aus aktuellen Lehrbüchern und Veröffentlichungen wüßten die Ärzte und Ärztinnen um die neuesten und optimierten Behandlungsmethoden. Spezielle Technik und Ausrüstung, die zu importieren sind, ständen aber gerade in staatlich finanzierten Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht zur Verfügung bzw. wären nur unter hohem finanziellem Aufwand erhältlich, z.B. für Medikamente der HIV-Therapie. Wie ein Arzt berichtete, verfügten die traumatologische und die operative Abteilung der Klinik, in der er arbeite, über keinen Defibrillator. Es fehle weitere Ausstattung, welche er als notwendig erachte für Maßnahmen im Rahmen der sogenannten erweiterten Lebensrettung.

Während der Befragungen fiel auf, daß die Angestellten in den oft überfüllten Regierungskrankenhäusern Südindiens teilweise in einem unhygienischen Arbeitsumfeld tätig waren. Sie verfügten über zu wenige Räume für Unterbringung und Behandlung der Patientinnen und Patienten; die technische Ausstattung erwies

sich häufig als nicht ausreichend und mangelhaft. Diese Medizinerinnen und Mediziner konnten zwar über die wirtschaftlichen und finanziellen Bedingungen ihres Krankenhauses bzw. Bundesstaates Auskunft geben. Wer sich in der ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildung in Südindien befindet, ist aber nicht in Administration und Abrechnung involviert. Dies kann erklären, warum sich die südindische Gruppe von wirtschaftlichen und finanziellen arbeitsbezogenen Belangen geringer tangiert fühlte.

Nach Meinung einiger der in Leipzig Befragten gälte als Manko ihrer ärztlichen klinischen Ausbildung, daß die Berufsanfänger die Stationsarbeit zeitweise oder längerfristig alleine verrichten müßten. Assistenzärztliche oder höher qualifizierte Beratung und Unterstützung wären nicht immer schnell und unkompliziert erreichbar. Kompetenzfragen seien somit im Sinne einer Überforderung ein mögliches bzw. bestehendes Problem des Berufsanfanges. Dies ergäbe sich auch daraus, daß Studierende die Mehrzahl der ärztlichen Tätigkeiten, Prozeduren usw. nicht durchführen könnten und dürften. Im Praktischen Jahr sowie anschließend als Ärztin und Arzt im Praktikum sähen sie sich plötzlich zu diesen Tätigkeiten und Prozeduren aufgefordert, ohne sie richtig zu beherrschen. Man könne aus diesem „Kaltstart“ unter Umständen hohen fachlichen und persönlichen Nutzen ziehen, wenn man die Situation als chancenreiche Herausforderung bewerte, annähme und zu meistern versuche.

Zu dem Thema Kompetenzfragen gab es auch Meinungen aus der südindischen Gruppe. Bei ihnen spiele die Anzweiflung ihrer fachlichen und personalen Kompetenzen durch sie selbst und durch andere eine Rolle. Höher Qualifizierte räumten den jungen Medizinerinnen und Mediziner unter ihrer Zuständigkeit teilweise fachliche Spielräume ein, die am nächsten Tag bei Personalwechsel wegfallen könnten, weil bei anderen Zuständigen abweichende Handhabungen und persönliche Richtlinien zum Tragen kämen. Auch seien viele dienstältere Ärztinnen und Ärzte einem autoritärem und hierarchischem Denken verhaftet. Dies erschwere offene Diskussionen über die Beachtung und Einführung medizinischer Innovationen und schaffe eine lähmende Distanz auf der zwischenmenschlichen Ebene.

Fazit: Nachdem die Vorbereitung auf den Berufsanfang und die Probleme in den ersten Berufsmonaten betrachtet wurden, sind die Hypothesen zu diesem Kapitel als bestätigt zu sehen. Die südindischen Ärztinnen und Ärzte fühlten sich durch ihr

Studium besser vorbereitet und erlebten weniger Probleme bzw. Probleme in einer schwächeren Ausprägung.

6.3 Belastungen

Welche Bedingungen belasten die Ärztinnen und Ärzte in ihrer beruflichen Tätigkeit, und wie merklich fällt die Belastung aus? Die Antwortskala reichte von „0 = belastet mich nicht“ bis „4 = belastet mich stark“. Neben der Auswertung der einzelnen Ergebnisse zu zehn abgefragten belastenden Arbeitsbedingungen wurde durch Summierung ein Index errechnet, der das allgemeine Belastungsausmaß der Ärztinnen und Ärzte anzeigt. Die mittleren Punktwerte von 17 für die südindischen und 21 für die Leipziger unterscheiden sich signifikant ($p \leq 0,003$) (siehe Abbildung 3).

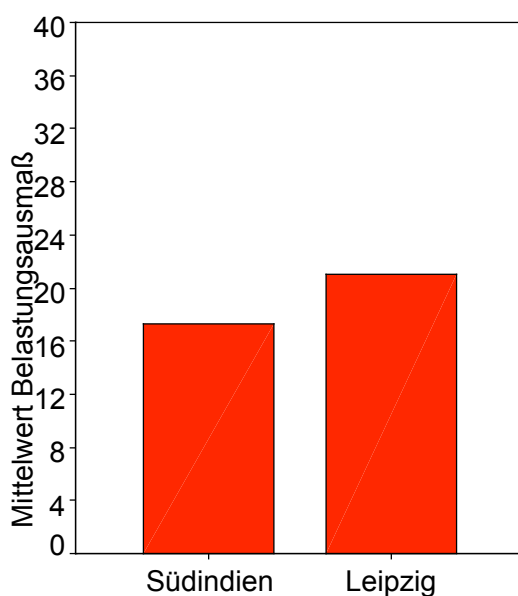


Abb. 3: Belastungsausmaß in der beruflichen Tätigkeit

Tabelle 5 zeigt die Arbeitsbedingungen, die von den Medizinerinnen und Medizinern in unterschiedlicher Ausprägung als Belastungen bewertet wurden.

belastende Bedingung	Südindien	Leipzig	Unterschied
Verwaltungsaufwand	1,1	2,8	$p \leq 0,001$
zu wenig Zeit für Privatleben	2,1	2,6	$p \leq 0,05$
Zeitdruck	2,0	2,5	$p \leq 0,05$
nicht planbarer Arbeitsanfall	1,9	2,5	$p \leq 0,01$
mangelnde Vereinbarkeit mit Familienleben	1,8	2,3	$p \leq 0,01$
starke Konkurrenz durch Kolleginnen und Kollegen	1,6	0,9	$p \leq 0,001$
Verantwortung	2,5	2,3	n.s.
zu wenig Freizeit	2,0	2,4	n.s.
finanzielle Sorgen	1,2	1,5	n.s.
unsichere berufliche Zukunft	1,1	1,3	n.s.

Tab. 5: „Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit?“ 0 = belastet mich nicht; 4 = belastet mich stark

„Hohe Verantwortung für Menschen“ sowie „zu wenig Zeit für Privatleben“ standen in der südindischen Gruppe an erster und zweiter Stelle; „Verwaltungsaufwand und Kassenabrechnung“ sowie „zu wenig Zeit für Privatleben“ in der Leipziger Gruppe.

„Starke Konkurrenz durch Kolleginnen und Kollegen“ erlebten die in Südindien Befragten belastender als die Leipziger ($1,6 > 0,9$). Der Unterschied ist signifikant ($p \leq 0,001$).

In der Leipziger Gruppe wurden fünf der zehn abgefragten Arbeitsbedingungen als stärkere Belastung wahrgenommen: hoher Verwaltungsaufwand und die Kassenabrechnung ($p \leq 0,001$); hohes Arbeitstempo und Zeitdruck ($p \leq 0,05$); Arbeitsanfall, der nicht planbar ist ($p \leq 0,01$); zu wenig Zeit für Privatleben ($p \leq 0,03$); mangelnde Vereinbarkeit mit dem Familienleben ($p \leq 0,01$); Zwischen den signifikant unterschiedlichen Antworten liegt eine Differenz von maximal 0,6.

Dies unterstützt zwar die obengenannte Hypothese über die Vergleichbarkeit der *Qualitäten* der Belastungen. Die *Quantität* der Belastungen, also das Ausmaß, wurde in Leipzig höher angegeben. Der hohe Verwaltungsaufwand und die

Kassenabrechnung belasteten die Leipziger Medizinerinnen und Mediziner deutlich stärker als die südindischen ($2,8 > 1,1$; $p \leq 0,001$). Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit den Überlegungen, die zu den unterschiedlichen Ergebnissen bei der Frage nach den wirtschaftlichen und finanziellen arbeitsbezogenen Belangen angestellt worden sind (siehe Kapitel 6.2).

Ihre aktuelle körperliche, psychische, zeitliche und emotionale Arbeitsbelastung wurde von den Leipziger Ärztinnen und Ärzte auf einer Skala von Null bis 100 in allen vier Bereichen etwas höher eingeschätzt (siehe Abbildung 4).

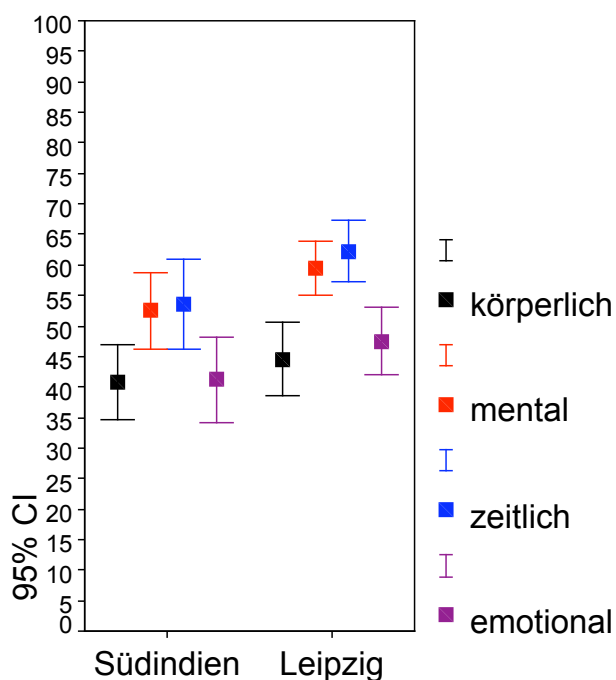


Abb. 4: „Schätzen Sie den Grad Ihrer verschiedenen Arbeitsbelastungen auf einer Skala von 0 bis 100 ein.“

0 = ich erlebe keine Belastung; 100 = ich erlebe maximale Belastung, eine Steigerung ist nicht möglich

Die Angaben zeigten bis auf die Ergebnisse zur zeitlichen Arbeitsbelastung Normalverteilung, sodaß der T-Test für Mittelwertvergleich bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz kam. Aufgrund der großen Streuung waren die Unterschiede jedoch nicht signifikant. Bei der psychischen Belastung zeigte sich ein Trend ($p \leq 0,07$). Untereinander korrelierten die Angaben zu den vier Belastungen signifikant ($p \leq 0,01$). In beiden Gruppen war die psychische Belastung am stärksten mit den anderen verknüpft (Korrelationskoeffizienten 0,6 bis 0,7). In Leipzig bestanden die

schwächsten Wechselbeziehungen zur körperlichen Belastung (Korrelationskoeffizienten 0,3 bis 0,4).

Es gab Ärzte und Ärztinnen, die ihre Arbeit und Arbeitsbelastung überwiegend positiv (angenehm) erlebten. Daher bewerteten sie die emotionale Belastung im Beruf, die im Kontext der Interviewfrage im negativen Sinn gemeint war, als gering.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die berufs jungen Medizinerinnen und Mediziner berufliche Belastungen erlebten, die miteinander verknüpft waren und deren Art und Weise vergleichbar sind.

Eine weitere Vermutung war, daß die südindischen Ärztinnen und Ärzte objektiv höhere Belastungen geringer erleben. Deswegen wurde nach Arbeits- und Freizeit gefragt.

In Südindien arbeitete eine Ärztin bzw. ein Arzt im Mittel und inklusive der Dienste und Rufbereitschaften ca. 75 Stunden je Woche, die sich auf sechs Tage à 12,5 Stunden verteilten. Damit arbeiteten sie 18 Stunden mehr als im Mittel die Leipziger Kolleginnen und Kollegen ($p \leq 0,001$), die an fünf Wochentagen à 11,4 Stunden zur Arbeit erschienen. Die Richtigkeit der Angaben ist nicht nachgeprüft worden, aber man konnte die Ergebnisse gut vergleichen. Wie aus ihren Angaben hervorging, hat man als Arzt oder Ärztin in Leipzig nach der Arbeit täglich etwas über eine Stunde mehr Zeit für Familie, Hobbys, Erholung usw. als in Südindien ($p \leq 0,001$).

Unter der Voraussetzung, daß man unter Freizeit den Teil des Tages versteht, der sich nach Abzug von Arbeits- und Schlafdauer ergibt, sind diese Daten nachvollziehbar. Zieht man das längere Wochenende in Betracht und rechnet man mit einer täglichen Schlafdauer von acht Stunden für beide Gruppen, stünden den Leipzigern 18 Stunden mehr Freizeit je Woche zu Verfügung. Trotzdem betonten die Leipziger stärker, daß der Umfang ihrer Freizeit nicht ausreichend sei ($p \leq 0,001$). Es ist zu vermuten, daß sich beide Gruppen an die Länge ihres dienstfreien Wochenendes gewöhnt haben, sie aber diese Länge unterschiedlich wertschätzten.

Im Interview ging es an anderer Stelle darum, wie wichtig einzelne Lebensbereiche (z.B. Gesundheit oder Partnerschaft) für Zufriedenheit und Wohlbefinden der Ärztinnen und Ärzte sind. In Übereinstimmung mit den vorherigen Angaben erachteten die Leipziger den Bereich Freizeit als „sehr wichtig“, ihre südindischen

Kolleginnen und Kollegen bewerteten Freizeit mit „ziemlich wichtig“ einen Rang tiefer ($p \leq 0,001$).

Auch wenn die Auskünfte zur Wochenarbeitszeit und zum Umfang der Freizeit nicht überprüft wurden, ist zu erkennen, daß die Medizinerinnen und Mediziner in Südindien mehr Stunden je Woche arbeiteten und mit weniger Freizeit zufriedener waren als die Leipziger.

Um diese Ergebnis nachvollziehbar zu machen, soll gesagt werden, daß sich die Ärztinnen und Ärzte in Südindien in der Lebensplanung von den Bereichen Beruf und Karriere stark beeinflussen lassen. Die Befragten und andere Gesprächspartner äußerten sich unabhängig von den Interviews dahingehend, daß Ingenieur- und Arztberuf auch gegenwärtig hochbegehrt wie angesehen seien. Der mit diesen Berufen verbundene finanzielle Unabhängigkeits- und Sicherheits- sowie gesellschaftliche Statusgewinn werde von vielen Eltern und Familien angestrebt, um solide Bedingungen für die Verheiratung ihrer Kinder zu schaffen.

In Südindien entstand der subjektive Eindruck einer weitverbreiteten, durchaus radikalen Zielstrebigkeit und Kompromißlosigkeit in Belangen von Ausbildung und Beruf. Dieser Eindruck fand Bestätigung in Aussagen wie der, daß man hart studieren solle, wobei Familie und nichtberufliche Interessen, z.B. Hobbies, unterzuordnen oder sogar auszublenden seien, wenn es dem professionellem Fortkommen und der Karriere zuträglich sei. Freizeit und Freizeitgestaltung werden also untergeordnet. Folglich oder ursächlich bestehen viel weniger Angebote im kulturellen, künstlerischen und sportlichen Bereich, wie man sie in Deutschland kennt und nutzt. Auch andere freie Äußerungen im Verlauf der Interviews unterstützten diesen Eindruck (siehe Kapitel 6.4, Tabelle 10).

Wer seinen Beruf unter hoher Belastung und Beanspruchung (körperlich, psychisch, zeitlich, emotional) ausübt, wird sich wohl mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit über das geforderte Pensum hinaus engagieren. Tatsächlich waren in der südindischen Gruppe zeitliche und emotionale Belastung und das Belastungsausmaß im Beruf (siehe Abbildung 3) verknüpft mit einer geringeren Bereitschaft zur zusätzlichen Arbeit (Korrelationskoeffizient $-0,3$; $p \leq 0,05$). Korrelationen dieser Art fanden sich nicht in der Leipziger Gruppe.

Ärztinnen und Ärzte, die hohe Werte angaben bei der Frage „... wie gerne Sie an Ihre Arbeit denken“ (siehe Abbildung 10), arbeiteten nicht zwangsläufig zusätzlich freiwillig wissenschaftlich und/ oder klinisch (keine signifikante Korrelation).

Unter den in Leipzig ärztlich Tätigen waren mehr als in Südindien, die freiwillig zusätzlich wissenschaftlich und/ oder klinisch arbeiteten ($p \leq 0,001$) (siehe Abbildung 5).

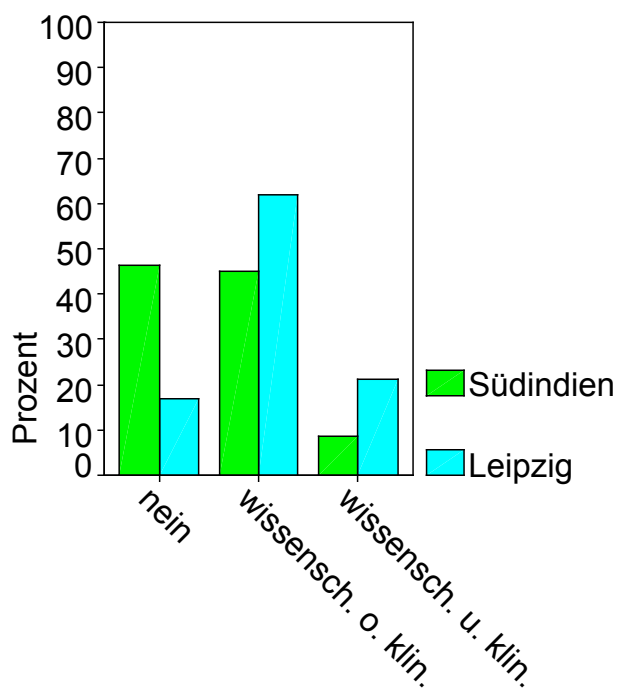


Abb. 5: „Arbeiten Sie freiwillig zusätzlich klinisch und/ oder wissenschaftlich?“

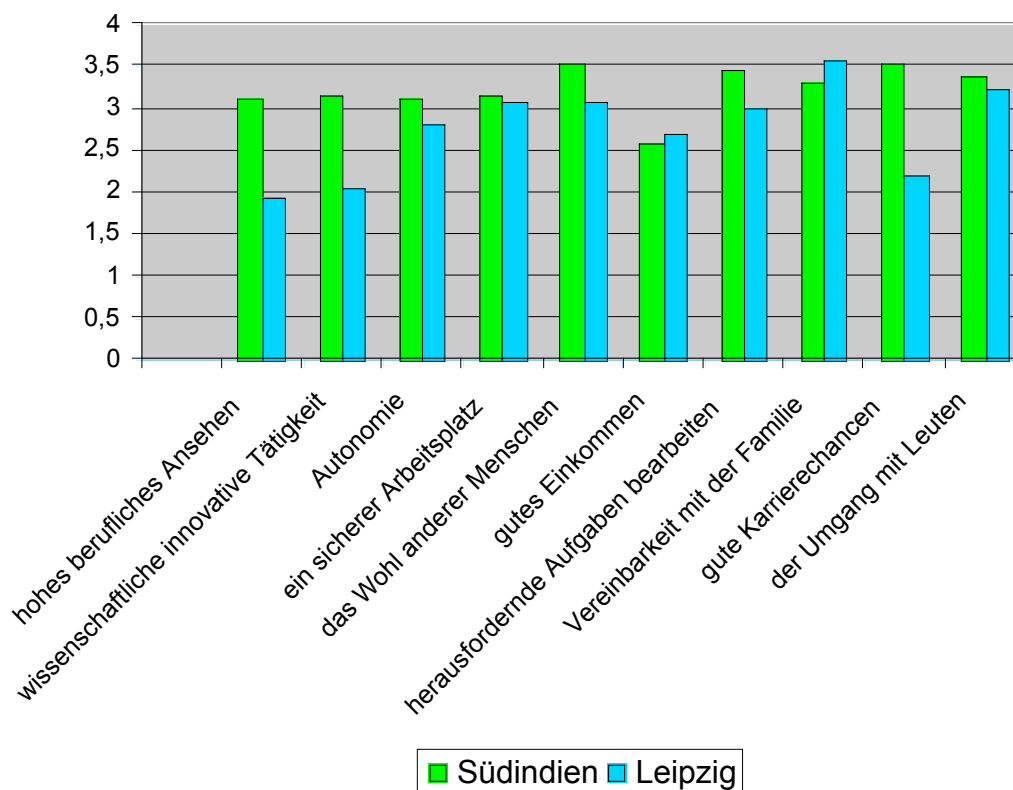
Dieser Umstand scheint nicht in Übereinstimmung zu stehen mit der Unzufriedenheit der Leipziger Gruppe mit dem Umfang ihrer Freizeit. Eine Dissertation ist obligater Bestandteil der südindischen Facharztausbildung. Die Facharztausbildung schließt sich nach Bestehen eines sogenannten Aufnahme-Examens in der Regel direkt an das Medizinstudium an. Nach der Absolvierung des Medizinstudiums inklusive *internship* werden die Ärztinnen und Ärzte also zeitnah zur (klinisch-) wissenschaftlichen Arbeit verpflichtet. Folglich kann man die Verneinung der *freiwilligen* zusätzlichen Arbeit durch fast 50% der südindischen Gruppe nicht unter mangelnden Enthusiasmus einordnen.

Im Interview wurden die Befragten aufgefordert, zu ihren beruflichen Wünschen Stellung zu nehmen.

Die südindischen Ärztinnen und Ärzte wünschten sich stärker, wissenschaftlich, innovativ und dabei autonom tätig zu sein ($p \leq 0,001$ bzw. $p \leq 0,05$). Auch der Wunsch, herausfordernde Aufgaben zu bearbeiten, war bei ihnen etwas deutlicher ausgeprägt ($p \leq 0,001$). Bei den Vorgaben „0 = unwichtig“ bis „4 = wichtig“ lag der südindische Wert für wissenschaftliche, innovative Tätigkeit mit 3,1 deutlich über dem Wert 1,9 der Leipziger. Man kann hier eine Parallele ziehen zu den Wünschen nach hohem beruflichen Ansehen und guten Karrierechancen, die im gleichen Zusammenhang abgefragt wurden. Sie traten wiederum in der südindischen Gruppe als auffallend stärkere Bedürfnisse zutage (siehe Abbildung 6 und Kapitel 6.4).

An ihrem Beruf war es den Gruppen gleich wichtig, über einen sicheren Arbeitsplatz und ein gutes Einkommen zu verfügen. Außerdem meinten sie, die Vereinbarkeit des Berufes mit der Familie sollte gewährleistet sein.

Man kann vermuten, daß berufliche Wünsche, welche die Ärztinnen und Ärzte äußerten, (noch) nicht realisiert waren, daß die ausbleibende Verwirklichung bzw. eine gegenläufige Entwicklung der beruflichen Gegebenheiten die Befragten beider Gruppen belastete.



