

Lebensqualität von berufstätigen Zahnmedizinern

- eine Vergleichsuntersuchung zu berufstätigen Humanmedizinern

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin

des Fachbereichs Medizin

der Justus-Liebig-Universität Giessen

vorgelegt von Jane Bianca Beger

aus Frankfurt am Main

Giessen 2006

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr. Reimer
des Universitätsklinikums Giessen und Marburg

Betreuer: Dr. H. B. Jurkat, Dipl.-Psych.

Gutachter: Prof. Dr. Ch. Reimer

Gutachter: Prof. Dr. Wetzel

Tag der Disputation: 24. Mai 2006

*Meinen Eltern
in Liebe und Dankbarkeit
gewidmet.*

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Bisheriger Kenntnisstand.....	4
2.1. Stressoren und Substanzmissbrauch im Zahnarztberuf.....	4
2.1.1 Was ist Sucht bzw. Substanzmissbrauch.....	5
2.1.2. Statistiken zur Substanzabhängigkeit sowie beeinflussende Faktoren.....	5
2.1.3. Zahnärztliches Berufsrisiko.....	7
2.1.3.1. Quecksilber.....	8
2.1.4. Substanzmissbrauch im zahnmedizinischen Studium.....	9
2.2 Das Zahnarzt- Patienten Verhältnis.....	10
2.2.1 Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit des Zahnarztes.....	11
2.3 Der Zahnarzt als Unternehmer.....	12
2.3.1 Fakten zur Existenz- bzw. Unternehmensgründung.....	14
2.4 Status quo des zahnmedizinischen Berufsstandes.....	15
2.5 Die zahn/ -ärztliche Ehe, Familie und Partnerschaft.....	15
2.5.1 Zahnärztliche Ehe-Konstellationen.....	16
2.5.2 Ärztliche Ehe-Konstellationen.....	17
2.5.3 Psychologische und genetische Besonderheiten von Medizinern.....	19
2.6 Burnout.....	20
2.6.1 Burnoutrisiko bei Zahnmedizinern.....	21
2.6.2 Burnoutrisiko bei Humanmedizinern.....	22
2.7 Suizid bei Zahnärzten und Ärzten.....	22

2.8	Stressoren und Substanzmissbrauch bei Humanmedizin.....	24
2.8.1	Substanzabhängigkeit hat Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit.....	25
2.8.2	Täglicher Umgang mit Medikamenten kann Substanzabhängigkeit fördern...25	
2.8.3	Substanzmissbrauch in Abhängigkeit von der Fachrichtung.....	26
2.8.4	Substanzmissbrauch im Studium der Humanmedizin.....	28
2.9	Arbeitszufriedenheit in der Humanmedizin.....	29
2.9.1	Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Fachrichtung.....	29
2.9.2	Verwaltungsakte und Reglementierungen beeinträchtigen die Zufriedenheit.....	31
2.10	Bekannte Methoden zur Stressbewältigung und Hilfe bei Substanzabhängigkeit.....	33
2.10.1	Zahnärzte.....	33
2.10.2	Humanmediziner.....	33
3.	Fragestellungen und Hypothesen.....	35
3.1.	Allgemeine Fragestellungen.....	35
3.2.	Arbeitszufriedenheit.....	36
3.3.	Lebenszufriedenheit.....	37
3.4.	Gesundheit.....	38
4.	Methodik.....	39
4.1.	Untersuchungsgruppen.....	39

4.2. Untersuchungsverfahren.....	39
4.2.1. Fragebogen zur „Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten“ bzw. Fragebogen zur „Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten“	39
4.3. Veränderungen vom Urfragebogen (Reimer & Jurkat, 2000) zur Vollversion des Zahnärztefragebogens (Jurkat & Reimer, 2003).....	41
4.3.1. Generelle Änderungen.....	41
4.3.2. Konkrete Änderungen.....	41
4.4. Veränderungen vom Urfragebogen (Reimer & Jurkat, 2000) zur Vollversion des Ärztefragebogens (Reimer & Jurkat, 2003).....	42
4.4.1. Konkrete Änderungen.....	42
4.5. Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand.....	43
4.5.1. Inhalte des SF-36.....	43
4.5.2. Auswertung des SF-36.....	43
4.6. Untersuchungsgang.....	44
4.7. Auswertungsverfahren.....	44
4.8. Rücklaufquote.....	46
4.8.1. Zahnmediziner.....	46
4.8.2. Humanmediziner.....	46
5. Ergebnisse.....	47
5.1. Tabelle 2. Mittelwerte beider Berufe zur Übersicht.....	47
5.2. Tabelle 3. P- Werte des Mann-Whitney-U Tests Zahnmediziner vs. Humanmediziner.....	48
5.3. Auswertungen zur Arbeitszufriedenheit.....	49
5.3.1. Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?.....	49
5.3.2. Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?.....	51
5.3.3. Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?.....	52
5.3.4. Fühlen Sie sich unter Zeitdruck? – Wenn ja, wann besonders?.....	53
5.3.5. Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?.....	54
5.3.6. Was missfällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?.....	55
5.3.7. Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihrer Arbeit?.....	57

5.3.8. Haben Sie im Hinblick auf Ihren beruf Zukunftsängste?.....	58
5.3.9. Welche Wünsche nach Veränderungen haben Sie?.....	60
5.3.10. Glauben Sie, dass sich die berufliche Perspektive für (Zahn-)Ärzte ändert?.....	61
5.3.11. Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?.....	62
5.4. Auswertungen zur Berufswahl.....	63
5.4.1. Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?	63
5.5. Auswertungen zur Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit.....	65
5.5.1. Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?	65
5.5.2. Was müsste erfüllt sein, damit Sie in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen?	66
5.5.3. Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?.....	67
5.5.4. Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben? Was möchten Sie ändern?	68
5.5.5. Haben Sie Schlafstörungen?.....	70
5.6. Auswertungen zur Gesundheit.....	73
5.6.1. Wie würden Sie Ihr Wohlbefinden einstufen?.....	73
5.6.2. Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?	74
5.7. <i>SF-36</i> Fragebogen zum Gesundheitszustand.....	77
6. Diskussion.....	79
6.1.Überlegungen zur Methode.....	79
6.2.Arbeitszufriedenheit und Berufswahl.....	80
6.3.Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit.....	83
6.4.Gesundheit.....	86

7. Zusammenfassung.....	89
8. Summary.....	90
9. Literaturverzeichnis.....	91
10. Anhang.....	102
A Untersuchungsinstrument Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten	
B Anschreiben und Erinnerungsschreiben für berufstätige Zahnmediziner	
C Lebenslauf	
D Danksagung	
E Erklärung	

1 Einleitung

Bis zum heutigen Zeitpunkt existieren kaum eingehende Untersuchungen zur privaten und beruflichen Lebensqualität von Zahnärzten, während über Humanmediziner mittlerweile etwas mehr bekannt ist. Dabei üben beide Fachrichtungen einen medizinischen Beruf aus, in dem sie klinisch, diagnostisch und kurativ tätig sind. Zahnmediziner sowie Humanmediziner haben intensiven Patientenkontakt, verfügen über eine KV-Zulassung und unterliegen gleichen Gesetzmäßigkeiten und Richtlinien. In mancher Hinsicht sind sich die beiden Heilberufe somit sehr ähnlich, trotzdem sind sie aber ebenso unterschiedlich. Das Berufsfeld des Zahnarztes unterscheidet sich zum Beispiel deutlich von dem des Humanmediziners. Während der niedergelassene Humanmediziner ein weitaus größeres Untersuchungsgebiet hat, beschränkt sich das des Zahnmediziners vornehmlich auf die Mundhöhle. Dort muss er unter immensem körperlichem Einsatz Präzisionsarbeit verrichten, die sich meist im Mikrometerbereich abspielt. Zudem muss er den Patienten in medizinischer und ästhetischer Hinsicht zufrieden stellen, und die Qualität seiner Arbeit wird von den Patienten meist anhand subjektiver Momente bewertet, wie zum Beispiel: „Hat es weh getan“, „Wie sieht die Krone aus“ oder „Wie lange hat die Behandlung gedauert“. Der Zahnarzt ist somit stärker als der Humanmediziner von der Zufriedenheit seiner Patienten abhängig. Eine zusätzliche Belastung stellt die Isolation der Einzelpraxis dar, in der die Berufstätigkeit des Zahnmediziners meist jahrzehntelang stattfindet. Der mangelnde Kontakt zu Kollegen kann oft zu Einsamkeit und Depressionen führen, die in einer Substanzabhängigkeit enden können (Peterson, 1987).

Im Zuge der Gesundheitsreform der letzten Jahre ist das Interesse an entsprechenden Ergebnissen immens gestiegen. Es stellte sich heraus, dass nicht nur Patienten unter den Veränderungen leiden, sondern in hohem Maße auch die Ärzte- und Zahnärzteschaft. Dies kann zu erheblichen Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung haben, zum anderen kann man davon ausgehen, dass sich negative Einflüsse auf die Lebensqualität der berufstätigen Ärzte ergeben. Zudem war bisher nicht bekannt, ob Zahnärzte und niedergelassene Humanmediziner gleichermaßen unter den gesundheitspolitischen Aspekten leiden.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit den Bereichen, welche die Lebensqualität ausmachen, und sie ermöglicht den direkten Vergleich beider medizinischer Fachrichtungen.

Obwohl deutsche Zahnärzte und Ärzte ein überproportionales Risiko haben, an einer Sucht zu erkranken, ist dieses Phänomen im deutschsprachigen Raum kaum erforscht worden.

Nachdem in den USA schon mehr über den „*impaired dentist / impaired physician*“ bekannt ist und mittlerweile spezielle Therapiemöglichkeiten für diese Gruppe existieren, entschlossen sich Herr Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl.- Psych. und Herr Professor Dr. med.Ch. Reimer von der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig-Universität (JLU) Giessen, ähnliche Untersuchungen auch in Deutschland durchzuführen. Seit Mitte der 90er Jahre betreiben sie intensive Forschungsarbeit zu den Themengebieten Lebensqualität, Psychohygiene, Prävention und Gesundheitsverhalten von Ärzten, Psychologen, ärztlichen Psychotherapeuten und anderen Heilberufen. Sie bildeten somit den Ausgangspunkt für diese Doktorarbeit, die gezielt auf die Situation der berufstätigen Zahnärzte eingeht.

In zahlreichen Veröffentlichungen machten Jurkat und Reimer auf die schlechten Arbeitsbedingungen sowie die Missstände im Arztberuf aufmerksam (Reimer & Jurkat, 1996; 1997). Bereiche wie Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Einkommen, Zukunftsperspektive und Lebenszufriedenheit wurden von ihnen eingehend erläutert. Schon damals fühlte sich diese Berufsgruppe durch den Lebensstil in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Im gleichen Jahr wurden Studien zu Allgemeinmedizinern veröffentlicht, in denen besonders auf Freizeitgestaltung und Partnerschaft geachtet wurde, ebenso auf geschlechtsspezifische Unterschiede.

Der Bedarf an solchen Untersuchungen scheint enorm zu sein. Dies belegen zahlreiche Veröffentlichungen, die den ausgebrannten, überarbeiteten und psychisch labilen Arzt in den Vordergrund stellen. So erschienen zwischen den Jahren 1972 bis 1988 bereits 3000 Artikel zum Thema „*Lebensqualität*“ von Ärzten. Bullinger und Pöppel (1988) definieren Lebensqualität als emotionalen, funktionalen, sozialen sowie psychischen Aspekt menschlicher Existenz. Sie kritisieren in ihrer Arbeit, dass sich viele der zu diesem Thema veröffentlichten Artikel oft nicht auf fundierte Ergebnisse wissenschaftlicher Studien gründeten. In diesem Zusammenhang muss jedoch bedacht werden, dass der „*impaired physician*“ (z.B. substanzabhängige Ärzte), nicht gerne Auskunft über seine Beeinträchtigungen zu geben scheint, da er um seine gesellschaftliche Stellung und seine Zulassung fürchtet. So ist es außerordentlich schwer, an zuverlässiges, repräsentatives Datenmaterial zu gelangen.

Im Forschungsprojekt I, das sich mit der *Lebensqualität und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) befasst, gelang es Dr. Jurkat und Prof. Reimer in Zusammenarbeit mit den Oberbergkliniken, substanzabhängige Ärzte mittels eines speziell entwickelten *Fragebogens zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* zu untersuchen. Bei

der Auswertung stellte sich heraus, dass Zahnärzte überproportional in der Stichprobe der Substanzabhängigen vertreten waren; eine Tatsache, die sie ins Zentrum des Interesses rücken ließ.

Warum die Lebensqualität der Zahnmediziner bisher von der Forschung so vernachlässigt wurde, ist unverständlich. Die Zahnmedizin stellt einen eigenen Fachbereich dar, ist für die Gesunderhaltung der Bevölkerung von großer Bedeutung und ist somit ein wichtiger Teil des Gesundheitssystems. Vor diesem Hintergrund ergab sich das Thema dieser Arbeit, die zusätzlich in das Forschungsprojekt II *Gesundheitsverhalten und Sekundärprophylaxe in Heilberufen* (Jurkat & Reimer) eingebettet ist. Das Projekt II stellt somit eine Ausweitung der Stichprobe der Humanmediziner des Projekts I dar, die bereits 1996 erhoben wurde, und ermöglicht somit die zusätzliche Datenerhebung und Auswertung zum zahnmedizinischen Berufsstand.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen Daten ermöglichen erstmalig eine Einschätzung und Darstellung der Lebensqualität von Zahnmedizinern. Zudem können beide medizinischen Heilberufe – Zahnmedizin und Humanmedizin - zueinander positioniert und direkt miteinander verglichen werden. Dies könnte zukünftig die Entwicklung eines speziellen Präventionsprogramms für Zahnärzte ermöglichen, um der eventuellen Entstehung einer Substanzabhängigkeit vorzubeugen. Eventuell lassen sich durch eine sorgfältige Analyse Stressoren des Zahnartberufes erkennen, die dann gezielt ausgeschaltet und vermieden werden können. Dies könnte unter anderem dazu führen, dass die Arbeitszufriedenheit steigt und weniger negative Auswirkungen auf das Privatleben zu befürchten wären. Die Behandlungsqualität könnte durch eine bessere Erholungsfähigkeit der Ärzte in der Freizeit gesteigert und die Anzahl der Kunstfehler somit verringert werden. Ein spezielles Erholungskonzept für Zahnmediziner könnte eine Alternative zum Ersatzmittelkonsum darstellen und die hohe „Burnout –Quote“ reduzieren.

2 Bisheriger Kenntnisstand

2.1 Stressoren und Substanzmissbrauch im Zahnarztberuf

Es existieren viele Faktoren, die zusammenkommen müssen, bevor es zu einer Substanzabhängigkeit kommt. Bei Ärzten und Zahnärzten treffen diese Faktoren allerdings besonders oft aufeinander.

Peterson (1987) befragte 370 Zahnärzte aus Michigan zur Arbeitszufriedenheit, Stressbelastung und Substanzmissbrauch. Die Alkoholsucht liegt bei Ärzten 1 ½mal höher als bei Nichtärzten. Zahnärzte sind durch praxisbedingte Isolation und den ungehinderten Zugriff auf Medikamente besonders gefährdet, es fehlt bei ihnen die Kontrollinstanz. Peterson kam zu dem Ergebnis, dass Faktoren wie Lage der Praxis, die Möglichkeit Hilfe zu geben oder anzunehmen und typische Stressoren des Berufs einen Einfluss auf Substanzmissbrauch haben. Als bevorzugt konsumierte Substanzen werden Beruhigungsmittel und Stimulanzien genannt, ebenso Drogen und Alkohol.

Laut Kittelson (1998) spielen meist hohe Stressbelastung, unrealistische und perfektionistische Anforderungen an die eigene Person, Gefühle von Unverwundbarkeit und Umgang mit Medikamenten oder Drogen sowie Wissen über deren Wirkung eine Rolle. Substanzabhängigkeit bringe zahlreiche Probleme in fast allen Lebensbereichen mit sich. In Heilberufen seien die Professionalität und das Ansehen des Arztes/Zahnarztes die Sicherheit und das Vertrauen des Patienten durch die Abhängigkeit besonders gefährdet. Zahnärzte hätten ein zusätzliches Risiko, da sie durch Missmanagement der Praxis ihren eigenen Lebensunterhalt sowie den ihrer Angestellten aufs Spiel setzen. Verleugnung und Verheimlichung seien Hinweise auf eine Sucht, zudem werde dies Ärzten generell durch ihre soziale Stellung erleichtert. Faktoren, die eine Substanzabhängigkeit begünstigen und fördern könnten, seien die Isolation in einer Solopraxis, perfektionistische Ansprüche der Patienten und die Notwendigkeit der ständigen Verfügbarkeit.

Katz (1987) befragte 300 Zahnärzte über Stressbelastung und Arbeitszufriedenheit in der Praxis. Sein Ziel war es, den Stress praktizierender Zahnärzte und daraus resultierende Probleme besser zu verstehen. Katz wollte mit der Untersuchung den Zusammenhang von persönlichen Faktoren und typischen, den Zahnarztberuf innewohnenden Faktoren darstellen sowie deren Auswirkung auf Arbeitszufriedenheit und Stress. Er fand unter anderem heraus, dass vor allem das Einkommen und die Arbeitszeit eine Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit hatten und dass nur die fachliche Spezialisierung zu reduziertem

Stresslevel führte. Ebenso führte die Abwesenheit von der Praxis zu höherer Arbeitszufriedenheit und zu weniger Stress. Aufgrund dieser Ergebnisse kommt Katz zu dem Schluss, dass die Stressquelle in der persönlichen Einstellung und im Glauben jedes Einzelnen liege und nicht in den Arbeitsbedingungen und Voraussetzungen. Die Studie zeigte, dass vor allem die Zahnärzte zufrieden waren, die finanziell abgesicherte Praxen hatten, regelmäßig Ausgleichssport trieben und mehr Urlaub machten sowie mehr Weiterbildungsmaßnahmen besuchten als ihre unzufriedenen Kollegen.

2.1.1 Was ist Sucht bzw. Substanzabhängigkeit

Laut Bohigian et al. (1994) ist Substanzmissbrauch eine Verhaltensstörung und eine behandelbare Krankheit. Die ‚American Medical Association‘ und die ‚American Psychiatric Association‘ definieren sie als primäre, chronische Krankheit mit genetischen, psychosozialen und umweltabhängigen Einflüssen auf die Entwicklung und Manifestation. Der Krankheitsverlauf ist meist progressiv und endet oft tödlich. Charakteristisch sind der dauernde oder periodische Konsum von Alkohol trotz drohender negativer Folgen und die Verleugnung des Konsums.

Nach einer Definition der WHO (1957) stellt die Abhängigkeit (Synonym: Sucht) einen Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation dar, der durch wiederholten Gebrauch einer Droge hervorgerufen und für das Individuum und die Gesellschaft schädlich ist. Es wird die psychische Abhängigkeit mit dem überwältigenden Verlangen nach dem Suchtstoff, dem so genannten Craving, von der physischen Abhängigkeit mit Toleranz- und Dosissteigerung sowie Entzugssymptomen unterschieden.

Der Brockhaus (1996) beschreibt die Sucht als einen Zustand, der durch wiederholten Gebrauch von Drogen (Rauschgifte, Arzneimittel) oder Alkohol hervorgerufen werden kann, gekennzeichnet durch seelische und körperliche Abhängigkeit vom Stoff sowie die Notwendigkeit, die Dosis ständig zu steigern, um die Wirkung zu erhalten.

2.1.2 Statistiken zur Substanzabhängigkeit sowie beeinflussende Faktoren

O'Connor Gallacher (1993) gibt an, dass 15-20% der Zahnärzte und der Angehörigen anderer Heilberufe von Substanzabhängigkeit betroffen sind, während es in der Normalbevölkerung nur etwa 10% sind. Zahlreiche Faktoren, die unter dem Begriff „Berufsrisiko der Zahnärzte“ zusammengefasst werden, seien der Autorin nach für diese erhöhte Rate verantwortlich. Zudem nähmen Zahnärzte Tag für Tag Patienten die Angst durch Medikamente und verschreiben diese, um anderen zu helfen. Sie würden dadurch ständig daran erinnert, dass Medikamente und Substanzen zur Verfügung stehen, auf die sie zurückgreifen können. Somit linderten prädisponierte Zahnärzte ihre eigenen Leiden ebenfalls mit ihrem Wissen über gewisse Substanzen. Die Autorin weist darauf hin, dass Humanmediziner meist in eine Gemeinschaftspraxis oder in ein Krankenhaus eingebettet und somit umgeben von angenehmen Kollegen sowie finanziell abgesichert sind, während Zahnärzte in Solopraxen arbeiten und von den niedergelassenen Kollegen sogar als Bedrohung und Konkurrenz betrachtet werden. Die überwiegende Isolation der Zahnärzte sowie das hohe finanzielle Risiko könnten das Risiko der Substanzabhängigkeit bei Zahnärzten durchaus erhöhen.

Kane (1998) bestätigt die hohe Rate der süchtigen Zahnärzte mit 17%. Seiner Meinung nach spielen allerdings auch andere Abhängigkeiten wie Spielsucht, sexuelle Zwangsabhängigkeit, Kaufsucht und Essstörungen eine Rolle. Er beschreibt eine „Verschwörung des Schweigens“ unter 83% der nichtsuchtigen Kollegen, die es ermöglicht, dass Abhängigkeiten proliferieren. Viele Hinweise auf Abhängigkeit, so der Autor, wie Beziehungsprobleme und außereheliche Affären, Probleme mit der Kindererziehung, ständig wechselndes Personal, häufige Krankheiten, finanzielle Probleme und Isolation, werden von den Kollegen und der Umwelt nicht erkannt.

Kane (1990) beschreibt in einem weiteren Artikel, dass die Öffentlichkeit extrem hohe Anforderungen an die Zahnärzte stellt, welche der Berufsstand durch besonders hohen Standard gerecht werden will. Dies löse bei vielen Zahnmedizinern emotionalen, physischen und finanziellen Stress aus. Ihr Lebensstil lasse zudem wenig Zeit für soziale Kontakte und Ausgleich. Im Gegensatz zur Allgemeinbevölkerung seien Zahnärzte den kontrollierten Einsatz von Medikamenten gewöhnt, der Angst- und Stressgefühl nehmen soll. Die ständige Verfügung dieser Medikamente stelle ein Berufsrisiko dar und könne in vielen Fällen eine Substanzabhängigkeit des Zahnarztes zur Folge haben.

2.1.3 Zahnärztliches Berufsrisiko

Der Zahnarztberuf ist einzigartig in der Hinsicht, dass er stressreicher ist und mehr stressbezogene Probleme mit sich bringt als die meisten anderen Berufe, so Litchfield (1989). Gerade Zahnärzte hätten zu 25% ein höheres Herzinfarktrisiko als die Allgemeinbevölkerung. Außerdem litten Zahnärzte 2,5mal häufiger an psycho-neurotischen Störungen als Humanmediziner. Litchfield zählt eine Reihe von spezifischen Problemen auf, die im Folgenden kurz wiedergegeben werden sollen:

1. Der Zahnarztberuf sei einzigartig unter den Helferberufen, da er täglich feinste, akribische Chirurgie verlange, ohne Pause oder Abwechslung. Dies führe oft zu krankhaftem Perfektionismus, unter dem das Praxisteam, aber auch die Familie leide. Die Selbständigkeit mache den Zahnarzt abhängig von Patienten, die seine Leistungen nur ungern in Anspruch nehmen. Die Arbeit sei körperlich und geistig anstrengend und finde in einem eingeschränkten Arbeitsplatz statt. Andere chirurgische Berufe könnten sich im Gegensatz mehr am Arbeitsplatz bewegen (z.B. Krankenhaus), hätten eine weniger beratende Tätigkeit und seien in einem größeren Kollegium eingebettet. Die Frustration des Zahnarztes gehe einher mit der Geringschätzung der Patienten.
2. Die Tatsache, dass der Großteil der Bevölkerung dem Zahnarztbesuch aufgrund von Angst aus dem Wege gehe, setze ihn unter Druck. Er müsse vermeiden, den Patienten Schmerzen zuzufügen, welches zusätzlichen Stress und Zeitdruck erzeuge. So konnte Forrest (1979) belegen, dass diese Situation bei vielen Zahnärzten zu mentaler Instabilität, Frustration und Herzinfarkten führte. 57% der befragten Zahnärzte gaben in einer Studie an, dass „schwierige Patienten“ den größten Stressor in der Praxis darstellten.
3. Zahnärzte müssten sich gegen die weit verbreitete Meinung wehren, nur ihren finanziellen Vorteil zu sehen. Dabei werde nicht berücksichtigt, dass sie eine lange Ausbildung hinter sich hätten, einen hohen Grad an Geschick und Fingerfertigkeit besäßen, der Praxisunterhalt mit hohen Kosten verbunden sei und sie jeden Cent mit ihren eigenen Händen verdienen müssten. Zudem nehme das Einkommen im Alter ab, und sie hätten zahlreiche Stress bezogene Probleme.
4. Zudem seien die Berufsrisiken enorm, wie zum Beispiel ein erhöhtes Infektionsrisiko mit Hepatitis und AIDS, Körperhaltungsbeschwerden, Verstrahlung durch das Röntgen, Quecksilbervergiftungen und Formaldehyddämpfe sowie eine erhöhte Anfälligkeit für Allergien auf sämtliche Stoffe, die in der Praxis zum Einsatz kämen.

5. Viele Zahnärzte empfänden, dass ihr Beruf nicht dieselbe gesellschaftliche Anerkennung genieße wie der humanmedizinische Beruf, und fühlten sich dadurch minderwertig. Auch durch das schlechte Image in der Öffentlichkeit vermieden es viele Zahnärzte, ihren Beruf bei gesellschaftlichen Anlässen publik zu machen.

Neddermeyer (2002) betont, dass Rückenprobleme, die durch Haltungsfehler ausgelöst werden, bei Zahnärzten an der Tagesordnung sind. Nicht selten führten falsche Lagerung des Patienten und falsch eingespielte Behandlungsrituale zwischen Zahnarzt und Assistenz sowie unphysiologisch gestaltete Möbel zu pathologischen Veränderungen der Wirbelsäule.

2.1.3.1 Quecksilber

Zahnärzte müssen in ihrem Arbeitsalltag mit vielen Chemikalien umgehen, die zu gesundheitlichen Schäden führen können. So kommt es nicht selten zu Allergien, Hautausschlag oder ernsthaften Veränderungen des Körpers, wie viele Quellen berichten, die aber nicht immer seriösen Ursprungs sind.

Das größte Risiko stellt das Quecksilber dar, das in der Zahnärztlichen Praxis vor allem als ein Bestandteil des Amalgams existiert. Amalgam wird als Füllungswerkstoff verwendet und ist ein Gemisch aus Silber, Zinn und Quecksilber (Hellwig, Klimek & Attin, 1999).

Tezel, Ertas & Ozata (2001) untersuchten im Jahr 2000 den Quecksilbergehalt im Blut von türkischen Zahnmedizinstudenten an der Ege Universität. Sie fanden heraus, dass sich die Blutwerte der Erstsemester ins negative wandten, was den Gehalt an Quecksilber betrifft, obwohl diese noch keinem direkten Amalgamkontakt ausgesetzt waren. Es zeigte sich, dass vor allem bei den Dozenten und den höhern Semestern die Quecksilber-Belastungen sehr hoch waren, sich die Blutwerte aber nach den Semesterferien wieder verbesserten.

Stonehouse & Newman (2001) untersuchten die Gefahr der Quecksilbervergiftungen in Zahnarztpraxen durch handelsübliche Absauggeräte und Klimaanlage. Sie fanden heraus, dass es durch belastete Geräte und Motoren zu einer Gefährdung der Mitarbeiter kam und die gesamten Räumlichkeiten kontaminiert wurden. Selbst Zahnärzte, die auf eine gute Hygiene und Entsorgung achteten, kamen somit immer noch mit den Dämpfen in Kontakt.

Laut Joos (1975) haben die amerikanischen Zahnärzte den fünfthöchsten Quecksilberverbrauch. Er betont, dass jedes Jahr etwa 144 Tonnen Quecksilber für 80.000.000 Amalgamfüllungen verbraucht werden.

Auch Hilliard-Lysen & Riemer (1988) berufen sich in ihrem Artikel auf Joos und geben zu bedenken, dass manche Probleme eventuell durch Quecksilbervergiftungen hervorgerufen wurden. Schon in der Vergangenheit war Quecksilber der Grund für zahlreiche Umweltkatastrophen, und seine Giftigkeit ist seit etwa 2000 Jahren bekannt. Man unterscheidet die akute Vergiftung von der chronischen Vergiftung. Bei der akuten Vergiftung kommt es zu Erbrechen und Bewusstlosigkeit sowie zu Ausfall der Lungen, Nierenversagen und Bewegungs-, Sprach- und Hörstörungen. Sie tritt nur dann auf, wenn ein Vielfaches der WHO Tagesdosis aufgenommen wird, welche in Deutschland bei 10-20ug/Tag liegt (Hellwig, Klimek & Attin, 1999).