**Abb. 6: „Nehmen Sie bitte zu Ihren beruflichen Wünschen Stellung:
An meinem Beruf ist mir ... 0 = unwichtig; 4 = wichtig**

Angesichts der Tatsache, daß die Ärzte fast 80% der südindischen Gruppe ausmachten, wurden die Ergebnisse beider Gruppen auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen untersucht. Bei den Leipzigern fanden sich keine Unterschiede. Innerhalb der südindischen Gruppe waren es die Ärzte, denen an ihrem Beruf gute Karrierechancen wichtiger waren. Ihr Wunsch zeigte mit 3,7 eine signifikant ($p \leq 0,001$) höhere Ausprägung als bei den Ärztinnen (3,0). Auch wünschten sie sich stärker, herausfordernde Aufgaben zu bearbeiten ($p \leq 0,05$). Ärzten aus Südindien gefiel ihr gesellschaftlicher Status deutlicher. Im Vergleich zu den Ärztinnen empfanden sie den Status als stärkeres Motiv für die Ausübung ihres Berufs. Auf Fünferskalierungen ergaben sich mit 0,5 und 0,8 signifikante Unterschiede ($p \leq 0,05$). Nichtsdestotrotz gilt es weiterhin für Männer wie Frauen, daß der südindischen Gruppe berufliches Ansehen und Fortkommen sowie der gesellschaftliche Status wichtiger erschienen als der Leipziger.

Auswirkungen der Belastungen: Ausgehend von dem Standpunkt, daß Auswirkungen der Arbeitsbelastungen nicht nur, aber durchaus einflußstark während des Feierabends erlebt werden, wurden Informationen gesammelt zum Verhalten und Erleben der Befragten in der dienstfreien Zeit.

Nach Dienstende benötigten die südindischen Ärzte im Mittel 13 Minuten länger, um abzuschalten und sich einzustellen auf z.B. Familie, Hobby oder Fachfremdes als ihre Leipziger Kollegen ($p \leq 0,01$). Diese brauchten 40 Minuten. Auch die Mittelwerte der südindischen Ärztinnen lagen bei ca. einer Stunde. Bei ihnen gab es jedoch erhebliche Schwankungen je nach Einrichtung in der sie angestellt waren. Sechs der insgesamt 15 Ärztinnen konnten im Mittel erst nach 80 Minuten ab- und umschalten. Sie arbeiteten in einem Regierungskrankenhaus. Im Vergleich zu ihren sechs bzw. drei südindischen Kolleginnen in einem christlichen bzw. Nichtregierungs-Lehrkrankenhaus war diese Zeit fast bzw. mehr als doppelt so viel.

Südindische Ärztinnen in Regierungskrankenhäusern fühlten sich möglicherweise stärker belastet als ihre Kolleginnen und Kollegen in anderen Kliniken. In Übereinstimmung mit oben dargelegtem Standpunkt ist anzunehmen, daß sie mehr Zeit benötigten, um sich in ein angenehmes (Ent-) Spannungsniveau versetzen zu können. Ursachen können in den erschwerten Arbeitsbedingungen der Regierungskrankenhäuser gesehen werden, wie sie in Kapitel 6.2 beschrieben sind. Relativiert werden die Ergebnisse durch die geringen Fallzahlen und die Standardabweichungen, die in den nach Herkunft und Geschlecht geordneten Gruppen mit der Höhe des Mittelwertes des Zeitbedarfs sehr deutlich ansteigen. Eine Vermutung über die mögliche(n) Ursache(n) für die erheblichen Unterschiede zwischen den Leipziger Einrichtungen hat sich nicht herausgebildet.

Betrachtet man die Gruppen als Gesamtheit, wird die benötigte Entspannungszeit in Südindien 12 Minuten länger als in Leipzig angegeben. Hier stellt sich auch die Frage, in welchem Umfeld die Befragten dazu kamen, „die Beine hochzulegen und die Seele baumeln zu lassen“. Der Interviewfragebogen enthielt keine Frage zu den Wohnverhältnissen. In Leipzig ist es für Nichtstudierende unüblich, sich in Wohnheimen einzumieten. Vielmehr bevorzugen sie eigene Wohnungen, in denen sie alleine, mit Familie, in ehelichen, nichtehelichen und Zweck-Gemeinschaften leben. Selbstversorgung ist die Regel. In Südindien erklärte sich durch die Räumlichkeiten der Befragungsdurchführung und durch sonstige Auskünfte, daß die Mehrzahl der

Ärztinnen und Ärzte in der Aus- und Weiterbildung in Campus-Wohnheimen untergebracht waren. Man nennt sie *men's* und *women's hostels; canteens* (Speiseräume) sind angeschlossenen.

Nicht selten lebten Familie, Freunde und Bekannte der Befragten in benachbarten oder weiter entfernten indischen Bundesstaaten. Appartements und - wenn vorhanden - Wohnungen in klinikeigenen Mietshäusern waren ausschließlich Familien mit Kindern sowie dienstälteren ärztlichen und nichtärztlichen Angestellten mit Angehörigen vorbehalten. Aus finanziellen, organisatorischen und privaten Gründen war deshalb ein Wohnheimplatz für die Unterbringung der dienstjungen Medizinerinnen und Mediziner erste oder einzige Wahl. Im Falle der vier Befragungsorte lagen die *hostels* in Laufentfernung der Kliniken. In den Komplexen existierten Ein-, Zwei- und Mehrbettzimmer mit etagenweise gemeinschaftlich zu nutzenden Bädern und Toiletten, zum Teil gab es kleine wohnungsähnliche Appartements. Gemeinschafts- und Sporträume und -plätze dienten der Freizeitgestaltung. Nach Meinung Außenstehender und der Insassen konnten die sanitären Einrichtungen nicht immer als hygienisch und die Speiserversorgung nicht immer als schmackhafte, ausgewogene und ausreichende Diät bezeichnet werden.

Ein junger verheirateter Arzt äußerte sich im Gespräch über die Bedingungen in den *hostels* und über seinen Ausnahmefall als außerhalb des Klinikcampus Wohnender. Das Eingebundensein in Ehe und Familie bringe auch Streß mit sich. Die unbestreitbaren Nachteile und Belastungen würden bei weitem überwogen durch die Erleichterung, die man im partnerschaftlichen und häuslichen oder heimisch-elterlichen Umfeld erlebe. Es lägen Welten dazwischen, ob man nach Dienstscluß bzw. am Wochenende nach Hause ginge oder in das Wohnheim. Dort sei durch die Anwesenheit der Kollegen und Kolleginnen der Beruf immer präsent. Dieser liefere häufig Themen für ihre Diskussionen, Argumentationen und/ oder individuelle emotionale Auseinandersetzung, im positiven wie im negativen Sinne.

Diejenigen von den südindischen Ärztinnen und Ärzten, die mit mehr Vergnügen an ihre Arbeit dachten, brauchten länger, um nach Dienstende abzuschalten (Korrelationskoeffizient 0,3; $p \leq 0,001$). Von daher ist es wohl ein gutes Zeichen, daß sie 12 Minuten mehr Zeit für den Entspannungsvorgang benötigten als die Leipziger, weil es offenbar für ihre Arbeitszufriedenheit spricht.

Der Entstehung bestimmter unangenehmer beruflicher Konstellationen kann vorgebeugt werden. Belastende Gegebenheiten, die nicht oder kaum beeinflussbar sind, verlangen hingegen nach einer Handhabung, die möglichst effizient und effektiv wirkt. Wie erlebten die berufs jungen Medizinerinnen und Mediziner sich dahingehend, wie sie ihre berufliche Belastung verkrafteten? Die Antwortmöglichkeiten auf die entsprechend formulierte Frage waren „1 = sehr gut“ bis „5 = gar nicht“. Die tatsächlichen Mittelwerte lagen in beiden Gruppen bei „2 = gut“.

Der GBB24 wurde eingesetzt, um eine Vorstellung des psychosomatischen Beschwerdebilds der befragten Ärztinnen und Ärzte zu erhalten. In der Auswertung wurden jeweils sechs der 24 Items zusammengefaßt zu Erschöpfungsneigung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden. Die Gesamtsumme ergab schließlich den Beschwerdedruck.

In beiden Gruppen lagen die Skalenwerte für Magenschmerzen und Herzbeschwerden am unteren Ende (siehe Abbildungen 7 und 8, Tabellen 6 und 7). Im berufsgruppeninternen Vergleich zeigte sich, daß die Leipziger und die südindischen berufs jungen Medizinerinnen und Mediziner ein ähnliches psychosomatisches Beschwerdebild präsentierten bei tendenziell höheren Werten der Leipziger. Lediglich die Herzbeschwerden der Leipziger Ärzte und die Erschöpfungsneigung der Leipziger Ärztinnen waren gegenüber ihren Kollegen bzw. Kolleginnen eindeutig erhöht ($p \leq 0,05$). Im Vergleich zur Altersgruppe 18 bis 30 Jahre einer deutschen Bevölkerungsstichprobe (227 Frauen und 232 Männer, Brähler 1995) wiesen die Medizinerinnen und Mediziner beider Gruppen eine höhere Erschöpfungsneigung auf ($p \leq 0,003$) und fühlten sich stärker von Gliederschmerzen geplagt ($p \leq 0,01$). Ebenfalls berechnete sich ein massiverer Beschwerdedruck ($p \leq 0,01$).

Je besser Leipziger Ärztinnen und Ärzte ihre berufliche Belastung verkrafteten, desto geringer fiel ihr Beschwerdedruck aus. Dieser Zusammenhang kann in der südindischen Gruppe nicht beschrieben werden.

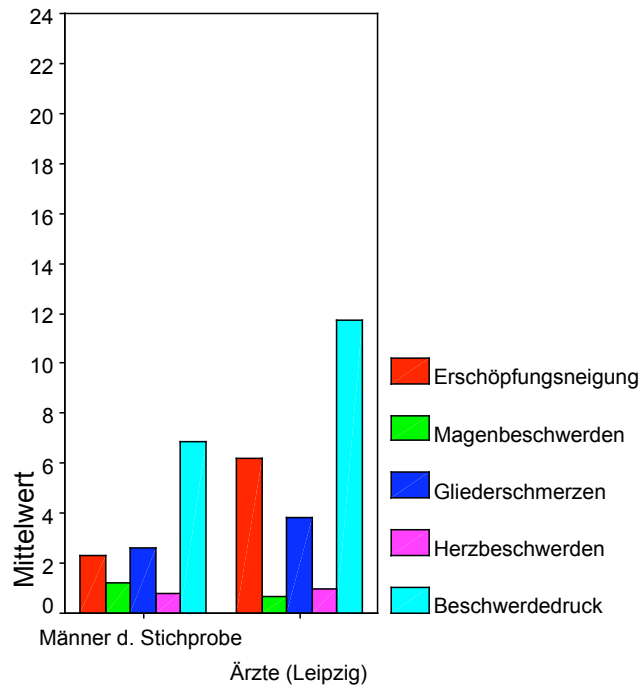


Abb. 7: GBB / Männer der Repräsentativstichprobe (18-33 Jahre) und Leipziger Ärzte
Beschwerdedruck: maximal 96

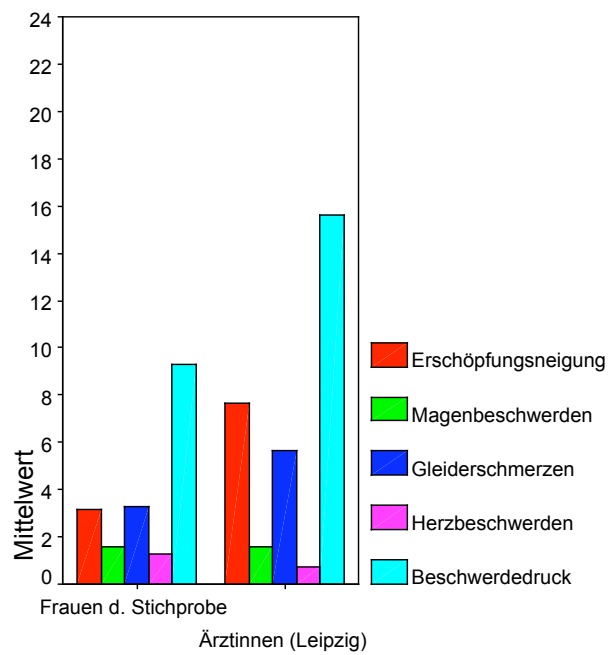


Abb. 8: GBB / Frauen der Repräsentativstichprobe (18-33 Jahre) und Leipziger Ärztinnen
Beschwerdedruck: maximal 96

Skala	Bezeichnung der Skalen	südindische Ärzte	Leipziger Ärzte	Männer der Rep.-stichprobe	Männer der Repräsentativstichprobe mit gleich starken oder schwächeren Beschwerden (%)
1	Erschöpfungsneigung	5,0	6,2	2,3 **	86
2	Magenbeschwerden	1,8	0,7	1,2	50
3	Gliederschmerzen	2,9	3,8	2,6 *	75
4	Herzbeschwerden	0,4 *	1,0	0,8	60
5 = 1+2+3+4	Beschwerdedruck	10,2	11,7	6,9 **	67

Tab. 6: GBB24 / Männer (18 – 33). Mittelwerte und Signifikanz der Unterschiede zur Leipziger Gruppe: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

Skala	Bezeichnung der Skalen	südindische Ärztinnen	Leipziger Ärztinnen	Frauen der Rep.-stichprobe	Frauen der Repräsentativstichprobe mit gleich starken oder schwächeren Beschwerden (%)
1	Erschöpfungsneigung	5,1 *	7,9	3,2 **	79
2	Magenbeschwerden	1,2	1,5	1,6	55
3	Gliederschmerzen	4,1	5,6	3,3 **	70
4	Herzbeschwerden	0,7	0,7	1,3	48
5 = 1+2+3+4	Beschwerdedruck	11,1	15,6	9,3 **	65

Tab. 7: GBB24 / Frauen (18 – 33). Mittelwerte und Signifikanz der Unterschiede zur Leipziger Gruppe: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

Trotz der signifikanten Unterschiede zur deutschen Stichprobe zeigen die Befragten keine deutlich ausgeprägten psychosomatischen Beschwerden. Schließlich bewegten sich die Werte in den unteren Skalenbereichen. Da die Werte aller Ärztinnen und Ärzte dicht beieinander lagen, kann man davon ausgehen, daß die Beschwerden

berufsbedingt waren. Beschwerdedruck und Arbeitsbelastungen (siehe Kapitel 6.3, Abbildung 4) korrelierten miteinander ($p \leq 0,05$ bis $p \leq 0,001$). Am stärksten war die Wechselseitigkeit zwischen Beschwerdedruck und körperlichen und psychischen Belastung in Südindien (Korrelationskoeffizient 0,4) und psychischer und emotionaler Belastung in Leipzig (Korrelationskoeffizienten 0,4 bis 0,5). Erschöpfungsneigung und Gliederschmerzen (Skalen des GBB) sprechen für Beanspruchungsgefühle der Ärztinnen und Ärzte, die durch Überarbeitung und mangelnde Ausgeglichenheit verursacht gewesen sein könnten.

Fazit: Die beruflichen Belastungen beider Gruppen sind vergleichbar. Die Beschwerden und das Beanspruchungsgefühl sind in Südindien geringer trotz längerer Arbeitszeit und weniger Freizeit.

6.4 Personale und soziale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung

Welche personalen und sozialen Ressourcen und welche Strategien zur Belastungsverarbeitung werden von jungen Ärztinnen und Ärzten in Südindien und Leipzig genutzt?

Ressourcen: Das Empfinden der Ärztinnen und Ärzte in ihrem beruflichen Umfeld wurde erfragt. Einige Fragen entstanden aus der Überlegung heraus, daß eine subjektiv gute Passung zwischen Eigenschaften der Person und ihrem medizinischen Fachgebiet, in dem sie tätig ist, Zufriedenheit und Wohlfühl der Person unterstützt.

Die Befragten beider Gruppen empfanden, daß ihre Persönlichkeit für das medizinische Fachgebiet, in dem sie arbeiteten, gut geeignet sei. Das könnte eine Hilfe bei beruflicher Belastung sein.

Die südindischen fühlten sich, im Gegensatz zu den Leipziger Medizinerinnen und Mediziner, nach Abschluß ihres Medizinstudiums eher in der Lage, sich in jedes Fachgebiet einzufinden und dort zu arbeiten. Dieser Punkt hat mit Selbstvertrauen und Selbstbild zu tun. Vorgegeben waren vier Antwortmöglichkeiten von „1 = trifft voll zu“ bis „4 = trifft nicht zu“. Die Leipziger Gruppe tendierte mit 2,9 zu der Aussage „trifft kaum zu“, die südindische mit 2,4 zu „trifft teilweise zu“.

Je geeigneter sich die südindische Ärztinnen und Ärzte für ihr Fach sahen, desto besser konnten sie ihre Belastungen beeinflussen und verkraften, und mit desto mehr Vergnügen dachten sie an ihre Arbeit (Korrelationskoeffizienten 0,3 bis 0,4; ($p \leq 0,05$ bis $\leq 0,001$). Dieser Zusammenhang kann für die Leipziger nicht beschrieben werden.

Schlußfolgernd scheint es ratsam zu sein, die Entscheidung für oder gegen die Ausbildung oder Tätigkeit in einem bestimmten Fachgebiet selbstaufmerksam zu fällen. Meinungen und Empfehlungen von anderen, Aussichten auf zügige Anstellung können das Abwägen der Alternativen beeinflussen. Im Entscheidungsprozeß sind aber vorrangig eigene Erfahrungen zu beachten, die gemacht worden sind, z.B. im Rahmen von Praktika und Famulaturen. Vorlieben und tendenzielle Sympathien für spezielle Bereiche des Medizinsektors sollten Berücksichtigung finden.

Weiterhin wurde davon ausgegangen, daß Medizinerinnen und Mediziner um so belastungs- und streßresistenter sind, je motivierter sie ihrer Tätigkeit nachgehen. Wie viele und welche Motive spielen für die Ärztinnen und Ärzte eine Rolle, im Beruf zu bleiben und ihn in Zukunft weiterhin auszuüben? Die südindische Gruppe fühlte sich durch 13 von 15 Vorgaben stärker motiviert als die Leipziger ($p \leq 0,001$ bis $p \leq 0,05$) (siehe Abbildung 9). Dies schlug sich im Ausmaß der Motiviertheit als Summe der Motive nieder. Das Ausmaß der Motiviertheit betrug im Mittel 32 für die indische und 22 für die deutsche Gruppe ($p \leq 0,001$; bei einer möglichen Ausprägung von Null bis 45). Behandlung der Patientinnen und Patienten, Spaß an der Arbeit und das fachliche Interesse standen als Beweggründe im Mittelpunkt.

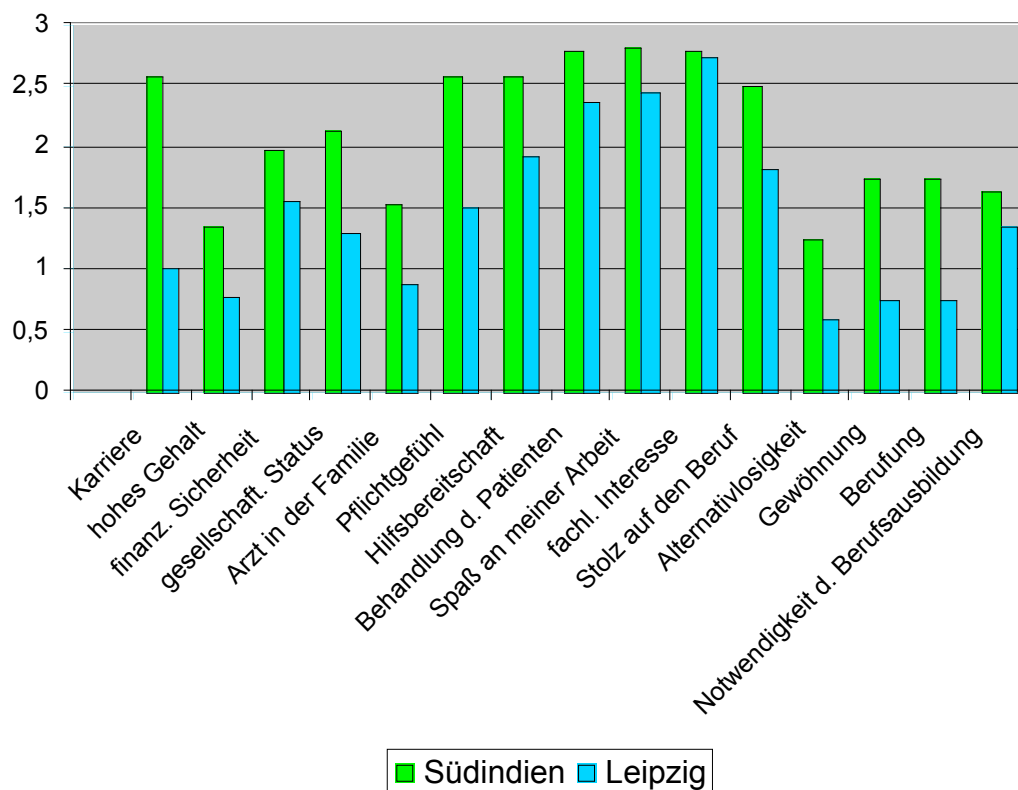


Abb. 9: „Welche Motive haben Sie, den Arztberuf jetzt und in Zukunft weiterhin auszuüben?“
0 = trifft nicht zu; 3 = trifft voll zu

Allgemein ging höhere Motiviertheit mit mehr Gefallen am Beruf einher (Korrelationskoeffizient 0,5; $p \leq 0,001$). In der Leipziger Gruppe fanden sich signifikante Korrelationen, die nahe legen, daß motivierte Ärztinnen und Ärzte belastungsresistenter seien. Je motivierter, desto geringer gaben sie ihre emotionale Arbeitsbelastung an (Korrelationskoeffizient -0,3; $p \leq 0,05$).

Ärztinnen und Ärzte, die sich von ihrem Beruf übermäßig belastet fühlen und/ oder mit bestimmten Arbeitsbedingungen unzufrieden sind, z.B. der arbeitsfreien Zeit, denken nach Dienstende möglicherweise widerstrebend an ihren Job. Im Verlauf des Interviews wurden die Befragten daher gebeten, auf einer visuellen Analogskala zu markieren, wie gerne sie an ihre Arbeit denken. Unter der Vorgabe, daß sie es in den Extremen hassen (0) oder es mit größtem Vergnügen tun (100), zeigten sich für die südindische bzw. Leipziger Befragungsgruppe Mittelwerte von 81 bzw. 62 ($p \leq 0,001$) (siehe Abbildung 10).

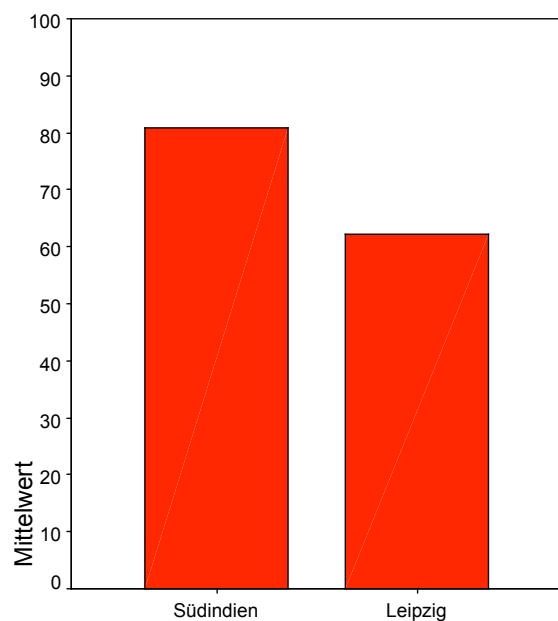


Abb. 10: „Markieren Sie auf der Skala, wie gerne Sie an Ihre Arbeit denken.“
100 = mit größtem Vergnügen

Dieses Ergebnis ist in der Hinsicht zu sehen, daß im Besonderen für die südindischen Medizinerinnen und Mediziner eine hohe Bedeutsamkeit ihres Berufes mit positiven Gefühlen einhergeht bzw. einhergehen muß („Es lohnt sich!“). Nur so können Funktionen und Einfluß des Berufes für und auf ihr Leben auf einem vergleichsweise sehr hohen Niveau handhabbar bleiben (vergleiche Kapitel 6.4 und Abbildung 9; Ressourcen und Motive). Der niedrigere Wert der Leipziger kann im Zusammenhang zu ihrem stärker ausgeprägten Belastungsgefühl gesehen werden.

Neun Bereiche wurden vorgegeben, die ihren Beruf betrafen. Sieben davon gefielen den südindischen Ärztinnen und Ärzten mehr oder weniger deutlich besser als den Leipziger. Die Angaben unterscheiden sich signifikant bei Differenzen von 0,4 bis 0,9 ($p \leq 0,004$) (siehe Abbildung 11).

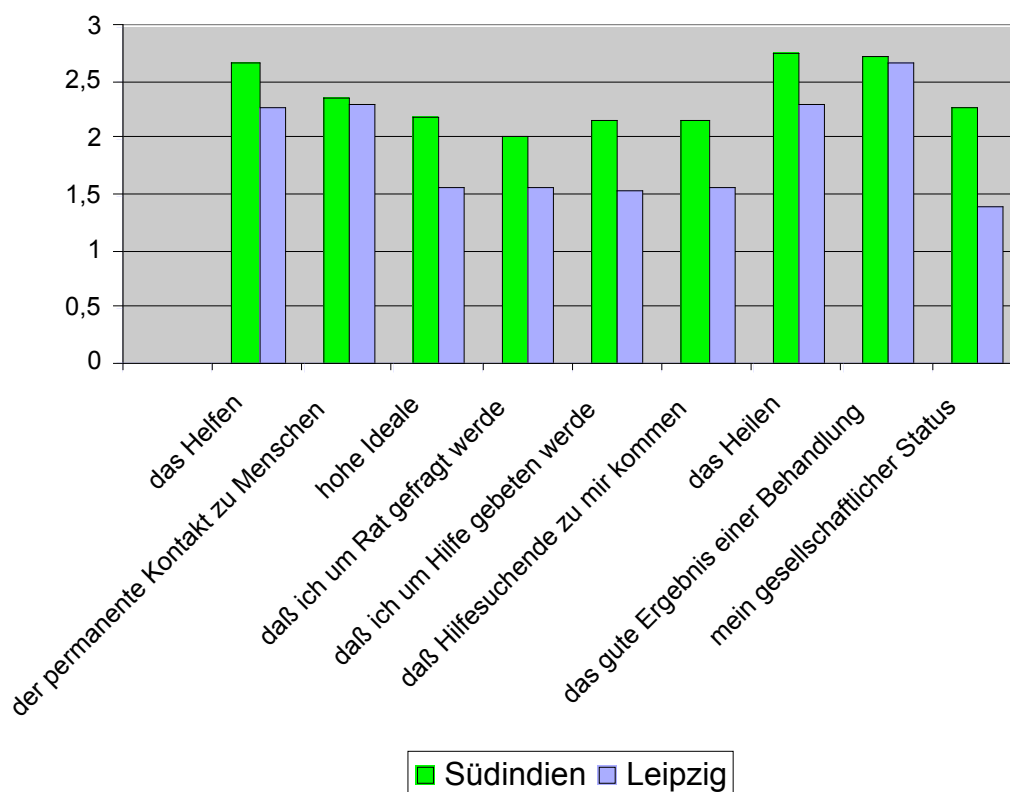


Abb. 11: „Welche Bereiche an Ihrem Beruf gefallen Ihnen?“
0 = trifft nicht zu; 3 = trifft voll zu

Auf den unterschiedlichen Stellenwert des gesellschaftlichen Status für die Befragten wird weiter unten in diesem Kapitel eingegangen. Der permanente Kontakt zu Menschen erfreute die Gruppen gleichermaßen. Die Angaben zu ‚Heilen‘ und zu ‚das gute Ergebnis einer Behandlung‘ lagen in der südindischen Gruppe auf gleichem Niveau. In der Leipziger Gruppe ergaben sich 2,3 für ‚Heilen‘ und 2,7 für ‚das gute Ergebnis‘. Aus ärztlicher Sicht dürfte Heilung im optimalen Fall das erfolgreiche oder gute Ergebnis einer Behandlung sein. Dachten die Leipziger eher an Palliativbehandlung ohne Chance auf Heilung? Haben sie das Ideal des Heilens hintangestellt, weil ihre Patientinnen und Patienten mehrheitlich chronisch krank sind und nicht kurativ therapiert werden können? In ihren klinischen Vorlesungen machen einige Leipziger Professoren Medizinstudierende auf diese etwas desillusionierenden Umstände aufmerksam. Unter diesem Gesichtspunkt empfehlen sie eine geistige und professionelle Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit, die den besonderen Gegebenheiten gerecht werde.

Unterschiedliche Menschen bilden die Gesamtheit der Patientinnen und Patienten. Ihre Haltung zu Ärztinnen, Ärzten und dem Gesundheitswesen, die Merkmale ihrer

Kooperation usw. sind ebenso ungleich. Die oder der eine beteiligt sich nach Kräften, die oder der andere steht mit ihrem oder seinem Verhalten einer erfolgreichen Therapie eher im Wege. Beeinflußt die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Art des Umgangs mit ihrer beruflichen Belastung? Die meisten Befragten entschieden sich für „2 = trifft teilweise zu“ aus den Vorgaben „1 = trifft voll zu“ bis „4 = trifft nicht zu“.

Medizinisches Handeln läuft als Wechselspiel zwischen den ärztlich Tätigen und den Betreuten ab. Jede Seite kann die andere kritisieren, unterstützen, angreifen, belobigen, mißtrauisch beobachten usw. Wie stehen sie sich gegenüber, verfügen sie über ein reales Bild von der anderen Seite? Wenn die Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten gut kennen, sollte es leichter für sie sein, auf sie einzugehen; sollten sie beurteilen können, ob und wie die Patientinnen und Patienten auf bestimmte Interaktionen, Konfrontationen und Bedingungen ansprechen.

Zur Darstellung der Patientensicht standen Daten einer deutschen Repräsentativbefragung (Schwarz, 2001) zur Verfügung. Erfragt wurde die Meinung zu Ärztinnen, Ärzten, medizinischer Behandlung und ärztlichem Handeln. In der vorliegenden Studie versuchten die südindischen und die Leipziger Ärztinnen und Ärzte, sich in die Lage ihrer Patientinnen und Patienten zu versetzen und auf die gleichen Fragen so zu antworten, wie es ihrer Meinung nach die Mehrheit ihrer Patientinnen und Patienten täte. Durch die Einschätzung der Patientenmeinung zeigte sich nicht nur, inwieweit das Fremdbild den faktischen Gegebenheiten entsprach. Gleichzeitig informierten die Medizinerinnen und Mediziner über ihr Selbstbild. Mit diesen Informationen wurde es möglich, die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten als mögliche Ressource für das Wohlbefinden im Beruf zu beleuchten. Dabei ist z.B. an das Ansehen der Ärztinnen und Ärzte in der Gesellschaft zu denken.

42% der deutschen Patientinnen und Patienten, 56% der Leipziger und 59% der südindischen Ärztinnen und Ärzte (die beiden letztgenannten Gruppen unter Beachtung der abgewandelten Aufgabenstellung) stimmten der Aussage zu „Viele Ärzte verschweigen dem Patienten die wirkliche Diagnose“.

Die Hälfte der Patientinnen und Patienten und der südindischen Ärztinnen und Ärzte (45%; 49%) meinten, „Ja, ich zweifle manchmal, daß die Ärzte wirklich um mich persönlich besorgt sind.“. Drei von vier der Leipziger Medizinerinnen und Mediziner

(77%) schrieben den von ihnen ärztlich Betreuten zu, daß sie ihre Fürsorge beargwöhnten.

Zur der Aussage „Ich möchte zur Sicherheit oft noch eine zweite Meinung einholen“ äußerten sich die Leipziger Ärztinnen und Ärzte am deutlichsten im Sinne von „Ja, das trifft zu“ (75% gegenüber 61% der südindischen Gruppe). Zwei Drittel (66%) der Patientinnen und Patienten strebten auf diesem Wege ein höheres Sicherheitsgefühl an.

In Auseinandersetzung mit der Meinung „Ich glaube manchmal, die Ärzte tun für meine medizinische Betreuung nicht alles, was sie müßten“, entschieden sich die Patientinnen und Patienten (61%) und die südindische Gruppe (59%) für eine Zustimmung. Die Leipziger Gruppe war hierbei geteilter Meinung („Ja“: 50%) (siehe Tabelle 8). Bei diesen vier Fragen bestanden die Möglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „keine Antwort“, um eine Auskunft zu geben.

Aussage	deutsche Patienten (%)	Leipziger Ärzte (%)	Südindische Ärzte (%)
Viele Ärzte verschweigen dem Patienten die wirkliche Diagnose.	42	56	59
Ich zweifle manchmal, daß die Ärzte wirklich um mich persönlich besorgt sind.	45	77	49
Ich möchte zur Sicherheit oft noch eine zweite Meinung einholen.	66	75	61
Ich glaube manchmal, die Ärzte tun für meine medizinische Betreuung nicht alles, was sie müßten.	61	50	59

Tab. 8: „Welcher Aussage neigen Sie eher zu?“ Gegenüberstellung von Patientenmeinung und Einschätzung dieser durch die Ärztinnen und Ärzte. Zustimmung zu den Aussagen mit „Ja“ in %

Die Leipziger Ärztinnen und Ärzte schätzten die Tendenz ihrer Patientinnen und Patienten, das ärztliche Tun kritisch zu bewerten, stärker ein, als sie es war. Ihre südindischen Kolleginnen und Kollegen schienen einen weniger negativen Eindruck von der Patientenmeinung zu haben.

Die Leipziger Medizinerinnen und Mediziner estimierten die Patientenmeinung zu vier positiv geprägten („arztfreundlichen“) Aussagen bis auf eine Ausnahme sehr treffend. Sie unterschätzten sich signifikant bezüglich „Was Ärzte leisten, ist mit Geld

nicht zu bezahlen“ ($p \leq 0,001$). Tatsächlich fiel die Zustimmung der Patientinnen und Patienten höher aus, wie es Abbildung 12 veranschaulicht.

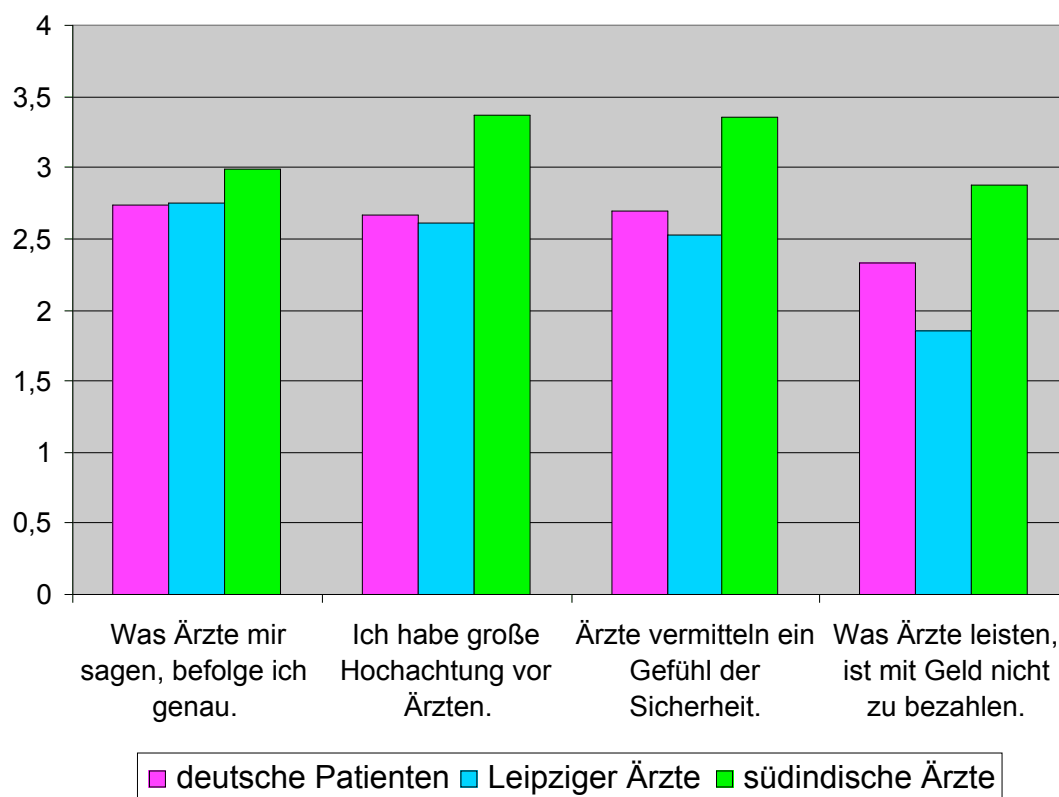


Abb. 12: „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?“
Gegenüberstellung von Patientenmeinung und Einschätzung dieser durch die Ärztinnen und Ärzte. 0 = lehne völlig ab; 4 = stimme völlig zu

66% der deutschen Patientinnen und Patienten, 79% der südindischen aber nur 41% der Leipziger Ärztinnen und Ärzte stimmten der Aussage zu „Die Ärzte genießen mein volles Vertrauen.“ 84% der Patientinnen und Patienten vertrauten darauf, daß sie bei Fachleuten in guten Händen wären. Beide mit der Einschätzung beauftragten Gruppen gingen von etwas höheren Werten aus (Leipzig 96%; Südindien 92%). In der deutschen Gruppe hatten 93% die Meinung, daß sich fast alle ärztlich Betreuten auf die Verschwiegenheit der Betreuenden verließen. Die Patientinnen und Patienten und auch die südindische Gruppe waren davon weniger überzeugt (84% bzw. 87%).

Die hohe Zustimmung der südindischen Gruppe zu „arztfreundlichen“ Aussagen ist sicher im Zusammenhang zu sehen mit dem oben Gesagten über die gesellschaftliche Sonderstellung der ärztlich Tätigen.

Aussage	deutsche Patienten (%)	Leipziger Ärzte (%)	Südindische Ärzte (%)
Die Ärzte genießen mein volles Vertrauen	66	41	79
Ich vertraue darauf, daß ich bei Fachleuten in guten Händen bin.	84	96	92
Man kann sich auf die Verschwiegenheit von Ärzten verlassen.	84	93	87

Tab. 9: Gegenüberstellung von Patientenmeinung und Einschätzung dieser durch die Ärztinnen und Ärzte. Zustimmung zu den Aussagen mit „Ja“ in %

Die südindischen Ärztinnen und Ärzte schätzten die Meinung ihrer Patientinnen und Patienten positiver ein ($p \leq 0,001$ bis $p \leq 0,02$). Dazu paßt, daß viele der südindischen gegenüber wenigen der Leipziger Ärztinnen und Ärzte ($p \leq 0,001$) in ihrem Arbeits- und/ oder Wohnort Privilegien und/ oder bevorzugte Behandlung erlebten, die sie auf ihre berufsbedingte gesellschaftliche Stellung zurückführten. Die in Südindien Befragten schienen sich ihres Sonderstatus durchaus bewußt zu sein und eine Sonderbehandlung fast zu erwarten. Hohes berufliches Ansehen und gute Karrierechancen waren ihnen merklich wichtiger als den Leipziguern. Bei den Vorgaben „0 = unwichtig“ bis „4 = wichtig“ lagen die südindischen Werte sowohl für Karriere mit 3,5 als auch für Ansehen mit 3,1 um 1,2 Punkte über denen der Leipziger ($p \leq 0,001$) (siehe Abbildung 7).

Aus Kontakten mit zwei niedergelassenen Fachärzten (Ophthalmologie und Gynäkologie) in einer südindischen 2-Millionenstadt war zu erfahren, daß sie im Stadtgebiet als Ärzte und Menschen mit einer hohen und guten Reputation bekannt seien. Sie und ihre Wünsche würden bevorzugt berücksichtigt, wenn es um Konsum, Reservierungen und Vorrechte ginge. Sie versuchten, diesen Status durch kontinuierlich gute ärztliche Tätigkeit aufrechtzuerhalten. „Der gute Ruf“ erleichtere nicht nur das Leben in bestimmten Bereichen, er gebe ihnen auch ein bescheidenes, aber spürbares Gefühl von Stolz.

Leipziger Ärztinnen und Ärzte, die es für sich als zutreffend betrachteten, daß sie in ihrem Arbeits- und/ oder Wohnort Privilegien und/ oder bevorzugte Behandlung genossen, die sie auf ihre gesellschaftliche Stellung als Ärztin oder Arzt zurückführten, waren höher motiviert für ihren Beruf (Korrelationskoeffizient 0,3;

$p \leq 0,01$). Daneben fühlten sie aber auch einen stärkeren Beschwerdedruck (Korrelationskoeffizient 0,3; $p \leq 0,05$). In Südindien fehlten entsprechende Korrelationen.

Festzuhalten bleibt, daß die südindischen Medizinerinnen und Mediziner ihre herausgehobene Stellung in der indischen Gesellschaft sich und anderen nicht nur eingestanden. Auch legten sie einen gesteigerten Wert auf Vorliegen und Ausprägung dieses gesellschaftlichen Status. Man kann also durchaus die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten als eine Ressource wahrnehmen. Wie es aus den Erläuterungen hervorgeht, liegt hier eine soziale Ressource vor, die für die südindischen Ärztinnen und Ärzte existenter und wichtiger war.

Strategien: Die Leipziger empfanden den feierabendlichen Entspannungsvorgang etwas bedeutsamer (siehe Abbildung 13). Der Unterschied von 0,5 Punkten ist signifikant ($p \leq 0,001$). In Anbetracht der geringen Differenz kann man nicht von einer relevanten Merkmalsverschiedenheit sprechen. Die Hauptaussage ist vielmehr, daß beide Gruppen das Ab- und Umschalten nach Dienstende sehr wichtig fanden.

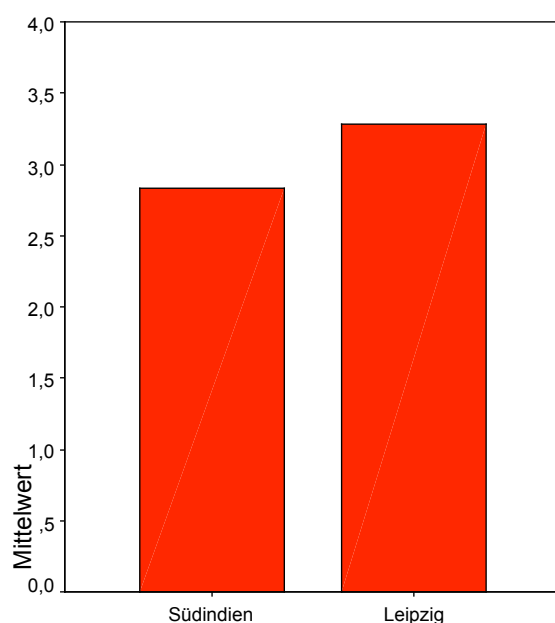


Abb. 13: „Wie wichtig ist das Ab- und Umschalten nach Dienstende für Sie?“
0 = unbedeutend; 4 = enorm wichtig

Was half den Befragten für das Ab- und Umschalten und Entspannen nach Dienstende? Unabhängig von der Nationalität erlebten die ärztlich Tätigen ihre Gespräche mit Freunden, Trinken von Kaffee oder anderen nicht-alkoholischen

Getränken und Fernsehen als hilfreich. Wie auch in Abbildung 14 zu erkennen ist, hatten aktive Kontakte Priorität vor passivem Konsumieren. An dieser Stelle sei auf die soziale Unterstützung als wichtige Ressource für die Belastungshandhabung verwiesen. Einzelheiten dazu finden sich weiter unten in diesem Kapitel.

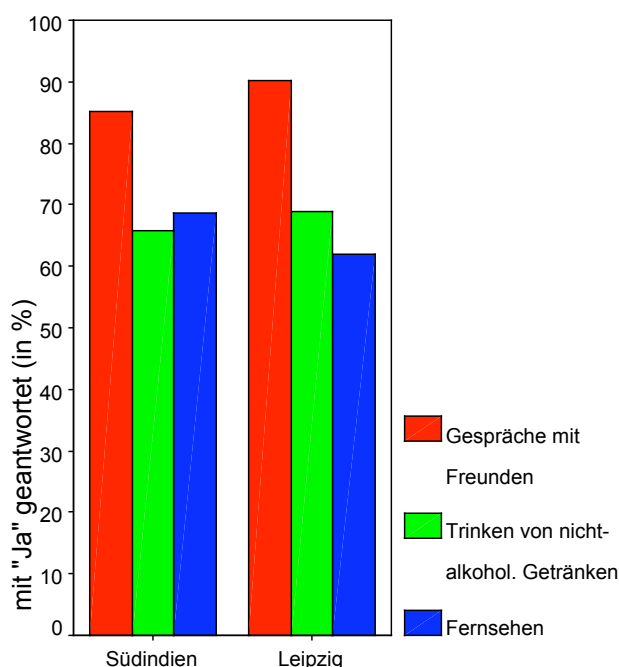


Abb. 14: „Was hilft Ihnen beim Ab- und Umschalten und Entspannen?“
Antwort mit „Ja“ oder „Nein“ auf drei Vorgaben

Wie gut konnten die dienstjungen Medizinerinnen und Mediziner das Ausmaß ihrer beruflichen Belastung beeinflussen? Eine „Schulnotenskala“ von 1 bis 5 bildete die Bewertungsgrundlage. Die Mittelwerte (2,4; 2,9) legen den Schluß nahe, daß die Beeinflussung gut für die südindischen und mäßig für die Leipziger Befragten möglich war ($p \leq 0,001$).

Für die Frage, wodurch sie das Ausmaß ihrer beruflichen Belastung beeinflussen können, waren vier Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Die Ärztinnen und Ärzte erachteten unabhängig von ihrer Herkunft Teamarbeit und Arbeitseinstellung als vorrangige Einflußmöglichkeiten. Können und Wissen sahen sie als weniger hilfreich an. Die südindischen Medizinerinnen und Mediziner bewerteten erstgenanntes etwas höher ($p \leq 0,09$) (siehe Abbildung 15). In Betrachtung der Vergleichbarkeit der Einflußniveaus scheint sich die allgemeine Erkenntnis zu bestätigen, daß ein gutes Team und Engagement zwar viele Widrigkeiten wettmachen können. Jedoch sollte ein

stabiles Fundament vorliegen, welches aus Sachkenntnis, Begabung und Befähigung aufgebaut ist. Für Wissen und Können der Ärztinnen und Ärzte kann und muß das Medizinstudium mindestens die Grundsteine legen.