Von der chronischen Vergiftung können vor allem Zahnärzte betroffen sein, da diese nur dann auftritt, wenn man jahrelang Quecksilberdämpfen ausgesetzt ist und viel mit Amalgam arbeitet. Laut Hellwig et al. stellt sich die Diagnose allerdings als schwierig dar, weil sich die Symptome nicht eindeutig zuordnen lassen. So kommt es zu Tremor mercurialis, Erethismus, Psellismus und Nephritis. Außerdem Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit und Depressionen. Bei milderer Ausprägung spricht man vom unspezifischen, asthenisch-vegetativem Syndrom. Laut Joos (1975) sind dies aber Anzeichen, die sich auch auf den natürlichen Alterungsprozess beziehen könnten, so dass die eindeutige Zuordnung und Diagnose schwierig sei.

2.1.4 Substanzmissbrauch im zahnmedizinischen Studium

Underwood & Fox (2000) fiel auf, dass in den letzten Jahren immer mehr junge Zahnärzte aufgrund von Drogenabhängigkeit und Alkoholproblemen Hilfsinstitutionen aufsuchten. Sie nahmen dies zum Anlass, um 200 Studenten der Zahnheilkunde in den vorklinischen Semestern mittels eines anonymen Fragebogens zu untersuchen. Dabei kam heraus, dass 63% der Studenten und 43% der Studentinnen einen übermäßigen wöchentlichen Alkoholkonsum aufwiesen. Interessanterweise gaben die Befragten an, der Konsum sei mit dem Beginn des Studiums gestiegen. 21% der Befragten rauchten mindestens 10 Zigaretten/ Tag, Cannabis wurde von 8% der männlichen und 6% der weiblichen Studenten konsumiert, und etwa 45% der Männer und 34% der Frauen gaben an, schon einmal illegale Drogen genommen zu haben.

In dem Artikel *I' m a dentist and a drug addict* (1990) beschreibt der anonyme Autor das ständige Vorhandensein und Konsumieren von Alkohol auf Kundgebungen und sozialen

Ereignissen während des Studiums. Er schildert ebenfalls die Situation, wie ihm ein Kommilitone Valium gab und er anschließend auf den dauerhaften Konsum des Beruhigungsmittels umstieg. Der Weg der Suchtmanifestierung wird ausführlich beschrieben, so zum Beispiel, wie er nach dem Studium begann, die Valiumdosis ständig zu erhöhen und schließlich begann, Demerol zu spritzen, das er in seiner Praxis verwendete. Diese Schilderungen zeigen, wie sich schon im Studium der Missbrauch ausbildet und sich auf diesem Weg eine Substanzabhängigkeit manifestieren kann.

2.2 Das Zahnarzt-Patienten Verhältnis

Das Verhältnis zwischen Zahnärzten und Patienten wird durch viele Faktoren beeinflusst. Zum Großteil sind es Erwartungen und unerfüllte Ansprüche der Patienten, die es dem Zahnarzt erschweren, seine Arbeit angemessen zu verrichten. In dem Artikel von Botchway (2000) berichtet die Autorin über eigene Erfahrungen zu Beginn ihrer beruflichen Karriere. Sie beschreibt eine Patientin, die sie für inkompetent hielt und sie mit der Krankenschwester verwechselte, weil sie zu jung war. Auf der anderen Seite berichtet sie, wie die Patienten von ihr Allwissenheit erwarteten, sie ihre Gleichgültigkeit gegenüber manchen verbergen musste, und wie schwer es ihr fiel, negative Bemerkungen zu unterlassen. Botchway berichtet, dass sie den Stereotyp des perfekten Zahnarztes nicht erfüllen konnte und mit der großen Verantwortung oft überfordert war.

St.-Yves et al. (1989) beschreiben in ihrem Artikel den Interessenskonflikt, in dem sich Patient und Zahnarzt befinden. Während der Patient meist nur dann zum Zahnarzt geht, wenn er Schmerzen hat und er Behandlungskosten gering halten will, setzt der Zahnarzt auf Prävention und wird durch das Kostenbewusstsein des Patienten in seinen Behandlungsmöglichkeiten beschränkt.

Dabei sei der Bedarf an einem engagierten und flexiblen Zahnarzt überaus groß, der sich auch um ältere Menschen kümmert und auf deren speziellen Bedürfnisse eingeht, so Lehmann et al. (2003). Allerdings lässt die finanzielle Vorgabe bei gleichzeitig gefordertem, engem zeitlichem Behandlungsrahmen keine ausreichende finanzielle Entlohnung zu. In sofern kann von einer Zwei-Klassen Medizin gesprochen werden. Dieses Problem wird zusätzlich verdeutlicht, wenn man bedenkt, dass in Deutschland Zahnerkrankungen die häufigsten chronischen Erkrankungen sind und die Mundhöhle in ihrer Behandlung den teuersten Teil des Körpers darstellt (Sheiham, 2001). Dabei wurde festgestellt, dass bessere orale

Gesundheit mit häufigen und regelmäßigen Zahnarztbesuchen einhergeht (Suominen-Taipale, Nordblad & Arinen, 2003).

Svab et al. (2001) fanden heraus, dass die Patientenversorgung und die Zufriedenheit der Patienten in Slowenien anstieg, nachdem die Gesundheitsreform Privatpraxen ermöglichte. Zudem gaben Zahnärzte, die in Privatpraxen arbeiteten an, weniger Zeit für Bürokratie aufwenden zu müssen, dafür aber mehr Zeit in ein besseres Patientenverhältnis investieren zu können.

2.2.1 Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit des Zahnarztes

Freeman (1999) stellt fest, dass der Zahnarzt oft mit „schwierigen“ Patienten zu tun habe, die häufig besonders fordernd oder ängstlich erscheinen und auf die er speziell eingehen muss. Dies, so Freeman, löst im Zahnarzt Stress aus. Sogar die Namens Erwähnung eines als schwierig geltenden Patienten kann beim Zahnmediziner zur Mutlosigkeit führen, was zeigt, wie viel Einfluss Patienten auf das psychische Wohlergehen des Arztes nehmen können. Freeman erläutert verschiedene Arten des Zahnarzt-Patienten Verhältnisses. Die so genannte „psychodynamische“ Erklärung beinhaltet, dass eine zahnärztliche Behandlung nicht vom Zahnarzt allein durchgeführt wird, sondern dass der Patient die Behandlung annimmt, akzeptiert und mitarbeitet. Dies, so der Autor, stellt Zahnarzt und Patienten auf die gleiche Ebene und verbessert somit die Zusammenarbeit bzw. die Compliance zwischen zwei gleichwertigen Erwachsenen. Faktoren wie Zahnarztphobie und Behandlungskosten können die Beziehung stören und die Compliance verringern. Als weiteres Verhaltensmuster nennt Freeman die „Übertragung“. Dabei werde der Patient beim Zahnarztbesuch so stark von Emotionen geleitet, dass der Zahnarzt die Elternrolle übernehme und der Patient die des Kindes. Auf diese Weise erinnere sich der Patient wieder an Kindheitsängste und fühle sich dem Zahnarzt hilflos ausgeliefert. Dies bilde eine Barriere, die eine ungestörte und erfolgreiche Behandlung des Patienten erschwere.

Ein größeres Problem, so Pemberton et al. (2000), seien Patienten, die aggressiv sind und dem Zahnarzt gegenüber gewalttätig werden. Auslöser für ein solches Verhalten könnten Angst oder Alkohol sein, oder die Tatsache, dass der Patient mit den Behandlungsabsichten des Arztes nicht einverstanden ist. Die Autoren sind der Meinung, dass Ärzte und deren Angestellte besonders von körperlicher Gewalt, aber auch von verbaler Gewalt bedroht sind. In einer Studie wurde ermittelt, dass innerhalb von drei Jahren 80% der befragten Zahnärzte

oder deren Angestellte Opfer von Gewalt jeglicher Art wurden, wobei Praxispersonal öfter betroffen war. In 25% der Fälle kam es zu körperlicher Gewalt, wobei hierbei die Zahnärzte öfter betroffen waren als andere Fachärzte. Somit kann sich ein schlechtes Zahnarzt-Patienten-Verhältnis nicht nur psychisch negativ auswirken, sondern auch körperlich schädigend sein.

Borea et al. (1989) untersuchten die Auswirkungen von ängstlichen Patienten auf das Herzkreislaufsystem der behandelnden Zahnärzte. Sie notierten bei sechs Zahnärzten den systolischen und diastolischen Blutdruck sowie die Herzrate während einer Anästhesie und einer Zahnextraktion bei ängstlichen und nicht ängstlichen Patienten. Die Ergebnisse zeigten, dass bei der Behandlung von Angstpatienten der Blutdruck und die Herzrate der Zahnärzte deutlich anstiegen, während sie bei normalen Patienten unter dem Maximum blieben. Sie bewiesen somit, dass ängstliche Patienten den Zahnarzt körperlich mehr belasten als andere. Die Untersuchung kam zu dem Schluss, dass eine Zahnextraktion für den Zahnarzt besonders Stress auslösend ist, dass die Angst des Patienten einen stärkeren Einfluss auf die Herzrate hat als auftretende Komplikationen während der Operation und dass der Kreislauf des Zahnarztes in Abhängigkeit vom Patienten variierte.

Dies wird auch von Lang-Runtz (1984) bestätigt, die betont, dass Zahnärzte zu 25% mehr von Herzgefäßkrankheiten und Bluthochdruck betroffen sind. Außerdem, so die Autorin, sterben sieben von zehn Zahnärzten an den genannten Herzkreislauferkrankungen beziehungsweise, so Litchfield, am Herzinfarkt (1989). Auch Arnetz gibt zu bedenken, dass die Sterbeursache von Ärzten zum Großteil Herzkreislaufversagen ist (1997).

2.3 Der Zahnarzt als Unternehmer

Es ist richtig, dass der Beruf des Zahnarztes nicht nur am Behandlungsstuhl ausgeführt wird. Der niedergelassene Zahnmediziner hat von Anfang an die volle Verantwortung für sein Unternehmen zu tragen.

Da während der Studienzeit keine Ausbildung auf dem Gebiet der Abrechnung, Betriebsgründung und Praxisführung erfolgt, stehen viele Zahnmediziner nach dem Examen hilflos da. So entscheidet sich erst kurz nach der Praxisgründung, ob ein Zahnarzt auch unternehmerische Qualitäten hat oder nicht. Wem diese fehlen, so Olbertz (2002), würde keinen wirtschaftlichen Erfolg haben. „Unternehmertum“ und „Zahnärztetum“ seien zwei unterschiedliche Welten, die sich kaum vereinbaren ließen. So erwähnt der Autor:

„Persönliche Einstellungen und Meinungen, die im zahnärztlichen Bereich gut und richtig sind, erweisen sich im Unternehmertum als falsch oder zumindest als Handicap“. Als Beispiel wird hier die Risikobereitschaft genannt, die in ethischer und gesundheitlicher Hinsicht bei der zahnärztlichen Therapie keine Rolle spielen dürfe, andererseits müsse der Unternehmer in gewisser Hinsicht Risiken eingehen und in Kauf nehmen, um Erfolg zu haben und um die Praxis zu modernisieren. Dem Zahnarzt müsse klar sein, dass er diese beiden Fähigkeiten vereinen muss, um nicht zu stagnieren. Existiert aber eine niedrige Toleranzschwelle bezüglich der Ungewissheit, so Olbertz, stellt die zahnärztliche Tätigkeit einen erheblichen negativen Stress dar, der auf Dauer auslaugt.

Meyer (2000) betont, dass Führungskräfte Abläufe planen und steuern müssen. Sie müssten Ressourcen beschaffen und seien verantwortlich für Personal und Qualitätsmanagement. Da jede zahnärztliche Praxis ein Unternehmen darstelle, sei für deren Erfolg auch qualifizierte Führungstätigkeit unerlässlich. Hier habe der Zahnarzt aber im Hinblick auf andere Unternehmensführer Nachteile. Er verbringe seinen Arbeitstag am Behandlungsstuhl und könne somit den Praxisablauf schwer überblicken. Er wisse nicht, in welchen Details der „Teufel steckt“ und sei häufig „betriebsblind“ wenn es um Verbesserungen geht. Der Zahnarzt, so Meyer, ist daher sehr auf seine Mitarbeiter angewiesen, die ihn in seiner Doppelbelastung unterstützen müssen; eine intensive Kommunikation mit ihnen ist unerlässlich.

Auch Botchway (2000) beschreibt in ihrem Artikel die Überforderung, mit der sie am Anfang ihres Berufslebens fertig werden musste. Sie schildert, wie sie in kürzester Zeit lernen musste, den Anforderungen einer Geschäftsfrau und einer Gesundheitsberaterin gerecht zu werden bei gleichzeitiger Ausübung ihres eigentlichen Berufes.

Kern (2002) setzt in diesem Zusammenhang auf das Praxisteam. Der Zahnarzt müsse in der Lage sein, nicht hierarchisch sondern partnerschaftlich zu agieren. Außerdem müsse er Verantwortung an seine Assistenten abgeben und sie zur Mitarbeit motivieren können, am besten durch Kommunikation. Schließlich sei nicht nur der Zahnarzt für Marketingmaßnahmen verantwortlich, die Existenz des gesamten Teams hänge von der Wirtschaftlichkeit der Praxis ab. Laut Kern wird eine erfolgreiche Behauptung der Praxis auf dem Konkurrenzmarkt immer schwieriger, so dass es immer wichtiger wird, die Praxis als Unternehmen zu verstehen. Dabei spielten Teambesprechungen sowie Lob und Kritik eine bedeutende Rolle.

2.3.1 Fakten zur Existenz- bzw. Unternehmensgründung

Wie wichtig die Wirtschaftlichkeit der Praxis ist, wird bei der Existenzgründung deutlich. In den Jahren 1995 bis 2000 ließen sich pro Jahr etwa 2.000 Zahnärzte nieder, wobei sich die Investitionen in den Jahren 1999/2000 auf 2,0 Mrd. DM beliefen. Somit schufen deutsche Zahnarztpraxen etwa 20.000 neue Arbeitsplätze. Dabei betrug im Jahr 2000 das durchschnittliche Alter der niedergelassenen Zahnärzte 30 Jahre und älter. Hierbei ist der geschlechtliche Unterschied zwischen Ostdeutschland und Westdeutschland in Hinblick auf die Existenzgründung interessant: während in Westdeutschland im Jahr 2000 69% männlich und nur 31% weiblich waren, verhielt es sich in den neuen Bundesländern umgekehrt (69% weiblich). Jede vierte Frau, aber nur jeder fünfte Mann entschieden sich für die Gemeinschaftspraxis. Wahrscheinlich haben Zahnärztinnen in einer solchen Gemeinschaft bessere Chancen, Beruf und Familie zu kombinieren. In Westdeutschland waren im Jahre 2000 über 51% der Zahnärzte in Großstädten niedergelassen, wobei es Zahnärzte im Osten eher in die ländlichen Gebiete zog. Bedenkt man nun, dass sich das Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxisneugründung im Jahr 2000 auf etwa 606 DM belief, hat der Zahnarzt mit erheblichen finanziellen Belastungen zu kämpfen, und die Wirtschaftlichkeit eines solchen Kleinunternehmens ist unabdingbar. Außerdem wird das zahnärztliche Investitionsvolumen von keiner anderen Arztgruppe übertroffen, was verdeutlicht, dass Zahnärzte in dieser Hinsicht belasteter sind. Allerdings sind bei den Zahnärzten Zuwächse in Höhe von 5% zu verzeichnen, während bei anderen Arztgruppen mit hohem Investitionsvolumen sich diese rückläufig gestalten. Diese Entwicklung hängt unter anderem damit zusammen, dass der Zahnarzt eine sehr umfangreiche technisch-apparative Ausstattung zur modernen Patientenversorgung benötigt, auf die er nicht verzichten kann (Institut der Deutschen Zahnärzte, 2001).

Die Zahl der berufstätigen Ärzte belief sich im Jahr 2000 auf 294.676, davon 120.217 niedergelassene Mediziner. Im Jahr 2002 waren es 301.100, davon 116.100 Vertragsärzte (Kopetsch, 2004). Im Vergleich dazu wurden im selben Jahr 63.120 niedergelassene Zahnärzte deutschlandweit registriert. Die Zahlen wuchsen in den letzten Jahren stetig an (Statistisches Bundesamt, 2002).

In Anlehnung an diese Zahlen erscheint der Artikel von Goetzke und Hendges (2002) als negative Prognose. Die Autoren sagten voraus, dass im Jahre 2003/2004 im Zuge der großen Gesundheitsreform die gesetzlichen Krankenkassen etwa 18 Milliarden Euro im Bereich der Zahnmedizin zu verteilen hätten. Dies, so die Autoren, würde zu einem „Ausbluten“ vieler

Zahnarztpraxen führen und gegebenenfalls auch zu Verteilungskämpfen innerhalb des Berufsstandes. Als „mahnendes Beispiel“ wird die Entwicklung in der Ärzteschaft genannt.

2.4. Status quo des zahnmedizinischen Berufsstandes

Goetzke & Hendges (2002) beschreiben den Status quo des zahnmedizinischen Berufsstandes wie folgt:

- „Zunehmende Betroffenheit durch Budgetierung, HVM, Degression, Wirtschaftlichkeitsprüfung und fehlende Anpassung der Honorare;
- Frustration, Resignation und Gleichgültigkeit als Folgen;
- Viele haben gelernt, im System zu (über)leben;
- Der Berufsstand
 - mutiert zum Einzelkämpfertum,
 - stellt Zwangsmemberschaft in Körperschaften nicht in Frage,
 - kompensiert fehlende gerechte Honorierung durch mehr Einsatz und noch mehr Arbeitszeit,
 - richtet Leistung HVM -konform aus,
 - nutzt vorhandene Spielräume nicht (GOZ),
 - geht im Dschungel der Paragraphen, Bestimmungen, Verordnungen und gesetzlich festgeschriebenen Reglementierungen unter,
 - hat keine Lobby,
 - wird zunehmend in der Öffentlichkeit in Verruf gebracht
 - gerät immer mehr in die „Ethik-Falle“.

2.5 Die zahn/ -ärztliche Ehe, Familie und Partnerschaft

In der bisher veröffentlichten Literatur wird vor allem die Frage diskutiert, ob es für den Bestand der Ehe eine Rolle spielt, dass der Partner ebenfalls als Arzt/Ärztin tätig ist.

Beiser (1994) ist der Meinung, dass die Ehe zwischen einer Ärztin und einem Arzt von mehr Verständnis und Akzeptanz geprägt ist als eine Ehe, in der nur ein Teil ärztlich praktiziert. Dies ist vor allem dann verständlich, wenn man bedenkt, dass in einer solchen Verbindung besonders auf die Ängste und Bedürfnisse eingegangen werden kann, da dem Partner diese

bekannt sind. Die Autorin ist der Meinung, dass Gespräche in solchen Fällen besonders intensiv geführt werden können und dass diese auch zur Konfliktlösung beitragen. Außerdem spielt der finanzielle Aspekt eine Rolle, da Beiser davon ausgeht, dass eine Arzt-Ärztin-Beziehung nicht durch finanzielle Engpässe belastet wird. Dieser Aspekt ist in sofern von Interesse, als dass man laut Beiser davon ausgehen muss, dass die ärztliche Ehe immer wahrscheinlicher wird, da immer mehr Frauen der Arztberuf ergreifen. So ist die statistische Rate der Ärztinnen von 9% im Jahre 1970 auf 42% im Jahre 1994 in den Vereinigten Staaten gestiegen, in Großbritannien sogar auf 52%.

Hartshorne et al. (1989) sagten 20,9% mehr Frauen in den kommenden Jahren bezogen auf Süd-Afrika voraus und Murray (2002) gibt an, dass in Großbritannien im Jahre 2020 jede zweite Zahnarztpraxis von einer Frau gegründet werden wird.

Auf der anderen Seite wird in der Literatur beschrieben, dass in solchen Beziehungen vor allem die Frau die Intensität ihres Arbeitseinsatzes für die Familie reduziert oder ihre Karriere sogar aufgibt. Folglich arbeiten verheiratete Ärztinnen mit Kindern oft weniger als der männliche Part. Dabei ist besonders auffällig und widersprüchlich, dass gerade verheiratete Ärzte mit Kindern mehr arbeiten als nicht verheiratete Kollegen ohne Kinder. Es ist somit nicht verwunderlich, dass die Faktoren Zeit, Karriere und Familienleben großes Konfliktpotenzial beinhalten (Brotherton, 1993).

Auch Arnetz (1997) gibt zu bedenken, dass eine Ärztin durchaus mit einem Partner verheiratet sein kann, der Vollzeit arbeitet, während ein Arzt zumeist mit einer Partnerin verheiratet ist, die einer Teilzeitbeschäftigung nachgeht. Somit, so der Autor, haben Ärztinnen durch die Doppelbelastung mit Beruf und Haushalt bzw. Kindern eine wesentlich längere Arbeitswoche als ihre männlichen Kollegen, auch wenn diese durchschnittlich länger im Krankenhaus tätig sind.

2.5.1 Zahnärztliche Ehe-Konstellationen

Joffe (1996) geht vor allem auf die zahnärztliche Ehe ein. In seinem Artikel beschreibt er drei Arten des ehelichen Zusammenlebens. Dabei nennt er unter anderem die „traditionelle Ehe“, die dadurch geprägt wird, dass der Mann den Beruf ausübt und die Partnerin Hausfrau und Mutter ist. In dieser Beziehung überlasse der Mann der Frau die Organisation von Haushalt und Familie und halte sich in diesem Bereich zurück. Er Sorge für den finanziellen Wohlstand und versuche dadurch, die Vernachlässigungen im Gefühlsleben auszugleichen. In dieser

Konstellation sei es für den Mann unmöglich, die Bedürfnisse seiner Frau wahrzunehmen und auf diese einzugehen, was sich auch auf den sexuellen Teil der Partnerschaft auswirke. Es kommt, so Joffe, mitunter zu Störungen und Beeinträchtigungen der Sexualität der Ehefrau.

Der zweite Typ wird wie folgt beschrieben: die Frau hat den Zahnarztberuf inne und leidet unter der Doppelbelastung. Auf der einen Seite komme sie ihrem Beruf nach, auf der anderen Seite versuche sie, die Familie und den Haushalt optimal zu versorgen, um in der Gesellschaft nicht als schlechte Mutter dazustehen. Sie habe häufig ein schlechtes Gewissen, das durch nicht erfüllbare Erwartungen ausgelöst werde. Als Folge vernachlässigten solche Frauen ihre Karriere und arbeiteten vorwiegend halbtags, während ihre kinderlosen und unverheirateten Kolleginnen Vollzeit arbeiteten.

Die dritte beschriebene Art der Ehe bezieht sich auf die Konstellation, dass beide Partner den Zahnarztberuf ausüben. Diese Beziehung werde dadurch charakterisiert, dass sie sich auf viel Vertrauen, ebenso auf Organisation und Integration stütze. Beide Partner stellten große Ansprüche an die Ehe, hätten aber aufgrund ihrer Tätigkeit kaum Zeit füreinander. Joffe kommt zu dem Schluss, dass der Großteil der zahnärztlichen und ärztlichen Ehen nicht funktioniert, unabhängig von ihrer Konstellation.

Lewis et al. (1993) fanden hingegen heraus, dass Zahnärzte sowie Ärzte zu 85% mit ihrer Ehe und ihren Ehegatten zufrieden waren und die zahnärztliche und ärztliche Ehe nicht stärkeren Belastungen ausgesetzt ist. Der Autor betont zudem, dass sich eine glückliche und zufriedene Ehe positiv auf andere Faktoren auswirkt und es dadurch zu einer höheren Arbeitszufriedenheit, weniger Arbeitsstress und psychischen Symptomen kommt.

2.5.2 Ärztliche Ehe-Konstellationen

Nelson (1978) unterstreicht die negativen Prognosen der Arztehen und verweist auf die höhere Scheidungsrate von Arztehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Dies, so die Autorin, kommt dadurch zu Stande, dass der Arzt im Allgemeinen unfähig ist, seine Gefühle zu zeigen. Der Beruf zwingt ihn, seine Gefühle unter Kontrolle zu haben, zu ignorieren oder sogar zu verneinen. Er lerne, sich gegenüber anderen Menschen oder Patienten gefühlsmäßig abzuschotten und wende dieses Verhalten auch im Privatleben an. Er ist, laut Nelson, somit nicht mehr in der Lage, entstehende Eheprobleme zu lösen, da er nur begrenzte Verhaltensmöglichkeiten kennt. Die typischen Verhaltensmuster werden wie folgt beschrieben:

a) er schickt seinen Partner zum Psychiater, b) er flüchtet sich in seine Arbeit oder c) er reagiert nur passiv und unbeteiligt auf emotionale Ausbrüche des Partners. Somit ist es nicht verwunderlich, dass sich die Ehefrauen der Ärzte zu 95% vernachlässigt fühlen.

Auch Bradbury et al. (1996) sind der Meinung, dass ein solches Verhalten zwangsläufig zu einer Verschlechterung der ehelichen Situation führt. Beide Partner müssten sich für die Ehekrise verantwortlich fühlen, da eine einseitige Schuldzuweisung nur zur Verweigerung einer gemeinsamen Problemlösung der Partner führe.

Miller & McGowen (2000) bescheinigen ärztlichen Ehen ebenfalls eine höhere Scheidungsrate als die der Allgemeinbevölkerung. Ihrer Meinung nach liegt sie bei 10-20%; die meisten dieser Ehen seien zutiefst unglücklich. Sie stellen die Hypothese auf, dass Ärzte schon während des Studiums gelernt hätten, der Arbeit Priorität einzuräumen, die schönen Dinge des Lebens auf spätere Zeiten zu verschieben oder sie komplett zu verdrängen. Diese Art zu gegebener Zeit in Zwangshandlungen aus, die zwar den professionellen Erfolg versprechen, aber grundsätzlich zu verkümmerten Beziehungen führten. Die Autoren vermuten, dass der Arzt dies absichtlich tut, um der Intimität in der Partnerschaft zu entgehen und um sich einer festen Bindung zu entziehen.

Die veröffentlichte Literatur weist viele Berichte und Artikel auf, in denen praktizierende Ärzte über ihre eigenen Erfahrungen im Ehe- und Familienleben berichten, zum Beispiel Marcus (1980), der sich dagegen wehrt, nur weil er Arzt ist, in der Öffentlichkeit als gefühllos und eheuntauglich dargestellt zu werden. Er kritisiert Autoren wie Vaillant et al. (1975) und Evans (1965), die seiner Meinung nach den „privaten“ Arzt aus kommerziellen Gründen öffentlich diskreditiert haben. Er ist der Meinung, dass es anderen Berufsgruppen, wie Anwälten und Politikern, schlechter geht, die seiner Meinung nach eine höhere Scheidungsquote besitzen, betont aber andererseits, dass Zahnärzte die höchste Suizidrate aufweisen.

Auch Reimer & Jurkat (1996) zeigten, dass bei Ärzten eine relativ hohe Zufriedenheit in der Partnerschaft existiert, obgleich sich der berufsbedingte Zeitmangel beeinträchtigend auswirkt.

2.5.3 Psychologische und genetische Besonderheiten von Medizinern

Manche Autoren vertreten die Auffassung eines bestimmten, eindeutig analysierbaren Menschentyps, der sich – geprägt durch Erziehung, durchlebte Kindheit, Vorbildern, Idealen sowie das sonstige Umfeld – für den Arztberuf entscheidet.

So Vaillant et al. (1972), die 47 Ärzte und 79 Angehörige nichtmedizinischer Berufe zu ihren Kindheiten befragten und die Aussagen miteinander verglichen. Danach bewerteten 49% der Kontrollgruppe und nur 34% der Ärzte ihre Kindheit als schön bzw. gut. Die Autoren konnten unter den Ärzten einen Zusammenhang zwischen mangelnder Kindheitsqualität und späteren Eheproblemen verbunden mit Substanzmissbrauch aufzeigen. Ferner stellten sie fest, dass zehnmal mehr Ärzte mit negativen Kindheitserinnerungen einen Psychiater aufsuchten. Einige Mediziner wollten bei ihren Patienten die Fürsorge und Aufmerksamkeit kompensieren, die sie als Kind nie bekommen hätten; bereits bei ihrer Berufswahl lägen altruistische Ansichten zugrunde. Den Fürsorgegedanken negiere der Arzt, er beziehe ihn meist nicht auf die eigene Person. So erwähnen die Autoren, dass manche Ärzte regelrecht phobisch reagierten, wenn sie andere um Hilfe bitten müssten. Generell fand man bei den Ärzten einen größeren Hang zu Pessimismus, Passivität und Selbstzweifel als bei der Kontrollgruppe, was von den Autoren als erhöhtes Suchtrisiko gewertet wurde. Weiterhin fiel auf, dass Ärzte meist aus einem behüteten Elternhaus stammten und eine Lösung dieser Bindungen oft nie stattgefunden hätte.