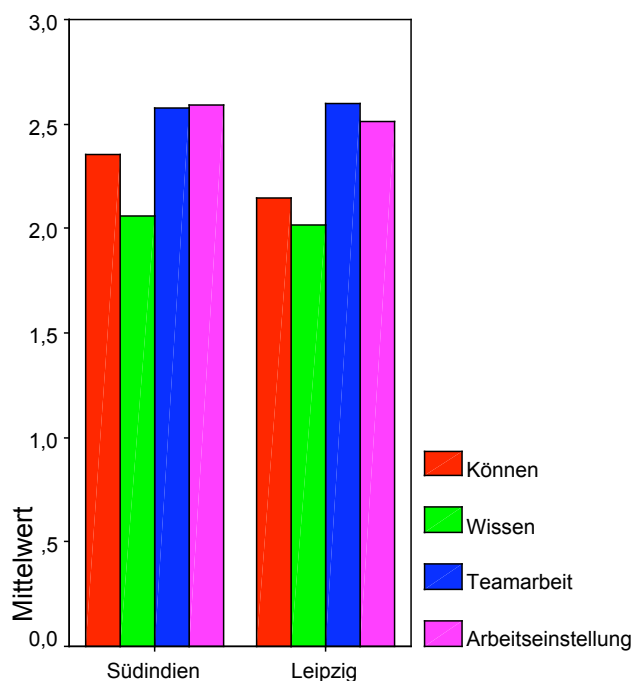


Abb. 15 „Wodurch können Sie Ihre berufliche Belastung beeinflussen?“
 0 = trifft nicht zu; 1 = trifft kaum zu; 2 = trifft teilweise zu; 3 = trifft voll zu

Neben dem Abfragen von vier Möglichkeiten, mit Hilfe derer die berufliche Belastung beeinflussbar sein könnte, sollten die Ärztinnen und Ärzte andere Wege oder Gelegenheiten berichten, wie sie ihre Belastung steuern. Resultat war, daß sie nicht nur Auskunft über ihre Handhabung der Belastungen erteilten, sondern auch über die private Handhabung ihrer Beanspruchungsgefühle. Alle Angaben konnten in zehn Kategorien zusammengefaßt werden (siehe Tabelle10).

Zwei von drei Nennungen der Medizinerinnen und Mediziner aus Südindien bezogen sich direkt auf die Arbeit. Sie legen nahe, daß die Befragten versuchten, die Belastungen zeitnah am Arbeitsplatz zu steuern. 47% der freien Aufführungen der Leipziger hatten unmittelbar mit ihrem Beruf zu tun, z.B. Fachgespräche mit Kolleginnen und Kollegen, Einsatzfreude und Konzentration auf die Arbeit.

Kontakte mit Familie und Freunden, Einsatzfreude sowie religiöse Aktivitäten kamen in den freien Nennungen aus der südindischen Gruppe wesentlich häufiger zur Sprache (siehe Tabelle10).

In Leipzig waren Hobby, Zeitvertreib, Sport und Spiele von höherer Bedeutung. Ausgleichs dieser Art, das heißt Angebote im kulturellen, künstlerischen und sportlichen Bereich, stehen im Schwellen-Entwicklungsland Südindien weniger zu Verfügung. Auf diesen Umstand wurde bereits in Kapitel 6.3 hingewiesen.

Kategorie	Südindien (zugeordnete Nennungen in % aller freien Nennungen)	Leipzig (zugeordnete Nennungen in % aller freien Nennungen)
Hobby, Zeitvertreib, Sport und Spiele	7	32
Kontakte mit Familie und Freunden	29	13
Kontakte, Gespräche mit Patienten	3	0
Kontakte mit Kollegen; Fachgespräche; Verbesserung der beruflichen Fähigkeiten	12	7
Einsatzfreude; positive Beeinflussung der eigener Einstellung und Stimmung	12	1
religiöse Aktivitäten	15	0
Nutzen von Medien (Buch und andere Massenmedien)	13	13
Konzentration auf die Arbeit und die aktuelle (problematische) Aufgabe	19	25
Entspannung; kurze Auszeit	19	14
sonstige Nennungen		16

**Tab. 10: „Wodurch können Sie Ihre berufliche Belastung beeinflussen?“
Zusammenfassung der freien Nennungen in Kategorien; Mehrfachangaben waren möglich.**

Die Kategorie „sonstige“ kam im Zusammenhang mit der Frage „Wodurch können Sie Ihre berufliche Belastung beeinflussen?“ zustande, weil sich Antworten und Formulierungen von in Leipzig Befragten entweder nicht einordnen ließen oder der besonderen Beachtung bedurften. Die Nennungen unter „sonstige“ konnte man zusammenfassen zu: 1.) ein Sich-Bemühen um a) eine gute (Selbst-)Organisation, b) Koordination, Logistik und Struktur in den Arbeitsabläufen (damit meinten sie u.a.

das Delegieren von Aufgaben und das Aufheben von blockierenden Rahmenbedingungen); 2.) Aneignen und Erwerben von a) Durchsetzungskraft, b) emotionaler Distanz, c) Methoden eines gezielten psychischen Ausgleichs, d) Menschenkenntnis (dabei auch Umgang mit und Verhalten zu den Vorgesetzten) sowie e) den Fähigkeiten zur Introspektion und Patientenführung. Der Grad der Beeinflussbarkeit hänge auch von der zwischenkollegialen gegenseitigen Wertschätzung und Anerkennung sowie der eigenen Position im Team ab, so die Leipziger Ärztinnen und Ärzte.

Im subjektiven Eindruck fiel auf, daß die Leipziger Äußerungen, die unter „sonstige“ eingeordnet wurden, eine Gemeinsamkeit aufwiesen. Sie beschrieben eine rational-sachliche Herangehensweise an die beruflichen Belastungen. In Kapitel VI/ C wurde die Frage nach einer möglichen Prävention im Vorfeld der Belastungskonfrontation aufgeworfen. Ist die rational-sachliche Herangehensweise der Leipziger an die beruflichen Belastungen ein Weg, das Belastungsgefühl gering zu halten?

Soziale Unterstützung wurde von den Leipziger Ärztinnen und Ärzten oft gesucht, um ihre berufliche Belastung zu bewältigen, indessen von den südindischen gelegentlich, also seltener ($p \leq 0,002$). Hingegen ist es beiden Befragungsgruppen gleichermaßen wichtig, Familie und Arbeit vereinbaren zu können.

Sexualität, partnerschaftliche sowie freundschaftliche Beziehungen empfanden die Befragten als sehr bedeutsam für ihre Zufriedenheit und ihr Wohlbefinden, etwas stärker die Leipziger ($p \leq 0,001$; siehe Abbildung 16). Kulturelle Unterschiede im Verhalten zwischen Mann und Frau und im Thematisieren von Partnerschaft und Sexualität traten während der Interviews zutage. Beeinflußt vom gesellschaftlichen Kontext antworteten die südindischen Medizinerinnen und Mediziner zurückhaltender auf entsprechende Fragen.

Die Angaben zu „Kontakte mit Familien und Freunden“, „Suchen sozialer Unterstützung“ oder inhaltsähnlichen Items zeigten ein ähnliches Bild: die Ärztinnen und Ärzte vermittelten den Eindruck, ihr hochgeschätztes menschliches Umfeld sehr zu brauchen.

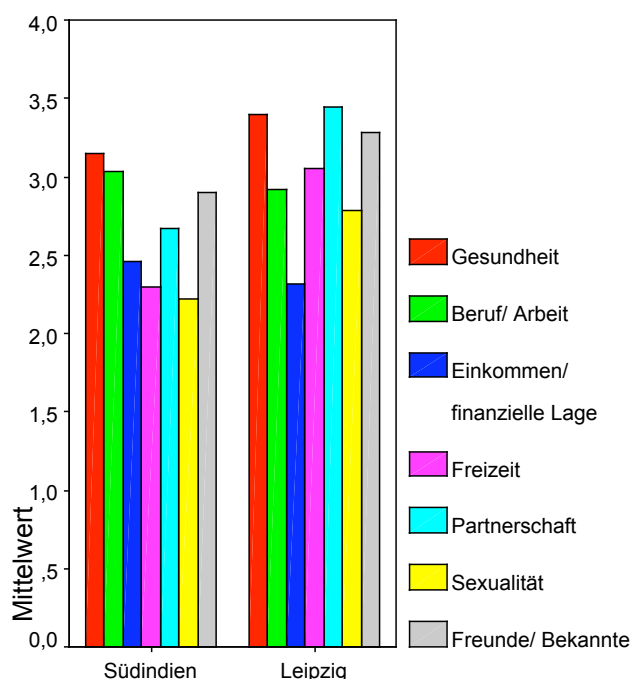


Abb. 16: „Wie wichtig sind einzelne Lebensbereiche für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden?“ 0 = nicht wichtig; 4 = extrem wichtig

Welche Strategien nutzten die befragten Ärztinnen und Ärzte nun wie häufig, um ihre berufliche Belastung zu bewältigen? Vorgegeben waren „0 = kommt nie; 1 = selten; 2 = gelegentlich; 3 = oft; 4 = kommt sehr häufig vor“. Es kam oft vor, daß sie versuchten, die Belastung zu planen und/ oder zu akzeptieren. Bereits an diesem Beispiel ist zu erkennen, daß die Medizinerinnen und Mediziner aktives und passives Coping kombinierten.

Die in Südindien Befragten setzten positive Interpretation öfter ein ($p \leq 0,001$) und nahmen Gruppengespräche (Selbsthilfegruppe) ($p \leq 0,001$), Supervision durch Psychotherapeuten, Psychiater, Psychologen ($p \leq 0,07$) und Geistliche ($p \leq 0,01$) häufiger in Anspruch. Dem gegenüber versuchten die berufs jungen Leipziger Medizinerinnen und Mediziner regelmäßiger, die Kommunikation im Team aufrecht und soziale Unterstützung zu erhalten ($p < 0,02$ bzw. $p \leq 0,002$) (siehe Tabelle 11).

Im Vordergrund steht die Information über die Vergleichbarkeit der Hauptstrategien. Planen und Akzeptieren der Belastung, positive Interpretation, Teamkommunikation sowie soziale Unterstützung nutzten beide Gruppen am häufigsten, um ihre berufliche Belastung zu bewältigen. Professionelle oder semiprofessionelle Hilfe und Beratung wurden selten bis nie aufgesucht. In Belangen von Akzeptanz und Nachfrage dieser

Möglichkeiten schienen die südindischen Ärztinnen und Ärzte offener zu sein. Das Coping-Verhalten setzte sich zu etwa gleichen Teilen aus aktiven und passiven Strategien zusammen.

Strategie	Südindien	Leipzig	Unterschied
Teamkommunikation	2,6	3,0	$p \leq 0,05$
soziale Unterstützung	2,2	2,8	$p \leq 0,01$
positive Interpretation der Belastung	3,0	2,3	$p \leq 0,001$
Selbsthilfegruppe	0,6	0,0	$p \leq 0,001$
Gespräch mit Geistlichen	0,4	0,1	$p \leq 0,01$
Akzeptieren der Belastung	2,9	2,8	n.s.
Planen	3,1	3,0	n.s.
Supervision	0,3	0,1	n.s.

Tab. 11: „Welche Strategien nutzen Sie, um Ihre berufliche Belastung zu bewältigen?“ 0 = kommt nie vor; 4 = kommt sehr häufig vor

Fazit: In beiden Gruppen zeigte sich ein subjektiver Einklang zwischen personalen Eigenschaften und medizinischem Fachgebiet. Soziale Unterstützung bewerten die Befragten als wichtig und bedeutsam für ihr Wohlbefinden. Sie wenden für die Belastungsverarbeitung gleiche Hauptstrategien an.

Die Motive für den Beruf und das Gefallen am Beruf unterscheiden sich. Die Einschätzung der Patientenmeinung zum Gesundheitswesen fällt ebenso unterschiedlich aus. Im Zusammenhang damit wurde deutlich, daß Ärztinnen und Ärzte in Südindien die Beziehung zu Patientinnen und Patienten als eine Quelle von Unterstützung und Anerkennung erleben können.

6.5 Religiosität und Glauben

Welche Rolle spielen religiöse Einbindung und gelebter Glauben bei der Belastungsverarbeitung während der ersten Berufsjahre?

Wie Abbildungen 17 und 18 veranschaulichen, gehörten 99% der südindischen gegenüber 79% der Leipziger Gruppe einer Religionsgemeinschaft an. Die christlichen Ärztinnen und Ärzte in Leipzig waren evangelisch, römisch-katholisch, griechisch-orthodox oder freikirchlich orientiert.

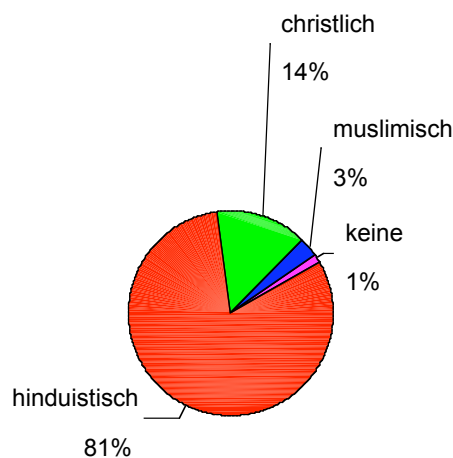


Abb. 17: Religionszugehörigkeit in Südindien

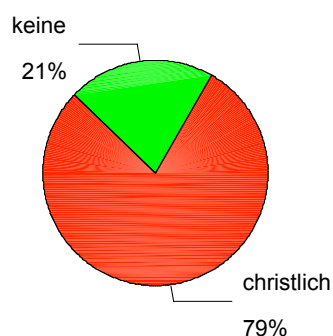


Abb. 18: Religionszugehörigkeit in Leipzig

Nur anhand der formellen Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft konnte keine Meinung zur religiösen Prägung der Lebenseinstellung gebildet werden. Deswegen wurden weitere Aspekte und Fragen in die Betrachtung einbezogen.

Bereits an anderer Stelle ist erwähnt worden, daß die Ärztinnen und Ärzte zusätzlich und mehrfach nennen konnten, wie sie sich in die Lage versetzen, ihre berufliche Belastung zu beeinflussen. Zehn (15%) der 69 in Südindien Befragten gaben hierbei religiöse Aktivitäten an, aber keine Aussage der Leipziger ließ sich dieser Kategorie zuordnen. In der südindischen Gruppe wurde Supervision durch einen Geistlichen öfter in Anspruch genommen, um die berufliche Belastung zu bewältigen, als in der Leipziger ($p \leq 0,001$). Weiterhin fiel auf, daß es in Leipzig nur Ärztinnen waren, die diese Art des professionellen Gespräches suchten. Tabelle 12 schlüsselt die Antworten auf.

	Südindien			Leipzig		
	weiblich	männlich	Gesamt	weiblich	männlich	Gesamt
4=kommt sehr häufig vor		1	1			
3=kommt oft vor				1		1
2=kommt gelegentlich vor	1	4	5			
1=kommt selten vor	2	8	10	2		2
0=kommt nie vor	12	39	51	36	31	67
keine Angabe		2	2			
> 0	3	13	16	3	0	3

Tab.12: „Wie häufig nutzen Sie Supervision durch einen Geistlichen als Strategie, um Ihre berufliche Belastung zu bewältigen?“

14 Fragen setzten sich genauer mit der religiösen Praxis (Gebet, Meditation u.a.) der Ärztinnen und Ärzte auseinander. Innerhalb der Gruppen unterschied sich die religiöse Praxis nicht zwischen Männern und Frauen. Die südindische Gruppe sah sich als teilweise religiös aktiv, die Leipziger Gruppe sah sich als teilweise bis kaum religiös aktiv auf einer Vierer-Skalierung von ‚trifft voll zu‘ bis ‚trifft nicht zu‘ ($p \leq 0,05$).

Alle Leipziger und 87% der südindischen Ärztinnen und Ärzte, die auf die Frage antworteten „Wann beten sie häufiger?“, gaben an, dies in schlechten/ negativen/ kritischen Zeiten und Situationen zu tun. Fünf Männer und eine Frau der südindischen

Gruppe beteten vermehrt in guten/ positiven/ schönen Zeiten und Situationen. Die Mehrheit der Antworten verteilte sich bei der Frage „Wann beten Sie intensiver?“ erneut auf die erstgenannte Kategorie (siehe Ausführungen zu Tabelle 13). Vier Ärzte aus Südindien (8% der Antworten), ein Arzt und zwei Ärztinnen aus Leipzig (6%) beteten jedoch in guten Zeiten und Situationen intensiver (siehe Abbildung 19).

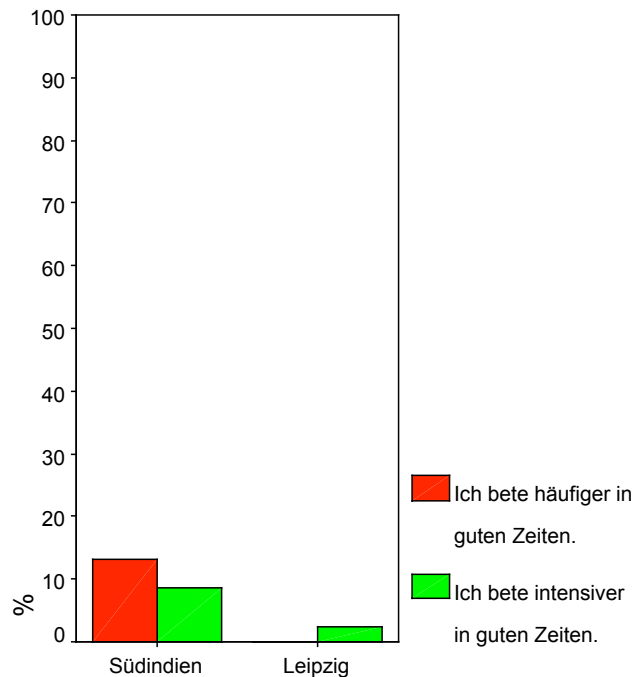


Abb. 19: „Wann beten Sie häufiger, wann beten Sie intensiver?“

Das Gebet gibt es als religiöse Praxis in liturgischem Rahmen (z.B. im Gottesdienst) sowie als private und sehr individuelle Form. Von Interesse war, ob und wie die Befragten berufliche Aspekte in ihr Beten integrieren. Deshalb wurden sie aufgefordert, Fragen zu ihrem privaten Beten zu beantworten.

Beide Gruppen konnten mit dem Begriff ‚Gebet‘ teilweise etwas assoziieren, das in ihrem Leben vorkommt. Vergleichend betrachtet war Beten für die Leipziger häufiger situationsabhängig und mit einem definierbaren Inhalt belegt ($p \leq 0,002$ bzw. $p \leq 0,05$). Die Gebete der in Südindien Befragten wiesen häufiger berufliche Momente auf, wenn sie sich als stärker religiös aktiv bezeichneten (Korrelationskoeffizient 0,4; $p \leq 0,001$). So beteten sie manchmal (und damit öfter als die Leipziger) für bestimmte Patientinnen und Patienten sowie im Zusammenhang mit bestimmten medizinischen Tätigkeiten, die sie durchführten (dafür, davor, während dieser und danach)

($p \leq 0,001$). Ihr Beten vollzog sich vor einem religiösen Hintergrund und dabei eher orts- und/ oder zeitabhängig ($p \leq 0,002$).

Mit ca. je 10% war es zumindest in Südindien keine Minderheit, die öfter und intensiver in guten, positiven, schönen Zeiten und Situationen betete. Besondere Beachtung verdienen in diesem Zusammenhang die 59 Befragten, die der hinduistischen Religion angehörten. 20 bzw. 18 von ihnen gaben bei den Fragen „Wann beten Sie häufiger bzw. intensiver?“ keine Antwort. Als häufigster Grund wurde dafür eine feststehende Häufigkeit des Betens genannt.

Ein Großteil der südindischen Ärztinnen und Ärzte betete also sehr regelmäßig, ohne oder mit besonderer Berücksichtigung schöner Zeiten. Dabei ist an Lob-Preis- und Dankesgebete, an spirituelle Beziehungspflege zu denken.

Unterschiedliches Betverhalten als einer von vielen vergleichenden Aspekten führt erneut vor Augen, daß die Befragten in ungleichen Kulturen lebten. Man könnte von einer kulturellen Eigenheit sprechen. Es ist jedoch interessant, zu überlegen, ob das Betverhalten der südindischen Gruppe neben die rational-sachliche Herangehensweise der Leipziger an die beruflichen Belastungen treten kann (siehe Kapitel VI/ D). Ist eine Ergänzung möglich, oder liegen hier exklusive Alternativen vor?

Südindische Ärztinnen und Ärzte, die für bestimmte medizinische Tätigkeiten öfter beteten, dachten mit größerem Vergnügen an ihre Arbeit. Ihre Markierungen lagen auf der visuellen Analogskala zwischen „0 = ich hasse es, an meine Arbeit zu denken“ und „100 = mit größtem Vergnügen denke ich an meine Arbeit“ eher im höheren Bereich. Bei Ärztinnen und Ärzten, die sagten, daß sie häufiger für ihre Patientinnen und Patienten beteten, fiel auf, daß sie einen geringeren Beschwerdedruck aufwiesen (Korrelationskoeffizient $-0,3$; $p \leq 0,001$).

Fazit: Angesichts der zwar signifikanten aber nur schwachen Korrelationen (siehe Tabelle 13 im Anhang) sind Schlußfolgerungen mit Zurückhaltung zu ziehen. Es bestand die Tendenz, daß Ärztinnen und Ärzte aus Südindien die Auseinandersetzungen mit beruflichen Aspekten öfter in ihre Gebete aufnahmen und dies als angenehm empfanden.

Die stärker religiös aktiven Medizinerinnen und Mediziner dachten gerne an ihren Beruf. Sie erlebten ein interessantes Wechselspiel zwischen gelebtem Glauben, beruflicher Zufriedenheit und dem Beschwerdedruck.

6.6 Zusammenfassung

Am Anfang stand die Untersuchung der subjektiven Sicht der Befragten auf Stärken und Schwächen ihrer medizinischen Ausbildung. Beleuchtet wurden Problemfelder während der Anfängerzeit im Beruf. Das südindische Medizinstudium scheint eine bessere Vorbereitung auf den Berufsstart zu sein als das Leipziger. Während des praktischen Abschnitts nehmen vor allem die praktischen Fähigkeiten zu. Südindische Absolventen erleben in den ersten Arbeitsmonaten Probleme in schwächerer Ausprägung als die Leipziger.

Das allgemeine Belastungsausmaß präsentiert sich höher in Leipzig. Umfang von Arbeits- und Freizeit unterscheiden sich deutlich. Südindische Ärztinnen und Ärzte messen ihrem Beruf eine hohe Bedeutsamkeit zu und sind zufriedener mit den beruflichen Umständen.

In den beruflichen Wünschen und auch unter anderen Gesichtspunkten offenbart sich eine Gemeinsamkeit der Befragten. Sie erleben eine gute Passung zwischen ihren individuellen Eigenschaften und medizinischem Fachgebiet, verkraften ihre Arbeitsbelastung gut und weisen ein ähnliches psychosomatisches Beschwerdebild auf. Erschöpfungsneigung und Gliederschmerzen (Skalen des GBB) lassen an arbeitsbedingte Beanspruchungsgefühle der Ärztinnen und Ärzte denken.

Das Ausmaß der Motiviertheit bietet sich ausgeprägter bei den südindischen Medizinerinnen und Mediziner dar, die auch mehr Gefallen am Beruf finden. Privilegien und/ oder bevorzugte Behandlung und der gesellschaftliche Sonderstatus der ärztlichen Berufsgruppe in Südindien spielen dabei vermutlich eine Rolle. Die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten ist eine mögliche soziale Ressource, die in Südindien greifbarer ist.

Eine mäßige Beeinflussbarkeit der beruflichen Belastungen für die Leipziger und eine gute für die südindischen Medizinerinnen und Mediziner wurde erkennbar. In diesem Zusammenhang fiel die Leipziger rational-sachliche Herangehensweise an die beruflichen Anforderungen und Anstrengungen auf.

Gemeinsamkeiten gibt es in der Wertschätzung der sozialen Unterstützung und bei den Hauptstrategien für die Belastungsbewältigung. Weniger Übereinstimmung förderten die Betrachtungen von religiöser Praxis der Ärztinnen und Ärzte zutage. Besonders anhand der südindischen Ergebnisse ließ sich ein interessantes

Wechselspiel zwischen gelebtem Glauben, beruflicher Zufriedenheit und dem Beschwerdedruck beschreiben.

Die im Text genannten Hypothesen wurden damit weitgehend bestätigt. Ein interessantes Ergebnis ist, daß man zwar bei Ärztinnen und Ärzten von Belastungen sprechen kann, die für ihre Berufsgruppe charakteristisch sind. Ein Vergleich zwischen Südindien und Deutschland ist demzufolge legitim. Objektive Ausprägung und subjektive Wahrnehmung der Anforderungen unterscheiden sich aber zum Teil sehr deutlich.

Weitergehende Fragen

In der Betrachtung der Ergebnisse taten sich Fragen auf, die nicht beantwortet werden konnten, die jedoch für weiterführende Studien interessant wären:

Haben die Leipziger das Ideal des Heilens hintangestellt angesichts mehrheitlich chronisch kranker Patientinnen und Patienten?

Auf welchem Weg hilft die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit den Befragten, mit ihrer beruflichen Belastung zurechtzukommen?

Kann gute Prävention im Vorfeld der Belastungskonfrontation das Beanspruchungsgefühl reduzieren?

Ist die rational-sachliche Herangehensweise an die beruflichen Anforderungen ein Weg der Leipziger, das Belastungsgefühl gering zu halten?

Schließen sich verstärkte private religiöse Aktivität „nach südindischer Art“ und die Leipziger Handhabung beruflicher Belastungen aus, oder können sie sich ergänzen?

7 Diskussion

7.1 Stressoren

Zehn der zwölf genannten Hauptstressoren wurden in den Interviews abgefragt. Die Ärztinnen und Ärzte bestätigten sieben Stressoren: Zeitdruck, Kompetenzfragen, tägliche Anzahl der untergeordneten medizinischen Aufgaben, wirtschaftliche Zwänge, überbordende Bürokratie, Behandlungsfehler und Anzahl der täglichen Todesfälle (siehe Ergebnisse, Kap. 6.2 und 6.3).

Überstunden sowie die Anzahl der Not- und Todesfälle wurden von den Befragten als mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Probleme erlebt. Sie tragen zwar zum Gefühl der Überarbeitung bzw. Überlastung bei, entscheidender sind aber der wahrgenommene Berufsstreß und die Kumulation von Faktoren. Schlußfolgerungen zu diesen beiden Punkten lassen sich anhand der erhobenen Daten nur bedingt ziehen. Deshalb kann der Stressor Überarbeitung nur mit Vorbehalt bestätigt werden.

Die Stressoren „Beziehung zu Dienstälteren“ und „Personalmangel“ wurden nicht standardisiert abgefragt. Freie Äußerungen ließen aber vorwiegend in Südindien Unmut über hierarchische Strukturen und deplaziertes Autoritätsverhalten erkennen. Der Wunsch nach mehr Personal für Verwaltung und Administration wurde in Leipzig deutlich. Die Verantwortungsübernahme bei fehlender oder ungeklärter Kompetenz kritisierten beide Gruppen (siehe Ergebnisse, Kap. 6.1).

Phasenspezifische Krisen und Stressoren: Einige freie Äußerungen aus der südindischen Gruppe (siehe Ergebnisse, Kap. 6.2) charakterisierten ihre ärztliche Ausbildung im Sinne von Wolf (1994). Dienstältere Ärztinnen und Ärzte blockierten die freie Meinungsäußerung, kreative Vorschläge und kritische Diskussionen. Dies ist der Selbstachtung und dem inneren Sicherheitsgefühl abträglich. Solche Erfahrungen sind gekennzeichnet durch fehlende Konsistenz und fehlende Teilhabe an der Ausformung des (bedeutungsvollen ärztlichen, therapeutischen) Resultates (vgl. Antonovsky 1997). Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und damit das Kohärenzgefühl werden unter diesen Bedingungen nicht gefördert. Da sich die südindischen Ärztinnen und Ärzte in den Campus-Wohnheimen oft über berufliche und fachliche Themen

unterhalten (siehe Ergebnisse, Kap.6.3), gleichen sie diesen Mangel ihrer Ausbildung unter Umständen punktuell aus.

Ärztinnen und Ärzte können trotz bzw. sollten gerade wegen widriger Umstände ihre „zwischenmenschlichen Qualitäten“ und Kontakte sowie „sozial erwünschten Eigenschaften“ (Zeldow & Daugherty 1987) pflegen (siehe Ergebnisse, Kap. 6.4).

7.2 Spannungszustand

Wenn man ein Ziel, ein unerfülltes Bedürfnis realisieren, einen Zustand von Spannung auflösen möchte, muß man etwas dafür tun, so Antonovsky (1997).

Die Stressoren und das Mißverhältnis zwischen „Wollen und Können“ waren in den Gruppen ähnlich ausgeprägt, die südindischen Arbeitsbedingungen aber von schlechterer Qualität (siehe Ergebnisse, Kap. 6.2 und 6.3). Folgt man nun den Gedankengängen von Antonovsky (1997) und Kash et al. (2000), kann man in der südindischen Gruppe schwerere somatische, psychische und soziale Beeinträchtigungen erwarten als in Leipzig. Das psychosomatische Beschwerdebild ist aber vergleichbar, das Beanspruchungsgefühl in Südindien ist sogar geringer.

Die südindische Gruppe zeigte sich sowohl beruflich ambitionierter als auch zielstrebig und kompromißloser (siehe Ergebnisse, Kap. 6.3). Sie fühlten sich stärker „herausgefordert und angespornt zu persönlicher Weiterentwicklung“ (Kobasa, 1979, Larson et al. 1992). Mit dieser Anstrengung erreichten sie eine erfolgreichere Spannungshandhabung. Die Leipziger kennen und benennen diesen Umgang mit Herausforderungen (siehe Ergebnisse, Kap. 6.2). Vermutlich befindet es (derzeit) aber nur eine Minderheit für nötig und möglich, über den Konjunktiv hinauszugehen.

7.3 Streßzustand

Die Ärztinnen und Ärzte haben sich mit den beruflichen Gegebenheiten arrangiert (siehe Ergebnisse, Kap. 6.3 und 6.4). Die Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit Selyes Adaptationssyndrom. Danach passen sich Menschen an länger bestehende Belastungen an, wobei eine Widerstandsabnahme an anderer Stelle impliziert ist. Erschöpfungsneigung und Beschwerdedruck zeigen, daß bei den Ärztinnen und Ärzten die körperliche Abwehr von Anforderungen und Beeinträchtigungen abnimmt.

Die beruflichen wie auch die körperlichen Stressoren der ärztlichen Profession sind „generalisiert und langlebig“. Während die Ärztinnen und Ärzte auf ihre Ressourcen zurückgreifen, um den beruflichen Stressoren zu begegnen, geraten sie im Widerstand gegen die körperlichen Stressoren (unweigerlich?) in ein Widerstandsdefizit. Die negative Bewegung auf dem Wohl-/ Krank-Sein-Kontinuum läßt verstehbare, handhabbare und bedeutsame Lebenserfahrungen unwahrscheinlicher werden und schwächt das Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997).

7.4 Quellen von generalisierten Widerstandsressourcen

Die Widerstandsressourcen bestehen und verändern sich im soziokulturellen und historischen Kontext. *Die* indischen Arbeits- und Lebensbedingungen sind nicht ohne weiteres beschreibbar und vorstellbar. Im Anhang sind einige Angaben zum Vergleich zwischen Deutschland und Indien und Informationen zur medizinischen Versorgung, Sprache und Wirtschaft in Indien aufgeführt.

7.4.1 Soziale Unterstützung durch Bindungen und Beziehungen

Die Ärztinnen und Ärzte stellen den Bedarf an sozialen Beziehungen deutlich fest. Sie erkennen auch den Zeitbedarf, um diese Ressource zu nutzen und zu pflegen (siehe Ergebnisse, Kap. 6.3 und 6.4).

Arbeit im Team als mögliche Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte: Antonovsky äußert sich zu Gruppenidentifikation und Gruppen-SOC. Seine Gedankengänge legen Verknüpfungen zu den Charakteristika der südindischen und Leipziger Ärztinnen und Ärzte nahe.

Teamarbeit im Kontext der Gesellschaft und der Lebensbedingungen: „Ein starkes Kohärenzgefühl kann nicht nur unter verschiedenen sozialen und kulturellen Bedingungen entstehen, sondern auch aufrechterhalten werden.“ (Antonovsky 1993, S. 13-14) Diese Feststellung legitimiert dazu, Antonovskys Modellvorstellungen auf unterschiedliche Länder und Völker anzuwenden.

„Es sind Situationen möglich, in denen der historisch-gesellschaftliche Kontext das Engagement in gesellschaftlich sehr geschätzten oder als heroisch angesehenen Unternehmungen weitaus wichtiger ist, als es die einzelnen Arbeitsbedingungen sind.“ (Antonovsky 1997 S. 107) Die südindischen Ärztinnen und Ärzte können den „Heldenstatus“ eher für sich beanspruchen, weil sie in der indischen Gesellschaft Bestätigung, Anerkennung und Bevorzugung in einem Umfang und Ausmaß erleben (siehe Ergebnisse, Kap. 6.3 und 6.4), wie sie in Leipzig selten vorkommen dürften. Es ist vorstellbar, daß dieser Kontext widrige Arbeitsumstände tolerabel erscheinen läßt.

„In dem Maße, in dem es innerhalb der Arbeitsgruppe gemeinsame Werte, ein Empfinden von Gruppenidentifikation und eindeutige normative Erfahrungen gibt, wird die Atmosphäre von Konsistenz geprägt sein. In solch einem Setting wird man immer wieder angemessenes Feedback erhalten. Symbole werden geteilt; es gibt eine gemeinsame Sprache. Für den Außenstehenden mögen die Dinge chaotisch erscheinen, für den Insider sind sie es überhaupt nicht. Gruppenrituale verstärken die Erfahrung der Konsistenz.“ (Antonovsky 1997 S. 112) Diese Sätze von Antonovsky scheinen wie eine Bestätigung der Indien-Erfahrungen, die ich während der Befragungen und im Zusammensein mit den südindischen Ärztinnen und Ärzten in der Aus- und Fortbildung gemacht habe.

Ohne die Bedingungen romantisieren zu wollen – eine kurze Beschreibung der Lebensverhältnisse der südindischen Ärztinnen und Ärzte zeigt, daß im Besonderen ein westeuropäischer Besucher dort auf eine „überraschend andere Welt“ trifft. Das Wohnen in den *hostels*, deren Einrichtung und Ausstattung sich am einfachen Grundbedarf orientiert; humorvolle Treffen in den Duschräumen, die ein Grund dafür sind, daß (ausländischen) Besuchern empfohlen wird, in nahegelegenen komfortableren Privatquartieren zu übernachten; die regelmäßig gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten in den *canteens*, wo Qualität und Quantität des Essens ausgiebig diskutiert werden; das Essengehen mit befreundeten Kolleginnen und Kollegen in kleine Restaurants an den Sonntagen; gemeinsames Motorradfahren, Sport treiben, Lernen; ... Einige Leipziger erkennen sich in der Beschreibung eventuell wieder, aber in Südindien ist es die Regel, zusammen zu arbeiten und zusammen die Freizeit zu gestalten.

Bei Temperaturen um 37 Grad Celsius und hoher Luftfeuchtigkeit entsteht nach Dienstscluß am späten Nachmittag eine eigentümliche Atmosphäre. Die Ärzte fahren

die ein bis zwei Kilometer vom Klinikum zu den Campus-Wohnheimen meist mit einem eigenen Motorrad, die Ärztinnen laufen öfter oder sitzen zu zweit auf einem Motorroller. Am Wohnheim werden die Ankommenden begrüßt und diejenigen, die zum Spätdienst aufbrechen müssen, auf den Weg geschickt.

„Jedoch müssen wir die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß für einige das Drama der Konsistenz, Belastungsbalance und Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen in den Bereichen außerhalb der Arbeit das wichtigste und die Arbeitsethik in einer postindustriellen Gesellschaft weniger zentral wird.“ (Antonovsky 1997 S. 113) Antonovsky stellt fest, daß viele Menschen ihre Arbeit als Mittel betrachten mit dem Zweck, ihre Lebensfreuden und Freizeitvergnügungen zu finanzieren. Dieses Muster wird in Deutschland, in Leipzig häufiger gelebt, als in Südindien (vgl. Ergebnisse, Kap. 6.3).

Das Gruppen-SOC: Ohne weitergehende Untersuchungen ist es nur bedingt möglich, Antonovkys folgende Aussagen über das Gruppen-SOC mit den Merkmalen der Befragungsgruppen zu verknüpfen.

„Es muß ein Gefühl des Gruppenbewußtseins, einer subjektiv identifizierbaren Gemeinschaft, geben, bevor es möglich ist, von einem Gruppen-SOC zu sprechen (Antonovsky 1997 S. 158). Angesichts kollektiver Stressoren ist die Stärke des Gruppen-SOC bei der Handhabung von Spannung entscheidender als das des Individuums.“ (a.a.O. S. 161). Antonovsky (1997) wiederholt, bestätigt und unterstreicht seine Aussage über kollektives Coping. Dabei bezieht er sich auf die Ergebnisse der Studie von Helen Antonovsky & Sagy (1986).

Das individuelle Kohärenzgefühl ist bedeutsam für die Konfrontation mit individuellen Stressoren und die Handhabung derer. Denkt man z. B. an Belastungen in den Bereichen Familie oder partnerschaftliche Beziehungen, kann demnach ein Individualismus, ein eigener Stil im Coping-Verhalten angezeigt sein. Ärztinnen und Ärzte können in ihrer Arbeitsgruppe verstehbare, handhabbare und bedeutsame Erfahrungen machen. Diese Erlebnisse können ihnen im Umgang mit den Kollektiv-Stressoren ein „umfassendes, dauerhaftes und trotzdem dynamisches Gefühl von Vertrauen“ (Antonovsky 1997) geben.

Ein Gruppen-SOC entsteht und besteht, wenn die Gruppe über die Widerstandsressourcen verfügt: Die materielle Ausstattung sowie die kulturelle

Stabilität liegen meist außerhalb des personalen Einflußbereiches. Ein williges und engagiertes Arbeitsteam hat in sich die besten Voraussetzungen, um das fachliche Wissen, die Unterstützung und Bindungen, Engagement, Zufriedenheit, Zusammenhalt und eine präventive Gesundheitsorientierung mit den Kolleginnen und Kollegen zu beachten und zu pflegen und die Coping-Strategien zu reflektieren.

Professor D. Grönemeyer, Lehrstuhlinhaber und Leiter der Abteilung für Radiologie und Mikrotherapie an der Universitätsklinik Witten-Herdecke, Bochum, plädiert dafür, daß sich die Ärztinnen und Ärzte mit Fragen aus Religion und Philosophie beschäftigen sollten (DeutschlandRadio Berlin 2004). Antonovsky (1997) spricht Religion, Philosophie und Kunst zusammengenommen als Widerstandsressource zu, den Menschen ein „stabiles Set von Antworten“ liefern zu können. Grönemeyer ist überzeugt, daß die Kenntnis von religiösen und philosophischen Meinungen und Lehren den Umgang mit Lebenskrisen, Tod und Sterben unterstützen kann.

7.4.2 Engagement und Zuwendung

Die Einschätzung der Patientenmeinung zeigte, daß die Leipziger Ärztinnen und Ärzte ein relativ negatives Bild von ihren Patientinnen und Patienten in sich tragen (siehe Ergebnisse, Kap.6.4).

Das Fremdbild und die freien Äußerungen der Leipziger geben Grund zur Annahme, daß viele ihrer Patientinnen und Patienten mit überzogenen Ansprüchen, Forderungen und Erwartungen an sie herantreten bzw. daß den Patientinnen und Patienten diese Verhaltenweisen und Eigenschaften zugeschrieben werden. Einige Leipziger ließen erkennen, daß sie eine gewisse Verslossenheit und Distanz gegenüber ihren Patientinnen und Patienten aufrechterhalten, um ihr professionelles Funktionieren zu sichern (siehe Ergebnisse, Kap. 6.4 bis 6.6). Reiser (1973) und Moyer (1989) sprechen vom Abkoppeln der Gefühle, von Kompartimentierung und Fragmentierung.

Bei der Frage, ob und wie man Behandlungsfehler oder -versäumnisse mitteile, wäge man anhand von medizinischen und psychologischen Gesichtspunkten ab, was die Patientinnen und Patienten wissen sollten und könnten. Sie freuten sich, wenn Ärzte und Ärztinnen aufbauende Aussagen trafen und ihnen Hilfe und Unterstützung zuteil werden ließen. Darin zeige sich eine gewisse Suche nach Geborgenheit und Schutz. Patientinnen und Patienten reagierten jedoch häufig mit Zweifel und Rückzug auf kritische und/ oder bedrohliche Informationen.

Mißtrauen bei Patientinnen und Patienten gegenüber der Ärzteschaft könne aus einem Kommunikationsproblem heraus entstehen. Trotz jeweils wiederholter Patientenaufklärungsgespräche sei z.B. zu erleben, daß die eigentlich aufgeklärten Patientinnen und Patienten fragten, worin ihr eigentliches gesundheitliches Problem bestehe. Eine mögliche Ursache könne das Nicht-Wahrhaben-Wollen der Diagnose sein.

Häufig ist die Rede vom Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Vertrauen ist von immenser Bedeutung für die Arzt-Patienten-Interaktion, für den Erfolg der diagnostischen und therapeutischen Vorgänge.

Warum besteht in Leipzig die Diskrepanz zwischen dem Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Ärztinnen und Ärzte und der Einschätzung dieses Vertrauens durch die Befragten? Die Frage „Warum mißtrauen die Patienten mir?“ sollte auch zu einem Selbst-Reflektieren (siehe oben) führen, wenn man an der Ursachenforschung interessiert ist.

Die Leipziger Ärztinnen und Ärzte haben (noch) einen Vertrauensvorschuß. Es gilt, zu nutzen, was vorhanden ist. Das funktioniert (nur) über Kontakte und Gespräche mit den Patientinnen und Patienten – mit Empathie und vertrauensbildenden Maßnahmen.

Sieht der Arzt den Patienten als Objekt oder als Menschen? Ein Patient, der sich als Objekt behandelt fühlt, bekommt Angst, Mißtrauen, wird kritisch und unruhig.

7.4.3 Religion, Philosophie, Kunst: ein stabiles Set von Antworten?

In den Bereichen Religion, Philosophie und Kunst existieren in globaler Perspektive große Freiheiten neben absoluter Unterdrückung, Liberalismus neben Fanatismus, Verwerfungen von Lehren und Meinungen neben radikalem Festhalten an Traditionen.

Der individuelle Glauben eines Menschen kann unabhängig von Raum und Zeit, von Gesellschaft und Politik sehr stabil sein. Religion, Philosophie und Kunst sind Menschengemacht und deswegen vergänglich und veränderlich. In diesen Bereichen sind Strömungen, Mode-Erscheinungen zu beobachten. Es ist in Frage zu stellen, ob

Religion, Philosophie und Kunst tatsächlich in der Lage sind, den Menschen ein stabiles Set von Antworten zu liefern.

Fragen zu den Ergebnissen

Aus den vorliegenden Ergebnissen (siehe Ergebnisse, Kap. 6.5) ergeben sich Fragen, die nicht beantwortet werden.

Warum beten Ärztinnen und Ärzte für ihre ärztlichen Tätigkeiten (Maßnahmen, Prozeduren usw.), die sie durchführen? Sind Egoismus, Angst, Unsicherheit mögliche Gründe? Oder werden im Gebet die Kräfte gesammelt? Spielt das Wissen um die eigenen Grenzen eine Rolle?

Die Befragten gaben an, für die ärztlichen Tätigkeiten häufiger zu beten als für die Patientinnen und Patienten. Ist die Durchführung der Prozedur manchmal wichtiger als der Patient? Oder impliziert das Beten für eine ärztliche Maßnahme den Patienten, weil sie unweigerlich zusammenhängen?

In Indien ist die religiöse Praxis tief in der Gesellschaft verwurzelt. Besonders in Ostdeutschland ist das nicht der Fall. Im Kontakt mit den südindischen Ärztinnen und Ärzten kann man denn auch öfter als in Leipzig erleben, daß sie ihre Arbeit in das Gebet nehmen, in ihre Vorraus- und Nachmeditation. (Dank-)Gebete im Anschluß an die ärztliche Maßnahme sind aber seltener. Werden die Angst und die Nervosität schnell vergessen, wenn die heikle Angelegenheit erfolgreich und/ oder fehlerfrei erledigt wurde?

7.5 Schlußbetrachtung

Die Hypothesen zur vorliegenden Arbeit entstanden, weil sich bestimmte Eigenschaften und Besonderheiten der südindischen und der Leipziger berufsjungen Ärztinnen und Ärzte auffällig präsentierten.

Viele signifikante Unterschiede wurden in den Ergebnissen aufgezeigt. Die Merkmale der ärztlichen Berufsgruppe in Südindien und der in Leipzig, die an sie gestellten Aufgaben und Anforderungen, ihre belastenden und entlastenden Momente usw. sind nur in Teilen analog.

Die Arbeits- und Lebensumstände von Ärztinnen und Ärzten in Indien werden in aktuellen Veröffentlichungen fast nie thematisiert.

Der einzige verwendbare Artikel ist von Dash & Jagadishchandran (1996) geschrieben und soll deswegen an dieser Stelle vergleichend betrachtet werden. Die Autoren befassen sich mit der beruflichen Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten, die an einer hochspezialisierten Fachklinik in Bangalore, Tamil Nadu arbeiten. Die Ergebnisse sind nicht repräsentativ für südindische Kliniken bzw. Ärztinnen und Ärzte, da es sich hier um eine Ausnahmeklinik handelt. Sie dürfte vergleichsweise gut ausgerüstet sein und moderne medizinische Therapien anbieten. Dies trifft nur für eine kleine Anzahl südindischer Kliniken zu.

Die südindischen Ärztinnen und Ärzte der eigenen Studie bestätigten in ihren Antworten auf standardisierte und freie Fragen viele Ergebnisse von Dash & Jagadishchandran (1996):

Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte kommt aus gebildeten Familien mit höherem Einkommen; die Arbeitsbedingungen in südindischen Kliniken sind suboptimal; die Ärztinnen und Ärzte bemängeln auch ihre Speiseversorgung und die Bedingungen in ihren Wohnheimen; die Ärztinnen und Ärzte wünschen sich mehr Möglichkeiten für das Selbststudium, das berufliche Weiterkommen und für die klinische Forschung, mehr Ausbildung und Lehre und eine bessere Bezahlung; dienstältere (subspezialisierte) Fachärzte an staatlichen Kliniken werden materiell und finanziell gut ausgestattet und verfügen über großzügige berufliche Rechte und Freiheiten. Verwaltungsbedingte Versäumnisse in den Bereichen Ausstattung und Zubehör führen zu einer mangelhaften Patientenbetreuung.