Miller & McGowen (2000) geben zu bedenken, dass Ärzte eine wichtige Stellung in der Gesellschaft einnehmen und Verantwortungsbewusstsein, Kompetenz und Unfehlbarkeit vorausgesetzt werden. Als Heiler müssen sie zur ständigen Verfügung bereitstehen, wenn ihr Können gefragt ist. Diese hohen Erwartungen werden von Patienten, Familie und Gesellschaft gestellt, obgleich der Beruf oft als Barriere fungiert, die es dem Arzt gerade dann verwehrt, sich gegenüber Kollegen, Familie und Gesellschaft zu öffnen, wenn er selbst Hilfe benötigt. Die Autoren verweisen zudem auf einen Zusammenhang zwischen Eheproblemen und Substanzmissbrauch einer unglücklichen Kindheit sowie Problemen in der Pubertät. Besonders konfliktreich wird es, so die Autoren, wenn Ärzte versuchten, emotional mehr zu geben, als sie jemals selbst bekommen haben. Der Drang zum Perfektionismus, übertriebenes Konkurrenzdenken und die durch Einzeltätigkeit eintretende Isolation, verschärften die Lage für den Berufsstand erheblich.

Ähnlich beschreibt Lamberg (1999) die Situation. Ärzte hätten Schwierigkeiten, ihre Gefühle und Bedürfnisse zu realisieren und zu beschreiben. Sie seien unempfindsam für eigene

Schmerzen und Kummer, würden allerdings bei kleinsten Ereignissen oft wütend und projizierten diese Wut auf Familienmitglieder wie Frau und Kinder, die als Ventil fungierten. Oft gingen diese Ausbrüche einher mit einem gestörten sexuellen Verhältnis und Vermeidung von zärtlichem Körperkontakt. Gerade Männer hätten in diesem Zusammenhang in der Kindheit oft zu wenig Zuneigung und Liebe bekommen und meinen, sich diese Gefühle durch Erfolge verdienen und erarbeiten zu können.

Einige Studien haben gezeigt, dass ungewöhnlich viele Zahnärzte substanzabhängigen Eltern hatten und sie schon in jungen Jahren mehr Verantwortung übernehmen mussten als Gleichaltrige, welches bei der späteren Berufswahl zum Arzt eine Rolle spielte (O'Connor Gallacher, 1993). Peters (1987) bestätigt die Aussage von O'Connor Gallacher und analysiert, dass relativ viele Ärzte einst Kinder abhängiger Eltern waren und sie in ihrer Kindheit für die gesamte kranke Familie verantwortlich waren, was eine ausschlaggebende Motivation für das spätere Ergreifen des Arztberufes sei. Hinzu komme, dass die Kinder suchtkranker Eltern durch die genetische und soziale Veranlagung ein größeres Risiko aufwiesen, selbst einmal abhängig zu werden, unabhängig davon, wo und wie sie aufgewachsen seien. In diesem Zusammenhang konnten Merikangas et al. (1998) unabhängig vom Arztberuf eine genetische Veranlagung der Sucht formulieren. Sie untersuchten 231 Probanden, die von Opiumpräparaten, Cannabis, Kokain oder Alkohol süchtig waren, 61 Probanden, die keine Suchtkrankheit hatten sowie die leiblichen Eltern dieser beiden Gruppen. Daraus resultierte, dass Probanden mit substanzabhängigen Eltern ein achtfach höheres Krankheitsrisiko hatten als die Kontrollgruppe, wobei völlig irrelevant war, welche Substanzabhängigkeit vorlag. Somit stellten sie fest, dass die genetische Disposition das größte Risiko darstellt, an einer Sucht zu erkranken.

2.6 Burnout

Anhand von 82 Zahnärzten untersuchten St-Yves et al. den Einfluss von emotionaler Erschöpfung und Umwelteinflüssen auf die Burnout-Entstehung (1989). Sie zitieren in ihrem Artikel Maslach und Jackson (1981), die Burnout als körperlichen und emotionalen Erschöpfungszustand beschreiben, bedingt durch negative Selbsteinschätzung, die negative Einstellung zur Arbeit sowie der persönlichen Verstrickung mit Patienten. Diese Autoren geben im Wesentlichen drei Gründe zur Burnout/Entstehung an: emotionale Erschöpfung, Persönlichkeitsverlust und schwache Persönlichkeitsstruktur.

2.6.1 Burnoutrisiko bei Zahnmedizinern

Nach einem Bericht von Obermeyer (2002) sind vor allem Zahnärzte zwischen 38 und 48 Jahren vom Burnout betroffen. In dem Artikel von Rottenfuß (1999) wird deutlich, in wie weit der Burnout die Existenzangst sowie die Vernachlässigung sozialer Kontakte im Allgemeinen Auswirkungen auf das Suchtverhalten bzw. die Suchtgefährdung haben. Nach Rottenfuß ist anzunehmen, dass die zum Burnout führenden Faktoren das Suchtverhalten beeinflussen, ein Burnout wiederum eine Sucht auslösen kann.

Viele Zahnärzte glauben bereits am Anfang ihrer beruflichen Karriere, dass Stress und Überforderung normal und, so Botchway (2000), auf ihre Unerfahrenheit und junges Alter zurückzuführen seien. Sie betrachten die Strapazen des Alltags als notwendige Voraussetzung, um ihre berufliche Ziele zu verwirklichen, nehmen die negativen Einflüsse als gegeben hin und verdrängen und ignorieren gesundheitliche Risiken. Dieser Lebenswandel führt zu ernstesten Konsequenzen. So berichtet Botchway, wie ihre Kollegen zu Alkoholikern mit Suizidabsicht wurden, regelmäßig in der Praxis in Tränen ausbrachen, oder wie sich die Anspannung durch Tätowierungen und Piercings in Selbstzerstörung wandelte. Sie berichtet von Ehen, die geschieden wurden und von Frusteinkäufen, die den Stress kompensieren sollten.

Joffe (1996) berichtet ebenfalls von der Uneinsichtigkeit der Zahnärzte, wenn es um die Gründe von Alkoholmissbrauch, Scheidungen und Selbstmord geht. Er zitiert Quellen, in denen davon ausgegangen wird, dass mehr Zahnärzte denn je an psychischen Störungen leiden und durch den Stress zum Burnout neigen. Leider, so der Autor, bemerken die Betroffenen ihre Symptome nicht oder ignorieren sie. Wichtige Faktoren, die zum Burnout führen sind seiner Meinung nach die gesellschaftlichen Ansprüche an den Zahnarzt, dessen gesellschaftliche Stellung, sein Persönlichkeitsprofil und seine Kindheitsumstände.

Te Brake et al. (2001) untersuchten in einer Longitudinalstudie 171 holländische Zahnärzte auf ihr Burnoutrisiko in Zusammenhang mit dem Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). Sie sind der Meinung, dass Burnout in direktem Zusammenhang mit chronischem Stress steht, der durch Patientenkontakt erfolgt. Die Symptome seien emotionale Erschöpfung sowie eine zynische und negative Einstellung sich selbst und den Patienten gegenüber. Sie sehen im Burnout eine große Gefahr für das Arbeits- und Privatleben der Zahnärzte. Die Ergebnisse von Te Brake zeigten des Weiteren, dass ein Interventionsprogramm keine Auswirkungen auf die Burnoutquote der Zahnärzte hatte.

2.6.2 Burnoutrisiko bei Humanmediziner

Andere Autoren untersuchten Humanmediziner auf ihr Burnoutrisiko. So stellte Clade (2002) in einer Studie der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes fest, dass sich die Mehrheit der befragten Vertragsärzte nicht vom Burnout gefährdet sahen, obwohl 20% von ihnen „oft verzweifelt“ waren und 26% „am liebsten alles hinwerfen“ wollten.

Arnetz (1997) ist sogar der Meinung, dass Ärztinnen allein aufgrund ihres Geschlechts ein höheres Burnoutrisiko aufweisen. Dieses Risiko erhöhe sich bereits durch geringe Einflussnahme im Berufsleben wie einen eingeschränkten Aufgabenbereich, geringere berufliche Verantwortung, und durch die karrierebehindernde Doppelbelastung im Haushalt.

2.7 Suizid bei Zahnärzten und Ärzten

Die bisher veröffentlichte Literatur zeigt, dass es keine einheitliche Meinung zur Suizidgefährdung im Arztberuf gibt. Zahlreiche, zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführte Studien verschiedener Wissenschaftler kamen zu keinem übereinstimmenden Ergebnis.

Aus dem Artikel von Alexander (2001) ergibt sich, dass in den Jahren 1975 und 1985 Studien von der American Dental Association (ADA) durchgeführt wurden. Diese hatten das Ziel herauszufinden, ob Zahnärzte ein höheres Selbstmordrisiko aufweisen als der Rest der amerikanischen Bevölkerung. Die Studien kamen zu einem negativen Ergebnis. Revicki & May (1985) fanden sogar heraus, dass sich in den Jahren 1978-1982 mehr Humanmediziner das Leben nahmen als Zahnärzte.

Hiliard-Lysen & Riemer (1988) wiederum veröffentlichten einen Artikel, in dem sie besonders Zahnmedizinern eine größere Neigung zu Scheidung und Substanzmissbrauch sowie Selbstmord zuschrieben, bei letzteren ausgelöst durch gesellschaftliche Spannungen und mit der Arbeit verbundenen Stress. Diese Meinung teilt auch Litchfield (1989), der die Suizidrate der Zahnärzte mit 2,03% angibt und betont, dass die anderer Berufsgruppen zur selben Zeit bei nur 1,1% lag.

Arnetz et al. (1987) untersuchten in einer Longitudinalstudie die Suizidraten von schwedischen Humanmediziner und verglichen sie mit denen anderer akademischer Berufe sowie mit der schwedischen Normalbevölkerung. Sie stellten fest, dass Ärztinnen im Vergleich zu anderen akademischen Berufen die höchste Selbstmordquote aufwiesen, gefolgt von den männlichen Kollegen, bei denen Chirurgen am stärksten betroffen waren.

Auch Miller & McGowen (2000) kamen zu diesem Ergebnis. Ihren Angaben zufolge liegt die Selbstmordquote der Ärzte zwischen 28% und 40%, die der Allgemeinbevölkerung bei 12,3%. Von den Ärzten sind Psychiater am häufigsten betroffen, Kinderärzte am wenigsten.

Suizid wird auch als Hauptursache genannt, wenn es um den Tod junger Ärzte geht. So sterben rund 26% der jungen Kollegen am Freitod.

Blachly et al. fanden 1960 heraus, dass Psychiater die höchste und Kinderärzte die geringste Selbstmordquote aufwiesen; ein Ergebnis, das später von Rose & Rosow (2000) bestritten wurde, da in ihren Untersuchungen keine statistischen Unterschiede zur jeweiligen Fachrichtung festgestellt werden konnten.

Hawton et al. (2001) untersuchten das Selbstmordrisiko der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen von England und Wales getrennt nach Fachrichtung, Geschlecht und Stellung in einem Zeitraum von 16 Jahren. Sie belegten, dass Ärztinnen zu 18,8% durch Selbstmord starben, ein Prozentsatz, der unter dem der weiblichen Allgemeinbevölkerung lag. Die Suizidrate der männlichen Kollegen betrug 19,2% und übertraf somit den Prozentsatz der männlichen Allgemeinbevölkerung. Allerdings stellten sie keinen Unterschied in Bezug auf die Art der ärztlichen Berufsausübung fest. Arnetz berichtet über eine erhöhte Selbstmordrate von Ärztinnen, die einer Krankenhaustätigkeit nachgehen (1997).

In einer zwischen 1978 und 1982 im amerikanischen Bundesstaat North Carolina durchgeführten Studie von Revicki & May (1985) wurde festgestellt, dass Ärzte keinem höheren Suizidrisiko ausgesetzt sind als die Allgemeinbevölkerung. Hohes Alter, Scheidung und der Verlust eines Ehegatten, so die Autoren, sind allerdings die häufigsten Gründe für einen Freitod; Depressionen, Substanzmissbrauch sowie der Rückzug in den Ruhestand konnten allerdings mit Suizidabsichten in engem Zusammenhang stehen.

Reimer, Trinkhaus und Jurkat (2005) erstellten eine Übersicht zum Thema Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten und bestätigten den Mediziner eine signifikant höhere Suizidrate. Als mögliche Ursachen nannten sie eine erhöhte Anfälligkeit für depressive Erkrankungen, eine erhöhte Suchtgefährdung sowie berufsbedingte Stressoren.

2.8 Stressoren und Substanzmissbrauch bei Humanmediziner

Mäulen (1993) führt an, dass Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere die Alkoholkrankheit in den helfenden Berufen epidemische Ausmaße erreicht hätten. Die Größenordnungen liege bei 5 - 8% Alkoholmissbrauch, danach folgten Medikamenten- und Betäubungsmittelmissbrauch und der Konsum „harter Drogen“. Besonderheiten, die diese Berufsgruppe charakterisieren sind: Überdurchschnittliche Giftnähe, die bessere Vertuschungsmöglichkeiten, Ängste vor besonders schnellem Verlust des Arbeitsplatzes und Co-Abhängigkeiten durch zulange wartende Kollegen/innen sowie Vorgesetzte, die das Verhalten decken.

Mäulen untersuchte daraufhin 83 abhängige Ärzte und 17 abhängige Ärztinnen, die in den Oberbergkliniken behandelt wurden. 51% der untersuchten waren zwischen 41 und 60 Jahre alt. 79% waren Gebietsärzte/innen, wobei sich unter diesen mit 18% am häufigsten Chirurgen befanden, gefolgt von 13% Allgemeinmedizinern und 11% Zahnärzten sowie 10% Internisten. Dabei ist bemerkenswert, dass diese zu 52% niedergelassen waren und eine eigene Praxis unterhielten. Das Abhängigkeitsmuster gestaltete sich wie folgt:

- 43% waren Alkoholkrank
- 34% litten unter der Kombination Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- 10% nahmen Substanzen, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen.

Brooke, Edwards & Andrews (1993) untersuchten 144 abhängige Ärzte, die zwischen 1969 und 1988 im Bethlem und Maudsley Krankenhaus in England vorstellig geworden waren. Das Durchschnittsalter lag bei 43 Jahren, 124 waren Ärzte, 20 waren Ärztinnen und viele litten länger als sechs Jahre an der Substanzabhängigkeit. Auch bei dieser Untersuchung wurden folgende Abhängigkeitsmuster festgestellt:

- 42% waren Alkoholkrank
- 31% betrieben eine Kombination aus Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- 26% nahmen Medikamente bzw. Betäubungsmittel.

Interessanterweise kombinierten die Medikamentenabhängigen öfter Alkohol als die Alkoholkranken andere Drogen oder Medikamente. Die Gründe für die Substanzabhängigkeit lagen zu 53% in Persönlichkeitsstörungen, zu 32% in Angst und Depressionen. Nur 26% gaben Stress in der Familie an (davon 43% der Frauen und nur 23% der Männer) und nur 23% nannten Stress am Arbeitsplatz. Die Autoren weisen allerdings darauf hin, dass die Gründe einer Sucht nicht in einem Teilbereich des Lebens zu finden sind, sondern dass komplexe Zusammenhänge diese Krankheit auslösen.

2.8.1 Substanzabhängigkeit hat Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit

Reimer & Jurkat (2001) führten Studien zur Problematik der Lebensqualität und Suchtgefährdung von Ärztinnen und Ärzten durch. Sie untersuchten 142 Substanzabhängige sowie 275 unauffällige Mediziner, die die Kontrollgruppe bildeten. Dabei zeigte sich, dass zu Suchtmitteln greifende Ärzte hochgradig unzufrieden mit ihrem Leben waren. Sie schätzten ihre Lebensqualität und ihr Partnerverhältnis als unbefriedigend ein. Die Antworten vieler auf die Frage *Möchten Sie manchmal einschlafen und nicht wieder aufwachen?* geben einen Einblick in Depressivität und Suizidgefahr. Etwa 50% der Süchtigen würden rückblickend den Arztberuf nicht erneut wählen, im Gegensatz zu 36% der Kontrollgruppe. Die Autoren meinen, dass sich Substanzabhängige bei Anspannung und Problemen im Beruf zurückziehen und diese intern austragen, während die Kollegen der nichtabhängigen Vergleichsgruppe den Berufsstress eher durch kollegiale Kontaktpflege, Gespräche oder Sport bewältigen.

2.8.2 Täglicher Umgang mit Medikamenten kann Substanzabhängigkeit fördern

Blondell (1993) gibt zu bedenken, dass substanzabhängige Ärzte der Gefahr eines frühen Todes oder dem Risiko, ihren Patienten iatrogene Schäden zuzufügen, ausgesetzt sind, wenn sie selbst keine Hilfe in Anspruch nehmen. Er weist auf die besondere Anfälligkeit der Ärzte hin, die seiner Meinung nach bei 8 – 12% liegt, also deutlich über dem Risiko der Normalbevölkerung. Dies komme dadurch zustande, dass Ärzte großer Arbeitsbelastung ausgesetzt seien und einen ständigen Umgang mit Medikamenten und Betäubungsmitteln pflegten. Allerdings verweist Blondell auch auf die genetische Veranlagung der Alkoholsucht hin und auf die Beeinflussung durch Umweltfaktoren. Der typische substanzabhängige Arzt nehme bis zur fünften Lebensdekade keine Hilfe in Anspruch. Dabei haben Untersuchungen in Kentucky gezeigt, dass Ärzte meist erst in der späten zweiten bis dritten Dekade mit dem Substanzmissbrauch beginnen. Zehn bis 20 Jahre der Substanzabhängigkeit vergingen, bis sich die Sucht nicht mehr verbergen lasse und endlich Hilfe in Anspruch genommen werde. Dies sei allerdings nicht die Regel, denn viele stürben davor schon an Suizid, Überdosen, Traumen oder Autounfällen.

Brooke (1991, 1995, 1997) untersuchte 144 Ärzte im Alter von 24 bis 69 Jahren, wobei alle Fachrichtungen und Anstellungen vertreten waren. Ein Großteil der untersuchten litte schon 6 Jahre und mehr an Substanzabhängigkeit, wobei bei einigen die Gründe hierfür bekannt

wären, bei anderen nicht. Dabei liege die Gefahr besonders im Umgang mit stimmungsbeeinflussenden Medikamenten und Betäubungsmitteln, dem Ärzte tagtäglich ausgesetzt seien. Der Irrtum, durch Selbstbehandlung zur Selbstheilung zu gelangen, verhindere, dass sich Ärzte in die Obhut von Kollegen begeben. Meist werde das Problem jedoch nicht erkannt, weil man es nicht erkennen wolle, ein Selbstbetrug vieler Ärzte mit Substanzabhängigkeit, die ihr Gesicht und ihren Beruf nicht verlieren möchten und sich selbst für unfehlbar hielten. Charakteristisch sei, dass viele der Untersuchten unter enormer Arbeitsbelastung litten, introvertiert und isoliert wären und eine perfektionistische Einstellung hätten.

Bennett & O'Donovan (2001) sehen Risiken in Arbeitsbelastung, häufigem Kontakt mit Krankheit und Tod, Schlafunterbrechungen in Nachtdiensten sowie einem gestörten Privatleben. Auch eigene medikamentöse Behandlungen sind ein großes Risiko, wie eine australische Studie zeigte, wonach sich 42% der Ärzte und 53% der Ärztinnen ihre Rezepte selbst ausstellten.

Bohigian, Croughan & Sanders (1994) schätzen, dass 10 bis 15% der Ärzte Erfahrung mit Substanzmissbrauch gemacht haben. Auch sie geben Gründe an, wie genetische Veranlagung, psychosoziale Voraussetzungen und Umwelteinflüsse, die Substanzmissbrauch auslösen können. Brewster (1986) hingegen vertritt die Meinung, dass es keine genauen statistischen Angaben über den ärztlichen Substanzmissbrauch gebe und somit alle veröffentlichten Daten zu diesem Thema mit Vorsicht zu betrachten seien. Man könne allerdings davon ausgehen, so der Autor, dass die Quote nicht über die der Allgemeinbevölkerung liege, wenn man Alkohol- und Drogenmissbrauch zusammen berücksichtige. Er bedauert die zahlreichen Veröffentlichungen, die sich seiner Meinung nach nicht auf repräsentative Studien bezögen und deshalb wissenschaftlich nicht belegbar seien.

2.8.3 Substanzmissbrauch in Abhängigkeit von der Fachrichtung

Huges et al. (1999) hingegen fanden Belege dafür, dass unter den verschiedenen humanmedizinischen Fachrichtungen vor allem Anästhesisten, Notfallmediziner, Allgemeinmediziner und Psychiater vom Substanzmissbrauch betroffen sind. Weniger gefährdet seien hingegen Pathologen, Radiologen und Kinderärzte. Die Verbreitung von Alkohol unter den Ärzten lag in den vergangenen Jahren bei etwa 87%. Notfallmediziner nahmen doppelt so oft Marihuana als andere Fachrichtungen, außerdem hätten sie den

Hauptanteil an 1,1% Kokainmissbrauch, der für die Ärzteschaft ermittelt wurde. Psychiater hingegen griffen zu 26% auf Benzodiazepine zurück. Medikamente wie Codein und Darvon würden vor allem von Allgemeinmedizinern (24%) und Gynäkologen (21%) konsumiert, während Anästhesisten und Notfallmedizinern seltener hiervon Gebrauch machten.

Moore & Bostwick (1999) gehen auf die Ketaminabhängigkeit von Anästhesisten ein. Sie beschreiben die Wirkung von Ketamin, das eine abgeschwächte Wirkung und eine geringere Halbwertszeit habe als das gefährliche PCP, aber sonst ähnlich sei. Die Autoren beschreiben zwei Missbrauchstypen:

1. der Missbrauch zu Entspannungszwecken und
2. die Selbstmedikation bei Ärzten mit Depressionen und Angstzuständen.

Nahe liegend sei die Erkenntnis, dass, gleichgültig um welchen Typ es sich handele, das konsumiert werde, was ständig am Arbeitsplatz zur Verfügung stehe. Die große Gefahr liege darin, dass viele Anästhesisten glauben, die Droge könne ihnen wegen ihrer Kenntnis um Wirkung und Nebenwirkung nichts anhaben. Nach Alkohol sei Fentanyl die meist konsumierte Substanz mit einer kurzen narkotisierenden Wirkung, die so schnell vom Körper abgebaut werde, dass man sie im Urintest kaum nachweisen könne.

McGoven et al. (2000) fand in einer Studie an 108 Medizinern heraus, dass bei den meisten erkrankten eine Substanzabhängigkeit seit mindestens fünf Jahren bestand und vor allem Allgemeinmediziner und Internisten den größten Anteil bildeten (12%). Es folgten Psychiater, Notfallmediziner und Gynäkologen. Die am häufigsten missbrauchte Substanz waren zu 61% Alkohol und zu 26% verschreibungspflichtige Opiate. Meist bestand eine Co-Morbidität mit Depression, Angstzuständen, sexuellen Störungen und Anpassungsproblemen.

Bener, Gomes & Anderson (1993) untersuchten in zwei Studien die Rauchgewohnheiten von Ärzten in den Vereinigten Arabischen Emiraten und Kuwait. Die erste Studie wurde 1990 durchgeführt, es nahmen 252 Ärzte teil, davon waren 75% Männer und 25% Frauen. Die Ergebnisse zeigten, dass unter den Ärzten 45% Raucher waren, 18% ehemalige Raucher und 37% Nichtraucher. Bei den Ärztinnen lagen die Raucherquote bei 16% und die Nichtraucherquote bei 84%. Dies zeigt enorme geschlechtsspezifische Unterschiede. Die meisten Raucher waren zwischen 35 und 44 Jahre alt oder älter. In der zweiten Studie, die 1992 durchgeführt wurde, kam es zu leichten Veränderungen. So wurden diesmal 214 Ärzte und 61 Ärztinnen erneut befragt, wobei die meisten Männer Raucher waren, die meisten Frauen jedoch Nichtraucher. Die ausschlaggebenden Gründe für das Nichtrauchen waren gesundheitlicher Art sowie eine ausgeprägte Selbstdisziplin. Religion oder Ansehen im Kollegium spielten dagegen eine untergeordnete Rolle. Viele wollten für ihre Mitmenschen

auch als gutes Vorbild gelten. Tatsächlich hat der Arzt einen enormen Einfluss auf das Rauchverhalten der Allgemeinbevölkerung, zumal sein Rat oft befolgt wird, wenn eine Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt. Der Großteil der rauchenden Ärzte war sich über die Gesundheitsrisiken im Klaren, gab aber auch an, dass sie vor allem am Arbeitsplatz stressbedingt zur Zigarette greifen. Generell ist das Rauchen unter arabischen Ärztinnen weniger verbreitet als in den westlichen Ländern, was auf die arabische Kultur zurückgeführt wird, die den Frauen ein Rauchverbot auferlegt.

Huges et al. (1999) geben an, dass der Tabakkonsum in den Jahren 1990 bei etwa 14% lag. Dabei beziehen sie sich auf ihre Untersuchungen an 800 Humanmediziner. Am meisten wären Chirurgen unter den Rauchern zu finden (17,9%), gefolgt von Notfallmediziner (17,6%). Diese beiden Berufsgruppen wären doppelt so oft betroffen wie andere Fachrichtungen.

2.8.4 Substanzmissbrauch im Studium der Humanmedizin

Kumar & Basu (2000) belegen, dass bei 5% der Humanmedizinstudenten in Indien eine manifestierte Suchterkrankung vorliegt, die sich auf Alkohol, Beruhigungsmittel und Psychopharmaka gründet, und 56,5% diese Substanzen regelmäßig missbrauchen. Diese Quote liege 30-100 Mal höher als bei der allgemeinen Bevölkerung. Zudem missbrauchten Studenten mehr Substanzen als junge Ärzte, die das Studium bereits abgeschlossen haben. Es fiel auf, dass gerade Studentinnen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch Gründe nannten wie: geschlechtsspezifische Bevorzugung der Männer im Studium, sexuell anzügliche Witze, Ausschluss vom Unterricht aufgrund des Geschlechts und sexuelle Belästigungen am Studienplatz. Dabei variieren die Angaben in Bezug auf die missbrauchten Substanzen, wobei man trotzdem annehmen kann, dass Alkohol an erster Stelle steht.

Baldwin, Dodd & Wrate (1997a) untersuchten speziell junge Ärzte auf ihr Gesundheitsverhalten. Sie untersuchten 142 Probanden in England, die vor kurzem ihr Studium beendet hatten. Zwar machten die Autoren in dem Artikel keine Angaben zum Substanzmissbrauch, sie stellten aber fest, dass junge Ärzte sich extrem überarbeitet und überfordert fühlten.

In einem weiteren Artikel der Autoren Baldwin, Dodd & Wrate (1997b) fiel auf, dass junge Ärzte überdurchschnittlich oft krank waren. Die Krankheiten betrafen meist den Respirationstrakt; Frauen waren häufiger betroffen als Männer. Mit Hilfe des General Health Questionnaires konnte zudem herausgefunden werden, dass junge Ärztinnen weit mehr von

Depressionen betroffen waren als ihre männlichen Kollegen. Andererseits konsumierten junge Ärzte mehr Alkohol als die Kolleginnen, und auffallend war, dass der größte Anteil des Alkoholkonsums (66%) zu Hause stattfand. Interessant ist auch der Aspekt, dass sich 66% der Ärzte eigene Rezepte ausstellten, wenn sie Medikamente benötigten, und es in diesem Punkt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede gab.

2.9 Arbeitszufriedenheit in der Humanmedizin

2.9.1 Arbeitszufriedenheit in Abhängigkeit von der Fachrichtung

Jurkat & Reimer (2001a) untersuchten die Arbeits- und Lebenszufriedenheit von berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. Sie fanden heraus, dass die größten Stressfaktoren, gleichgültig für welche Fachrichtung, eine hohe Patientenfrequenz und Termindruck waren. Generell konnte festgestellt werden, dass die hohe Arbeitszeit das Schlafverhalten negativ beeinflusst und die Arbeitsunzufriedenheit bei Chirurgen höher war als bei Allgemeinmedizinerinnen und Internisten, wenn auch dieser Grad der Unzufriedenheit insgesamt als nicht besonders hoch einzuschätzen ist. Chirurgen beanspruchen immerhin auch die höchste durchschnittliche Arbeitszeit für sich mit etwa 62 Stunden pro Woche.

Im Gegensatz dazu untersuchte Arnetz (1997) schwedische Krankenhausärzte auf ihre Arbeitsumgebung und -organisation. Er fand heraus, dass diese sich zu 69% hoch zufrieden über ihre Arbeit äußern, während nur 14% der Meinung sind, dass die Arbeit psychisch stark belastet. 52% gaben sogar an, ihre Arbeit sei etwas hoch Sinnvolles. Fehltag durch Krankheit waren extrem selten zu verzeichnen. So verzeichnen schwedische Krankenschwestern durchschnittlich 15 Fehltag im Jahr, während die schwedischen Ärzte im Schnitt nur 4 Tage im Jahr krank seien. Allerdings ergaben diese Untersuchungen auch, dass gerade junge Ärzte trotz Krankheit zur Arbeit gehen, um ein Aufstauen der Arbeit und eine anschließende Überforderung zu vermeiden.

In einer weiteren Studie, durchgeführt von Linn et al. (1985), wurden Ärzte an Universitäten, die überwiegend theoretisch tätig waren, mit praktizierenden Ärzten verglichen. Gegenstand war ein Krankenhaus in Kalifornien/USA. Die auszubildenden Ärzte gaben an, mehr zu arbeiten und weniger Urlaub zu nehmen. Außerdem hätten sie weniger Kontakt zu Patienten. Der mentale Gesundheitsstatus war bei beiden Vergleichsgruppen ähnlich, ebenso die Arbeitszufriedenheit, die bei beiden Gruppen sehr hoch war. Beide Stichgruppen gaben

gleiche Stressquellen an, die unter anderem aus Zeitdruck bestanden und von schwierigen Patienten und Zukunftsängsten herrührten. Beide waren gleich zufrieden mit ihrem Privatleben, allerdings fand man heraus, dass die auszubildenden Ärzte unzufriedener mit ihrem Einkommen waren als die praktizierenden.

Appleton, House & Dowell (1998) untersuchten Allgemeinmediziner in Leeds/Groß Britannien auf ihre Arbeitszufriedenheit, mögliche Stressquellen und psychologische Symptome. Sie beschrieben bei 52% der Befragten psychologische Symptome und gaben an, dass sich 56% der Befragten durch ihre Arbeit in ihrer körperlichen Gesundheit beeinträchtigt fühlten. Dies konnte in Zusammenhang mit sich negativ auswirkenden Nachtdiensten gebracht werden. In einer ähnlichen Studie aus dem Jahre 1987 ergaben sich im Vergleich zu der Studie von 1998 schlechtere Ergebnisse für Arbeitszufriedenheit, Arbeitszeiten und Bezahlung. Im geschlechtlichen Vergleich schnitten die Frauen besser ab als ihre männlichen Kollegen, möglicherweise weil sie weniger Zusatz- und Nachtdienste verrichten mussten und kürzere Arbeitszeiten hatten. Weiterhin empfanden die britischen Ärzte Überstunden, Büroarbeit und Einschränkungen im Rahmen der aktuellen Gesundheitspolitik als sehr belastend.

Bovier et al. (2003) befragten 1904 schweizerische Ärzte hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit. Sie fanden heraus, dass Aspekte wie Patientenkontakt und die geistigen Anforderungen des Berufes positiv bewertet wurden, dass eine hohe Unzufriedenheit aber durch Arbeitsüberlastung, Bürokratie und mangelnde Freizeit hervorgerufen wurde.

In vielen Gebieten und Regionen gelten Niederlassungssperren, die dazu führen, dass für viele Assistenzärzte ihr dauerhaftes Betätigungsfeld die Krankenhäuser bleiben. Hierarchie, Konkurrenz und Verdrängungswettkampf fördern Mobbing im Krankenhaus. Viele Krankenhausärzte fühlen sich in der Tat von den Kollegen diffamiert und ausgegrenzt. Dabei wird unterschieden zwischen dem so genannten „Abwärts-Mobbing“, das von den Chefärzten über die Oberärzte nach unten verläuft, dem so genannten „Horizontal-Mobbing“ unter den Assistenzärzten und dem „Aufwärts-Mobbing“, das von den Assistenzärzten aufwärts gerichtet ist. Dabei geht es meist so weit, dass geistiges Eigentum in Form von Forschungsergebnissen gestohlen wird oder die jungen Ärzte mit Routinediensten verplant werden, so dass keine Zeit mehr für wichtige Weiterbildungsmaßnahmen zum Facharzt bleibt. Mobbing löst in den Betroffenen häufig schwerwiegende Selbstwertstörungen aus, führt zu Depressivität und unter Umständen zum Substanzmissbrauch (Flintrop, 2001).

Bardé (1987) bezeichnet die Klinik als „eine Inszenierung des archaischen Basiskonfliktes“. Er ist der Meinung, dass sie ein soziales System darstellt, das mit Hilfe hierarchisch

angeordneter, machtvoller Sanktionen verwirklicht wird. Dies führt bei den Ärzten zu Stress, der mit Erschöpfungshandlungen zum Suchtverhalten führt, sei es durch Nikotin-, Alkohol- oder Medikamentenabusus. Übertriebener Arbeitseinsatz für die Klinik wird dazu genutzt, um Spannungen abzubauen und ein bedrohtes Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Jurkat, Vollmert & Reimer (2003) schilderten das Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. Ihre Ergebnisse basierten auf qualitativ explorierten Daten, die zum einen durch standardisierte Interviews und qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring erhoben wurden, zum anderen durch ein Erholungs-Belastungs-Profil und durch psychometrische Testverfahren des SF-36 (Bullinger & Kirchberger, 1998). Der häufigste Konflikttypus ergab sich aus der Wahrnehmung der Einschränkung eigener basaler Bedürfnisse im Sinne einer negativ erlebten Belastung und in Zusammenhang mit Zeitdruck. Zudem wurden umfassende intrapsychische Rollenkonflikte festgestellt, die als „berufliches Selbstbild“, „allgemeine Arbeitsqualität“ und „Kommunikation mit Patienten“ genannt werden. Die Forschergruppe konnte ebenfalls interpersonelle Konflikte aus der Interaktion mit anderen im Krankenhaus beteiligten Personen feststellen. Dabei kam es gehäuft zu Konflikten mit Kollegen und anderen Mitarbeitern, auch mit dem Chefarzt und anderen ärztlichen Vorgesetzten.

2.9.2 Verwaltungsakte und Reglementierungen beeinträchtigen die Zufriedenheit

Lewis et al. (1993) führten in Texas Untersuchungen zum Thema Arbeitszufriedenheit bei Medizinerinnen durch. Sie fanden heraus, dass der Gesamtstress in der untersuchten Gruppe als besonders hoch einzustufen war. Die durchschnittliche Arbeitszeit lag bei über 58 Stunden pro Woche. Die größte Belastung stellten unterschiedliche äußere Faktoren dar, wie beispielsweise Auseinandersetzungen mit Behörden und Versicherungen, aber auch innere, wie die Angst vor Kunstfehlern. Von Bedeutung war zudem der angegebene Zeitdruck, der verhindert, sich um Familie und Freunde zu kümmern. An dritter Stelle wurden Probleme genannt, die sich aus dem Arzt-Patientenverhältnis ergeben. So trugen schwierige Patienten maßgeblich zum Stresspegel bei und wirkten sich, wie alle Beziehungsaspekte, auch negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus.

Dieke, Schmidt & Katzer (2002) sind der Meinung, dass sich vor allem die Veränderungen des Gesundheitssystems „krankmachend“ und „verunsichernd“ auf die Ärzte und ihre Mitarbeiter auswirken. In einer Untersuchung der Universität Erlangen zum Thema Arbeitszufriedenheit und Burnout Gefährdung äußerten sich knapp 78% resigniert und

unzufrieden über die Arbeit. Etwa 35% der Vertragsärzte zogen in Erwägung, ihre Praxis aufzugeben und 13% spielten mit dem Gedanken, ihre Kassenzulassung zurückzugeben.

In der BRD fühlen sich laut Rottenfußler (1999) viele Kassenärzte „ausgebrannt“. Arbeitszeitbelastung und Zeitdruck nehmen zu, und gerade jüngere Ärzte leiden unter Existenzängsten. Ihrer Meinung nach gibt es einen Zusammenhang zwischen geringer Arbeitszufriedenheit und niedriger Lebenszufriedenheit. Die Autorin weist auf die umfangreichen Verwaltungsaufgaben hin, die viele Ärzte als berufsfremd und häufig als sehr belastend empfinden.

Clade (2002) beruft sich in seinem Bericht auf eine Studie, die von der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes durchgeführt wurde. Dabei stellte sich heraus, dass Vertragsärzte pro Tag durchschnittlich 11 Stunden arbeiten und währenddessen etwa 51 Patienten behandeln. Die befragten Ärzte klagten über zu wenig Zeit für die Patienten und über steigenden Verwaltungs- und Bürokratieaufwand. 59% gaben an, dass sie die Arbeit auslaugt und sie Schlafdefizite haben. Außerdem kam es bei 57% der Befragten auf Grund des Zeitdrucks zu unregelmäßigen Mahlzeiten. Zu 90% gaben die Vertragsärzte an, sich durch Überregulierung des Gesetzgebers im Gesundheitswesen und durch das Ausmaß der Einflussnahme der Politik und der Krankenkassen auf die Patientenversorgung belastet und gegängelt zu fühlen.

In einem Artikel von Reimer & Jurkat (1996) heißt es, dass sich die Zukunftsperspektiven laut eigener Angaben der Ärzte um 92% verschlechtert haben. Auch hier gab es bei den Befragten vor allem Klagen über Reglementierungen, Bürokratie und Einschränkungen der Freiberuflichkeit. Viele Ärzte hätten Existenzängste und fürchteten niedrigere Einkommen und Arbeitslosigkeit durch Konkurrenz und Überversorgung. Nur knapp 35% würden den Arztberuf wieder wählen, wenn sie erneut vor die Entscheidung gestellt werden würden. Außerdem wünschten sich die Befragten mehr Zeit für ihr Privatleben, welches sich in *mehr Zeit für Kinder* und *mehr Zeit für Partnerschaft* ausdrückte. Die Autoren verweisen vor allem auf die Tatsache, dass viele Aspekte der Unzufriedenheit durch die Gesundheitspolitik hervorgerufen werden. Unübersehbar wären vor allem die Existenzängste und Zukunftssorgen, die sich die Befragten wegen der neueren gesundheitspolitischen Entwicklung machten.

O'Connor et al. (2000) stellte die Arbeitszufriedenheit englischer Ärzte und die englischer Büroangestellter gegenüber. Dabei stellte er fest, dass 95% der Ärzte mit ihrer Arbeit und den Bedingungen nicht zufrieden waren, und stellt diese Ergebnisse Daten gegenüber, die bei Büroangestellten erhoben wurden. 95% der Ärzte waren depressiv, aber nur 22% der

Kontrollgruppe. Die Ergebnisse gingen ebenfalls mit einem erhöhten Suizidrisiko auf Seiten der Ärzte einher; 47% litten unter geringem Interesse an Sexualität, die Kontrollgruppe hingegen nur zu 31%. Die Autoren gehen nicht auf Bürokratie und Reglementierungen ein, sondern sehen die Ursache in der zu hohen Arbeitsbelastung. An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass bei dieser Studie Zahnärzte in der Gruppe der Büroangestellten zu finden waren.

2.10. Bekannte Methoden zur Stressbewältigung und Hilfe bei Substanzabhängigkeit

2.10.1 Zahnärzte

Die Colorado Concerned Dentists wurde in den 80er Jahren von Kruse und Wasinger gegründet und stellen eine Teilinstitution der Colorado Dental Association dar. Die Gründer machten es sich zur Aufgabe, Ansprechpartner vieler Probleme zu sein. So können sich Zahnärzte auch aufgrund anderer Gründe, wie Schwierigkeiten in der Berufsausübung, Rechtsfragen oder Finanzproblemen an diese Einrichtung wenden. Die Organisation erhofft sich dadurch, präventiv tätig zu sein (1987).

Peterson (1987) fordert in ihrem Artikel mehr Aufklärung und eine Enttabuisierung des Themas. Ihrer Meinung nach muss vor allem das Umfeld (Familie, Patienten und Kollegen) die Anzeichen der Substanzabhängigkeit deuten können und dann auch in der Lage sein, entsprechend zu handeln.

2.10.2 Humanmediziner

Reid (2001) verlangt, substanzabhängige Ärzte nicht als „besondere“ Patienten zu betrachten. Seiner Meinung nach sprechen Ärzte genauso auf gängige Therapiekonzepte an wie Nichtärzte. Er sieht das Problem eher auf der Seite der behandelnden Ärzte, die mit dem Kollegen im Umgang oft überfordert sind. Er fordert, dass nach einem erfolgreichen stationären Entzug der Arzt weiterhin beobachtet und kontrolliert wird und nicht sich selbst überlassen bleibt. Laut Reid gibt es keine Alternative zur regelmäßigen Teilnahme an den so genannten 12-Stufen Programmen wie den „Anonymen Alkoholikern“, die in vielen Gegenden zahlreich angeboten werden.

Auch Bohigian et al. (1994) beurteilen die 12-Stufen Programme positiv. Sie sehen zudem eine höhere Gesundheitsrate bei den medizinischen Berufen als bei der

Allgemeinbevölkerung. So liegt diese bei 80% im Vergleich zu 50%. Dies erklärt er damit, dass Ärzte nach der Substanzabhängigkeit oft in ihren Beruf zurückkehren können und über längeren Zeitraum unter Kontrolle stehen, um Rückfällen vorzubeugen.

Boisaubin & Levine (2001) sehen einen entscheidenden Vorteil in dem Aufdecken der Substanzabhängigkeit und der Entlarvung der Verheimlichung bei gleichzeitiger Konfrontation mit den Verdachtsmomenten. Auch er bescheinigt Ärzten eine bessere Heilungschance (95%) als der Allgemeinbevölkerung mit der Aussicht auf Rückkehr in den Beruf, allerdings nur, wenn die Betroffenen alkoholkrank sind. Bei Abhängigkeit von illegalen Drogen besteht auch nach dem Entzug eine hohe Rückfallquote.

Fowlie (1999) fordert, dass schon in der Ausbildungszeit Substanzabhängigkeit thematisiert werden sollte. Schon angehende Ärzte sollten auf die Gefahren hingewiesen werden und die Anzeichen des Substanzmissbrauchs an eventuell betroffenen Kollegen erkennen können. Dies sollte fester Bestandteil des Humanmedizinstudiums sein. Weiterhin ist er der Meinung, dass Hilfsprogramme und Unterstützung nicht ausreichen zur Verfügung stehen.

Benzer & Miller (1995) sehen einen entscheidenden ersten Schritt in der Erkennung des Suchtproblems. Erst dann könnten Institutionen wie Kliniken oder spezielle Programme zum Einsatz kommen. Trotzdem müsse der Entzug nicht immer stationär stattfinden, so die Autoren. Es sei durchaus möglich, den Arzt weiter praktizieren zu lassen und ihn regelmäßig ambulant einzubestellen.

Die American Medical Association hat spezielle Programme entwickelt, um den „impaired physician“ zu identifizieren, ihn zu behandeln und nach dem Entzug zu rehabilitieren. Über die letzten 20 Jahre entstanden solche Programme und Institutionen in den gesamten USA. So unter anderem durch die Kentucky Medical Association und die staatlichen Behörden ein Komitee, das ausschließlich von ehrenamtlichen Mitarbeitern geführt wird. Ebenso in Oregon, New York, Maryland und Minnesota (Blondell, 1993).

Reimer & Brown (1995) stärkten in diesem Zusammenhang den Begriff der Psychohygiene. Diese resultiert aus einem sich immer wieder neu formierenden Prozess der Selbstexploration und der Selbstwahrnehmung bei gleichzeitiger Beachtung von Signalen der inneren Welt, der Analyse momentaner beruflicher und privater Lebensrealitäten und deren Wirkung auf die jeweilige Person. Diese Psychohygiene sollte zur gesunden Lebensführung eines jeden Arztes gehören; die Realität zeigt allerdings, dass viele Ärzte diese Patientenempfehlungen bei sich selbst ignorieren.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Aufgrund der vorliegenden Literatur liegt die Vermutung nahe, dass Unterschiede zwischen Zahn- und Humanmediziner existieren. Allein das Arbeitsumfeld variiert in besonderem Maße, ebenso die Arbeitsbedingungen. Es sind gerade die Zahnärzte, die in den letzten Jahrzehnten stark von der Gesundheitspolitik beeinflusst und eingeschränkt wurden. Sie stehen mittlerweile vor dem Problem, den Patienten so gut wie möglich versorgen zu wollen, die Kosten dafür aber möglichst gering halten zu müssen, da die Krankenkassen nicht mehr jede Leistung übernehmen. Ein Interessenskonflikt, unter dem immer mehr Niedergelassene leiden und den viele Zahnärzte nicht mehr verantworten können. Der Zahnarzt ist in hohem Maße von der Wirtschaftlichkeit der Praxis abhängig, um die Schulden zu tilgen, die durch die Anschaffung teurer Materialien und Geräte entstehen. Entspannung wird in der wenigen Freizeit fast unmöglich, zumal die psychischen Belastungen aufgrund enormer finanzieller Sorgen und großer Verantwortung zunehmen und den Arzt auch außerhalb des Arbeitsbereiches belasten. Die Folgen sind Schlafstörungen, Nervosität und Dauererschöpfung, die auch die Lebensqualität negativ beeinflussen.

Da es bis zum jetzigen Zeitpunkt keinen derartigen Vergleich zwischen Zahn- und Humanmediziner gibt, ist es sehr schwierig, konkrete Hypothesen zu formulieren. Es sollen daher an dieser Stelle nur Fragestellungen bzw. Vermutungen formuliert werden.

3.1 Allgemeine Fragestellungen

Beide Berufe sind für die Gesunderhaltung und für die Heilung ihrer Patienten verantwortlich und tragen somit maßgeblich zur Verbesserung der Lebensqualität dieser Individuen bei. Dabei kommen folgende Fragen auf:

- Wie steht es um die Lebensqualität der Zahnärzte/Ärzte?
- Welche Unterschiede bestehen zwischen den beiden Berufen?
- Unterscheiden sich die Berufe mehr in ihrer Arbeits- oder in ihrer Lebenszufriedenheit?
- In welchen Variablen unterscheiden sich die Berufe am meisten?

3.2 Arbeitszufriedenheit

In den vorangegangenen Seiten wurde bereits ausführlich auf die bestehenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Berufe hingewiesen. In diesem Zusammenhang wirkten sich bei Zahnärzten (Katz, 1987) und Ärzten (Reimer & Jurkat, 1996; Linn et al., 1985) die Arbeitszeit und das Einkommen entscheidend auf den Bereich der Arbeitszufriedenheit aus. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass die Arbeitszufriedenheit bei Ärzten (Reimer & Jurkat, 1997) sehr niedrig ist. Freeman (1999) zeigte, dass schwierige Verhältnisse zu Patienten im Zahnarzt Stress auslösen und sich somit auf die Arbeitszufriedenheit auswirken können. Studien, die nur die Arbeitszufriedenheit der Zahnärzte in den Vordergrund stellten, existieren nicht. Daher lassen sich für diesen Bereich nur Fragestellungen und Vermutungen aufstellen:

- Fühlen sich beide medizinischen Berufe durch den *Arbeitsanfall* überlastet?
- **Hypothese 1 (Vermutung):** Zahnärzte arbeiten weniger als Humanmediziner.
- **Hypothese 2 (Vermutung):** Zahnmediziner fühlen sich durch den Arbeitsanfall weniger überlastet als die Humanmediziner.
- **Hypothese 3 (Vermutung):** Die beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich nicht signifikant im Hinblick auf ihre Einkommenszufriedenheit.
- Welche Faktoren missfallen den Mediziner besonders an der Arbeit?
- Gibt es bezüglich der negativen Einflüsse Unterschiede bei beiden Berufen?
- **Hypothese 4 (Vermutung):** Durch die aktuelle Diskussion in den Medien wird vermutet, dass beiden Berufen die verschärften Reglementierungen und Einschränkungen im Gesundheitswesen missfallen.
- **Hypothese 5 (Vermutung):** Generell wird vermutet, dass beide medizinischen Berufe mit ihrer momentanen Arbeitssituation extrem unzufrieden sind.

Bezüglich der *Arbeitssituation* sind die Unterschiede in der angeführten Literatur eindeutiger herausgearbeitet worden. So wurde der Zahnarztberuf als stressreicher beschrieben, da er täglich feinste, akribische Arbeit in einem eingeschränkten Arbeitsplatz verlangt und zudem körperlich und geistig anstrengender ist (Litchfield, 1989). Der Zahnarzt ist außerdem stärker als der Humanmediziner von der Zufriedenheit seiner Patienten abhängig. Eine zusätzliche Belastung sind die Isolation des Zahnarztes in der Einzelpraxis und der mangelnde Kontakt zu Kollegen, welches oft zur Vereinsamung führt (Peterson, 1987).

- Gibt es objektivierbare Unterschiede in der Arbeitssituation?
- Welcher Beruf zeigt sich bei vorhandenen Unterschieden zufriedener?

In der veröffentlichten Literatur wird häufig vom *Zeitdruck* als Belastungsquelle im Arzt- und Zahnarztberuf hingewiesen (Rottenfuß, 1999; Lewis, 1993b; Sheiham, 2001):

- Existiert gleicher Zeitdruck in beiden medizinischen Berufen?
- Wann kommt vermehrt Zeitdruck auf?
- Wie macht sich dieser in beiden Gruppen bemerkbar?

Da in den aufgeführten wissenschaftlichen Veröffentlichungen eher auf die Nachteile als auf die Vorteile der Berufe eingegangen wird, wäre es auch interessant zu hinterfragen, welche Faktoren positiv am eigenen Beruf empfunden werden und wie sich *Arbeitszufriedenheit* subjektiv auf die Befragten auswirkt.

- Gibt es Faktoren, die den Medizinern an ihren Berufen gefallen?
- Wenn ja, welche Faktoren tragen zum Gefallen bei?
- Gibt es bei den Berufen unterschiedliche Aspekte, die positiv gesehen werden?
- Gibt es körperliche Auswirkungen der Arbeitsunzufriedenheit?
- Wenn ja, wie sehen diese aus?

3.3 Lebenszufriedenheit

Welche Berufsgruppe verfügt insgesamt über eine bessere Lebenszufriedenheit? Welche Unterschiede zwischen Zahn- und Humanmedizinern bestehen auf diesem Gebiet? Inwiefern beeinflussen sich Arbeits- und Lebensqualität generell und in Bezug auf die beiden Berufe? Ein Anhaltspunkt, dass sich Arbeits- und Lebensqualität gegenseitig beeinflussen könnten, lieferte Litchfield (1989) indem er darauf hinwies, dass der Zahnarzt nicht dieselbe gesellschaftliche Anerkennung genieße, wie der Humanmediziner und sich dadurch minderwertiger fühle. Das schlechte Image in der Öffentlichkeit führe dazu, dass der Zahnarzt seinen Beruf in der Gesellschaft verleugne. Zudem führe die Arbeitsweise des Zahnarztes oft zu krankhaftem Perfektionismus, unter dem die Praxisangestellten aber auch die Familie leiden würden. Weiterhin kann sich die schlechte finanzielle Situation einer zahnärztlichen Solopraxis und deren Isolation negativ auf das Privatleben auswirken und sogar das Risiko einer Substanzabhängigkeit erhöhen (O'Connor Gallacher, 1993). Die gegenseitige Beeinflussung dieser beiden Bereiche wurden von Lewis et al. (1993a) bereits in umgekehrter Richtung beschrieben, als er betonte, dass sich eine glückliche und zufriedene Ehe positiv auf die Arbeit auswirke und es zu höherer Arbeitszufriedenheit und weniger Arbeitsstress kommen würde.

- **Hypothese 6 (Vermutung):** Die Lebenszufriedenheit wird bei beiden Berufen durch die vorausgesetzte geringe Arbeitszufriedenheit negativ beeinflusst.
- Fühlen sich die Mediziner generell wohl in ihrem Privatleben? Wie stellen sich die Unterschiede dar?
- Was möchten die Mediziner an ihrem Privatleben ändern, um sich wohler zu fühlen? Welche Unterschiede existieren?

3.4 Gesundheit

Aufgrund der in beiden Berufen herrschenden physischen und psychischen Belastungen (s. Kapitel *Stressoren und Substanzmissbrauch im Zahnarztberuf, Zahnärztliches Berufsrisiko, Das Zahnarzt-Patientenverhältnis, Burnout, Suizid bei Zahnärzten und Ärzten* sowie *Stressoren und Substanzmissbrauch bei Humanmediziner*) ist die körperliche und geistige Gesundheit von Mediziner*innen oft eingeschränkt. Zudem mangelt es oft an ausreichend Freizeit und an Zeit für soziale Kontakte, die zu Entspannungszwecken genutzt werden sollte.

- **Hypothese 7 (Vermutung):** Beide Berufe fühlen sich gleich stark in ihrer Gesundheit beeinträchtigt.
- **Hypothese 8 (Vermutung):** Die Gesundheit wird bei beiden Berufen durch die geringe Arbeitszufriedenheit und durch die Belastungen im Berufsleben negativ beeinflusst.

4 Methodik

4.1 Untersuchungsgruppen

Zur Untersuchung der Lebensumstände von berufstätigen Zahn- und Humanmedizinern wurden niedergelassene Ärzte beider Bereiche angeschrieben.

Insgesamt wurden 124 „*Fragebögen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten*“ (Jurkat & Reimer, 2003) an zufällig ausgewählte Niedergelassene im Wetterau- und Vogelsbergkreis verschickt sowie 253 „*Fragebögen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten*“ (Reimer & Jurkat, 2003).

Bei der Gruppe der Zahnmediziner handelte es sich ausschließlich um praktizierende Zahnärzte; Oralchirurgen und Kieferorthopäden wurden nicht angeschrieben. Bei den Humanmedizinern wurden unterschiedliche Fachrichtungen mit einbezogen. Um möglichst repräsentative Daten zu erhalten, wurden die Adressen nach dem Zufallsprinzip aus dem aktuellen Branchenverzeichnis ausgewählt. Beigelegt waren je ein persönliches Anschreiben, der Fragebogen des *SF-36* (Bullinger & Kirchberger, 1998) sowie ein frankierter Rückumschlag.

Die Untersuchungsgruppen wurden alle möglichst nah am Einzugsgebiet der Universitätsstadt Giessen rekrutiert, wobei beachtet werden musste, dass niedergelassene Giessener Humanmediziner bereits im Rahmen einer früheren Studie aus dem Jahre 1996 mit dem gleichen Instrument befragt worden waren. Um eine erneute Befragung derselben Ärzte und dadurch eine Beeinflussungen der Rücklaufquote und Ergebnisse zu vermeiden, wurden Humanmediziner aus den umliegenden Städten wie Limburg, Siegen, Fulda und Bad Hersfeld sowie aus deren näheren Umgebung einbezogen.

Bei der Auswahl der Städte wurde im Hinblick auf ihre Größe und ihre gesellschaftliche Situation auf die Vergleichbarkeit mit der Stadt Giessen geachtet.

4.2 Untersuchungsverfahren

4.2.1 Fragebogen zur „*Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten*“ bzw. Fragebogen zur „*Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten*“

Als Hauptuntersuchungsinstrumente wurde der speziell entwickelte umfangreiche Fragebogen zur „*Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten*“ (Jurkat & Reimer, 2003) sowie der

Fragebogen zur „*Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten*“ (Reimer & Jurkat, 2003) in der Vollversion 2003 eingesetzt. Diese Fragebögen bestehen aus offenen und geschlossenen Fragen und umfassen folgende Themenbereiche: *Arbeitszufriedenheit/ -unzufriedenheit, Berufswahl, Lebenszufriedenheit/ -unzufriedenheit* und *Gesundheit*.

Die Items des Themenbereichs *Arbeitszufriedenheit* erfragen unter anderem die Arbeitszeiten, die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation, berufliche Zukunftsängste und die Einkommenszufriedenheit. Die offenen Items befragen beispielsweise, was den Probanden an seiner Arbeitstätigkeit besonders gefällt und missfällt, ob Veränderungswünsche bestehen und wenn ja, wie diese aussehen. Zudem wurde gefragt, wie der Proband mit Spannungen umgeht, die aus der Arbeit resultieren.

Der folgende Abschnitt stellt Fragen zur *Berufswahl* und fragt gezielt danach, ob der Proband seinen Beruf erneut ergreifen würde und welche Gründe für die Berufswahl ausschlaggebend gewesen sind.

Im Abschnitt der *Lebenszufriedenheit* werden Fragen zur generellen Lebenszufriedenheit gestellt. Dies beinhaltet Fragen zur Partnerschaft, Familie, Privatleben sowie zum Freundeskreis, Freizeitverhalten und Freizeitgestaltung.

Der vierte Themenkomplex bezieht sich auf die *Gesundheit*. Hier werden Fragen zum Konsumverhalten von Genussmitteln gestellt wie beispielsweise Alkohol, Koffein und Nikotin/Tabak. Zudem wird nach der sportlichen Betätigung in der Freizeit gefragt. Anschließend werden die Probanden gefragt, wie sich ihr individueller Lebensstil auf ihre Gesundheit auswirkt und wie sie, in Anlehnung an die WHO-Definition zu Beginn des Fragebogens, ihr eigenes Wohlbefinden einstufen.

Schließlich besteht die Möglichkeit zu einer kommentierenden Stellungnahme.

Um genaue Angaben und repräsentative Daten über Zahnärzte zu erhalten, wurde von der Autorin unter der Leitung von Dr. Jurkat der spezielle *Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* entwickelt. Dieser Fragebogen beruht auf dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat, 2000), dem so genannten Urfragebogen, und wurde speziell der Situation der Zahnärzte angepasst.

Der *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat, 2000) wurde aktualisiert und geringfügig verändert, so dass die Humanmediziner mit dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* in der Vollversion (Reimer & Jurkat, 2003) untersucht wurden.

4.3 Veränderungen vom Urfragebogen (Reimer & Jurkat, 2000) zur Vollversion des Zahnärztefragebogens (Jurkat & Reimer, 2003)

4.3.1 Generelle Änderungen:

1. Generell wurde der Titel des Fragebogens geändert in:
„Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten“.
2. Die Bezeichnung „Arzt/ Ärztin“ wurde geändert in „Zahnarzt/ Zahnärztin“, zudem wurde der Ausdruck „Medizin“ durch „Zahnmedizin“ ersetzt.