Die Datenerhebung zur vorliegenden Arbeit muß selbstkritisch betrachtet werden. Der „Reiz des Fremden“ spielte bei den Befragungen in Südindien eine größere Rolle als in Leipzig. Der Autor beobachtete daher in Südindien die Arbeits- und Lebensumstände intensiver.

Eine größere Erzählbereitschaft der südindischen Ärztinnen und Ärzte muß auch erwogen werden. Ausländer, denen man ihr Gastsein deutlich ansieht, haben in Südindien einen Sonderstatus und werden dementsprechend beachtet.

Wie sind die Unterschiede in den Aussagen über negative Aspekte der Arbeit zu bewerten? Die Aussagen spiegeln die tatsächlichen Verhältnisse wahrscheinlich mit Unter- und Übertreibung wieder. Die Leipziger sind eventuell ehrlicher und geben Probleme, die im Zusammenhang zu ihrem Beruf stehen, bereitwilliger an. Sie haben anscheinend eine höhere Bereitschaft zur Unmutsäußerung.

8 Zusammenfassung

Das Interesse für das Thema „Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig“ wurde durch das eigene Erleben als Medizinstudent geweckt. Religiosität und Glauben fanden in der Studie besondere Berücksichtigung, weil diese Bereiche des menschlichen Lebens die Lebens- und Denkweise eines Menschen sehr stark beeinflussen können. Leider fanden diese Themen bisher kaum Eingang in Studien, die in der ärztlichen Berufsgruppe durchgeführt wurden.

Ziel der Arbeit war es, zu beschreiben, wie Absolventen des Medizinstudiums ihren Berufsbeginn erleben, welche Strategien sie einsetzen und welche Ressourcen sie zur Verfügung haben, um die Probleme, Belastungen und Anforderungen dieser Anfangszeit zu meistern.

Die Literaturrecherche zum Thema der Arbeit stieß an Grenzen. Belastungen, Stress, Coping, gesundheitliches Wohlergehen und berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten sind Gegenstand vieler Publikationen. Die Studien konzentrieren sich aber relativ selten auf berufs junge Ärztinnen und Ärzte, noch seltener auf deutsche Ärztinnen und Ärzte.

Anhand von strukturierten Interviews und Fragebögen wurde ein Vergleich von Beschwerden, Stressverarbeitung und Zugang zu Ressourcen bei jungen Absolventen aus Südindien bzw. Leipzig möglich. Folgende Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind besonders erwähnenswert:

Berufsstart: Die südindische Gruppe fühlt sich durch ihr Studium besser auf den Berufsstart vorbereitet. Die südindischen Berufsanfänger erleben weniger Probleme bzw. Probleme in einer schwächeren Ausprägung als in Leipzig.

Belastungen und Beanspruchung: Die beruflichen Belastungen sind vergleichbar. Das Beanspruchungsgefühl, das aus den Belastungen resultiert, ist in Südindien geringer trotz längerer Arbeitszeit und weniger Freizeit.

Ressourcen und Strategien: Beide Gruppen erleben, daß sehr häufig ein Einklang besteht zwischen der Person und dem medizinischen Fachgebiet, in dem sie tätig ist. Soziale Unterstützung und Beziehungen werden von beiden Gruppen als sehr wichtig

für ihr Wohlbefinden bewertet. Die südindischen Ärztinnen und Ärzte sind insgesamt motivierter, ihren Beruf auszuüben und finden mehr Gefallen am Beruf. Es wurde deutlich, daß die beiden Gruppen die Patientenmeinung über Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich einschätzen. Dabei konnte auch dargestellt werden, daß die südindischen Ärztinnen und Ärzte im Kontakt und Umgang mit ihren Patientinnen und Patienten spürbare Unterstützung und Anerkennung durch diese erleben. Die Hauptstrategien des Coping-Verhaltens (Planen, Akzeptieren und positive Interpretation der beruflichen Belastung; Teamkommunikation; soziale Unterstützung) sind vergleichbar.

Religiosität und Glauben: Religiosität und Glauben sind eine Ressource für das innere Gleichgewicht eines Menschen. Diese Ressource ist in der südindischen Gruppe von höherer Bedeutung. Es besteht ein interessantes Wechselspiel zwischen gelebtem Glauben und der beruflichen Zufriedenheit.

Viele Leipziger Ärztinnen und Ärzte taten sich schwer, die Existenz und Ausprägung von Gebet und Beten in ihrem Leben zu kommunizieren.

Antonovskys Theorien über das Kohärenzgefühl und über die dazugehörigen Elemente ermöglichten viele Verbindungen zu Forschungsergebnissen anderer Autoren und zu den eigenen Ergebnissen.

In der vorliegenden Arbeit wurde diskutiert, daß die befragten Ärztinnen und Ärzte die von anderen Autoren beschriebenen Hauptstressoren weitgehend bestätigten. Ihre beruflichen Bedingungen sind dem Kohärenzgefühl oft nicht zuträglich. Die südindische Gruppe kann Spannungssituationen erfolgreicher handhaben und fühlt sich dadurch weniger beansprucht als die Leipziger. Angesichts generalisierter und langlebiger Stressoren können die Ärztinnen und Ärzte nicht alle Beeinträchtigungen ihres körperlichen und seelischen Wohlbefindens abwehren. Es ist denkbar, daß den südindischen Ärztinnen und Ärzten der Umgang mit ihren Belastungen leichter fällt auf Grund des gesellschaftlichen Kontextes, einer stärker ausgeprägten Gruppenidentifikation, gemeinsamen normativen und konsistenten Erfahrungen und eines angemessenen Feedbacks unter Kolleginnen und Kollegen.

Engagement und Zuwendung der Ärztinnen und Ärzte zu ihren Patientinnen und Patienten sollten an erster Stelle stehen, um das gegenseitige Vertrauensverhältnis zu

pflegen und voranzubringen. Ein religiös geprägter Glaube kann Ärztinnen und Ärzten bei diesem und anderen Aspekten ihrer Arbeit zur Orientierung dienen.

Ein Interesse von Leipziger Ärztinnen und Ärzten für die Arbeits- und Lebensumstände, Ressourcenwahrnehmung und Coping-Strategien ihrer südindischen Kolleginnen und Kollegen könnte Vergleichsprozesse anregen. Dies kann Anstoß dazu geben, die Wirkung von beruflichen Ereignissen auf die eigene Person noch intensiver als gewöhnlich wahrzunehmen, zu empfinden, einzuschätzen und zu bewerten.

Den Absolventen des Medizinstudiums ist zu wünschen, daß sie die durchdringende Beschäftigung mit ihrem Berufsanfang derart erfahren, daß sie den Weg ihrer ärztlichen Karriere mit Zuversicht beschreiten können, sofern sie es wollen.

9 Literaturverzeichnis

- Albrigh, CL. et al. 1992, "Effect of six month aerobic exercise training program on cardiovascular responsivity in healthy middle-aged adults", *J.Psychosom.Res.*, vol. 36, pp. 25-36.
- Antonovsky, A. 1979, *Health, Stress, and Coping* Jossey-Bass, San Francisco .
- Antonovsky, A. 1997, *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit* DGVT-Verlag, Tübingen.
- Antonovsky, H. & Sagy, S. 1986, "The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations", *J Soc Psychol.*, vol. 126, no. 2, pp. 213-225.
- Aubke, W. 2003, "Ärztliche Qualitätszirkel - Positive Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Beziehung", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 100, no. 5, p. B220-B221.
- Aymanns, P. et al. 1993, "Bewältigungsverhalten von Krebspatienten als Bedingung familiärer Unterstützung", in *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung*, Laireiter (Hrsg.), pp. 154-166, Huber, Bern.
- Baldwin, PJ. Et al. 1997, "Young doctors' health--II. Health and health behaviour", *Soc Sci.Med*, vol. 45,no. 1, pp. 41-44.
- Bengel, J. 2001, „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionstand und Stellenwert“, *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung [6], Köln.
- Berkman, LF. & Syme, SL. 1979, "Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents", *Am.J Epidemiol*, vol. 109,no. 2, pp. 186-204.
- Berman, E. et al. 1975, "The two-professional marriage: a new conflict syndrome", *J Sex Marital Ther.*, vol. 1,no. 3, pp. 242-253.
- Billings, AG. & Moos, RH. 1981, "The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events", *J Behav.Med*, vol. 4,no. 2, pp. 139-157.
- Brashear, DB. 1987, "Support groups and other supportive efforts in residency programs", *J Med Educ.*, vol. 62,no. 5, pp. 418-424.

Brähler, E. & Scheel, JW. 1995, *Handbuch zum Gießener Beschwerdebogen (GBB)*, 2 edn, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Buddeberg-Fischer, B. 2002, "Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden - Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidaten und -kandidatinnen", *Gesundheitswesen*, vol. 64, pp. 353-362.

Buunk, BP. 1990,

Buunk, BP. 1996, "Affiliation - Das Bedürfnis nach sozialem Kontakt" in *Sozialpsychologie*, 3 edn, Stroebe et al, eds., Springer, Berlin.

Bühning, P. 2003, „Ostdeutsche sind psychisch robuster“, *Deutsches Ärzteblatt*, PP[9], 409.

Caplan, RP. 1994, "Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers", *BMJ*, vol. 309, no. 6964, pp. 1261-1263.

Challis, M. 1998, "Supporting Pre-registration House Officers: the needs of educational supervisors of the first phase of postgraduate medical education", *Med Educ.*, vol. 32, no. 2, pp. 177-180.

Cohen, S. & Hobermann, HM. 1983, "Positive events and social supports as buffers of life change stress", *Journal of Applied Social Psych.*, vol. 13, no. 2, pp. 99-125.

Cohen, S. & Wills, TA. 1985, "Stress, social support, and the buffering hypothesis", *Psychol.Bull.*, vol. 98, no. 2, pp. 310-357.

Costanza, RS. 1988, "Positive and negative forms of social support", *J experimental social psychol.*, vol. 24, pp. 182-193.

Dash, S. & Jagadishchandran, A. 1996, "Professional satisfaction of doctors working in a super-speciality hospital in Bangalore", *World Hosp.Health Serv.*, vol. 32,no. 1, pp. 14-18.

Davidson, JM. et al. 2002, "UK senior doctors' career destinations, job satisfaction, and future intentions: questionnaire survey", *BMJ*, vol. 325,no. 7366, pp. 685-686.

DeutschlandRadio Berlin 2004, „Im Gespräch mit Prof. D. Grönemeyer“. 24-2-2004.

Dienstbier, Z. 1992, „Mutual impacts of toughening on crises and losses“, in *Life Crises and Experiences of Loss in Adulthood*, Montada, Philipp, Lerner (eds.), pp 367-384, Erlbaum, Hillsdale/ N.J.

Dlugosch, GE. 1994, "Modelle in der Gesundheitspsychologie," in *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*, Schwenkmezger, ed., Stuttgart.

Ellison, CG. 1991, "Religious involvement and subjective well-being", *J Health Soc Behav.*, vol. 32,no. 1, pp. 80-99.

Erikson EH. 1980, „Identity and the Lifecycle“, *Norton*, New York

Fäh, M. 2000, "Verbessert Psychotherapie die Moral," in *Salutogenese und Kohärenzgefühl*, Wydler, Kolip & Abel (eds.), Juventa Verlag, Weinheim und München.

Filipp SH. et al. 1993 “Self-focused attention in the face of adversity and threat”, in *Attention and Avoidance*, Krohne (ed.), pp. 267-294, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle.

Firth-Cozens, J. 1987, "Emotional distress in junior house officers", *Br.Med J (Clin.Res Ed)*, vol. 295,no. 6597, pp. 533-536.

Firth-Cozens, J. 1989, "Stress in medical undergraduates and house officers", *Br.J.Hosp.Med.*, vol. 41,no. 2, pp. 161-164.

Firth-Cozens, J. 1998, "Individual and organizational predictors of depression in general practitioners", *Br.J Gen.Pract.*, vol. 48,no. 435, pp. 1647-1651.

Firth-Cozens, J. 2001, "Interventions to improve physicians' well-being and patient care", *Soc Sci.Med*, vol. 52,no. 2, pp. 215-222.

Flannelly, LT. et al. 2002, "Religious and spiritual variables in three major oncology nursing journals: 1990-1999", *Oncol.Nurs.Forum*, vol. 29,no. 4, pp. 679-685.

Flintrop, J. 2003, "Arbeitszeiten im Krankenhaus - Gipfel der Unverbindlichkeit", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 100, no. 14, p. C698-C698.

Forschungsverband Laienpotential , Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe (Hrsg.) 1987, „Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienste. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Integrierter Abschlußbericht“, *Springer, Heidelberg*.

- Fowlie, DG. 1999, "The misuse of alcohol and other drugs by doctors: a UK report and one region's response", *Alcohol Alcohol*, vol. 34, no. 5, pp. 666-671.
- Franke, A. 1997, "Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung der Salutogenesekonzepts," in *Salutogenese*, DGVT-Verlag, Tübingen.
- Gantenbein, H. 2002, „Diskussionsbeitrag zum Doktoranden-Kolloquium 2002“, *Sozialmedizin der Universität Leipzig*, Leipzig.
- Geus EJ. et al. 1990, "The effect of aerobic fitness training on cardiovascular reactivity", *Psychophysiol.*, vol. 27, p. 25.
- Goetzel, RZ. et al. 1984, "Evaluating self-help support groups for medical students", *J Med Educ.*, vol. 59, no. 4, pp. 331-340.
- Grainger, C. et al 1995, "Job satisfaction and health of house officers in the West Midlands", *Health Trends*, vol. 27, no. 1, pp. 27-30.
- Gross, EB. 1992, "Gender differences in physician stress", *J Am. Med Womens Assoc.*, vol. 47, no. 4, pp. 107-112.
- Hall, CM. 1986, "Crisis as an opportunity for spiritual growth", *J relig Health*, vol. 25, pp. 8-17.
- Heim, E. 1991, "Job stressors and coping in health professions", *Psychother. Psychosom*, vol. 55, no. 2-4, pp. 90-99.
- Heim, E. 1992, "Stressoren der Heilberufe – tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken?", *Z. Psychosom Med Psychoanal.*, vol. 38, no. 3, pp. 207-226.
- Heim, E. 1993, "Bewältigung der Berufsstressoren in den Heilberufen", *Psychother. Psychosom Med Psychol.*, vol. 43, no. 9-10, pp. 307-314.
- Herschbach, P. 1991, "Streß im Krankenhaus – Die Belastung von Krankenpflegekräften und Ärzten/ Ärztinnen", *Psychother. Psychosom Med Psychol.*, vol. 41, no. 5, pp. 176-186.
- Hey, S. 1994, "Sick doctors. Workaholics harm families also", *BMJ*, vol. 309, no. 6963, p. 1235.
- Holland, JC. et al. 1999, "The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma", *Psychooncology.*, vol. 8, no. 1, pp. 14-26.

- Hyppola, H. et al. 1998, "Becoming a doctor--was it the wrong career choice?", *Soc Sci.Med.*, vol. 47, no. 9, pp. 1383-1387.
- Hyppola, H. et al. 2002, "Improvement in undergraduate medical education: a 10-year follow-up in Finland", *Med Teach.*, vol. 24, no. 1, pp. 52-56.
- Kash, KM. et al. 2000, "Stress and burnout in oncology", *Oncology (Huntingt)*, vol. 14, no. 11, pp. 1621-1633.
- Kobasa, SC. 1979, "Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness", *J.Pers.Soc.Psychol.*, vol. 37, pp. 1-11.
- Koenig, HG. et al. 1991, "Religious perspectives of doctors, nurses, patients, and families", *J Pastoral.Care*, vol. 45, no. 3, pp. 254-267.
- König, F. 2001, „Suizidalität bei Ärzten“, *Deutsches Ärzteblatt*, 98[47], A3110-A3111.
- Kropf, M. 2002, *Alternative Heilmethoden* Missionswerk Karlsruhe, Karlsruhe.
- Kutz, I. 2000, "Job and his "doctors": bedside wisdom in the book of job", *BMJ*, vol. 321,no. 7276, pp. 1613-1615.
- Lambert, TW. et al. 2000, "Views of junior doctors about their work: survey of qualifiers of 1993 and 1996 from United Kingdom medical schools", *Med Educ.*, vol. 34, no. 5, pp. 348-354.
- Lambert, TW. et al. 1998, "Doctors who qualified in the UK between 1974 and 1993: age, gender, nationality, marital status and family formation", *Med Educ.*, vol. 32, no. 5, pp. 533-537.
- Larson, DB. et al. 1986, "Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982", *Am.J Psychiatry*, vol. 143, no. 3, pp. 329-334.
- Larson, DB. et al. 1992, "Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989", *Am.J Psychiatry*, vol. 149, no. 4, pp. 557-559.
- Lentz, M. 2003, "Meinung zum Ärztemangel", *Ärzteblatt Sachsen*, vol. 14, no. 3, pp. 85-86.

- Lingenfelser, T. et al. 1994, "Young hospital doctors after night duty: their task-specific cognitive status and emotional condition", *Med Educ.*, vol. 28, no. 6, pp. 566-572.
- Loevenich, A. et al. 1996, "Ärzte als Patienten - zur Problematik des psychisch kranken Arztes", *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, vol. 64, pp. 344-352.
- Luck, C. 2000, "Reducing stress among junior doctors", *BMJ*, vol. 321, no. 7268, p. 2-3.
- McCandless, HC. 1994, "A survival kit for physicians. Back to the basics", *Postgrad.Med*, vol. 96, no. 7, pp. 61-64.
- McKevitt, C. & Morgan, M. 1997, "Illness doesn't belong to us", *J R.Soc Med*, vol. 90, no. 9, pp. 491-495.
- McKevitt, C. et al. 1997, "Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups", *J Public Health Med*, vol. 19, no. 3, pp. 295-300.
- McKnight, J. 1996, "The Careless Society: Community and its Counterfeits", *Basic Books*, New York.
- McNeil, C. 1990, "Culture: the impact on health care", *J Cancer Educ.*, vol. 5, no. 1, pp. 13-16.
- Mencken, HL. 1998, "Hours, sleep, teamwork and stress", *BMJ*, vol. 317, pp. 1335-1336.
- Moyer, FS. 1989, "Pastoral care in the hospital", *J Pastoral.Care*, vol. 43, no. 2, pp. 171-183.
- Moyer, FS. 1999, "Reflections on contract pastoral care and education: the trend of the future?", *J Health Care Chaplain.*, vol. 9, no. 1-2, pp. 105-109.
- Moyer, FS. 2000, "Observations on books, journals, and articles relevant to professional chaplaincy and health care reform", *J Health Care Chaplain.*, vol. 10, no. 1, pp. 69-77.
- Mullen, B. & Suls, J. 1982, "The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences", *J.Psychosom.Res.*, vol. 26, pp. 43-49.

- Mushet, G. & Donaldson, L. 2000, "A psychotherapist in the house: a service for distressed junior doctors", *Br.J Med Psychol.*, vol. 73 (Pt 3), pp. 377-380.
- Neittaanmaki, L. et al 1999, "Personal values of male and female doctors: gender aspects", *Soc Sci.Med*, vol. 48, no. 4, pp. 559-568.
- Neittaanmaki, L. et al. 1993, "More women enter medicine: young doctors' family origin and career choice", *Med Educ.*, vol. 27, no. 5, pp. 440-445.
- Newbury-Birch, D. et al. 2001, "Drink and drugs: from medical students to doctors", *Drug Alcohol Depend.* , vol. 64, no. 3, pp. 265-270.
- Olkinuora et al. 1990, "Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians", *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, vol. 25, pp 81-86.
- Orr, E. & Westman, M. 1990, "Does hardiness moderate stress and how?", in *Learned Resourcefulness: On coping skills, self-control and adaptive behavior*, Rosenbaum (ed.), pp. 64-94, Springer, New York.
- Orr, RD. & Isaac, G. 1992, "Religious variables are infrequently reported in clinical research", *Fam.Med*, vol. 24, no. 8, pp. 602-606.
- Paice, E. et al. 2002, "Stressful incidents, stress and coping strategies in the pre-registration house officer year", *Med Educ.*, vol. 36, no. 1, pp. 56-65.
- Pennebaker, JW. 1989, "Confession, inhibition and disease", in *Advances in experimental psychology*, Berkowitz (ed.), vol. 22, pp. 211-244, New York, Academic Press.
- Ponder, M. 1992, "Paying for medical school", *JAMWA*, vol. 47, no. 4, pp. 106-106.
- Pressman, P. et al. 1992, "Impact of religious belief on psychological distress", *Psychosomatics*, vol. 33, no. 4, p. 470.
- Rabbata, S. 2003, "Arzthaftung - Die Angst steht mit am Operationstisch", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 100, no. 11, p. C538-C539.
- Reiser, DE. 1973, "Struggling to stay human in medicine: one student's reflections on becoming a doctor", *New Physician*, vol. 22, no. 5, pp. 295-299.
- Ripke, T. 2002, „Der kranke Arzt“, <http://www.der-krankearzt.de/referatderkrankearzt.htm>

- Roth, DL. & Holmes, DS. 1987, "Influence of aerobic exercise training and relaxation training on physical and psychologic health following stressful life events", *Psychosom.Med.*, vol. 49, pp. 355-365.
- Roy, DJ. & Streptoe, A. 1990, „The modulation of psychophysiological stress responses by aerobic exercises“, *J.Psychophysiol.*, vol. 4, pp 195-196.
- Ruebsam-Simon, E. 2002, "Arztberuf in der Krise - Veränderung beginnt im Kopf", *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 99, no. 43, p. B2415-B2419.
- Sarason, BR. et al. 1990, „Social Support. An interactional view“, *Viley*, New York
- Schmidbauer, W. 2000, *Hilflose Helfer*, 9 edn, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Schwarz, R. 2001, unveröffentlichte Arbeit, persönliche Mitteilung
- Schwarzer, R. & Leppin, A. 1989, "Sozialer Rückhalt und Gesundheit", *Hogrefe*, Göttingen
- Schweitzer, B. 1994, "Stress and burnout in junior doctors", *S.Afr.Med J*, vol. 84, no. 6, pp. 352-354.
- Schwieder, CM. 2000, "Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese ," in *Salutogenese und Kohärenzgefühl*, Wydler, Kolip, & Abel, eds., Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Sexton, JB. et al. 2000, "Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys", *BMJ*, vol. 320, no. 7237, pp. 745-749.
- Sieminska, MJ. & Dawid, G. 1997, "[Professional stress of physicians]", *Przegl.Lek.*, vol. 54, no. 7-8, pp. 529-532.
- Simpson, LA. & Grant, L. 1991, "Sources and magnitude of job stress among physicians", *J Behav.Med*, vol. 14, no. 1, pp. 27-42.
- Singer, S. 1999, "Beiträge zur Salutogenese in der Onkologie - Eine qualitative Studie zum Kohärenzerleben" (unveröffentlichte Diplomarbeit), *Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie. Institut für Angewandte Psychologie*, Leipzig.
- Suls, J. & Fletcher, B. 1985, "Self-attention, life stress and illness: A prospective study", *Psychosom.Med.*, vol. 47, pp. 469-481.