4.3.2 Konkrete Änderungen:

3. Seite 3.: „Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?“
Hier wurde im Zahnärztebogen die Silbe „-un-“ fett gedruckt;
4. Seite 3.: Wie gehen Sie mit Anspannungen, die aus der Arbeit resultieren, i.a. um?
Ergänzt wurde unter 4.: „durch Alkoholgenuss“.
5. Seite 4.: Im Zahnärztebogen wurden die Antwortmöglichkeiten „Wenn nein, warum nicht?“ und „Wenn unsicher, warum?“ in ihrer Reihenfolge verändert.
6. Seite 4.: Ebenso wurden die Antwortmöglichkeiten „ja“, „nein“ und „bedingt“ im Zahnärztebogen in ihrer Reihenfolge verändert, ebenso die dazugehörigen offenen Fragen, die sich anschließen.
7. Seite 8: Finden Sie während der Woche Zeit für Gespräche miteinander?
Antwortoptionen umgestellt (ja – gelegentlich – nein).
8. Seite 8: Haben Sie Schlafstörungen?
Antwortoptionen umgestellt (ja - gelegentlich - nein).
9. Seite 10.: Bei der Frage nach dem Alkoholkonsum wurde im Zahnärztebogen zusätzlich die Möglichkeit der Mengenangabe gegeben.
10. Seite 12.: Bei den demographischen Daten wurde folgendes im Zahnärztebogen verändert:
 - „4. Berufstätigkeit/ Ausbildung“ steht nun durch einen Querbalken getrennt in einer Zeile. Im Urfragebogen standen die beiden Begriffe untereinander mit Doppelpunkt.
 - Außerdem wurden die Daten unter „4.“ auf den Beruf des Zahnarztes angepasst

4.4 Veränderungen vom Urfragebogen (Reimer & Jurkat, 2000) zur Vollversion des Ärztefragebogens (Reimer & Jurkat 2003)

4.4.1 Konkrete Änderungen

1. Seite 3: Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?
 - Die Silbe „un“ wurde fett hervorgehoben.
2. Seite 3: Wie gehen Sie mit Anspannungen, die aus der Arbeit resultieren, i.a. um?
 - Ergänzt wurde unter 4.: „durch Alkoholgenuss“.
3. Seite 4: Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?
 - Antwortoptionen umgestellt (ja – unsicher – nein).
 - Ebenso wurde die Abfolge der offenen Fragen geändert.
4. Seite 4: Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen?
 - Antwortoptionen umgestellt (ja - nur bedingt – nein).
 - Ebenso wurde die Abfolge der offenen Fragen geändert.
5. Seite 8: Finden Sie während der Woche Zeit für Gespräche miteinander?
 - Antwortoptionen umgestellt (ja – gelegentlich – nein).
6. Seite 8: Haben Sie Schlafstörungen?
 - Antwortoptionen umgestellt (ja - gelegentlich - nein).
7. Seite 10: Trinken Sie Alkohol?
 - Differenziertere Antwortmöglichkeit (Häufigkeit: häufig – überhaupt nicht und Menge: viel – wenig).
8. Seite 12: Bei den demographischen Daten wurden die Begriffe „Berufstätigkeit“ und „Ausbildung“ in eine gemeinsame Zeile gesetzt und durch einen Schrägstrich getrennt: „Berufstätigkeit/Ausbildung“.
9. Seite 12: Die „Anstellung“ betreffend wurde
 - Statt ganz- bzw. halbtags: Vollzeit, Teilzeit, Selbstständig, Unbefristet, Befristet vorgeben.
 - „mehrere Antworten möglich“ wurde ergänzt.

4.5 Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Die deutsche Fassung des *SF-36* Fragebogens zum Gesundheitszustand (Bullinger & Kirchberger, 1998) diente als ergänzendes Untersuchungsinstrument, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen. Der ursprünglich in Boston innerhalb der Medical Outcome Study (MOS) entwickelte Fragebogen ist ein bewährtes Messinstrument und interkulturell validiert. Er wird inzwischen weltweit für eine Vielzahl von Fragestellungen sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht eingesetzt (Ware et al. 1993). Er ist standardisiert und wurde in über 40 Sprachen übersetzt, wobei erst aus 15 Ländern Normdaten vorliegen (Hardt, Buchwald, Wilks, Sharpe, Nix & Eagle, 2001).

Da er relativ schnell bearbeitet werden kann und das Ausfüllen nur etwa 10 Minuten dauert, gilt er neben seiner Validität und Reliabilität als ausgesprochen ökonomisches Messinstrument.

4.5.1 Inhalte des SF-36

Der *SF-36* besteht aus 36 Items, die acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit repräsentieren. Die acht Skalen bestehen aus jeweils zwei bis zehn Items sowie einem Einzel-Item, das die Veränderung der Gesundheit betrifft und kein Bestandteil der anderen acht Skalen ist. Die acht Skalen lassen sich in die Bereiche „körperliche Gesundheit“ und „psychische Gesundheit“ einordnen. Dabei repräsentieren die Dimensionen körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen und allgemeine Gesundheitswahrnehmung die physische Gesundheit. Die psychische Gesundheit wird von den Dimensionen Validität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden verkörpert (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000).

4.5.2 Auswertung des SF-36

Die Auswertung ergibt ein Profil der acht Skalen, wobei die Dimensionen zu zwei Summenscores zusammengefasst werden. Der *SF-36*-Gesundheitsfragebogen kann von Befragten ab dem 14. Lebensjahr entweder selbst ausgefüllt werden oder über ein direktes Interview beispielsweise auch per Telefon erfragt werden.

4.6 Untersuchungsgang

Im Sommer 2003 wurde die Untersuchung von nichtsubstanzabhängigen niedergelassenen Zahnärzten sowie von nichtsubstanzabhängigen niedergelassenen Humanmedizinerinnen durchgeführt.

Der Zeitpunkt des Verschickens wurde genau bestimmt, um die Schulferien zu umgehen und eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen. Zudem wurde ein spezielles Anschreiben erstellt, das Zahnärzte und Humanmediziner besonders motivieren sollte, um den Fragebogen ausgefüllt zurück zu schicken. Zudem wurde in dem Anschreiben betont, dass Anonymität sowie vertrauliches Behandeln der Daten zu jeder Zeit gewährleistet sind.

Beigelegt wurden:

- Spezielles und individuelles Anschreiben, von Dr. Jurkat persönlich unterschrieben
- „*Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten*“ Vollversion (Jurkat & Reimer, 2003) beziehungsweise „*Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten*“ Vollversion (Reimer & Jurkat, 2003)
- *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Bullinger & Kirchberger, 1998)
- Freifrankierter Rückumschlag mit bereits eingetragener Adresse des Instituts

Unabhängig davon, ob der Fragebogen bereits im Institut eingetroffen war, erhielt jeder niedergelassene Zahnarzt und Humanmediziner nach 14 Tagen ein Erinnerungsschreiben.

Die zurückgesandten und ausgefüllten Fragebögen wurden geöffnet und in der Reihenfolge ihres Einganges im Institut registriert und fortlaufend nummeriert. Von jedem Exemplar wurde eine Erstkopie erstellt, die zur Bearbeitung und Auswertung freigegeben wurde, aber zur Wahrung der Anonymität im Institut verweilen musste. Die Originale wurden in einem Safe gesichert aufbewahrt.

Den Probanden wurde letztlich bis Ende September 2003 Zeit gegeben, die Fragebögen ausgefüllt zurückzusenden. Danach wurde aus organisatorischen Gründen die Annahme verweigert, und die verspäteten Fragebögen wurden nicht mehr in das Auswertungsverfahren aufgenommen.

4.7 Auswertungsverfahren

Das umfassende qualitative Datenmaterial wurde komplett transkribiert und von zwei unabhängigen Ratern mit einer Interkoder-Reliabilität von durchweg über 90% kategorisiert und anschließend ausgewertet. Dazu wurde ein Kategorienplan verwendet, der unter der

Anleitung von Dr. Jurkat speziell für diesen Zweck entwickelt worden war (Jurkat, 2000). Es wurde davon ausgegangen, dass die Daten nicht normal verteilt sind, so dass überwiegend non-parametrische statistische Verfahren verwandt wurden.

Zur Analyse korrelativer Zusammenhänge wurden die Daten in die aktuelle Version von SPSS (11.0) überführt. Bei der Auswertung sind zunächst deskriptiv alle Häufigkeiten berechnet worden, um einen Überblick des Antwortverhaltens der Untersuchungsgruppen zu erhalten. Der Mann-Whitney-U Test wurde zum Vergleich der Unterschiede zwischen den beiden unabhängigen Stichproben der niedergelassenen Zahnärzte und Humanmediziner eingesetzt. Er ermittelt signifikante Abweichungen der mittleren Rangplätze und ist für die nicht-parametrische Verteilung, die mindestens Ordinalskalenniveau aufweist, geeignet.

Theoretisch werden dabei die Messwerte aus beiden Stichproben zunächst der Größe nach geordnet, wobei darauf geachtet werden muss, dass die „Identität“ eines Messwertes, d.h. seine Gruppenzugehörigkeit, erhalten bleibt. Die Transformation der Ränge wird aber vom System automatisch durchgeführt. Anschließend wird ausgezählt, wie häufig Werte von der Gruppe 2 vor Werten der Gruppe 1 stehen. Die daraus entstehende Gesamthäufigkeit wird mit U bezeichnet und stellt den Prüfwert des Mann-Whitney-U Testes dar. Bei einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ werden die Unterschiede zwischen den beiden Prüfgruppen bei P-Werten von $p \leq .05$ als signifikant gewertet, $p \leq .01$ als sehr signifikant und $p \leq .001$ als hochsignifikant.

Zur Analyse von Zusammenhängen zwischen den einzelnen Variablen wurden bivariate Korrelationen berechnet. Dazu wurde der Korrelationskoeffizient *Spearman's Rho* herangezogen, der bei der Korrelation zweier Ordinalskalen seine Anwendung findet.

Bei den offenen Fragen wurde nach dem Kategorisieren die Häufigkeit ermittelt, wie oft die Kategorien bei Ausfüllen durch die Zahnärzte bzw. Humanmediziner bei jeder Frage genannt wurden. Da beim Ausfüllen Mehrfachnennungen möglich waren, kann die prozentuale Häufigkeit den Wert 100% übersteigen. Hat ein Proband zu einer Frage mehrere Antworten gegeben, die der gleichen Kategorie zugeordnet werden konnten, wurde die Kategorie nur einmal gewertet.

Die quantitativen Daten der geschlossenen Fragen wurden mit einem speziell für die Fragebögen entwickelten Kodierplan (Jurkat, 2000) ausgewertet. Die Kodierung erfolgte durch dieselben Rater, die auch für die qualitativen Daten verantwortlich waren, mit einer Interkoder-Reliabilität von ebenfalls über 90%.

4.8 Rücklaufquote

4.8.1 Zahnmediziner

Der *Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* wurde insgesamt an 124 niedergelassene Zahnärzte im hessischen Raum versandt. Es ging jeder zurückgesandte und ausgefüllte Fragebogen in die Bewertung ein, der innerhalb der Rücksendefrist eingegangen war. Die Zahl der gültigen rückläufigen Fragebögen beträgt 51, somit ergibt sich für die Zahnärzte eine Rücklaufquote von 41,11%.

4.8.2 Humanmediziner

Der *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* wurde insgesamt an 253 niedergelassene Humanmediziner im hessischen Raum versandt. Ebenfalls ging jeder zurückgesandte und ausgefüllte Fragebogen innerhalb der Rücksendefrist in die Bewertung ein. Somit beläuft sich die Zahl der gültigen Rücksendungen auf 77 Fragebögen, welches eine Rücklaufquote von 30,4% ergibt.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

	N	Mittelwert	Standardabweichung
Zahnärzte			
Alter	50	47,1 J.	8,212
Wie viele Stunden in der Woche arbeiten sie?			
Anzahl	51	45,6 Std.	10,268
Männer	37 = 72,5%		
Frauen	14 = 27,5%		
Humanmediziner			
Alter	76	51,3 J.	8,279
Wie viele Stunden in der Woche arbeite sie?			
Anzahl	76	57,9 Std.	11,645
Männer	60 = 77,9%		
Frauen	17 = 22,1%		

In Bezug auf die bereits beschriebene Rücklaufquote für die Untersuchungsgruppen ergibt sich die oben aufgeführte Stichprobenzusammensetzung (s. Tab.1.). Besonderer Beachtung gilt hier den unterschiedlichen Arbeitszeiten sowie der unterschiedlichen Geschlechterzusammensetzung innerhalb der beiden Gruppen.

5 Ergebnisse

Zu den jeweiligen Inhalten des *Fragebogens zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* (Jurkat & Reimer, 2003) und des *Fragebogens zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat, 2003)

- *Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit,*
- *Berufswahl,*
- *Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit,*
- *Gesundheit,*

werden nun die wichtigsten Ergebnisse für die jeweiligen Stichproben dargestellt. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die *Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit* einen großen Teil der Auswertung einnimmt. Um einen Einblick in die offenen Fragen der eben genannten Fragebögen zu gewähren, werden in den behandelten Themenbereichen repräsentative Zitate beider Berufe angeführt.

5.1 Tab. 2: Mittelwerte beider Berufe zur Übersicht:

	Zahnmediziner	Humanmediziner
Gesamtzahl	N= 51	N= 77
Alter	47 J.	51 J.
Arbeitsstunden / Woche	46 St.	58 St.
davon Organisatorisches	9,4 St.	11,3 St.
davon direkter Patientenkontakt	34 St.	42 St.
verheiratet	69%	78%
in fester Partnerschaft lebend	37%	30%
geschieden	16%	7%
Kinder vorhanden	61%	77%
Wie viele Kinder	1,5 Kinder	2,1 Kinder
Geschlechtsverkehr/Monat	6,1 Mal	4,4 Mal
Schlaf / Nacht	7,8 St.	6,8 St.
Zeit für Erholung/ Woche (ohne Schlaf)	18,6 St.	17,9 St.
Wie viel Sport /Woche	4,6 St.	3,4 St.
Wie viele engere Freunde	5,2 Freunde	4,5 Freunde
Raucher	23,50%	14,30%

Die Tabelle beinhaltet Items, in denen es zu signifikanten bzw. hochsignifikanten Unterschieden kam. Sie soll der Übersicht dienen und einen ersten Eindruck der Ergebnisse geben. Zudem wird sich auf sie in der folgenden Darstellung der Ergebnisse bezogen.

5.2 Tab. 3: P- Werte des Mann-Whitney-U Tests Zahnmediziner vs. Humanmediziner (nur Signifikanzen):

	P - Wert
Alter	0,012
Zeit auf Tagungen	0,012
Zufriedenheit mit der jetzigen Arbeitssituation	0,029
Spannungsabbau durch zynische Bemerkungen	0,016
Haben auch andere Familienangehörige Medizin studiert	0,018
Wann entstand ihr Entschluss fest, Medizin zu studieren	0,018
Geschlechtsverkehr	0,018
Wie viel Zeit für Sport pro Woche	0,031
Wie viele engere Freunde	0,034
Fühlen Sie sich wohl in ihrem Privatleben	0,033
Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche	0
Wie viele Stunden haben Sie direkten Patientenkontakt	0
Würden Sie wenn möglich Teilzeit arbeiten	0,005
Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet	0
Fühlen Sie sich unter Zeitdruck	0,007
Wann haben Sie erstmals daran gedacht, Medizin zu studieren	0,002
Haben Sie Kinder, wenn ja wie viele	0,006
(GV) Sind Sie mit den Ausmaß zufrieden	0,006
Anzahl der Berufsjahre	0,004

Die Tabelle 3 zeigt, dass die Variable *Arbeitszeit* beide Gruppen stark voneinander trennt. Anhand der Tabelle 2 kann man erkennen, dass die Variable zugunsten der Zahnmediziner ausfällt, da diese nur etwa 46 Std. pro Woche arbeiten, die Humanmediziner jedoch 58 Std. pro Woche. Eine weitere Variable, die beide Gruppen stark voneinander unterscheidet, ist der *direkte Patientenkontakt* (P-Wert < 0,001). Tabelle 2 zeigt auch hier eine positive Tendenz, die zugunsten der Zahnärzte ausfällt, da sie etwa 34 Std. pro Woche angeben, während Humanmediziner 42 Std. pro Woche direkten Patientenkontakt haben.

Anhand der beiden Variablen *Arbeitszeit* und *Patientenkontakt* kann nun bei der Variable *Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet* (P-Wert < 0,001) gemutmaßt werden, dass

auch dieser zu Gunsten der Zahnärzte ausfällt, da sie weniger arbeiten und weniger Patientenkontakt haben.

Die Tabelle 2 zeigt viele Items auf, die fast ausschließlich zum Vorteil der Zahnärzte ausfallen. So haben Zahnärzte über eine Stunde pro Woche mehr Zeit zur Erholung (18,6 Std. vs. 17,9 Std.), haben pro Nacht eine Stunde mehr Schlaf (7,8 Std. vs. 6,8 Std.) und treiben pro Woche mehr Sport (4,6 Std. vs. 3,4 Std.). Zudem leben Zahnärzte häufiger in einer festen Partnerschaft (37% vs. 30%), sind aber im Gegensatz zu Humanmediziner häufiger geschieden (16% vs. 7%) und weniger oft verheiratet (69% vs. 78%). Zudem haben sie im Durchschnitt weniger Kinder (1,5 Kinder vs. 2,1 Kinder), aber öfter Geschlechtsverkehr im Monat (6,1 Mal vs. 4,4 Mal). Interessanterweise befinden sich mehr Raucher unter den Zahnärzten als unter den Humanmediziner (23,5% vs. 14,3%).

5.3 Auswertungen zur Arbeitszufriedenheit

5.3.1 Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?

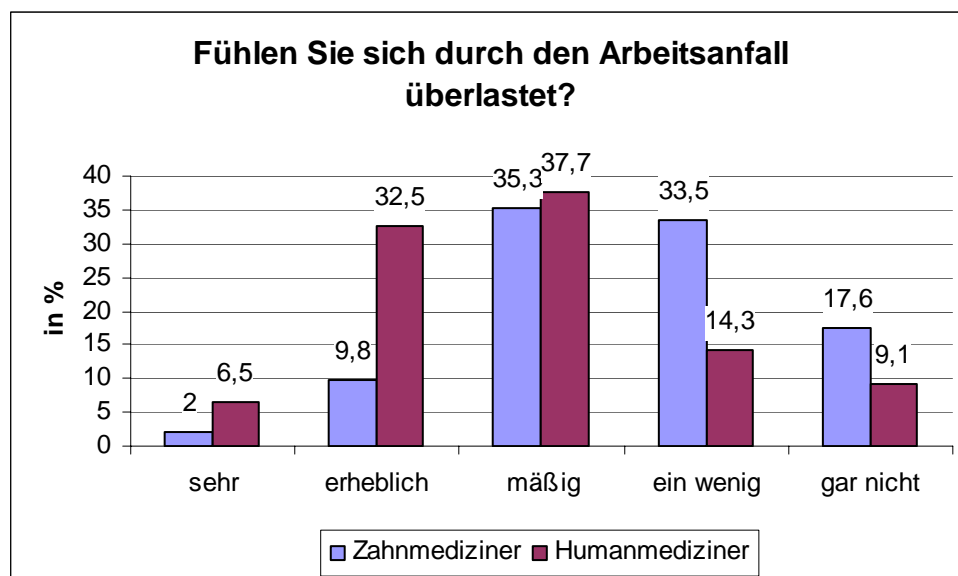


Abb. 1. Quantitative Auswertung

Diese Fragestellung zeigt deutliche Unterschiede zwischen Zahn- und Humanmediziner auf und fällt eindeutig zugunsten der Zahnmediziner aus. Zieht man die Prozente aus den Bewertungen *sehr* und *erheblich* zusammen, so ergibt sich ein Unterschied zwischen den Fachbereichen von 27,2%. Ähnlich sieht es aus, wenn man die Kategorien *ein wenig* und *gar nicht* vereint: Die Zahnmediziner antworten mit 51,1% überaus positiv, während die Humanmediziner dies nur zu 23,4% tun.

Im Mittelfeld liegen die Ergebnisse allerdings fast konstant mit 35,3% bei den Zahnmedizinern und 37,7% bei den Humanmedizinern.

Dieses Ergebnis geht mit dem Mann – Whitney - U Test einher, der eine Hochsignifikanz (p -Wert $< 0,001$) errechnet hat (Vergleich Tab.3.).

Die angeführte Tabelle 4 gibt die Korrelationen zwischen der Arbeitsüberlastung und den folgenden Fragestellungen, bezogen auf Zahnärzte wieder.

Dabei ist interessant, dass die WHO-Definition zur Gesundheit mit der Arbeitszufriedenheit negativ korreliert. Eine Möglichkeit könnte sein, dass der, der sein Wohlbefinden eher negativ einstuft, sich durch den Arbeitsanfall hochsignifikant überlastet fühlt. Dies trifft auch auf Zahnärzte zu, die sich unter Zeitdruck fühlen und lieber Teilzeit arbeiten würden. Die Möglichkeit zur Erholung und das Ausmaß des Geschlechtsverkehrs in der Partnerschaft stehen ebenfalls in Wechselwirkung zum Faktor Arbeitsbelastung.

Nahe liegend ist, dass sich die Arbeitssituation auf die Fragestellung in hochsignifikanter Weise auswirkt. Vermutlich fühlen sich Zahnärzte, die mit ihrer jetzigen Arbeitssituation unzufrieden scheinen, gleichzeitig durch den Arbeitsanfall überlastet. Zudem zeigt Tabelle 4 einen erhöhten Kaffee- und Teekonsum, der positiv mit dem zu hohen Arbeitsanfall korreliert.

Tab.4: Spearman – Korrelation signifikanter und hochsignifikanter Variablen für Zahnärzte zum Arbeitsanfall:

WHO-Definition zur Gesundheit?	-.424**
Würden Sie wenn mögl. Teilzeit arbeiten?	.397**
Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?	.631**
Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?	-.403**
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	-.438**
Hat sich die Häufigkeit zu Beginn der Partnerschaft verändert? (GV)	.433**
Trinken Sie häufig Kaffee oder Tee?	.288*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

5.3.2 Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?

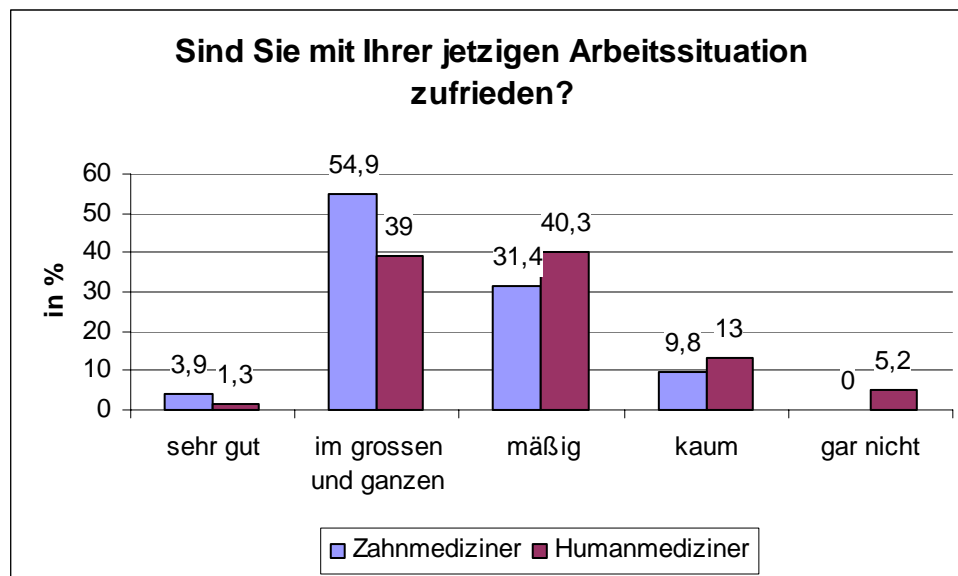


Abb. 2. Quantitative Auswertung

Auffallend ist hier, dass die beiden positiven Variablen wieder zugunsten der Zahnärzte ausfallen. Zwar wird *sehr gut* nur mit 3,9% angegeben, aber *im grossen und ganzen* erhält 54,9%.

Die Humanmediziner hingegen bestätigen dies nur mit 1,3% bzw. mit 39%. Zudem sagen 5,2% der Humanmediziner, dass sie *gar nicht* zufrieden sind, während diese Ansicht kein einziger Zahnmediziner teilt. Auch hier hat der Mann – Whitney - U Test eine Signifikanz (P-Wert: 0,029) errechnet (Vergleich Tab.3.).

Korrelationen bestehen in diesem Zusammenhang mit dem Privatleben. Tabelle 5. beschreibt Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit und den Bereichen Lebenszufriedenheit und Gesundheit. Zudem korrelieren die *Möglichkeit zur Erholung* und *ausreichend Zeit zur Erholung* positiv. Zeitdruck und Überlastung durch den Arbeitsanfall korrelieren negativ, ebenso wie der Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung.

Tab. 5: Spearman-Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zur Arbeitssituation:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?	.367**
Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?	.367**
WHO-Definition zur Gesundheit	.453**
Würden Sie wenn möglich Teilzeit arbeiten?	-.324*
Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?	-.438**

Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?	-.405**
Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?	.344*
Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden?	.355*
Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?	.445**
Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen?	.402**
Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten?	-.334*
Haben Sie ausreichend Zeit zur Erholung?	.321*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p=0.01$

5.3.3 Fühlen Sie sich unter Zeitdruck

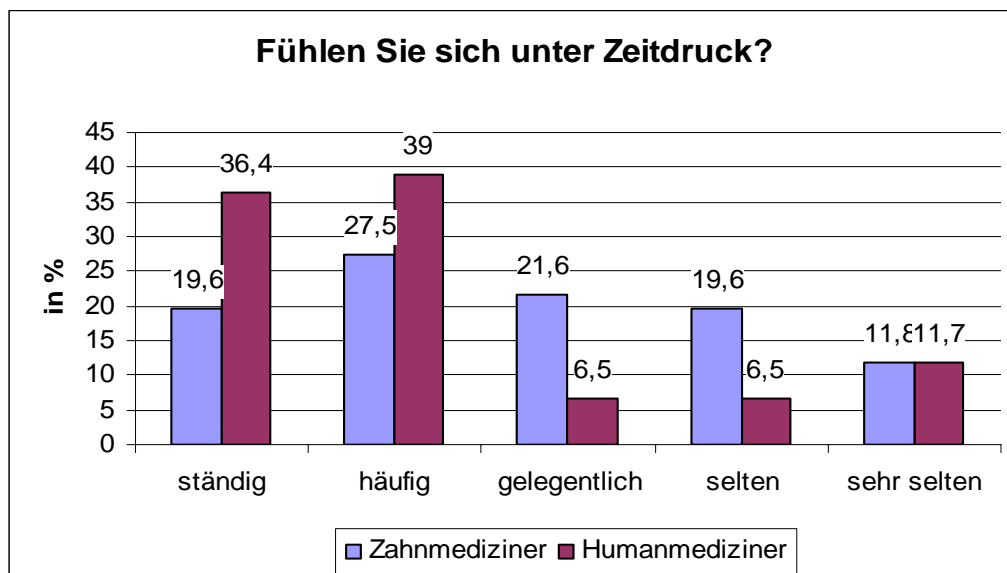


Abb. 3. Quantitative Auswertung

Hier nehmen die ersten beiden Variablen *ständig* und *häufig* bei den Humanmediziner 75% der Antworten ein, bei den Zahnmediziner nur 47,1%.

Allerdings sind die Zahnmediziner im Mittelfeld stark vertreten mit 41,2%, die Humanmediziner nur mit 13%. Die Kategorie *sehr selten* fällt bei beiden konstant aus.

Der Mann – Whitney - U Test hat für diese Fragestellung einen P-Wert von 0,007 errechnet, somit liegt auch hier eine Hochsignifikanz vor (Vergleich: Tab. 3.).

Die quantitative Frage wird durch die qualitative Frage bestätigt:

5.3.4. Fühlen Sie sich unter Zeitdruck? – Wenn ja, wann besonders?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Hohe Patientenfrequenz	1	27,5	1	24,7
K 2 Zusätzliches & Unvorhergesehenes	4	11,8	4	3,9
K 3 Termindruck	3	15,7	4	3,9
K 4 Zeitgleiches	6	3,9	5	2,6
K 5 Aufwendige Patientenversorgung	2	17,6	4	3,9
K 6 Dienste	7	2	7	0
K 7 Personalmangel	6	3,9	6	1,3
K 8 Organisatorisches	5	5,9	5	2,6
K 9 Tages- bzw. Jahreszeitabhängig	2	17,6	3	7,8
K 10 Ständig	7	2	2	11,7
K 11 Kollision von Beruflichem & Privatem	7	2	6	1,3
K 40 Sonstiges	5	5,9	6	1,3

An erster Stelle geben beide Berufsgruppen die *hohe Patientenfrequenz* an, wenn auch dieser Punkt bei den Zahnärzten überwiegt.

An zweiter Stelle steht bei den Humanmedizinerinnen das Argument *ständig* mit 11,7%.

Bei den Zahnärzten teilen sich die Kategorie *aufwendige Patientenversorgung* und *Tages- bzw. Jahreszeitabhängig* den zweiten Rang mit je 17,6%.

Erstaunlich ist, dass Zahnärzte zu 6% die Kategorie 6 *Dienste* angegeben haben, während dies kein Humanmediziner getan hat.

Zitate Zahnärzte:

m 31 - *"Stau im Wartezimmer, Jahresende, vor Wochenenden oder Feiertagen."*

m 34 - *"Papierkrieg" nach der Behandlungszeit, geht zu Lasten der Freizeit."*

m 51 - *"Wenn viele Schmerzpatienten kommen und Planungen größerer Behandlungsabläufe anderer Patienten gleichzeitig stattfinden; Ärgernisse wie z. B. ein Patient zahlt nicht, Aktien gehen in den Keller, Personalprobleme, etc. und all das am Montagmorgen!"*

Zitate Humanmediziner:

m 53 - *"Besonders bei frustrierendem Papierkrieg!"*

m 61 - *"Man schafft praktisch das Tagespensum nie, schiebt ständig Unerledigtes vor sich her. Man ist praktisch über jeden Feiertag froh, wo man Unerledigtes aufarbeiten kann."*

m 50 - *"Von morgens bis abends!"*

Tab. 6: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zum Zeitdruck:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?	-.391**
WHO-Definition zur Gesundheit	-.342
Würden Sie wenn mögl. Teilzeit arbeiten?	.378**
Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?	.631**
Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?	-.472**
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	-.405
Lassen Sie sich Ihrer Meinung nach genügend Zeit für die Partnerschaft?	-.325*
Haben Sie ausreichend Zeit zur Erholung?	-.477**
Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?	-.297*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *=p=0.05; **=p= 0.01

Die Tabelle 6 zeigt deutlich, dass alle positiven Aspekte in negativer Wechselwirkung zu der Frage nach dem Zeitdruck stehen. So scheinen sich beispielsweise all die unter Zeitdruck zu fühlen, die mit ihrem Leben generell unzufrieden sind und die gerne einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen würden. Zudem scheint sich der Zeitdruck negativ auf das gesundheitliche Wohlbefinden auszuwirken. *Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?* steht hochsignifikant in positiver Korrelation.

Eine interessante Wechselwirkung besteht ebenfalls mit der Frage, ob man sich erholen könne, wenn die Möglichkeit dazu gegeben sei, und ob der Befragte ausreichend Zeit zur Erholung habe. Die Beantwortung dieser beiden Fragen steht in hochsignifikanter negativer Gegenseitigkeit. Ähnliche Schlüsse lassen sich aus der niedrigen Arbeitszufriedenheit schließen, da auch die wahrscheinlich mit dem Gefühl des Zeitdrucks zusammenhängt. Der Faktor *Zeitdruck* schient sich somit negativ auf die Arbeits- und Lebensqualität der Zahnärzte auszuwirken.

5.3.5 Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Patienten- & Menschenkontakt	1	60,8	1	64,9
K 2 Selbstbestätigung	3	37,3	3	18,2
K 3 Selbstständigkeit	2	45,1	2	32,5
K 4 Gute Arbeitsatmosphäre	8	3,9	7	9,1
K 5 Fachspezifität	4	29,4	4	16,9
K 6 Intellektuelle Herausforderung und Kreativität	5	23,5	6	10,4
K 7 Arbeitszeit	9	2,0	11	1,3
K 8 Fort-, Weiterbildung & Lehre	10	0,0	10	2,6

K 9 Einkommen	7	5,9	8	5,2
K 10 Selbsterfahrung	10	0,0	9	3,9
K 40 Sonstiges	6	9,8	5	13,0

Beide Berufsgruppen geben an, dass der *Patienten- und Menschenkontakt* am besten an der Arbeit gefällt. An zweiter Stelle wird die *Selbständigkeit* gewürdigt.

Zahnärzte nennen zudem an dritter Stelle die *Selbstbestätigung* zu 37,3%, allerdings tun dies nur 18,2% der Humanmediziner.

Anhand der Zitate erkennt man besonders bei den Humanmedizinern auch negative Bemerkungen, welches bei den Zahnärzten in diesem Zusammenhang eher untypisch ist.

Zitate Zahnmediziner:

m 36 - *"Kontakt mit Menschen; Mischung aus Medizin, Handwerk und Psychologie; immer wieder Neues - alles ist ein Fluss."*

w 46 - *"Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit (eigentlich); Routine aber v. a. auch täglich neue Herausforderungen; medizinische Kreativität bei der Behandlung der Patienten - jeder Tag ist anders."*

w 34 - *"Der Umgang mit den Patienten; die Arbeit, die mein handwerkliches Geschick erfordert; Ergebnisse im Patientenmund zu sehen, die mich und den Patienten freuen."*

Zitate Humanmediziner:

m 49 - *"Nichts!"*

m 54 - *"Hausärztliche Betreuung der Patienten und Familien, primärer Ansprechpartner sein für fast alle Probleme der Patienten."*

m 52 - *"Kontakt zu Menschen; das Gefühl, anderen zu helfen; das Gefühl, wichtig zu sein."*

m 42 - *"Ja, was eigentlich (oder: was ist davon geblieben)?"*

5.3.6 Was missfällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Reglementierung & Bürokratie	1	54,9	1	70,1
K 2 Arbeitszeit	7	5,9	6	3,9
K 3 Zeit- & Arbeitsdruck	2	29,4	2	31,2
K 4 Schlechte Arbeitsatmosphäre	5	11,8	5	7,8
K 5 Einkommen	3	23,5	2	31,2
K 6 Schwierige Patienten	4	21,6	3	23,4
K 7 Mangelnde Patientenversorgung	6	9,8	5	7,8
K 8 mangelnde Aus-, Fort- &	9	0,0	8	0

Weiterbildung				
K 9 Routine	8	2,0	7	1,3
K 40 Sonstiges	4	21,6	4	10,4

Humanmediziner nennen *Reglementierung und Bürokratie* an erster Stelle mit 70,1%, ebenso die Zahnmediziner mit 54,9%.

Mit je 31,2% beklagen Humanmediziner *Zeit- und Arbeitsdruck* und *Einkommen*, während Zahnmediziner dies mit etwa 29,4% bzw. 23,5% bestätigen.

Diese Aussagen lassen sich durch zahlreiche Zitate belegen, die deutlich machen, wie sehr den medizinischen Berufsstand diese Faktoren belasten:

Zitate Zahnmediziner:

m 42 - *"Unsicherheit über Zukunft, keine Planungssicherheit; Negativimage (Abzocker); oft hektisch."*

m 56 - *"Zeitstress; ständig ansprechbar sein, ständig Problemlösungen ausgesetzt sein; finanzielles Missverhältnis."*

m 52 - *"Regulierungswut fachfremder, stupider Bürokraten! Gesetzes- und Verordnungsschwachsinn; die "freie" Berufsausübung ist eine Farce!"*

m 44 - *"Schlechte wirtschaftliche Situation, Arbeit wird nicht leistungsgerecht honoriert; schlechte Akzeptanz der Prophylaxe (vorbeugen ist besser als bohren); zu viel Bürokratie."*

m 51 - *"Erfolg wird vorausgesetzt - Misserfolg wird nicht verziehen; Patient ist sich seiner Eigenverantwortung nicht bewusst; Einsamkeit und ständiges Angstgefühl."*

m 55 - *"Öfter unter Zeitdruck arbeiten zu müssen; der Kampf mit den bürokratischen Widrigkeiten (Krankenkassen, Ämter usw.); die öffentliche Stimmungsmache gegen die Zahnärzte in Politik und Medien; der zunehmende ökonomische Druck."*

m 56 - *"Ständige Diskussionen mit Patienten über "Erkenntnisse" der Regenbogenpresse bzw. unseriöser Berichterstattung über den Berufsstand!"*

Zitate Humanmediziner:

m 46 - *"Der viele Schreibkram, die politische Stimmungsmache, das sinkende Einkommen."*

m 53 - *"Ständiger Papierkram und bürokratische Gängeleien; ca. 50% der Patienten kann ich so behandeln, wie ich es bei Privatpatienten täte!"*

m 57 - *"Maßregelung durch Politik mit nachfolgender Bevormundung durch unfähige, belehrungsresistente Ministerinnen!"*

m 60 - *"Das Übermaß an Bürokratie, finanzieller Druck, Unverständnis von Leistung, Verantwortung von Seiten des politischen Umfeldes (Neidkomplexe)!"*

m ? - *"Ständige Unsicherheit durch Gesundheitspolitik; Schlingerkurs; zunehmender wirtschaftlicher Druck, systematische Imagedemontage des Arztberufs durch Presse und andere Massenmedien!"*

m 42 - *"Es bedarf eines guten Kaufmannes, nicht eines guten Arztes, um eine Praxis am Leben zu erhalten; keine Zeit für den einzelnen Patienten (Fließbandarbeit), nur die Muse hält eine Praxis am Leben!"*

5.3.7 Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihrer Arbeit?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Reglementierung & Bürokratie	2	41,2	2	37,7
K 2 Finanzielle Unsicherheit	1	54,9	1	39,0
K 3 Berufliche Unsicherheit	7	3,9	8	5,2
K 4 Mangelnde Fort- & Weiterbildung	8	2,0	9	2,6
K 5 Schlechte Arbeitsatmosphäre	9	0	11	0
K 6 Hohe Arbeits-(zeit)-belastung	6	5,9	3	11,7
K 7 Versagensängste bei hoher Verantwortung	5	7,8	4	10,4
K 8 mangelnde Patientenversorgung	3	15,7	5	9,1
K 9 Eigene Krankheit	4	9,8	6	7,8
K 10 Kollision von Beruflichem & Privatem	9	0	10	1,3
K 11 Allgemeine Zukunftsängste	9	0	9	2,6
K 12 Keine	8	2,0	7	6,5
K 40 Sonstiges	5	7,8	9	2,6

Die *finanzielle Unsicherheit* liegt bei den Zahnärzten mit 54,9% an erster Stelle, bei den Humanmedizinern mit 39%. *Reglementierung und Bürokratie* liegen an zweiter Stelle mit 41,2% bei den Zahnärzten und 37,7% bei den Humanmedizinern. Diese beiden Kategorien machen den Großteil der Sorgen aus, wie auch aus den Zitaten zu entnehmen ist:

Zitate Zahnärzte:

m 42 - *"Wirtschaftliche Sorgen, kann ich die Erwartungshaltung der Patienten erfüllen? Keine Liquiditätsreserven für Investitionen oder Krankheit."*

w 44 - *"Verstaatlichung des Gesundheitswesens nimmt zu. Schere: nach heutigem Wissensstand optimale Behandlung und Honorierung durch die Krankenkasse klafft immer weiter auseinander."*

m 34 - *"Pleitegeier!!!"*

m 44 - *"Seit Jahren rückläufige Honorierung, trotzdem muss man investieren, sich fortbilden, sich engagieren und Personal bereithalten, Bürokratie wird noch mehr zunehmen."*

w 46 - *"Gute Arbeit sollte sich immer durchsetzen, hier aber regiert weniger als Mittelmaß! Gute Arbeit kann ich nicht leisten bei immer weiter abgesenkten Vergütungshonoraren bei gleichzeitigem Steigen der wirtschaftlichen Ausgaben! Dieser Spagat macht kaputt!!"*

Zitate Humanmediziner:

m 46 - *"Dass ich bald bankrott bin, dass die Anforderungen mehr und meine Leistungsfähigkeit weniger werden."*

m 52 - *"Die Massenpraxis arbeitet schon nicht mehr kostendeckend, Verdienst gibt es nur noch bei Privatpatienten."*

m 52 - *"Wie geht es weiter; ist die Praxis betriebswirtschaftlich noch länger zu halten; wäre eine Stelle, z.B. Industrie, besser??"*

m 42 - *"Gleiche Arbeit wird immer schlechter bezahlt, kann aber auch nicht durch Mehrarbeit ausgeglichen werden (was allerdings auch physisch und psychisch nicht mehr möglich wäre)!"*

5.3.8 Haben Sie im Hinblick auf Ihren Beruf Zukunftsängste? – Wenn ja, welche?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Zunahme von Reglementierung & Bürokratie	2	33,3	1	35,1
K 2 Unsichere finanzielle Zukunft	1	49,0	1	35,1
K 3 Unsichere berufliche Zukunft	4	5,9	2	10,4
K 4 Starke Überforderung	6	0,0	3	7,8
K 5 Eigene Gesundheit	3	9,8	5	3,9
K 6 Enttäuschter Idealismus	6	0,0	6	0,0
K 7 Zunehmendes Anspruchsdenken der Patienten	5	2,0	6	0,0
K 8 Status- & Prestigeverlust	6	0,0	6	0,0
K 9 Kollision von Beruf & Privatleben	6	0,0	6	0,0
K 10 Keine Zukunftsperspektive	5	2,0	4	5,2
K 40 Sonstiges	5	2,0	4	5,2

Auch hier überwiegen eindeutig die ersten beiden Kategorien bei beiden Berufsgruppen. 82,3% der Zahnmediziner fürchten *finanzielle Unsicherheit* sowie die *Zunahme von Reglementierungen & Bürokratie*. Bei den Humanmediziner tun dies 70,2%.

Ebenso fällt der Großteil der Zitate aus:

Zitate Zahnmediziner:

m 54 - "Praxis nicht mehr wirtschaftlich zu führen, noch mehr Bestimmungen und Kontrollen."

m 36 - "Dass man die Patienten immer mehr privat zur Kasse bitten muss um auf seine Kosten zu kommen bzw. um seinen Lebensstandard halten zu können."

m 34 - "Kleine Praxen bleiben bei der heutigen Gesundheitsreform auf der Strecke."

m 51 - "Dass unsinnige politische Reglementierungen die Ausübung immer mehr erschwert. Nie enden wollende Verschuldung - ist das eine bezahlt, kommt wieder was Neues."

Zitate Humanmediziner:

m 61 - "Geplante Vernichtung der niedergelassenen Fachärzte durch Anbindung dieser Tätigkeit an die Krankenhäuser, Polikliniken nach ehemaliger Ostmanier durch die Krankenkassen. Stille Enteignung der Fachärzte durch Unveräußerbarkeit der Praxen und somit Vernichtung eines Teils der Altersversorgung."

m 53 - "Gesundheitspolitik, die uns ruiniert; Fachärzte werden nicht mehr gebraucht!"

m 63 - "Bin 63 Jahre! Als Berufsanfänger würde ich mir in vielen Punkten Sorgen machen!"

m 53 - "Auf dem Rücken der Ärzte machen Krankenkassen unhaltbare Versprechungen, unterstützt von reformunfähigen Politikern!"

Die folgende Tabelle 7 lässt erkennen, dass die Zukunftsängste der Zahnmediziner signifikant negativ mit den Einkommen und dem durchschnittlichen Schlafverhalten korrelieren. Die Vermutung liegt nahe, dass derjenige mit Zukunftsängsten im Durchschnitt weniger schläft als der Kollege ohne Zukunftsängste. Hingegen scheinen Schlafstörungen und vor allem Durchschlafstörungen signifikant positiv zu korrelieren. Das könnte bedeuten, dass viele Zahnärzte mit Zukunftsängste zu Schlafstörungen neigen.

Tab. 7: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zu Zukunftsängsten (bezüglich der quantitativen Frage):

Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden?	-,281*
Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt?	-,284*
Haben Sie Schlafstörungen?	,307*
Durchschlafstörungen	,332*
Lebenssituation: in fester Partnerschaft lebend.	,297*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

5.3.9 Welche Wünsche nach Veränderungen haben Sie?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Reduktion der Reglementierung	2	23,5	2	29,9
K 2 Reduktion der Bürokratie & Administration	4	11,8	4	10,4
K 3 Geregelt Arbeitszeiten bei weniger Zeitdruck	4	11,8	3	15,6
K 4 Bessere Vergütung	1	31,4	1	33,8
K 5 Zeit für Fort- & Weiterbildung	8	3,9	9	0,0
K 6 Bessere Kooperation & Kollegialität	10	0,0	8	5,2
K 7 Zeit für Patientenorientierten Medizin	5	9,8	6	7,8
K 8 Neue berufliche Herausforderung bzw. Veränderung	9	2,0	8	5,2
K 9 Gesicherte Zukunft	7	5,9	7	6,5
K 10 Zunahme der Arbeitszufriedenheit	9	2,0	9	0,0
K 11 Zeit für Privates	6	7,8	5	9,1
K 12 Keine	8	3,9	9	0,0
K 40 Sonstiges	3	17,6	5	9,1

Konsequenterweise fordern 33,8% der Humanmediziner und 31,4% der Zahnmediziner bessere finanzielle Vergütung ihrer Leistungen, 29,9% der Humanmediziner und 23,5% der Zahnärzte fordern die Reduktion von Reglementierungen.

In den angeführten Zitaten kommen der Unmut und die Unsicherheit zum Vorschein, mit der viele Mediziner leben:

Zitate Zahnärzte:

m 42 - *"Weniger betriebswirtschaftliche Ausrichtung des Berufs, mehr ärztliches Handeln (Zahnarzt als Arzt nicht als Verkäufer)!"*

m 42 - *"Eine echte Gesundheitsreform bei der auch von politischer- und Kassenseite Ross und Reiter genannt werden. Möchte nicht mehr Erfüllungsgehilfe einer missratenen Gesundheitspolitik sein!"*

m 56 - *"Politische Lösungen im Bereich des Gesundheitswesens, die jedem Patienten eine ausreichende Versorgung ermöglicht. Keine staatliche Medizin! Hat noch nie zum Erfolg geführt - siehe Ostblock!"*

m 51 - *"Ich wünsche mir, dass die Bevölkerung positiver über unseren Berufsstand denkt: "Das bisschen Bohren und dafür so viel Geld!?""*

Zitate Humanmediziner:

w 60 - "Dass ich Patienten nach medizinischen und nicht nach kaufmännischen Aspekten behandeln kann."

w 41 - "Ärzte sollten wieder im eigentlichen Sinne "Freiberufler" sein; Gesundheitsminister müsste ein Mediziner sein!"

m 53 - "Entlohnung nach Leistung! Stabilere und tragfähigere Rahmenbedingungen."

m 42 - "Dass Leistung wieder honoriert wird."

5.3.10 Glauben Sie, dass sich die berufliche Perspektive für (Zahn-)Ärzte ändert?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Verstärkung der Reglementierung & Bürokratie	3	17,6	1	46,8
K 2 Drohende Arbeitslosigkeit	7	5,9	7	1,3
K 3 Sinkendes Einkommen	1	27,5	3	15,6
K 4 Weniger Zeit für Medizin und Patienten	4	11,8	7	1,3
K 5 Sinken von Idealismus und Motivation	8	2,0	7	1,3
K 6 Steigende Ansprüche und Anforderungen	6	7,8	5	5,2
K 7 Status- & Prestigeverlust	8	2,0	7	1,3
K 8 Schlechtere Aus-, Fort- & Weiterbildung	9	0,0	8	0,0
K 9 Langfristig positive Wende	7	5,9	6	2,6
K 10 Allgemein schlechtere Zukunftsperspektive	5	9,8	2	22,1
K 40 Sonstiges	2	21,6	4	7,8

Die Mehrheit der Humanmediziner befürchtet zu 46,8% eine Verschärfung der Reglementierungen.

Zahnärzte fürchten an erster Stelle zu 27,5% das sinkende Einkommen, zu 17,6% aber ebenso die Reglementierungen. Es ist auch bedenklich, dass 22,1% der Humanmediziner generell pessimistisch in die Zukunft sehen.

Auch hier wird dies erneut in den Zitaten sichtbar, die in ihrer Eindeutigkeit für sich sprechen:

Zitate Zahnärzte:

m 42 - "Zahnärzte werden Fließbandarbeiter bei geringer Bezahlung!"

m 54 - "Mehr Marktwirtschaft, mehr Verkäufer, weniger Mediziner."

w 44 - "Offensichtlich in eine Negative....; Seit vielen Jahren nur politisches Chaos..."

Zitate Humanmediziner:

m 45 - "Noch mehr Bürokratie, von Personen verursacht, die von Medizin nichts verstehen!"

m 50 - "Totalkollaps!"

m 49 - "Dass durch DMPs und Leitlinien jeder Arzt durch einen Schimpansen ersetzt werden kann; als hätten wir früher mit Mutmaßungen gearbeitet!"

m 42 - "Es ist schon längst kein Traumberuf mehr; das finanzielle Risiko wird immer schlechter/weniger kalkulierbar!"

In diesem Zusammenhang korrelieren nur wenige Faktoren, so zum Beispiel, ob man lieber in einem anderen Beruf arbeiten würde. Dies lässt vermuten, dass dieser Wunsch bei pessimistischer Zukunftsperspektive vermehrt auftritt. Ebenso korreliert die Lebenssituation, da Zahnärzte in einer festen Partnerschaft anscheinend eine eher schlechte Zukunftsperspektive haben (s. Tab.8.).

Tab. 8: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zu beruflichen Perspektive:

Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten?	-,296*
Lebenssituation: in fester Partnerschaft lebend.	-,324*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

5.3.11 Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Erschöpfbarkeit & Ermüdung	1	56,9	1	44,2
K 2 Konzentrationsstörungen	5	2,0	7	2,6
K 3 Schlafstörungen	5	2,0	4	7,8
K 4 Krankheitsanfälligkeit	2	11,8	2	20,8
K 5 Appetitlosigkeit	6	0,0	8	0,0
K 6 Ersatzgenuss	6	0,0	8	0,0
K 7 Psychische Unzufriedenheit	3	9,8	3	9,1
K 8 Mehr körperlich	6	0,0	8	0,0
K 9 Weniger körperlich	5	2,0	6	3,9
K 10 Antriebslosigkeit	4	5,9	6	3,9
K 11 Körperlich wie psychisch	6	0,0	5	5,2
K 40 Sonstiges	4	5,9	4	7,8

Hier geben mit eindeutiger Mehrheit Humanmediziner und Zahnmediziner *Erschöpfbarkeit und Ermüdung* an. Keiner von beiden Gruppen greift zu Ersatz- bzw. Suchtmitteln. Etwa 11,8% der Zahnärzte und 20,8% der Humanmediziner beschreiben *Krankheitsanfälligkeit*, wohingegen 9,8% der Zahnärzte und 9,1% der Humanmediziner angeben, dass sich Arbeitsunzufriedenheit eher *weniger körperlich* auswirken.

Die Zitate geben einen Einblick in die körperliche Erschöpfung und zeigen, wie sehr sie das Leben einschränken und bestimmen kann.

Zitate Zahnärzte:

m 36 - *"Verspannung, Erschöpfung, "sich hinschleppen"."*

m 56 - *"Äußerlich nicht, innerlich Wunsch nach baldigem Ausstieg, mehr Energie notwendig um Ermüdung zu kompensieren, leichte Depressionen."*

w 46 - *"Das Gefühl, der ganze Körper ist mit Blei ausgegossen; Schlafstörungen trotz Übermüdung; jede Anstrengung ist eine Qual!"*

Zitate Humanmediziner:

m 54 - *"Schlaflosigkeit, nicht entspannen können, schlechte Laune privat und in der Familie."*

m 42 - *"Magenschmerzen, Geschwülbildung, Herzstolpern, Schweißausbrüche!"*

m 42 - *"Ständig das Gefühl, am Rande der Belastungsfähigkeit angekommen zu sein, ständige innere Unruhe trotz permanenter Müdigkeit!"*

5.4 Auswertungen zur Berufswahl

5.4.1 Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?

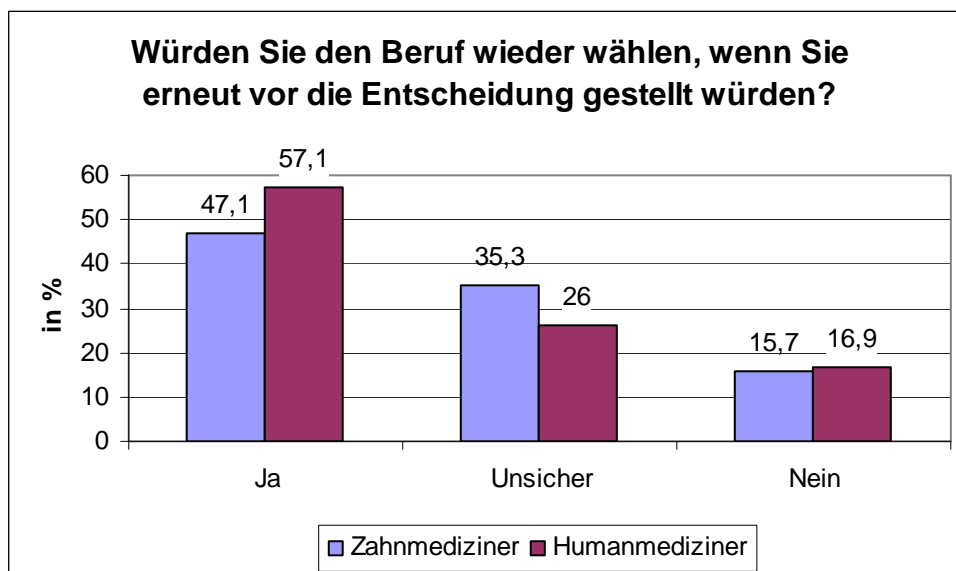


Abb. 4. Quantitative Auswertung

Trotz der hohen Arbeitsunzufriedenheit entscheiden sich 47,1% der Zahnärzte und 57,1% der Humanmediziner, den Beruf doch noch einmal zu ergreifen, wenn Sie erneut die Wahl hätten. 35,3% der Zahnärzte und 26% der Humanmediziner sind sich unsicher und 15,7% der Zahnärzte und 16,9% Humanmediziner würden ihren Beruf nicht noch einmal wählen, wenn sie die Entscheidung erneut treffen müssten. Da diese Frage auch qualitativ ausgewertet wurde, werden einige Zitate an dieser Stelle genannt:

Zitate Zahnmediziner:

Ja:

w 46 - *"Weil Zahnärztin mein idealer Beruf ist, handwerklich und intellektuell!"*

Unsicher:

w 44 - *"Weil ich als Angehörige eines "freien Berufes" kein gesundheitspolitischer Spielball sein wollte; arbeiten an sich macht Freude."*

Nein:

w 46 - *"Ich wollte immer Zahn -MEDIZINER sein und nicht der verlängerte Arm der Krankenkassenpolitik und die Patientenbedürfnisse unter Budget-Richtlinien passend machen müssen!"*

Zitate Humanmediziner:

Ja:

m 49 - *"Der beruf ist toll, es sind die Reglementierungen, die vieles vergällen!"*

Unsicher:

m 41 - *"Weil es Berufe gibt, die einem mehr Raum für Familie und Freizeit lassen."*

Nein:

m 42 - *"Arbeitseinsatz ist zu hoch, kein Privatleben mehr, Machtlosigkeit gegenüber willkürlicher und unkalkulierbarer Einkommensreduzierung!"*

Zahnärzte, die den Beruf nicht erneut wählen würden, scheinen lieber Teilzeit arbeiten zu wollen ($r_s = -,339^{**}$). Die Zahnmediziner, die ihn wieder wählen würden, scheinen positiv mit der WHO- Definition zur Gesundheit überein zustimmen ($r_s = ,313^*$) und scheinen zudem mit ihrer Arbeitssituation zufrieden zu sein ($r_s = ,445^{**}$), dies zeigt die folgende Tabelle 9 zur Korrelation.

Tab. 9: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zur Berufswahl:

WHO-Definition zur Gesundheit	,313*
Würden Sie wenn mögl. Teilzeit arbeiten?	-,339*
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	,445**
Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen?	,305*
Würden Sie lieber in einem andern medizinischen Fach als dem gegenwärtigen arbeiten?	-,593**
Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten?	-,619**

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

5.5 Auswertungen zur Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit

5.5.1 Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?