- Sutherland, VJ. & Cooper, CL. 1993, "Identifying distress among general practitioners: predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction", *Soc Sci.Med*, vol. 37, no. 5, pp. 575-581.
- Tallant, S. et al. 1989, "New evidence for the effectiveness of stress management training in groups", *Behav.Modif.*, vol. 13, no. 4, pp. 431-446.
- Tepper, L. et al. 2001, "The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness", *Psychiatr Serv.*, vol. 52, no. 5, pp. 660-665.
- Thompson, WT. 2001, "Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study", *BMJ*, vol. 323, no. 7315, pp. 728-731.
- Tillich, P. 1985, "The Theology of Pastoral Care", in *Proceedings of the Fifth National Conference on Clinical Pastoral Education*, The Advisory Committee on Clinical Pastoral Education.
- Tolle, SW. et al. 1985, "A comparison of men and women physicians' management of patient death", *West J Med*, vol. 143, no. 5, pp. 691-693.
- Tyssen, R. et al. 2000, "The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study", *Med Educ.*, vol. 34, no. 5, pp. 374-384.
- Tyssen, R. et al. 2001, "Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study", *Med.Educ.*, vol. 35, no. 2, pp. 110-120.
- Uexküll, Th. v. 1997, *Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg, München.
- Vincent, CA. et al. 1988, "Accuracy of detection of radiographic abnormalities by junior doctors", *Arch.Emerg.Med*, vol. 5, no. 2, pp. 101-109.
- Vollrath, M. 2001, "Personality and stress", *Scand.J Psychol.*, vol. 42, no. 4, pp. 335-347.
- Wilson, DH. 1993, "Education and training of preregistration house officers: the consultants' viewpoint", *BMJ*, vol. 306, no. 6871, pp. 194-196.
- Wolf, TM. 1994, "Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school", *Med Educ.*, vol. 28, no. 1, pp. 8-17.

Zeldow, PB. & Daugherty, SR. 1987, "The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students", *Med Educ.*, vol. 21, no. 4, pp. 353-357.

10 Anhang

10.1 Indien

Zahlen und Fakten im Vergleich (aus „Indien“ Barkemeier 2000)

	Indien	Deutschland
Fläche in qkm	3.287.263	357.022
Bevölkerung in Mio. (1999)	991	82
Einwohner pro qkm	294	229
jährlicher Bevölkerungszuwachs (%)	1,8	0,3
Bevölkerungsanteil bis 14 Jahre (%)	33,8	16
Anteil der Stadtbevölkerung (%)	27	87
Analphabetenquote (%)	46	1
Lebenserwartung (Jahre)	63	76
Bruttosozialprodukt je Einwohner (US-\$)	436	25.910
Wirtschaftswachstum (%)	6	1
Anteil der Landwirtschaft am Bruttosozialprodukt (%)	27	1
Anteil der Beschäftigten - in der Landwirtschaft	66	3
- in der Industrie (%)	19	37
Energieverbrauch pro Kopf in Gigajoules	14	4.176
Religionen (%)	Hindus 82 Moslems 12,1 Christen 2,3 Sikhs 1,9 Buddhisten 0,8 Jains 0,4	

Quellen: Fischer Weltalmanach 2000, India at 50: Facts, Figures and Analyses

Medizinische Versorgung in Indien

“Einige große Städte wie Delhi, Mumbai (ehem. Bombay) und Kalkutta verfügen über hervorragende Krankenhäuser mit internationalem Standard. Das kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die meisten Städte und erst recht die kleineren Orte bei weitem nicht über die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten verfügen, wie man sie im Westen gewohnt ist. Die hygienischen Zustände in vielen Krankenhäusern spotten jeder Beschreibung. Die Botschaften bzw. Konsulate verfügen über Listen

von empfehlenswerten Privatärzten, bei denen die Honorare hoch sind.“ (S. 48 Barkemeier 2000)

In Indien besteht die vielfach umgesetzte Möglichkeit, als privat niedergelassene/r Arzt oder Ärztin zusätzlich in z.B. staatlichen Kliniken zu arbeiten und Geld zu verdienen. Ebenso nehmen Ärzte und Ärztinnen in der Ausbildung Tätigkeitsangebote an, z.B. für Nachtschichten in Privatkliniken.

Sprache in Indien

“Die indische Verfassung anerkennt 18 offizielle Sprachen, inklusive Englisch; es werden über 1600 untergeordnete Sprachen und Dialekte gesprochen. Die Muttersprachen Südindiens sind Kannada, Konkani, Malayalam, Tamil und Telugu. In Nordindien dominiert Hindi, in Tamil Nadu spricht man hauptsächlich Tamil und Englisch.” („South India“ Niven 1998)

Wirtschaft in Indien

“Trotz einer starken Steigerung der industriellen Produktion lebt immer noch ein großer Teil der Inder am Rande des Existenzminimums; die regionalen und sozialen Unterschiede bei Einkommen und Vermögen in Indien sind sehr groß.“ (dtv-Lexikon 1997)

10.2 Medizinstudium in Leipzig und in Südindien

Das *bachelor of medicine, bachelor of surgery*-Studium (MBBS I-III) in Tamil Nadu erstreckt sich über 4 _ akademische Jahre, 9 Semester mit ca. 120 Lehrtagen pro Semester a 8 Arbeitsstunden. In der vorklinischen Phase, MBBS I, zwei Semester, wird Anatomie, Physiologie und Biochemie gelesen. Ab MBBS II, welches drei Semester umfaßt, bis einschließlich MBBS III Teil 2, treffen sich die Studenten jeden Morgen für fünf Stunden zur klinischen Ausbildung (*clinical postings, bedside teaching, case discussion*). Nachmittags finden Pflichtveranstaltungen statt, während MBBS II in den Fächern Mikrobiologie, Pathologie, Pharmakologie und Forensik, während MBBS III Teil 1 (ein Jahr) in Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Ophthalmologie und *community medicine*. MBBS III Teil 2 dauert ebenfalls ein Jahr, es finden Pflichtveranstaltungen in Innere Medizin, Chirurgie einschließlich Orthopädie, Pädiatrie sowie Geburtsheilkunde und Gynäkologie (O&G) statt. Das sich anschließende klinische Pflichtjahr *internship* teilt sich wie folgt auf: Pflicht: je 2 Monate *community medicine*, Innere, Chirurgie inkl. Orthopädie, O&G inkl. Familienwohlfahrtsberatung; je 15 Tage Ophthalmologie, HNO; für die restliche Zeit wählt man mindestens zwei der folgenden Wahlpflichtfächer: Dermatologie und sexuell übertragbare Krankheiten, Psychiatrie, Tuberkulose und Pulmologie, Anästhesie, Strahlendiagnostik, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Forensik und Toxikologie, Blutbank und Transfusionswesen.

In jedem MBBS-Abschnitt ist eine Prüfung, *professional examination*, abzulegen.

Der Trend in Tamil Nadu geht dahin, unmittelbar nach Abschluß des *internship* die *post graduation* (Facharztausbildung) zu beginnen. Dafür muß man sich über ein *entrance exam* qualifizieren.

Die ärztliche Ausbildung in Sachsen umfaßt (Stand 2003):

-ein Studium der Medizin von 6 Jahren an einer wissenschaftlichen Hochschule

Das letzte Jahr des Studiums umfaßt eine zusammenhängende praktische Ausbildung in Krankenanstalten von 48 Wochen. (Praktisches Jahr PJ: je 16 Wochen Innere und

Chirurgie, 16 Wochen wahlweise in einem der üblichen klinisch-praktischen Fachgebiete)

-nach dem Studium eine achtzehnmonatige Tätigkeit als Arzt im Praktikum

-eine Ausbildung in Erster Hilfe, eine Famulatur von vier Monaten, einen Krankenpflagedienst von zwei Monaten

und folgende Prüfungen:

-Ärztliche Vorprüfung (Pflichtveranstaltungen in: Physik, Chemie, Biologie, Physiologie, Biochemie, Anatomie, Psychologie, Medizinische Terminologie, Berufsfelderkundung, Einführung in die klinische Medizin)

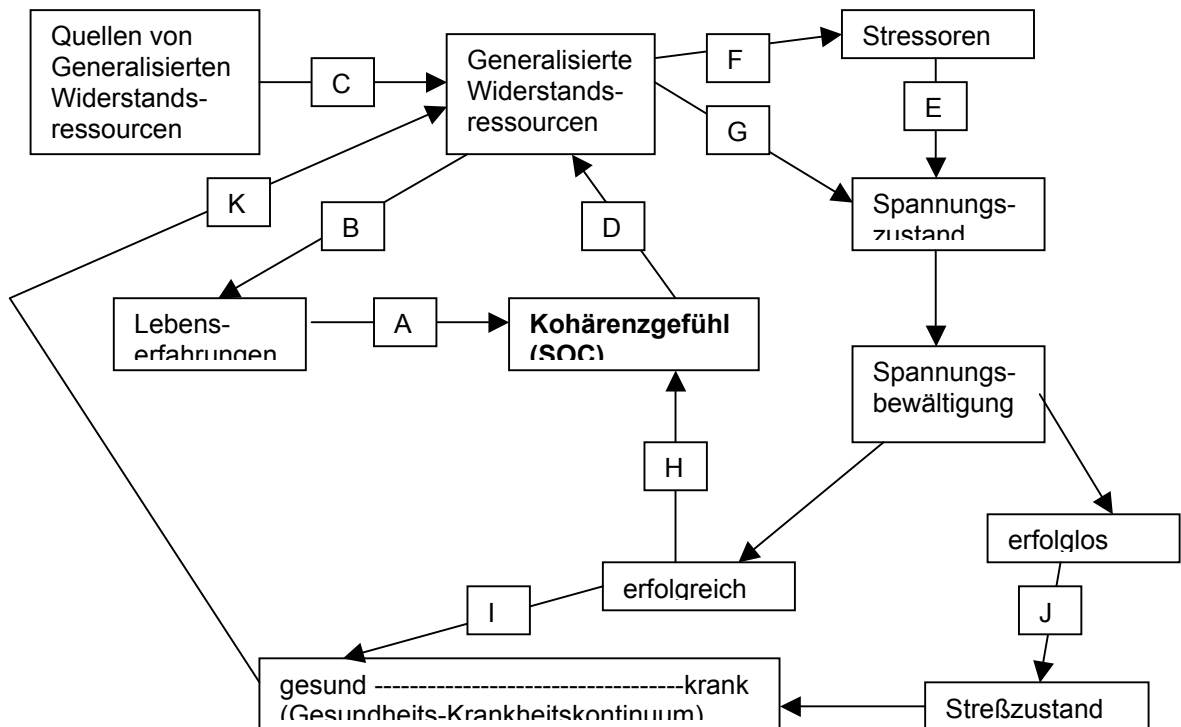
-Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Pflichtveranstaltungen in: Patho-, Haemato-, Immuno-, Radio-, Pharmako-, Toxikologie, Anamnese, Biomathematik, klinische Chemie, Übungen für akute Notfälle und Erste Ärztliche Hilfe)

-Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Pflichtveranstaltungen: 14 Praktika, drei Kursus in den gängigen klinisch-praktischen Fachgebieten)

-Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (nach Abschluß des PJ)

10.3 Vereinfachte Darstellung des Modells der Salutogenese

(nach Antonovsky 1979)



Lebenserfahrungen formen das Kohärenzgefühl (Pfeil A). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl setzt Lebenserfahrungen voraus, die möglichst konsistent sind, eine wirksame Einflussnahme der Person erlauben und weder über- noch unterfordern. Solche Lebenserfahrungen werden durch das Vorhandensein von so genannten generalisierten Widerstandsressourcen (wie z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, finanzielles Vermögen und kulturelle Faktoren) ermöglicht (Pfeil B). Die Entstehung bzw. das Vorhandensein von Widerstandsressourcen hängt vom jeweiligen soziokulturellen und historischen Kontext ab. Einen Einfluß haben aber auch persönliche Einstellungen und schließlich auch zufällige Ereignisse (Pfeil C). Inwieweit diese einmal entstandenen generalisierten Widerstandsressourcen mobilisiert werden können, hängt von der Stärke des Kohärenzgefühls ab (Pfeil D). Sind zu wenig Widerstandsressourcen vorhanden, dann beeinflusst dies die Entstehung des Kohärenzgefühls negativ; ein niedriges Kohärenzgefühl wiederum verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen. Stressoren konfrontieren den Organismus mit nicht automatisch beantwortbaren Reizen und lösen daher Spannungszustände aus (Pfeil E). Die mobilisierten Widerstandsressourcen beeinflussen den Umgang mit Stressoren (Pfeil F) und den Spannungszustand (Pfeil G). Auch hier besteht wieder ein Rückbezug: Das Gelingen der Spannungsreduktion hat eine stärkende Wirkung auf das Kohärenzgefühl (Pfeil H). Aufgrund der erfolgreichen Spannungsreduktion bleibt der Gesundheitszustand bzw. die Lokalisation auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhalten (Pfeil I). Eine günstige Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erleichtert dann wiederum den Erwerb neuer Widerstandsressourcen (Pfeil K). Erfolgreiches Spannungsmanagement führt hingegen zu einem Stresszustand (Pfeil J). Dieser Stresszustand steht in Wechselwirkung mit den vorhandenen pathogenen Einflüssen und Vulnerabilitäten und wirkt sich damit negativ auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus.

10.4 Fragebogen

A Allgemeine Angaben

a01	Wie sind Sie angestellt?	4=AiP 5=Assistenzarzt 8=anderes, nämlich.....	<input type="text"/>
a02	In welcher Einrichtung arbeiten Sie? 2=kirchliche Einrichtung 6=Privatklinik	8=Uniklinik 9=Staedtische Klinik 11=anderes, nämlich	<input type="text"/>
a03	In welchem Fachbereich arbeiten Sie? 1=Anae 5=Gyn 2=Chir 6=HNO 3=Dent 7=Innere 4=Derma 8=Kardio	9=Nephro 14=Psychi 10=Neuro 15=Pulm 11=Ophtalm 16=Radio 12=Ortho 17=Uro 13=Paed 18=andere	<input type="text"/>
a04	Wie alt sind Sie?	schreibe Alter	<input type="text"/>
a05	Geschlecht	1=weiblich 2=männlich	<input type="text"/>
a06	Familienstand 1=verheiratet 2=mit festem Partner 3=Single	4=geschieden 5=verwitwet 6=verlobt	<input type="text"/>
a07	Wie viele Kinder haben Sie? schreibe Anzahl		<input type="text"/>
a08	Mit welcher Note schlossen Sie Ihr Studium ab?	schreibe Note 9=keine Angabe	<input type="text"/>
a09	Wie viele Jahre studierten Sie insgesamt?	schreibe Anzahl Jahre	<input type="text"/>
a10	Wann schlossen Sie Ihr Studium ab?	Schreibe Monat und Jahreszahl	<input type="text"/>
a11	Wo haben Sie studiert?	11=Leipzig 22=Dresden 33=Halle 10=andere	<input type="text"/>

B Arbeits- und Freizeit

b01	Wie viele Stunden arbeiten Sie ca. in der Woche?	schreibe Stunden	<input type="text"/>
b02	Ungefähr wie viele Stunden haben Sie nach der Arbeit täglich Zeit für Familie, Hobbys, Erholung etc.? (Schlaf exklusive)	schreibe Stunden	<input type="text"/>
b03	Finden Sie diese freie Zeit 1=mehr als ausreichend 2=ausreichend 3=weniger als ausreichend	4=wenig 5=zu wenig 8=keine Angaben	<input type="text"/>
b04	Arbeiten Sie freiwillig zusätzlich	1=klinisch 2=wissenschaftlich 8=nein	<input type="text"/>

C Studium, Berufsbeginn und Arbeitsbelastung

c01	Wie wichtig ist/ war Ihr Examensabschluß für Ihr persönliches Selbstvertrauen als Anfänger/in?		<input type="text"/>
	1=enorm wichtig 5=unbedeutend	2=sehr wichtig 3=wichtig 4=kaum wichtig	
c02	Wie wichtig ist/ war Ihr Examensabschluß für Ihr fachliches Selbstvertrauen als Anfänger/in?	Antwortvorgaben: siehe c01	<input type="text"/>
c03	Wie wichtig war ihr Examensabschluß für Ihre Bewerbung um eine AiP-Stelle?	Antwortvorgaben: siehe c01	<input type="text"/>
c04	Wie wichtig ist Ihr Examensabschluß für Ihre kommenden Bewerbungen um eine Arbeits- oder Facharztstelle?	Antwortvorgaben: siehe c01	<input type="text"/>
c05.1	Wie schätzen Sie Ihr theoretisches Wissen zu PJ-Beginn ein? 1=hervorragend 2=sehr gut 3=gut	4=mangelhaft 5=schlecht 8=keine Angaben	<input type="text"/>
c05.2	Wie schätzen Sie Ihr theoretisches Wissen zu PJ-Ende ein?	Antwortvorgaben: siehe c05.1	<input type="text"/>
c06.1	Wie schätzen Sie Ihre praktischen Fähigkeiten zu PJ-Beginn ein?	Antwortvorgaben: siehe c05.1	<input type="text"/>
c06.2	Wie schätzen Sie Ihre praktischen Fähigkeiten zu PJ-Ende ein?	Antwortvorgaben: siehe c05.1	<input type="text"/>

c07.1	Wie schätzen Sie das durchschnittliche theoretische Wissen der Studenten zu PJ-Beginn ein?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c05.1								
c07.2	Wie schätzen Sie das durchschnittliche theoretische Wissen der Studenten zu PJ-Ende ein?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c05.1								
c08.1	Wie schätzen Sie die durchschnittlichen praktischen Fähigkeiten der Studenten zu PJ-Beginn ein?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c05.1								
c08.2	Wie schätzen Sie die durchschnittlichen praktischen Fähigkeiten der Studenten zu PJ-Ende ein?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c05.1								
c09	<p>Womit haben/ hatten Sie in der Anfängerzeit nach abgeschlossenem Studium Probleme?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1=Überarbeitung 2=Ereignisse im persönlichen Bereich 3=Behandlungsfehler 4=Schlafentzug 5= Gespräche mit unter Streß stehenden Angehörigen 6=die Anzahl der täglichen Todesfälle auf der Station </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 7=die Anzahl der täglichen Notfälle auf der Station 8=die Anzahl der täglichen untergeordneten medizinischen Aufgaben auf der Station 9=Beziehung zum Patienten 10=wirtschaftliche und finanzielle Belange 11=Zeitdruck 12=Kompetenzfragen </td> </tr> </table> <p>Angaben: 1=nicht zu bewältigendes 2=schwerwiegendes 3=zum Teil ein 4=geringes 5=kein Problem</p>		1=Überarbeitung 2=Ereignisse im persönlichen Bereich 3=Behandlungsfehler 4=Schlafentzug 5= Gespräche mit unter Streß stehenden Angehörigen 6=die Anzahl der täglichen Todesfälle auf der Station	7=die Anzahl der täglichen Notfälle auf der Station 8=die Anzahl der täglichen untergeordneten medizinischen Aufgaben auf der Station 9=Beziehung zum Patienten 10=wirtschaftliche und finanzielle Belange 11=Zeitdruck 12=Kompetenzfragen				
1=Überarbeitung 2=Ereignisse im persönlichen Bereich 3=Behandlungsfehler 4=Schlafentzug 5= Gespräche mit unter Streß stehenden Angehörigen 6=die Anzahl der täglichen Todesfälle auf der Station	7=die Anzahl der täglichen Notfälle auf der Station 8=die Anzahl der täglichen untergeordneten medizinischen Aufgaben auf der Station 9=Beziehung zum Patienten 10=wirtschaftliche und finanzielle Belange 11=Zeitdruck 12=Kompetenzfragen							
c10	Fühlten Sie sich auf die meisten Probleme gut vorbereitet? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1=trifft voll zu</td> <td style="width: 50%;">4=trifft nicht zu</td> </tr> <tr> <td>2=trifft teilweise zu</td> <td>8=keine Angaben</td> </tr> <tr> <td>3=trifft kaum zu</td> <td></td> </tr> </table>	1=trifft voll zu	4=trifft nicht zu	2=trifft teilweise zu	8=keine Angaben	3=trifft kaum zu		<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
1=trifft voll zu	4=trifft nicht zu							
2=trifft teilweise zu	8=keine Angaben							
3=trifft kaum zu								
c11	Hatten Sie die meisten Probleme so erwartet?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c10								
12	Wurden Sie von vielen Problemen überrascht?	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>						
Antwortvorgaben: siehe c10								
c13	Wie erleben Sie die Absolventen im AiP-Term? Von ihnen sind im AiP-Term, was die fachliche Seite betrifft ___% sicher und davon ___% berechtigt sicher, ___% unberechtigt sicher. Von ihnen sind im AiP-Term, was die fachliche Seite betrifft ___% unsicher und davon ___% berechtigt unsicher, ___% unberechtigt unsicher.							
c14	Schätzen Sie bitte den Grad Ihrer verschiedenen Arbeitsbelastungen auf einer Skala von 0 bis 100 ein. 0=ich erlebe keine Belastung, 100=ich erlebe maximale Belastung, eine Steigerung ist nicht möglich.							

c14.1	körperlich										
1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
c14.2	psychisch										
1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
c14.3	zeitlich										
1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
c14.4	emotional										
1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

E Motivationen und Entscheidungen

e01	Nehmen Sie bitte Stellung zu folgender Aussage: "Ich kann meine Person und meinen Charakter in Einklang mit meinem Fach bringen."	<input type="text"/>
	1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu 4=trifft nicht zu 8=keine Angaben	
e02	Nehmen Sie bitte Stellung zu folgender Aussage: "In bestimmten Fächern finden sich häufig bestimmte Charaktere und Typen wieder."	<input type="text"/>
	Antwortvorgaben: siehe e01	

e03.1	Welche Motivationen haben bzw. hatten Sie für das Ergreifen des Medizinstudiums,	
e03.2	für den Arztberuf jetzt und in Zukunft	
Motivationen	1=Karriere 2=hohes Gehalt 3=finanzielle Sicherheit 4=gesellschaftlicher Status 5=Elternteil, gute/r Freund/in oder Verwandter als Arzt/ Ärztin 6=gute schulische Ergebnisse (Abschlusszeugnis) 7=Pflichtgefühl	9= Behandlung der Patienten 10=Spass an meiner Arbeit 11=fachliches Interesse 12=Stolz auf meinen Beruf 13=Alternativlosigkeit 14=Gewohnung 15=sehr langer Ruf 16=Notwendigkeit einer 8=Hilfsbereitschaft Berufsausbildung
Angaben: 1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu 4=trifft nicht zu 8=keine Angaben		

F Ressourcen

f01	Wie lange benötigen Sie, um nach Dienstende abzuschalten und sich einzustellen auf z.B. Familie, Hobby, Fachfremdes?	<input type="text"/>
	schreibe Minuten	
f02.1	Wie wichtig ist dieses Ab- und Umschalten für Sie?	<input type="text"/>
	1=enorm wichtig 2=sehr wichtig 3=wichtig 4=kaum wichtig 5=unbedeutend 8=keine Angabe	

f02.2 Was hilft Ihnen beim Ab- und Umschalten und Entspannen?		ja	nein
		1	2
1	Gespräche mit Freunden		
2	Trinken von Kaffee oder anderen nichtalkoholischen Getränken oder Essen		
3	Fernsehen		
f03	<p>Trifft für Sie folgende Aussage zu? "Nach Abschluß meines Medizinstudiums konnte ich mir vorstellen, in der Lage zu sein, mich in jedes Fachgebiet einzufinden und dort zu arbeiten."</p> <p>1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu</p> <p>4=trifft nicht zu 8=keine Angaben</p>		
f04	<p>Welche Bereiche an Ihrem Beruf gefallen Ihnen ganz allgemein? Bereiche</p> <p>1=das Helfen 2=der permanente Kontakt zu Menschen 3=hohe Ideale 4=dass ich um Rat gefragt werde</p> <p>5=dass ich um Hilfe gebeten werde 6=dass Hilfesuchende zu mir kommen 7=das Heilen 8=das gute Ergebnis einer Behandlung 9=mein gesellschaftlicher Status</p> <p>Angaben: 1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu 4=trifft nicht zu 8=keine Angaben</p>		
f05	<p>Wie gut verkraften Sie Ihre berufliche Belastung?</p> <p>1=sehr gut 2=gut 3=maessig</p> <p>4=schlecht 5=gar nicht 8=keine Angabe</p>		
f06	<p>Wie gut können Sie das Ausmaß Ihrer beruflicher Belastung beeinflussen?</p> <p>Antwortvorgaben: siehe f05</p>		
f07	<p>Wodurch können Sie Ihre berufliche Belastung beeinflussen?</p> <p>Vorgaben</p> <p>1=durch mein fachliches Können 2=durch mein theoretisches Wissen</p> <p>3= durch Teamarbeit 4=durch meine Arbeitseinstellung 11=anderes, nämlich:</p> <p>Angaben: 1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu 4=trifft nicht zu 8=keine Angaben</p>		
f08	<p>Trifft für Sie folgende Aussage zu? "Die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit hilft mir, mit meiner beruflichen Belastung zurecht-zukommen."</p> <p>Antwortvorgaben: siehe f07</p>		
f09	<p>Trifft für Sie folgende Aussage zu? "In meinem Arbeits- u/o Wohnort genieße ich Privilegien u/o bevorzugte Behandlung, die ich auf meine gesellschaftliche Stellung als Arzt zurückführe."</p> <p>Antwortvorgaben: siehe f07</p>		
f10	<p>Welche Strategien nutzen Sie, um Ihre berufliche Belastung zu bewältigen?</p> <p>Vorgaben</p> <p>1=positive Interpretation 2=Akzeptieren 3=Planen Team</p> <p>4=Suchen sozialer Unterstützung 5=Supervision (Psychotherapeut, Psychiater Psychologe)</p> <p>6=Supervision (Geistlicher) 7=Gruppengespraech, Selbsthilfegruppe 8=Aufrechterhaltung der Kommunikation im Team</p> <p>23=andere, nämlich</p>		

Angaben: 1=kommt sehr häufig vor 2=kommt oft vor 3=kommt gelegentlich vor 4=kommt selten vor 5=kommt nie vor 8=keine Angabe		
f11	Sind Sie religiös eingebunden?	<input type="checkbox"/>
	1=trifft voll zu 2=trifft teilweise zu 3=trifft kaum zu	4=trifft nicht zu 8=keine Angabe
f12	Können Sie mit dem Begriff "Gebet" etwas assoziieren, das in Ihrem Leben vorkommt?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f11	

Sage dem Interviewkandidaten: "Diese Assoziation nenne ich im folgenden Gebet/ Beten."

f13	Hat Ihr Beten einen religiösen Hintergrund?	<input type="checkbox"/>
	1=immer 2=häufig 3=manchmal	4=selten 5=nie 8=keine Angabe
f14	Ist Ihr Beten ortsabhängig? (Kirche, Tempel etc.)	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f15	Ist Ihr Beten zeitabhängig? (bestimmte/r Tagszeit, Wochentag, Feiertag etc.)	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f16	Ist Ihr Beten situationsabhängig?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f16.1	Wann beten Sie häufiger?	<input type="checkbox"/>
	1=in guten/ positiven/ schönen Zeiten/ Situationen 2=in schlechten/ negativen/ kritischen Zeiten/ Situationen	
f16.2	Wann beten Sie intensiver?	<input type="checkbox"/>
	1=in guten/ positiven/ schönen Zeiten/ Situationen 2=in schlechten/ negativen/ kritischen Zeiten/ Situationen	
f17	Haben Ihre Gebete einen definierbaren Inhalt?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f18	Kommen berufliche Momente in Ihren Gebeten vor?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f19	Beten Sie für bestimmte Patienten?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	
f20.1	Beten Sie für bestimmte medizinische Tätigkeiten, die Sie durchführen?	<input type="checkbox"/>
	Antwortvorgaben: siehe f13	

f20.2	Beten Sie unmittelbar vor bestimmten medizinischen Tätigkeiten, die Sie durchführen werden?	<input type="checkbox"/>
Antwortvorgaben: siehe f13		

f20.3	Beten Sie während bestimmter medizinischer Tätigkeiten, die Sie durchführen?	<input type="checkbox"/>
Antwortvorgaben: siehe f13		

f20.4	Beten Sie nach bestimmten med. Tätigkeiten, die Sie durchgeführt haben?	<input type="checkbox"/>
Antwortvorgaben: siehe f13		

f21	Markieren Sie bitte auf der Skala, wie gerne Sie an Ihre Arbeit denken.									
1=ich hasse es	100=mit größtem Vergnügen									
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+										
1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Diese Aussagen wurden Patienten vorgelegt. Die Aufgabe für die Patienten lautete:
 „Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen über Patienten und Ärzte zu?“

Die Aufgabe jetzt für Sie ist folgende:

Versetzen Sie sich in die Position Ihrer eigenen Patienten und versuchen Sie so auf die Aussagen zu antworten, wie es die Mehrheit Ihrer Patienten täte.

		stimme völlig zu	stimme eher zu	weder/noch	lehne eher ab	Lehne völlig ab
		1	2	3	4	5
621	Bei Arztterminen vergesse ich oft was ich eigentlich fragen oder sagen wollte.					
622	Was Ärzte mir sagen, befolge ich genau.					
623	Bei Ärzten fühle ich mich meist etwas beklommen.					
624	Ich habe große Hochachtung vor Ärzten.					
625	Patienten sind für Ihre Gesundheit selbst verantwortlich.					
626	Als medizinischer Laie ist man Ärzten meist ausgeliefert.					
627	Was Ärzte auch sagen, man muß selbst prüfen und tun was man für richtig hält.					
628	Ärzte vermitteln ein Gefühl der Sicherheit.					
629	Für die Gesundung des Patienten trägt vor allem der Arzt die Verantwortung.					
630	Bei der Auswahl von Ärzten muß man sehr kritisch sein.					
631	Was Ärzte leisten, ist mit Geld nicht zu bezahlen.					

632	Patienten sollten mehr Möglichkeiten zur Mitsprache haben.					
633	Chronisch Kranke kosten unserem Gesundheitswesen zu viel Geld.					
634	Das Reden über Geld stört die Arzt-Patienten-Beziehung.					
635	Angesichts der hohen Kosten müssen Patienten bescheidener sein.					
636	Ich habe die Sorge, daß aus Kostengründen nicht alles Notwendige getan wird.					
637	Für meine Gesundheit würde ich finanzielle Opfer bringen.					
		1	2	3	4	5

Diese Aussagen wurden Patienten vorgelegt. Die Aufgabe für die Patienten lautete:
 „Stellen Sie sich vor, Sie sind in ärztlicher Behandlung:

Welcher Aussage neigen Sie eher zu?“

Die Aufgabe jetzt für Sie ist folgende:

Versetzen Sie sich in die Position Ihrer eigenen Patienten und versuchen Sie so auf die Aussagen zu antworten, wie es die Mehrheit Ihrer Patienten täte.

		ja	nein
		1	2
638	Ärzten ist mehr am Wohl des Patienten gelegen als am Geld.		
639	Viele Ärzte verschweigen des Patienten die wirkliche Diagnose.		
640	Mein Arzt steht zur Verfügung, wenn ich ihn brauche.		
641	Mit meinem Arzt kann ich über alles reden.		
642	Ich zweifle manchmal, daß die Ärzte wirklich um mich persönlich besorgt sind.		
643	Die Ärzte beachten meine persönlichen Bedürfnisse.		
644	Die Ärzte genießen mein volles Vertrauen.		
645	Ich möchte zur Sicherheit oft noch eine zweite Meinung einholen.		
646	Was die Ärzte sagen, wird schon seine Richtigkeit haben.		
647	Ich glaube manchmal, die Ärzte tun für meine medizinische Betreuung nicht alles, was sie müßten.		
648	Ich vertraue darauf, daß ich bei Fachleuten in guten Händen bin.		
649	Ich bin sicher, die Ärzte würden mich informieren, wenn in meiner Behandlung ein Fehler vorgekommen ist.		
650	Man kann sich auf die Verschwiegenheit von Ärzten verlassen.		

Auf dieser Seite ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, an welchen Beschwerden Sie leiden. Machen Sie ein Kreuz in die entsprechende Spalte. Die Beschwerden, die Sie nicht haben, erhalten natürlich ein Kreuz in der „nicht“ Spalte.

Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt:

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, was für Sie zutrifft!

		nicht	kaum	einiger-maßen	erheb-lich	stark
		1	2	3	4	5
951	Schwächegefühl					
952	Herzklopfen, -jagen oder -stolpern					
953	Druck- und Völlegefühl im Bauch					
954	Übermäßiges Schlafbedürfnis					
955	Gelenk- oder Gliederschmerzen					
956	Schwindelgefühl					
957	Kreuz- oder Rückenschmerzen					
958	Nacken- oder Schulterschmerzen					
959	Erbrechen					
960	Übelkeit					
961	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals					
962	Aufstoßen					
963	Sodbrennen oder saures Aufstoßen					
964	Kopfschmerzen					
965	Rasche Erschöpfbarkeit					
966	Müdigkeit					
967	Gefühl der Benommenheit					
968	Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen					
969	Mattigkeit					

970	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust					
971	Magenschmerzen					
972	Anfallsweise Atemnot					
973	Druckgefühl im Kopf					
974	Anfallsweise Herzbeschwerden					
		1	2	3	4	5

ab24. Nehmen Sie bitte zu Ihren beruflichen Wünschen Stellung.

	An meinem Beruf ist mir ...	unwichtig	wichtig
		1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.1	hohes berufliches Ansehen	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.2	wissenschaftliche innovative Tätigkeit	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.3	Autonomie	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.4	ein sicherer Arbeitsplatz	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.5	das Wohl anderer Menschen	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.6	gutes Einkommen	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.7	herausfordernde Aufgaben bearbeiten	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.8	Vereinbarkeit mit der Familie	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.9	gute Karrierechancen	1 – 2 – 3 – 4 – 5	
ab24.10	der Umgang mit Leuten	1 – 2 – 3 – 4 – 5	

ab29. Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit?

		belastet mich nicht stark
ab29.1	hohes Arbeitstempo/ Zeitdruck	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.2	hohe Verantwortung für Menschen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.3	Arbeitsanfall, der nicht planbar ist	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.4	zu wenig Zeit für Privatleben	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.5	mangelnde Vereinbarkeit mit Familienleben	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.6	zuwenig Freizeit	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.7	finanzielle Sorgen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.8	starke Konkurrenz durch Kollegen und Kolleginnen	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.9	der hohe Verwaltungsaufwand/ Kassenabrechnung	1 – 2 – 3 – 4 – 5
ab29.10	unsichere berufliche Zukunft	1 – 2 – 3 – 4 – 5

ab33. Bedeutsamkeit von Lebensbereichen

Bei den folgenden Fragen geht es darum, wie wichtig einzelne Lebensbereiche (z.B. Beruf oder Freizeit) für Ihre Zufriedenheit und Ihr Wohlbefinden sind.

	Wie wichtig ist/ sind für Sie ...	nicht wichtig	etwas	ziemlich	sehr	extrem wichtig
ab33.1	Gesundheit	1	2	3	4	5
ab33.2	Beruf/ Arbeit	1	2	3	4	5
ab33.3	Einkommen/ finanzielle Lage	1	2	3	4	5
ab33.4	Freizeit	1	2	3	4	5
ab33.5	Partnerschaft	1	2	3	4	5
ab33.6	Sexualität	1	2	3	4	5
ab33.7	Freunde/ Bekannte	1	2	3	4	5

10.5 Religiosität und Beruf

Korrelation nach Spearman	Person u. Charakter in Einklang mit Fach	Wie viele Minuten, um nach Dienstende abzuschalten?	Wie gut verkraften Sie Belastung?	Wie gut können Sie Belastung beeinflussen?	Wie gerne denken Sie an Ihre Arbeit?	berufliche Momente in Gebeten?	Beten Sie für Patienten?	Beten Sie für medizinische Tätigkeiten?
religiös eingebunden?	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,4 ** (SI)	n.s.	n.s.
berufliche Momente in Gebeten?	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		0,4 ** (SI) 0,3 * (LE)	0,6 ** (SI) 0,5 ** (LE)
Beten Sie für Patienten?	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,4 ** (SI) 0,3 * (LE)		0,3 * (SI) 0,4 ** (LE)
Beten für med. Tätigkeiten?	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,4 ** (SI)	0,6 ** (SI) 0,5 ** (LE)	0,3 * (SI) 0,4 ** (LE)	
Beschwerde- druck	n.s.	0,3 ** (LE)	-0,3 ** (LE)	n.s.	n.s.	n.s.	-0,3 ** (SI)	n.s.
Wie gut verkraften Sie Belastung?	0,3 * (SI)	n.s.		0,6 ** (SI) 0,3 ** (LE)	-0,2 * (SI) - 0,3 ** (LE)	n.s.	n.s.	n.s.
Wie gut können Sie Belastung beeinflussen?	0,4 ** (SI)	n.s.		0,6 ** (SI) 0,3 ** (LE)	-0,3 * (LE)	n.s.	n.s.	n.s.
Wie gerne denken sie an Ihre Arbeit?	-0,3 * (SI)	0,3 ** (SI)		-0,2 * (SI) -0,3 ** (LE)	-0,3 * (LE)	n.s.	n.s.	-0,4 ** (SI)

Tab. 13: Religiosität und Beruf. ** Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant (2-seitig).

* Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant (2-seitig).

Zusammenfassung der Arbeit

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med.

Titel

Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig unter besonderer Berücksichtigung von Religiosität und Glauben

eingereicht von

Hansjakob Richter

betreut von Dr. Susanne Singer, Prof. Dr. med. Reinhold Schwarz

Selbständige Abteilung für Sozialmedizin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin

Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

12.2005

Die vorliegende Arbeit thematisiert die Vorbereitung durch das Medizinstudium auf den Berufsanfang, auftretende Probleme in dieser Anfangszeit, bestehende Belastungen, die Auswirkungen dieser Belastungen, personale und soziale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung. Besondere Berücksichtigung findet die Bedeutung von Religiosität und Glauben für das innere Gleichgewicht und die berufliche Zufriedenheit eines Menschen.

Für die Arbeit wurden 140 Ärztinnen und Ärzte in Südindien und in Leipzig (Sachsen) im Jahr 2002 interviewt, die zum Befragungszeitpunkt ihr Studium absolviert und nicht mehr als zweieinhalb Jahre klinisch gearbeitet hatten.

Das Interesse für das Thema „Soziale und personale Ressourcen und Strategien für die Belastungsverarbeitung junger Ärztinnen und Ärzte beim Berufseinstieg in Südindien und Leipzig“ wurde durch das eigene Erleben als Medizinstudent geweckt. Religiosität und Glauben fanden in der Studie besondere Berücksichtigung, weil diese Bereiche des menschlichen Lebens die Lebens- und Denkweise eines Menschen sehr stark beeinflussen können. Leider fanden diese Themen bisher kaum Eingang in Studien, die in der ärztlichen Berufsgruppe durchgeführt wurden.

Ziel der Arbeit ist es, zu beschreiben, wie Absolventen des Medizinstudiums ihren Berufsanfang erleben, welche Strategien sie einsetzen und welche Ressourcen sie zur Verfügung haben, um die Probleme, Belastungen und Anforderungen dieser Anfangszeit zu meistern.

Antonovskys Modell der Salutogenese dient der Strukturierung der vorliegenden Arbeit. Antonovsky erläutert in seinem Modell Belastungsbewältigung und Streßverarbeitung.

Diese Studie stellt vier Fragen: Wie erleben junge Ärztinnen und Ärzte in Südindien und Leipzig ihren Berufsstart? Welche Belastungen werden von in Südindien und Leipzig tätigen jungen Ärztinnen und Ärzten wahrgenommen? Welche personalen und sozialen Ressourcen und Strategien zur Belastungsverarbeitung werden in den ersten Arbeitsjahren nach dem Medizinstudium von jungen Ärztinnen und Ärzten in Südindien und Leipzig genutzt? Welche Rolle spielen religiöse Einbindung und gelebte Religiosität bei der Belastungsverarbeitung während der ersten Berufsjahre?

Folgende Hypothesen werden erhoben: Die Ärztinnen und Ärzte sowohl in Leipzig (Sachsen) als auch in Südindien erleben in der beruflichen Anfangszeit nach dem Medizinstudium Probleme. Die südindischen Ärztinnen und Ärzte fühlen sich auf die meisten Probleme besser vorbereitet als die deutschen. Beide Gruppen nehmen ähnliche berufliche Belastungen wahr. Die Auswirkungen der Belastungen sind vergleichbar. Die Ressourcen unterscheiden sich zwischen den Gruppen. Die Hauptstrategien der Belastungsverarbeitung sind vergleichbar. Religiosität und Glauben sind eine personale Ressource für das innere Gleichgewicht des Menschen. Diese Ressource ist für die in Südindien Befragten von höherer Bedeutung.

Die Interviews wurden anhand eines strukturierten Fragebogens geführt.

In Südindien sind in den Bundesstaaten Tamil Nadu und im *Union Territory of Pondyerry* in vier akademischen Lehrkrankenhäusern von Mai bis Juli 2002 69 Interviews durchgeführt worden.

In vier akademischen Lehrkrankenhäusern in Leipzig fanden von August bis Oktober 2002 71 Befragungen statt.

Am Anfang steht die Untersuchung der subjektiven Sicht der Befragten auf Stärken und Schwächen ihrer medizinischen Ausbildung. Beleuchtet werden Problemfelder während der Anfängerzeit im Beruf. Das südindische Medizinstudium scheint eine bessere Vorbereitung auf den Berufsstart zu sein als das Leipziger. Während des praktischen Abschnitts nehmen vor allem die praktischen Fähigkeiten zu. Südindische Absolventen erleben in den ersten Arbeitsmonaten weniger Probleme bzw. Probleme in einer schwächeren Ausprägung als die Leipziger.

Das allgemeine Belastungsausmaß präsentiert sich höher in Leipzig. Umfang von Arbeits- und Freizeit unterscheiden sich deutlich. Das Beanspruchungsgefühl, das aus den Belastungen resultiert, ist in Südindien geringer trotz längerer Arbeitszeit und weniger Freizeit. Südindische Ärztinnen und Ärzte messen ihrem Beruf eine hohe Bedeutsamkeit zu und sind zufriedener mit den beruflichen Umständen.

In den beruflichen Wünschen und auch unter anderen Gesichtspunkten offenbart sich eine Gemeinsamkeit der Befragten. Sie erleben eine gute Passung zwischen ihren individuellen Eigenschaften und medizinischem Fachgebiet, verkraften ihre Arbeitsbelastung gut und weisen ein ähnliches psychosomatisches Beschwerdebild auf.

Das Ausmaß der Motiviertheit bietet sich ausgeprägter bei den südindischen Medizinerinnen und Mediziner dar, die auch mehr Gefallen am Beruf finden. Privilegien und/ oder bevorzugte Behandlung und der gesellschaftliche Sonderstatus der ärztlichen Berufsgruppe in Südindien spielen dabei vermutlich eine Rolle. Die Beziehung zu den Patientinnen und Patienten ist eine mögliche soziale Ressource, die in Südindien greifbarer ist.

Eine mäßige Beeinflussbarkeit der beruflichen Belastungen für die Leipziger und eine gute für die südindischen Medizinerinnen und Mediziner wird erkennbar. In diesem Zusammenhang fällt die Leipziger rational-sachliche Herangehensweise an die beruflichen Anforderungen und Anstrengungen auf.

Gemeinsamkeiten gibt es in der Wertschätzung der sozialen Unterstützung und bei den Hauptstrategien für die Belastungsbewältigung. Die Hauptstrategien des Coping-Verhaltens (Planen, Akzeptieren und positive Interpretation der beruflichen Belastung; Teamkommunikation; soziale Unterstützung) sind vergleichbar.

Weniger Übereinstimmung förderten die Betrachtungen von religiöser Praxis der Ärztinnen und Ärzte zutage. Besonders anhand der südindischen Ergebnisse ließ sich ein interessantes Wechselspiel zwischen gelebtem Glauben, beruflicher Zufriedenheit und dem Beschwerdedruck beschreiben.

Danksagung

Vielen Dank an

Prof. Dr. med. Reinhold Schwarz, Prof. Dr. med. Elmar Brähler (Abt. Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Leipzig), Dr. Susanne Singer, Dr. Steffi Riedel, Beate Liebing, Christian Kamenik, Dr. Thomas Schmidt-Grassee,

meine Familie, Indienreferentin Pastorin Isolde Schäfer (stellvertretend genannt für das evangelisch-lutherische Missionswerk Leipzig),

Mrs. und Dr. Daniel Samson, Dr. Immanuel Arun, Dr. S. Paul und Dr. S. Jessie, Lumine Dyas, Dr. Ellis Vivian, Faith Ragaland, Dr. K. Narasimha Rao, Dr. Pethru,

alle Professoren, Ärzte und Ärztinnen in Südindien und Leipzig, die durch ihre Zustimmung und Beteiligung die Durchführung der Befragungen ermöglicht haben.

Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Hiermit erkläre ich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, daß Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorliegenden Dissertation stehen, und daß die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Quellen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren

.....

Datum

.....

Unterschrift

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Hansjakob Richter
Telefon: 0049-177-5536387
Email: hansjakobrichter@web.de
Geburtsdatum und -ort: 09.06.1978, Leipzig
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: deutsch
Konfession: evangelisch

Schulbildung

09.1990 – 07.1997 Johannes-Bugenhagen-Gymnasium Franzburg,
Mecklenburg-Vorpommern
07.1997 Abitur

Zivildienst

08.1997 – 08.1998 Pflegehilfstätigkeit im OP-Bereich, Klinikum Stralsund

Studium

10.1998 – 11.2005 Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig
08.2000 Physikum
08.2001 Erstes Staatsexamen
10.2001 – 10.2002 Beurlaubung vom Studium für Auslandsfamulaturen und
Promotion
09.2004 Zweites Staatsexamen
11.2005 Drittes Staatsexamen

Famulaturen und Hospitationen

08.1999 Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Stralsund
03.2001 Orthopädie, Universitätsklinikum Freiburg i.Br.
10.2001 – 03.2002 Notfallaufnahme, Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie,
CSI Mission General Hospital, Trichy, Tamil Nadu,
Südinien

Praktisches Jahr

10.2004	ITS Innere Medizin, Universitätsklinikum Leipzig
02.2005	Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie, Vogtlandklinikum Plauen
05.2005	Ohren-, Nasen, Hals- und Gesichtschirurgie, Universitätsspital Zürich, Schweiz

Sonstige fachspezifische Tätigkeiten

04.2000 – 07.2001	Nachtstudent, Privates Notfallzentrum Leipzig, mit Unterbrechung (Physikum)
03.2003 – 12.2003	Nachtstudent, Soteria Klinik Leipzig GmbH (Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit)

Sonstiges

04.2002 – 09.2002	Förderung eines Freiwilligen Dienstes in Südindien im Rahmen des Praktikantenprogramms des evangelisch- lutherischen Missionswerkes Leipzig
-------------------	---

Leipzig, 12.2005