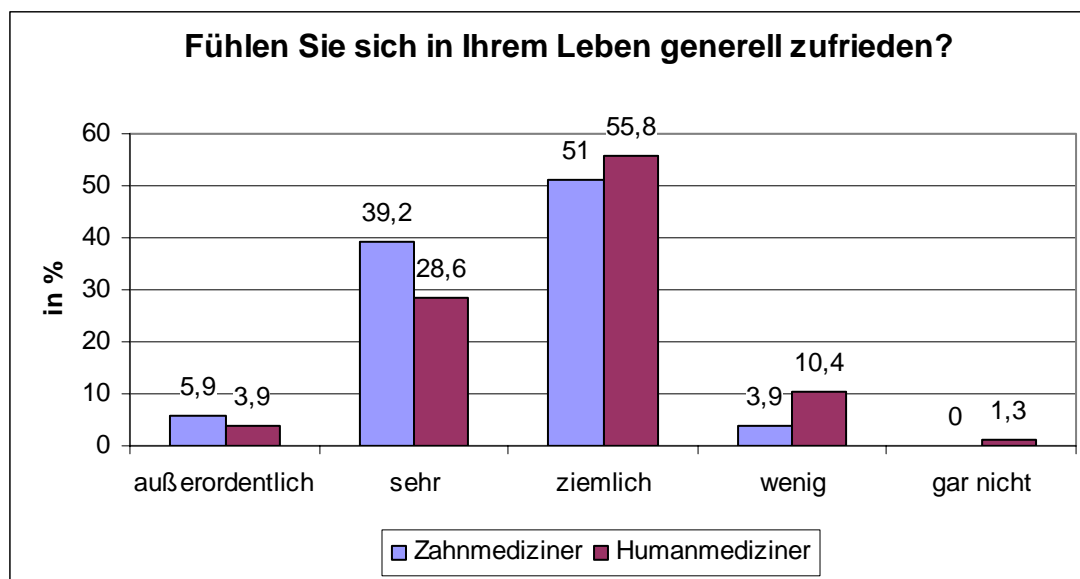


Abb. 5 Quantitative Auswertung

Zahnmediziner schneiden in den beiden besseren Kategorien *außerordentlich* und *sehr* besser ab, als die Humanmediziner. Beide Bereiche ergeben addiert etwa 45%, wobei der mittlere Bereich *ziemlich* 51% beinhaltet. Bei den Humanmediziner ergeben die beiden besseren Kategorien addiert etwa 32%, im mittleren Bereich schneiden sie allerdings mit 55,8% besser ab, als die Zahnmediziner. Auch in den beiden schlechten Kategorien *wenig* und *gar nicht* vereinigen die Humanmediziner mehr Antworten als die Zahnmediziner. Trotzdem ergibt sich ein Z-Wert von nur 0,077, welches keine Signifikanz erkennen lässt.

5.5.2 Was müsste erfüllt sein, damit Sie in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Nichts/ Zustand von Glück & Zufriedenheit	3	13,7	6	7,8
K 2 Zufriedenheit im Beruf	5	9,8	3	23,4
K 3 Zeit für das Privatleben	2	17,6	1	35,1
K 4 Veränderungen der Gesundheitspolitik	9	0,0	9	3,9
K 5 Sichere berufliche & finanzielle Zukunft	1	33,3	3	23,4
K 6 Freundeskreis	8	2,0	10	2,6
K 7 Gesundheit & physisch-psychisches Wohlbefinden	6	7,8	4	10,4
K 8 Zufriedenheit im Privat- & Familienleben	2	17,6	2	31,2
K 9 Wohlergehen der Kinder	7	3,9	8	5,2
K 10 Gesteigertes Selbstbewusstsein	7	3,9	7	6,5
K 11 Weltpolitische Veränderungen	8	2,0	9	3,9
K 12 Ausweichende Antwort	7	3,9	5	9,1
K 13 Gesellschaftliche Unabhängigkeit	7	3,9	11	0,0
K 14 Starten eines Neuanfangs	9	0,0	11	0,0
K 40 Sonstiges	4	11,8	10	2,6

Hier wird deutlich, dass sich Humanmediziner an erster Stelle zu 35% *mehr Zeit für das Privatleben* wünschen und an zweiter Stelle mit 31,2% *Zufriedenheit im Privatleben*. Zahnärzte hingegen brauchen zu 33,3% *mehr berufliche und finanzielle Sicherheit* in der Zukunft, erst an zweiter Stelle nennen sie mit je 17,6% die Kategorie 3 *Zeit für das Privatleben* und Kategorie 8 *Zufriedenheit im Privat-& Familienleben*. Es fällt positiv auf, dass 13,7% der befragten Zahnärzte und 7,8% der Humanmediziner angeben, dass sie sich in einem *Zustand von Glück und Zufriedenheit* befinden und sich *nichts* wünschen.

Die angeführten Zitate erläutern die Wünsche der Befragten:

Zitate Zahnärzte:

m 42 - *"Weniger Druck von allen Seiten (in der Arbeit von Seiten der Politik, Patienten) zu Hause weniger Anforderungen von Ehepartner und Kindern; mehr freie Zeit."*

m 34 - *"Nicht mehr arbeiten müssen, sondern können."*

m 44 - *"weniger Angst vorm Zahnarzt, mehr Wertschätzung für die Zähne und damit angemessene Honorierung."*

w 46 - *"Ein ausreichender Lottogewinn um alle Schulden von mir und meinem Mann abzulösen, ein Haus in Südafrika und den ganzen Tag mit meinem Mann Golf spielen!.."*

Zitate Humanmediziner:

m 45 - "Etwas weniger Stress im Beruf, mehr Zeit für Familie und persönliche Hobbys."

m 42 - "Bessere finanzielle Situation, intakte Ehe."

m 52 - "Weniger Bürokratie!"

m 42 - "Arbeitsverhältnisse, wo der Arzt wieder vor dem Kaufmann im Vordergrund steht und wo noch Platz für ein Privatleben ist!"

5.5.3 Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?

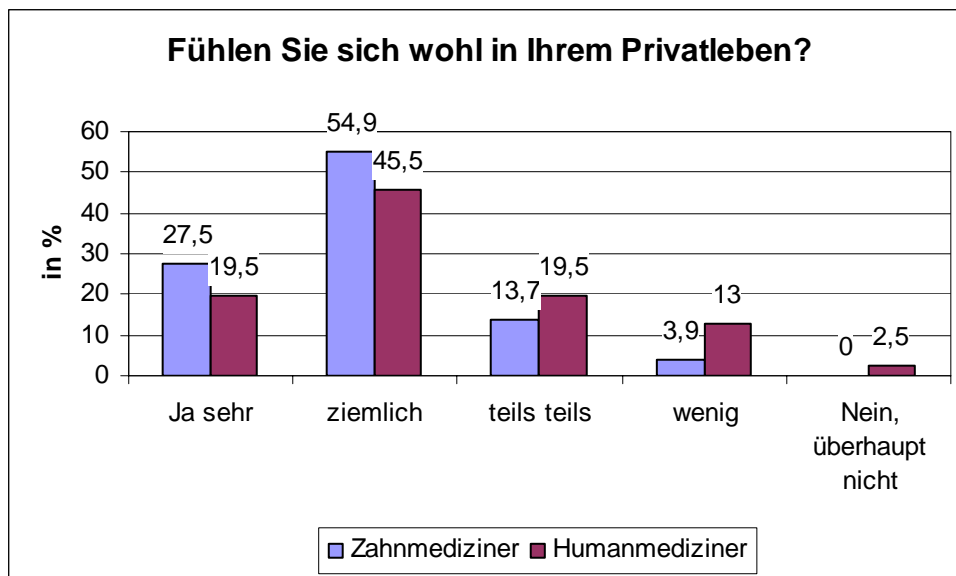


Abb. 6 Quantitative Auswertung

Addiert man bei den Zahnmedizinern die beiden ersten Kategorien *ja, sehr* und *ziemlich*, so ergibt sich ein Wert von 82,4%. Bei den Humanmedizinern ergibt sich dabei ein Wert von 65%.

Auch das Mittelfeld ist von den Humanmedizinern stärker vertreten als von den Zahnmedizinern.

Immerhin sagen 2,5% der Humanmediziner, dass sie überhaupt nicht mit ihrem Privatleben zufrieden sind, während dies kein einziger Zahnarzt behauptet.

Der Mann – Whitney - U Test hat zu dieser Frage eine Signifikanz ermittelt (P-Wert < 0,033), das Ergebnis ist somit aussagekräftig.

Vergleicht man nun den quantitativen Teil der Frage mit dem qualitativen Teil, so zeigt sich, in welchen Bereichen des Privatlebens die beiden Berufe Veränderungen wünschen:

5.5.4 Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben? –Was möchten Sie ändern?

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Mehr planbare Freizeit	4	2,0	2	6,5
K 2 Zeit für Persönliches	5	0,0	4	2,6
K 3 Zeit für Privat- & Familienleben	2	9,8	1	7,8
K 4 Zeit für Sozialkontakte	1	11,8	3	3,9
K 5 Zeit & Energie für Hobbys	3	3,9	4	2,6
K 6 Suche nach fester Partnerschaft	5	0,0	6	0,0
K 7 Intensität & Gemeinsamkeiten in der Partnerschaft	4	2,0	5	1,3
K 8 Gedanken an Scheidung	4	2,0	5	1,3
K 9 Frei von beruflichen & finanziellen Sorgen	5	0,0	6	0,0
K 10 Mehr Privatsphäre	4	2,0	6	0,0
K 40 Sonstiges	2	9,8	3	3,9

21,6% der Zahnärzte wünschen sich mehr *Zeit für soziale Kontakte* und mehr *Zeit für das Privat- und Familienleben*.

14,3% der Humanmediziner möchten ebenfalls mehr *Zeit für das Privat- und Familienleben* und zudem *mehr planbare Freizeit*. Zahnärzte wünschen sich *Zeit und Energie für Hobbys* (3,9%) und *mehr Privatsphäre* (2%). Humanmediziner sehnen sich nach *Zeit für Persönliches* (2,6%) und nach *Zeit für Sozialkontakte* (3,9%).

Weniger wichtig sind bei beiden hingegen die *Suche nach fester Partnerschaft* (0%) sowie *frei von beruflichen und finanziellen Sorgen* (0%).

Zitate Zahnärzte:

m 36 - "Zeit, Zeit..."

m 42 - "Größerer Freundeskreis."

w 44 - "Mehr Zeit haben, mehr Sport treiben."

m 44 - "Stabile Partnerschaft."

Zitate Humanmediziner:

m 53 - "Ich möchte mehr Zeit für Privates haben!"

m 63 - "Gegen Einsamkeit angehen."

m 44 - "Mehr Zeit für Familie, Freunde und Bekannte sowie Hobbys."

m 42 - "Ausreichend Privatleben zu haben als Ausgleich zur Arbeit!"

Tab. 10: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zum Privatleben:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?	,416 **
WHO-Definition zur Gesundheit?	,402 **
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	,367 **
Wie gehen Sie mit Anspannungen aus der Arbeit um?	-,313*
Leben Sie in fester Partnerschaft?	,305 *
Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?	,467 **
Streiten Sie sich häufig intensiv?	-,326*
Haben Sie Gedanken an Trennung oder Scheidung?	-,304*
Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?	,396 **
Sind Sie mit der Qualität Ihres Freundeskreises zufrieden?	,515 **

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

Die Frage scheint in den Bereichen *Gesundheit*, *Arbeitszufriedenheit* und *Lebenszufriedenheit* positiv zu korrelieren. *Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden* fällt in der Spearman- Korrelation hochsignifikant positiv aus ($r_s= ,416^{**}$), ebenso die *WHO-Definition zur Gesundheit*($r_s= ,402^{**}$). Auch die Arbeitszufriedenheit steht in hochsignifikanter positiver Wechselwirkung ($r_s= ,367^{**}$), die Zufriedenheit mit der Partnerschaft ($r_s= ,467^{**}$) und Freizeit ($r_s= ,369^{**}$) sowie die Qualität des Freundeskreises ($r_s= ,515^{**}$). Signifikant negative Korrelationen ergeben sich im Umgang mit Spannungen, die aus der Arbeit resultieren ($r_s= -,313^*$)und häufige intensive Streitereien in der Partnerschaft ($r_s= -,326^*$).

Ergänzend kann man die Frage anführen *Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?* und die signifikanten und hochsignifikanten Korrelationen untersuchen:

Tab. 11: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zur generellen Lebenszufriedenheit:

Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?	,461 **
WHO-Definition zur Gesundheit?	,565 **
Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?	-,391**
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	,367 **
Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?	,354 *
Sind Sie mit dem Ausmaß zufrieden? (GV)	,397*
Erleben Sie in Ihrer Partnerschaft eine erfüllte Sexualität?	,409 **
Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?	,447 **
Anzahl der Berufsjahre	,358 *

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

Wie erwartet zeigen sich hochsignifikante Korrelationen im Bereich des Privatlebens ($r_s = ,461^{**}$) und der WHO-Definition zur Gesundheit ($r_s = ,565^{**}$). Zahnärzte mit hoher Lebenszufriedenheit scheinen nicht unter Zeitdruck zu stehen ($r_s = -,391^{**}$) und mit ihrer Arbeitssituation hochsignifikant zufrieden zu sein ($r_s = ,367^{**}$). In Bezug auf die Partnerschaft und den Geschlechtsverkehr (GV) zeigen sich signifikante Korrelationen im positiven Sinne ($r_s = ,397^*$ sowie $r_s = ,354^*$). Dabei korreliert die Lebenszufriedenheit wahrscheinlich hochsignifikant mit einer erfüllten Sexualität in der Partnerschaft und der Zufriedenheit mit dem Freizeitverhalten. Die Anzahl der Berufsjahre scheint sich positiv auf das Ausmaß der Lebenszufriedenheit auszuwirken.

5.5.5 Haben Sie Schlafstörungen?

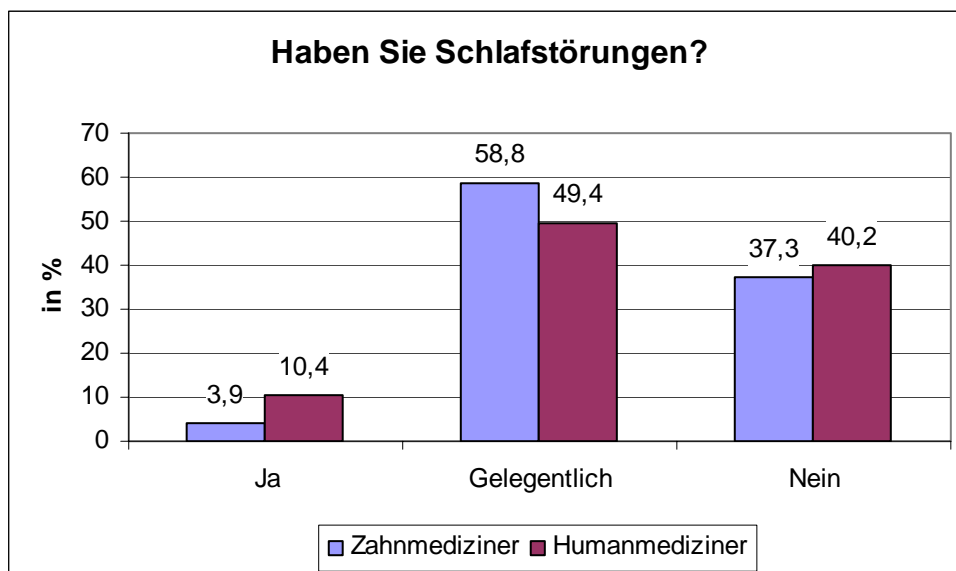


Abb. 7 Quantitative Auswertung

Über 10% der Humanmediziner geben an, eine manifestierte Schlafstörung zu haben, während dies nur 3,9% der Zahnmediziner behaupten. Über 58% der Zahnärzte bemängeln allerdings, dass sie gelegentlich unter Schlafstörungen jeglicher Art leiden, bei den Humanmediziner sind es etwa 10% weniger in dieser Kategorie.

Der Anteil der Befragten, der nicht unter Schlafstörungen leidet, verhält sich bei beiden Berufen ähnlich.

Der Mann – Whitney - U Test konnte zu dieser Frage keine Signifikanzen errechnen, die beiden Gruppen scheinen sich in dieser Frage zu ähnlich zu sein, der Z-Wert liegt bei -0,126.

Tab. 12: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zu Schlafstörungen:

Haben Sie im Hinblick auf Ihren Beruf Zukunftsängste?	,307*
Finden Sie während der Woche Zeit für Gespräche miteinander? (in der Partnerschaft)	,392**
Einschlafstörungen	,374**
Durchschlafstörungen	,525**
häufig frühes Erwachen	,374**
Nehmen Sie Medikamente?	,407**
Lebenssituation: verheiratet	,281*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p= 0.01$

Vor allem Einschlafstörungen, häufiges frühes Erwachen und Durchschlafstörungen scheinen in positiver Wechselwirkung zu stehen. Auffällig ist allerdings, dass die Einnahme von Medikamenten mit Schlafstörungen hochsignifikant positiv korreliert. Die verheiratete Lebenssituation hat eine signifikant positive Verbindung zu den Schlafstörungen und spielt somit ebenfalls eine Rolle.

Im direkten Vergleich zu den niedergelassenen Humanmedizinerinnen ergeben sich interessanterweise Signifikanzen in der Frage:

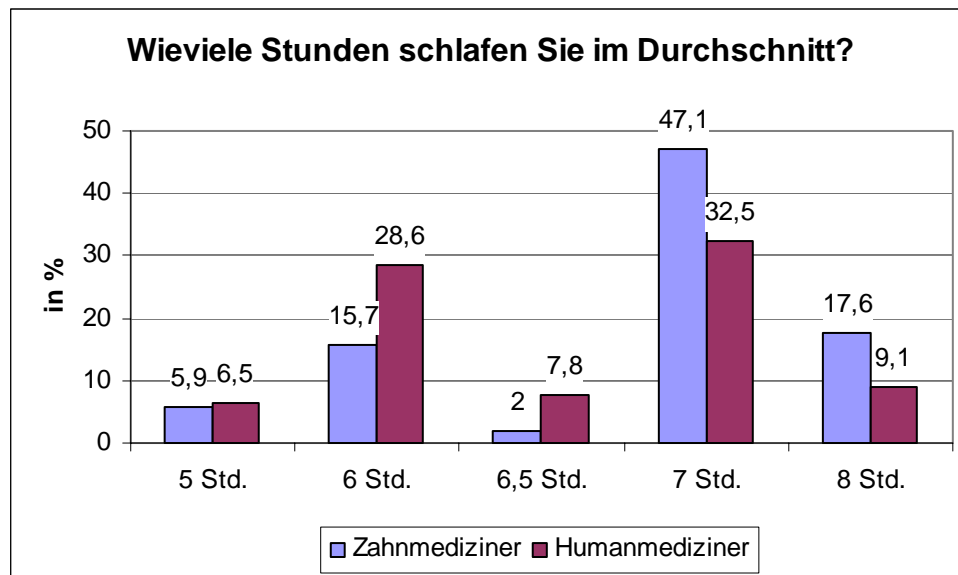


Abb. 8 Quantitative Auswertung

An der Grafik ist deutlich zu erkennen, dass der Großteil der Zahnärzte 7-8 Stunden pro Nacht schlafen, die Humanmediziner jedoch nur 6-7 Stunden.

Die errechnete durchschnittliche Stundenzahl der Zahnärzte liegt bei 7,8 Std.

Die errechnete durchschnittliche Stundenzahl der Humanmediziner liegt bei 6,8 Std.

In dieser Hinsicht ergibt sich im Mann – Whitney - U Test eine Signifikanz von -2,253.

Es ist nun interessant zu sehen, wie es zu diesem Unterschied kommt und worin Schlafstörungen bestehen.

Dazu dient die qualitative Frage zu den *Schlafgewohnheiten*:

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Einschlafstörungen	4	2,0	5	1,3
K 2 Durchschlafstörungen	2	5,9	3	3,9
K 3 Zu frühes Erwachen	4	2,0	4	2,6
K 4 Schlafmangel	1	15,7	1	23,4
K 5 Zu spät ins Bett	4	2,0	4	2,6
K 6 Zu frühes Aufstehen	2	0,0	6	0,0
K 7 Nicht erholsamer Schlaf	3	3,9	5	1,3
K 8 Unregelmäßiger Schlaf	5	0,0	5	1,3
K 9 Zu viel Schlaf	4	2,0	6	0,0
K 10 Quälendes Gedankenkreisen	3	3,9	6	0,0
K 40 Sonstiges	3	2,0	2	5,2

Die Ergebnisse machen deutlich, dass bei beiden Berufen zum größten Teil der Schlafmangel die Ursache der Schlafstörungen ist. Bei den Zahnärzten zu 15,7% und bei den Humanmediziner zu 23,4%. Alle andern Schlafstörungen sind in den Fachbereichen mehr oder weniger gleichmäßig verteilt, wobei ein geringer Teil von Zahnärzten „zu viel Schlaf“ bemängelt.

Zitate Zahnärzte:

m 56 - *"Möchte mehr durchschlafen und nicht so früh wach werden."*

m 49 - *"Schlafe abends schon vor dem Fernseher ein."*

w 46 - *"Zu kurz; durch zu langes sitzen am Schreibtisch bei Verwaltungsarbeiten der Praxis gehe ich zu spät ins Bett."*

Zitate Humanmediziner:

m 41 - *"In Belastungssituationen Schlafmangel, nächtliche Störungen durch Dienste!"*

m ? - *"Ich kann praktisch nie einem akuten Schlafbedürfnis nachgehen!"*

m 42 - *"Ich könnte ständig, immer, überall einschlafen, wenn ich zu Ruhe komme. Wenn ich mich irgendwie ausruhe, schlafe ich ein!"*

In diesem Zusammenhang kann noch auf die Frage *Möchten Sie manchmal einschlafen und nicht wieder aufwachen?* eingegangen werden, die ein Gradmesser für eventuell existierende Depressionen der Befragten darstellt. Dabei konnten nur zwei Korrelationen ermittelt werden:

Tab. 13: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zur Depression:

Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?	-,346*
Rauchen Sie?	,327*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p=0.01$

Es ist deutlich die Tendenz zu erkennen, dass der Depressivitätsfaktor signifikant negativ mit der Erholung zusammenhängt und positiv signifikant mit dem Rauchen, welches ein Suchtverhalten darstellt. Je weniger die Möglichkeit zur Erholung gegeben scheint, desto größer ist wohl das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Zudem scheinen viele Raucher bereits von der Depressivität betroffen zu sein oder scheinen ein größeres Risiko in sich zu bergen.

5.6 Auswertungen zur Gesundheit

5.6.1 Wie würden Sie Ihr Wohlbefinden einstufen?

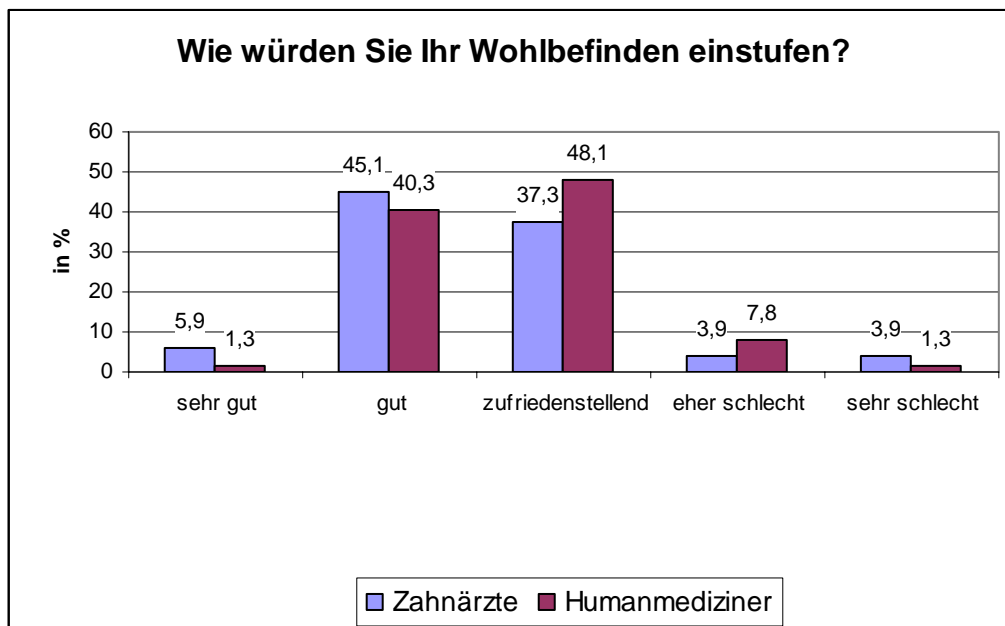


Abb. 9 Quantitative Auswertung

5,9% der Zahnärzte stufen ihr Wohlbefinden mit "sehr gut" ein, ebenso 1,3% der Humanmediziner.

Im Mittelfeld "gut" und "zufrieden stellend" sind sich beide Fachbereiche ähnlich, auch wenn er etwas zu Gunsten der Humanmediziner ausfällt.

Dafür stehen die Zahnärzte in den letzten beiden Kategorien etwas besser da als die Humanmediziner, auch wenn 3,9% der Zahnärzte behaupten, dass sie ihr Wohlbefinden als "sehr schlecht" einstufen.

Zieht man zu der quantitativen Auswertung nun die qualitative Auswertung der Frage des Lebensstils heran, so lässt sich dieses Ergebnis verdeutlichen:

5.6.2 Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt? Gründe:

Antwortkategorien	Zahnmediziner		Humanmediziner	
	Rang	%	Rang	%
K 1 Übermäßige Arbeitbelastung	3	7,8	2	6,5
K 2 Distreß & Zeitdruck	3	7,8	1	10,4
K 3 Schlafdefizit	5	2,0	4	3,9
K 4 Häufige & unregelmäßige Dienste	6	0,0	5	1,3
K 5 Ungesundes Essverhalten	1	13,7	3	5,2
K 6 Mangel an sportlich aktivem Ausgleich	2	9,8	2	6,5
K 7 Ängste & Sorgen	5	2,0	6	0,0
K 8 Freizeit- & Erholungsmangel	4	3,9	2	6,5
K 9 Probleme & Stress im Privatleben	6	0,0	6	0,0
K 10 Nikotin- & Koffeinkonsum	4	3,9	6	0,0
K 11 Alkohol- & Medikamentenkonsum	5	2,0	5	1,3
K 12 Zufriedenheit im Beruf	6	0,0	5	1,3
K 13 Gesunde Lebensführung & Wohlbefinden	3	7,8	2	6,5
K 40 Sonstiges	3	7,8	4	3,9

Die Ergebnisse sind in beiden Fachbereichen weit gestreut, da viele Faktoren zusammenkommen, die den Lebensstil beeinflussen.

Von ungesunder Ernährung und ungesundem Essverhalten über zu wenig Ausgleichssport sowie zu viel Stress und Zeitdruck wirkt sich bei den Befragten fast alles auf die Gesundheit aus. Nikotin- und Koffeinkonsum wirken sich bei einem geringen Teil der Zahnmediziner aus, allerdings bei keinem Humanmediziner. Trotzdem geben 1,3% der Humanmediziner Alkohol- und Medikamentenkonsum an, der Anteil der Zahnärzte liegt mit 2% sogar noch etwas höher.

Zitate Zahnmediziner:

m 53 - *"Man könnte gesünder leben, dann würde der Genuss leiden!"*

m 34 - *"Viele Zigaretten und Kaffee, wenig Sport, unregelmäßiges Essen - wohl eher beeinträchtigt, denke ich..!"*

w 57 - *"Durch wenig Schlaf und reichlich Kaffee wird meine Gesundheit schon eher beeinträchtigt."*

m 42 - *"Alkohol (2 Bier/Tag) und Zigaretten (10/Tag) müssten sicher weg - aus Gesundheitsgründen."*

w 46 - *"Eher beeinträchtigt: mittags ständig in Eile essen - immer zu wenig Zeit; abends komme ich viel zu spät nach Hause, bin völlig ausgepowert und wir essen zusammen viel zu spät und weil es unsere erste richtige Mahlzeit ist, leider auch zu viel."*

Zitate Humanmediziner:

m 59 - *"Der Arztberuf ist in den letzten Jahren zur Last geworden!"*

w 37 - *"Die beruflichen Anspannungen mit ihren psychischen Belastungen sind oft groß, Entspannung und Erholungsphasen werden dann oft überschattet, das Abschalten fällt schwer!"*

m 61 - *"Nicht so gesund: müsste mehr Bewegung sein. Aber wenn ich um 20:30 Uhr oder 22:00 Uhr nach hause komme, dann habe ich keine Lust die Turnschuhe anzuziehen. An den Wochenenden sitze ich 1-2 Tage in der Praxis und diktiere Gutachten oder Berichte. Es ist schon schrecklich!"*

m 50 - *"Mehr Rotwein wäre besser!"*

Tab. 14: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zum Wohlbefinden:

WHO- Definition zur Gesundheit	-,528**
Würden Sie wenn möglich Teilzeit arbeiten?	,625**
Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?	,452**
Bewältigung durch sportliche Aktivitäten	-,332*
Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen?	-,427**
Wie lange dauert sie (Partnerschaft) schon an?	,399**
Haben Sie ausreichend Zeit zur Erholung?	,359*
Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?	-,412*
Wie viele engere Freunde haben Sie?	-,373*
Rauchen Sie?	,359*

Bewegen Sie sich ausreichend viel?	-,476**
Trinken Sie Alkohol?	,362*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p=0.01$

Hochsignifikante Wechselwirkungen ergeben sich in der Frage der WHO- Definition zur Gesundheit und in der Frage nach dem Wunsch nach Teilzeitarbeit. Je mehr sich Zahnärzte unter Zeitdruck zu fühlen scheinen, desto mehr wird wohl der Lebensstil beeinflusst. Die Frage nach der Bewältigung von Stress, der aus der Arbeit resultiert, durch sportliche Betätigung korreliert negativ, ebenso die ausreichende Zeit zur Erholung und die Zufriedenheit mit der Freizeit. Dies könnte zeigen, dass sich diese Faktoren negativ auf den Lebensstil auswirken. Die Tabelle zeigt zudem, dass die Fragen nach dem Rauchen und dem Alkoholkonsum in negativer Wechselwirkung stehen, ausreichende Bewegung allerdings in positiver. Keine Rolle spielen allerdings Tee- und Kaffeekonsum.

Im Vergleich dazu wird an dieser Stelle die Korrelation der Frage zur WHO- Definition zur Gesundheit angeführt:

Tab. 15: Spearman- Korrelation für signifikante und hochsignifikante Variablen für Zahnärzte zur WHO- Definition zur Gesundheit:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?	,565**
Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?	,402**
Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder beeinträchtigt?	-,528**
Würden Sie wenn möglich Teilzeit arbeiten?	-,307**
Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?	-,424**
Fühlen Sie sich unter Zeitdruck	-,342*
Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?	,288*
Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?	,453**
Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?	,313*
Würden Sie lieber in einem anderen medizinischen Fach als dem Gegenwärtigen arbeiten?	-,321*
Treiben Sie regelmäßig Sport?	,291*
Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?	,307*

Korrelationskoeffizient nach Spearman (r_s), *= $p=0.05$; **= $p=0.01$

Die Frage nach der generellen Lebenszufriedenheit und dem Wohlfühlen im Privatleben korrelieren hochsignifikant positiv. Somit könnten sich diese beiden Faktoren stark auf das Wohlbefinden auswirken. Der Lebensstil hingegen steht in hochsignifikant negativer

Wechselwirkung. Das regelmäßige Sporttreiben sowie die Zufriedenheit mit der Freizeit zeigen signifikante positive Rückwirkungen. Es zeigt sich daher, dass diese Faktoren einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität und dem subjektiven Gesundheitsgefühl leisten und dass eine entsprechende Beeinflussung in die eine oder andere Richtung stattfinden könnte.

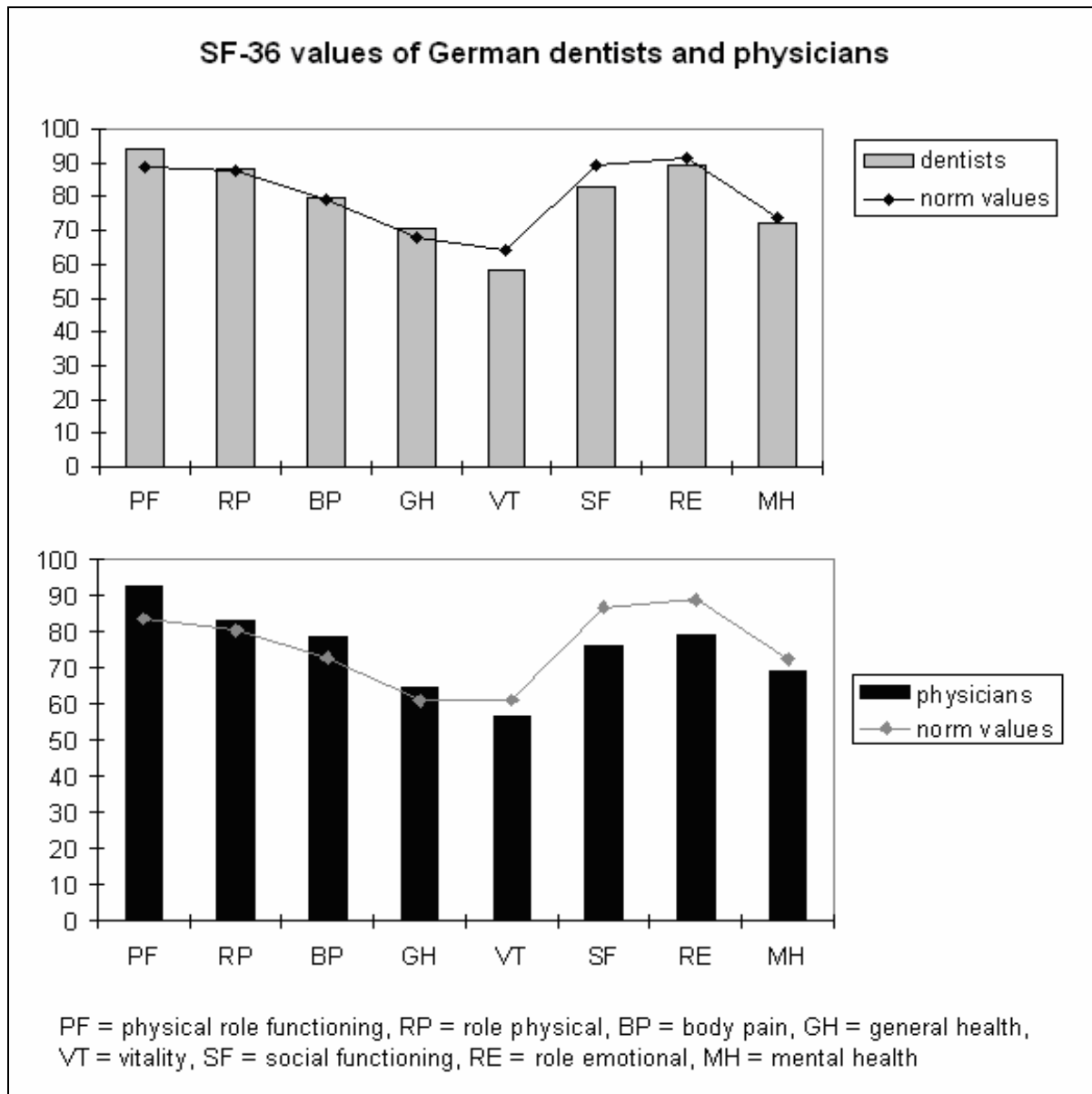
5.7 SF- 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand

Die Ergebnisse des *SF- 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Bullinger & Kirchberger, 1998) sollen nun nachfolgend für die Stichprobe der Zahnärzte und Humanmediziner beschrieben werden.

In Abbildung 18 werden die *SF -36* Ergebnisse der Stichproben graphisch dargestellt und ausgewertet (Jurkat, Beger & Reimer, in Vorbereitung).

Während Zahn- und Humanmediziner in den körperlichen Variablen des *SF-36* (körperliche Funktionsfähigkeit KF, körperliche Rollenfunktion KR, körperliche Schmerzen KS, allgemeine Gesundheitswahrnehmung AG bzw. physical role functioning PF, role physical RP, body pain BP, general health GH) mindestens die Normwerte ihrer jeweiligen Altersgruppe erreichen, schneiden sie in den vier psychischen Skalen (Vitalität VT, soziale Funktionsfähigkeit SF, emotionale Rollenfunktion ER, psychisches Wohlbefinden PW bzw. vitality VT, social functioning SF, role emotional RE, mental health MH) stets unter Normniveau ab. Allerdings sind die Differenzen zu den jeweiligen Normwerten bei den Zahnmedizinern in drei von vier psychischen Variablen geringer als bei den Humanmedizinern (SF/SF, RE/ER, MH/PW). Diese Diskrepanz ist am größten bei den Variablen emotionale Rollenfunktion und soziale Funktionsfähigkeit (siehe Abb. 18). Es sei angemerkt, dass die Zahnärzte mit der für sie ungünstigeren Altersnorm 41-50 verglichen werden (Durchschnittsalter = 47 Jahre), während die Humanmediziner aufgrund ihres Durchschnittsalters von 51 Jahren in die Altersnorm 51-60 fallen. Die Zahnärzte sind jedoch nur 4,2 Jahre jünger und nicht etwa 10 Jahre jünger als die Humanmediziner.

Abb. 10: SF-36 Werte deutscher Zahnärzte und Humanmediziner:



Gesundheitsbezogene Lebensqualität von Zahnmedizinern und Humanmedizinern (in: Jurkat, Beger & Reimer. Quality of life in working Dentists in Germany – a comparative study with working physicians, in Vorbereitung)

6 Diskussion

An dieser Stelle sollen die Befunde des Ergebnisteils diskutiert und mit der vorstehend angeführten Literatur in Beziehung gebracht werden. Zu Beginn werden Überlegungen zur Methode diskutiert, die die unterschiedlich hohen Rücklaufquoten der beiden Stichproben näher beleuchten sollen. Anschließend werden die Ergebnisse der vier Themenbereiche des *Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* (Jurkat & Reimer, 2003) beziehungsweise des *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat, 2003) erörtert: *Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit*, *Berufswahl*, *Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit* und *Gesundheit*. Zu den entsprechenden Stellen werden die Ergebnisse des SF-36 *Fragebogen zum Gesundheitszustand* (Bullinger & Kirchberger, 1998) angeführt und in Bezug zu den eigenen Ergebnissen diskutiert.

6.1 Überlegungen zur Methode

Die Auswahl der Stichproben fand entsprechend der repräsentativen, soziodemographischen Situation statt. Zu diesem Zweck wurden aus den Branchenverzeichnissen der Umgebungen Vogelsberg, Wetterau und Westerwald gezielt niedergelassene Zahn- und Humanmediziner angeschrieben, die in ländlichen sowie städtischen Bereichen angesiedelt waren. Zudem wurde bei den Zahnmedizinern die unmittelbare Umgebung von Giessen mit einbezogen, da davon ausgegangen wurde, dass dort eine Identifikation mit der Universitätsstadt besteht und die Motivation, an einer wissenschaftlichen Datenerhebung teilzunehmen, entsprechend groß ist. Dies wurde in Hinblick auf die Rücklaufquote berücksichtigt. Somit können u. a. auch die unterschiedlichen Rücklaufquoten erklärt werden, die bei den Zahnärzten bei 41,1% liegt, bei den Humanmedizinern aber bei nur 30,4%. Ein weiterer ausschlaggebender Punkt könnte sein, dass diese Untersuchung bislang die einzige im deutschsprachigen Raum ist, die sich mit der Lebensqualität von Zahnärzten beschäftigt. Da generell wenig über den Beruf des Zahnarztes geforscht wird, war das Interesse dieser Berufsgruppe an der durchgeführten Befragung groß, zudem die aktuelle Lage der Gesundheitspolitik einen hohen Frustrationsgrad in der Zahnärzteschaft ausgelöst hat, wie die aktuelle Diskussion in den Medien zeigt. Bei der Auswertung der zurückgesendeten Fragebögen wurde deutlich, dass die Zahnärzte ein größeres Bedürfnis hatten sich mitzuteilen als die Kollegen der Humanmedizin. Dies beinhaltete eine umfangreichere Schilderung der Arbeitsbedingungen und des

Freizeitverhaltens. Zudem scheinen im Vergleich mehr Zahnärzte die Befragung als Podium genutzt zu haben, um Ihre gegenwärtige Situation zu verdeutlichen. Bei vielen Humanmedizinerinnen hingegen hatte man das Gefühl einer bereits eingetretenen Resignation. Generell konnte sich beim Lesen jedes einzelnen Fragebogens ein Bild des Befragten gemacht werden, das die Grundstimmung und die Lebenssituation erfassen ließ; man konnte sich den Menschen regelrecht vorstellen. Dies lässt sich unter anderem durch den Aufbau und den Umfang des eingesetzten Fragebogens erklären. Zudem hatten die Befragten durch die zahlreichen offenen Fragen die Gelegenheit, ihre individuelle Situation ausführlich zu schildern, wie dies auch die angeführten Zitate im Ergebnisteil dieser Arbeit belegen.

6.2 Arbeitszufriedenheit und Berufswahl

Zahnärzte und Humanmediziner scheinen mit ihrer Arbeitssituation recht unzufrieden zu sein, letztere jedoch stärker. Vor allem bei den Zahnärzten, in geringerem Maße auch bei den Humanmedizinerinnen, scheint ein wichtiger Grund im unsicheren und im Vergleich zu früher niedrigeren Einkommen sowie in der Zunahme von Bürokratie und Reglementierungen im Gesundheitssystem zu liegen, wie die Ergebnisse nahelegen. Damit verbunden sind große Sorgen bezüglich der Existenz und eine überaus pessimistische Zukunftsvision, die beide Gruppen teilen. In diesem Zusammenhang spielen geregelte Arbeitszeiten bei weniger Zeitdruck eine untergeordnete Rolle. Die Analyse der Zitate deutet darauf hin, dass der Unmut über die aktuelle Gesundheitspolitik überaus groß ist und dass sich beide Fachrichtungen ihr hilflos ausgeliefert fühlen. Beide Berufe wünschen sich in Zukunft eine bessere Vergütung ihrer Arbeit und eine Reduktion der staatlichen Reglementierungen. Die angeführten Zitate im Ergebnisteil machen dies deutlich.

In einer aktuellen Arbeit fanden Reimer, Jurkat, Vetter und Raskin (2005) heraus, dass psychologische Psychotherapeuten in ihrer Arbeit zufriedener waren als ärztliche Psychotherapeuten (*Sehr + Im Großen und Ganzen*: 93,2% vs. 72,4%). Das Ergebnis dieser Untersuchung unterstützt die Annahme, dass die generelle Arbeitszufriedenheit im medizinischen Berufszweig eher niedrig ist.

Vor allem Zahnärzte schätzen in besonderem Maße die Selbständigkeit, die ihr Beruf mit sich bringt (Svab et al., 2001). Diese Selbständigkeit wird aber durch die Gesetzgebung zunehmend beschnitten und eingeschränkt. Weiterhin ist der wichtigste positive Faktor an der Arbeit der Kontakt zu den Patienten, wie die Ergebnisse zeigen. Anhand der Frage *Was*

gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit? ist zu erkennen, dass beiden Berufen der *Patienten- & Menschenkontakt* besonders gefallen, gefolgt von *Selbständigkeit* und *Selbstbestätigung*. Dabei ist anzunehmen, dass sich der erste Punkt nur dann als positiver Aspekt darstellt, wenn sich der Patientenkontakt als angenehm und positiv gestaltet. In der angeführten Literatur wurden allerdings viele Faktoren genannt, die das Arzt- Patientenverhältnis negativ beeinflussen, so unter anderem die Einschnitte im Gesundheitswesen und die immensen Zuzahlungen v. a. beim Zahnersatz, wie auch der aktuellen Diskussion in Deutschland zu entnehmen ist. Diese Aussage deckt sich ebenso mit den Äußerungen von Bovier et al. (2003). Der Zahnarzt, der zuvor schon ein schlechteres Image besaß als der Humanmediziner, muss immer mehr mit dem Vorurteil kämpfen, nur seinen finanziellen Vorteil zu sehen, und hat zunehmend mit *schwierigen Patienten* zu tun (St.-Yves et al, 1989; Freeman, 1999). Lewis (1993a) beschrieb den Zusammenhang zwischen schwierigen Patienten und hohem Stresspegel, die sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. Signifikanzen ergaben sich in der Fragestellung *Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet*. Während sich die Mehrheit der Zahnärzte *ein wenig* bis *gar nicht* überlastet fühlt, geben die Humanmediziner überwiegend an, sich *erheblich* bis *sehr* überlastet zu fühlen. Die Frage nach der momentanen Arbeitszufriedenheit fällt ebenfalls signifikant zugunsten der Zahnärzte aus, ebenso die Frage nach dem Zeitdruck, auch wenn in diesem Zusammenhang Zahnärzte sowie Humanmediziner die *hohe Patientenfrequenz* als Grund für Zeitdruck angeben. Die Ergebnisse decken sich mit den Resultaten von Jurkat & Reimer (2001a), die als größten beruflichen Stressfaktor eine hohe Patientenfrequenz und Termindruck identifizierten. Eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Wahrnehmung des Zeitdrucks sind vermutlich die unterschiedlichen Arbeitszeiten. Während Humanmediziner durchschnittlich 58 Std. pro Woche arbeiten, sind es bei den Zahnmedizinern 46 Std. pro Woche. Dies ist eine Differenz von über 10 Std. pro Woche, die den Zahnärzten z. B. zur Freizeitgestaltung und Erholung bleiben. Zudem müssen Zahnmediziner weniger Zeit für Organisatorisches aufbringen und müssen somit weniger bürokratische Verwaltungsakte bewältigen. In Widerspruch stehen allerdings die Arbeitszeiten der substanzabhängigen Zahnärzte. Sie arbeiten im Durchschnitt etwa 43 Std. Das bedeutet, dass diese Gruppe am wenigsten von allen arbeitet und trotzdem von einer Substanzabhängigkeit betroffen ist (Jurkat et al., In Vorbereitung). Es scheint daher, dass kürzere Arbeitszeiten nicht vor Suchtverhalten schützen. Denkbar wäre auch, dass sich die beiden Faktoren *Arbeitszeit* und *Substanzabhängigkeit* in umgekehrter Weise beeinflussen, sprich, dass kürzere Arbeitszeiten

evtl. die Entstehung einer Substanzabhängigkeit fördern. Beide Möglichkeiten wären somit bei der Entwicklung eines Präventionsprogramms zu bedenken.

In der Befragung wurde an vielen Stellen deutlich, dass gerade der organisatorische Aspekt der Praxisverwaltung die Ärzteschaft überfordert und frustriert, da er im eigentlichen Sinne nichts mit der ärztlichen Tätigkeit zu tun hat. Dies deckt sich ebenfalls mit den Aussagen von Bouvier et al. (2003), die einen Zusammenhang zwischen Arbeitsunzufriedenheit und Bürokratie beschrieben. Auch Dieke et al. (2002) fanden heraus, dass sich die Veränderungen im Gesundheitswesen *krankmachend* und *verunsichernd* auf die Ärzteschaft auswirken.

Wenn auch die Zahnmediziner in fast jedem Bereich statistisch gesehen besser abschneiden als die Humanmediziner, so ist das Ausmaß der Arbeitsunzufriedenheit bei beiden Fachbereichen durchaus groß. Ärzte und Zahnärzte sehen eine Tendenz zu noch mehr Bürokratie und staatlicher Einmischung sowie das weitere Sinken des Einkommens in der Zukunft. Der Trend geht zu einer allgemein schlechteren Zukunftsperspektive bei beiden Fachrichtungen. Trotz allem würden die meisten Zahn- und Humanmediziner ihren Beruf wieder wählen, wenn sie die Entscheidung erneut zu treffen hätten. Dabei ist nahe liegend, dass sich die Unzufriedenheit nicht aus berufstypischen Faktoren ergibt, die bei der Berufswahl von den Individuen schlichtweg übersehen wurden, sondern dass es sich um nachträgliche Maßnahmen und zunehmende Einschränkungen der Regierung und Gesetzgebung handelt, durch die sich der gesamte medizinische Berufsstand gegängelt und in seiner freien Berufsausübung behindert fühlt. Dies zeigt, dass die meisten Zahn- und Humanmediziner im Grunde mit ihrer Berufswahl zufrieden sind und die beruflichen Inhalte schätzen, wären sie nicht durch äußere Einflüsse derart eingeschränkt. Die angeführten Zitate im Ergebnisteil geben Hinweise auf die Gründe, die zur Wiederwahl führen würden. Die Aussagen von Vaillant et al. (1972) lassen sich mit dieser Arbeit nicht bestätigen, da sie keinen Aufschluss über die Kindheitsqualitäten der Human- und Zahnmediziner gibt und nicht beurteilt werden kann, ob ein entscheidender Faktor der Berufswahl mit einer emotionalen Vernachlässigung in der Kindheit zusammen hängt. Trotz allem wäre es möglich, dass zu hohe altruistische Ansichten in der Kindheit zur Wahl eines medizinischen Berufes geführt haben und falsche Erwartungen an den Beruf zu der heutigen Unzufriedenheit führen. Eine andere Möglichkeit ist auch, dass in der Kindheit Arztideale in der Gesellschaft und Familie vorgelebt wurden, die mit der heutigen Realität nicht mehr übereinstimmen. Der *Traumberuf* des Arztes oder Zahnarztes entstand aus diesem Idealbild aus der Kindheit und schuf Erwartungen, die mit der momentanen Berufsrealität nicht mehr erfüllt werden können. Die Zitate geben aber Aufschluss darüber, dass sich die Befragten durchaus richtige und

realistische Vorstellungen von ihrem Beruf gemacht haben. Sie kritisieren auch nicht den Beruf an sich, sondern dessen Rahmenbedingungen. Generell lässt sich feststellen, dass die Arbeitszufriedenheit bei beiden Berufen nicht hoch ist, auch wenn Zahnmediziner im Vergleich zu Humanmediziner etwas besser abschneiden. Die Arbeitsunzufriedenheit hängt sehr wahrscheinlich mit den vielfältigen Arbeitsbelastungen (hohe Patientenfrequenz, Zeitdruck, hoher Arbeitsanfall, etc.), den schlechten Rahmenbedingungen, der niedrigen finanziellen Entlohnung und an den übermäßigen gesetzlichen Reglementierungen zusammen. Im Vergleich zu einer früheren Untersuchung von Reimer & Jurkat (1996) scheint sich die Lebensqualität von niedergelassenen Humanmediziner in Deutschland noch etwas verschlechtert zu haben, und die Arbeitszeiten in dieser Berufsgruppe sind leicht angestiegen. Auch für niedergelassene Humanmediziner wäre es wünschenswert, ihre Arbeitszeiten mehr an EU-Richtlinien zu orientieren. Kürzere Arbeitszeiten wären auch im Sinne der Patientensicherheit zur Vermeidung von Kunstfehlern empfehlenswert (Gaba & Howard, 2002).

6.3 Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit

Auch im Bereich der Lebenszufriedenheit schneiden die Zahnärzte besser ab als die Humanmediziner. Auf die Frage *Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben* äußerten sich mehr Zahnärzte als Humanmediziner positiv (82% vs. 65%). Die Mehrheit der Befragten beider Berufe schient mit dem Privatleben *ziemlich* zufrieden zu sein. Trotzdem wünscht sich die Mehrheit der Zahnärzte mehr Zeit für Sozialkontakte, die Humanmediziner wünschen sich vor allem mehr Zeit für Privat- und Familienleben sowie mehr planbare Freizeit. Die Lebenszufriedenheit beider Berufe scheint sehr ähnlich der Arbeitszufriedenheit zu sein, und es zeichnete sich bei der Datenauswertung die Tendenz ab, dass sich die enorme Arbeitsunzufriedenheit direkt auf das Privatleben auswirkt und dass sich beide Bereiche gegenseitig beeinflussen. Viele Ärzte unabhängig von der Fachrichtung gaben an, sich bei extremer Arbeitsunzufriedenheit nicht in der Freizeit entspannen zu können. Zudem gaben 57% der Zahnärzte und 44% der Humanmediziner an, dass sich Arbeitsunzufriedenheit vermehrt durch Erschöpfbarkeit und Ermüdung manifestiert, wodurch keine Energie mehr für eine aktiv gestaltete Freizeit bleibt. An zweiter Stelle standen die erhöhte Krankheitsanfälligkeit und danach die psychische Unzufriedenheit. In den Zitaten wurde auf Beeinträchtigungen wie Schlaflosigkeit, Magenschmerzen, Depressionen und innere Unruhe

hingewiesen, unter denen die Befragten leiden. Trotz Übermüdung und Schlafmangel besteht Schlaflosigkeit, die zu einer Dauererschöpfung und zu erhöhter Anfälligkeit für Depressionen zu führen scheint, die eng mit Schlafstörungen verknüpft sind (Jurkat & Reimer, 2001a). Die Spearman- Korrelation für Zahnärzte ergab in diesem Zusammenhang, dass die Möglichkeit zur Erholung in hochsignifikant negativer Wechselwirkung steht, wobei sich die Kombination aus Arbeitsunzufriedenheit und Erholungsfähigkeit ausschließen könnte.

Bei der Frage nach den Voraussetzungen für ein glücklicheres Leben antworteten die meisten Zahnmediziner die *sichere berufliche und finanzielle Zukunft*, die Humanmediziner nannten mehr *Zeit für das Privatleben* und *Zufriedenheit im Privat- und Familienleben*. Dies gibt einen Hinweis darauf, dass sich vor allem bei den Zahnärzten die berufliche Situation auf das private Lebensglück auswirkt. Die Zahnärzte scheinen mehr unter der finanziellen Unsicherheit zu leiden und sehen sich auch in ihrer privaten Existenz mehr von der willkürlichen Politik bedroht als die Humanmediziner. Bei den Humanmedizinerinnen spielt zudem noch die hohe Arbeitszeit eine Rolle, die sich negativ auf das Privatleben auswirkt. Letztendlich haben beide „Wünsche“ mit dem Arbeitsleben zu tun: Humanmedizinerinnen scheinen es aufgrund der höheren Arbeitsbelastung an Zeit für das Private zu mangeln und die Zahnmediziner scheinen privat und beruflich von der Wirtschaftlichkeit ihrer Praxis abzuhängen. Dies macht die Frage nach dem Wohlfühlen im Privatleben deutlich. Humanmediziner wünschen sich mehr planbare Zeit. Beide Fachbereiche wünschen sich mehr Zeit für ihr Privat- und Familienleben. Zudem hätten Zahnmediziner gerne mehr Zeit für soziale Kontakte. Faktoren, die sich direkt mit der Arbeitssituation verknüpfen lassen, wie z. B. *frei von beruflichen & finanziellen Sorgen* wurden nicht genannt. Somit zeigt sich, dass sich indirekte Faktoren wie die Arbeitszeit mehr auf das Privatleben auswirken, indem weniger Zeit für Familie, Freunde und Freizeit bleibt.

Generell konnte über die Spearman- Korrelation, die nur für Zahnärzte berechnet wurde, ermittelt werden, dass Faktoren des Privatlebens in negativer Wechselwirkung zur Arbeitsunzufriedenheit stehen. Dies könnte aussagen, dass sich Arbeitsunzufriedenheit in negativer und hinderlicher Weise auf das private Wohlbefinden auswirkt. Es könnte aber auch aussagen, dass man durch die Steigerung der Arbeitszufriedenheit eventuell eine Verbesserung des Privatlebens erzielen könnte. Dieser Aspekt wäre für die Entwicklung eines Präventionsprogramms von großer Bedeutung.

Bedenkt man, dass die Arbeit einen großen Stellenwert im Leben der Humanmediziner hat, mehr noch als bei der Zahnmedizinerinnen, wäre eine noch schlechtere Lebensqualität in Hinblick auf die große Arbeitsunzufriedenheit zu erwarten gewesen. Eine mögliche Erklärung kann

sein, dass es vor allem Ärzte in gewissem Umfang schaffen, die Unzufriedenheit und Frustration bezüglich der Arbeit nicht auf das Privatleben zu übertragen und diese beiden Bereiche strikt von einander zu trennen. Dies gelingt ihnen wahrscheinlich mit Hilfe eines existierenden Ehe- und Familienlebens (78% der Humanmediziner sind verheiratet und haben im Durchschnitt 2 Kinder). Bei den Zahnmedizinern kann man davon ausgehen, dass die geringere Arbeitszeit von etwa 10 Std. pro Woche dem Privatleben zu Gute kommt und die höhere Arbeits- und Lebenszufriedenheit im Vergleich zu den Humanmedizinern aufgrund dessen besteht. Trotzdem sind nur 68% der Zahnmediziner verheiratet und haben durchschnittlich nur 1,5 Kinder. Zudem liegt bei den Zahnärzten dieser Stichprobe die Scheidungsrate mehr als doppelt so hoch wie bei den Humanmedizinern (16% vs. 7%). Somit ist die höhere Arbeits- und Lebenszufriedenheit bzw. die geringere Arbeitszeit kein Garant für eine glückliche Ehe und ein harmonisches Familienleben.

Hochsignifikante Unterschiede ergaben sich im Geschlechtsverkehr (GV). Dabei gaben Zahnärzte einen Durchschnittswert von 6x pro Monat an und Humanmediziner von etwa 4x pro Monat. Zahnmediziner haben in Schnitt fünf engere Freunde, Humanmediziner vier. Ob die Ergebnisse sich mit den Resultaten der verfügbaren Literatur decken, kann nicht eindeutig erwiesen werden; Brotherton (1993) fand heraus, dass verheiratete Ärzte mit Kindern mehr arbeiten als nicht verheiratete Ärzte. Ob sich die höhere Arbeitszeit der Humanmediziner im Vergleich zu den Zahnmedizinern mit diesem Aspekt erklären lässt, ist fraglich, kann aber anhand der aktuellen Auswertung auch nicht widerlegt werden.

Nelson (1978) gibt zu bedenken, dass der Humanmediziner beruflich gezwungen wird, seine Gefühle zu ignorieren und zu verneinen, und dies auch im Privatleben so machen. Dies führe zur Entstehung von Eheproblemen. Setzt man diese Aussage ins Verhältnis zu den Ergebnissen dieser Arbeit, so stellt sich die Frage, wie die Humanmediziner zu einer relativ hohen Lebenszufriedenheit kommen bei einer objektiv hohen Arbeitsunzufriedenheit. Dies lässt den Schluss zu, dass das Ehe- und das Familienleben intakt sein muss, um die hohe Arbeitsunzufriedenheit kompensieren zu können. Dieser Ausgleich im Privatleben ist laut Reimer et al. (2001) auch ein entscheidender Faktor zur Prävention von Suchverhalten und Substanzmissbrauch.

6.4 Gesundheit

Beide untersuchten Gruppen geben in gleicher Weise an, sich gesund bzw. ungesund zu verhalten, womit sie sich in ihrem Gesundheitsverhalten ausgleichen. Somit kann nicht gesagt werden, dass sich der eine Beruf generell gesünder verhält als der andere. So treiben die Zahnärzte mehr Sport, dafür befinden sich aber mehr Raucher unter ihnen. Im Umkehrschluss rauchen Humanmediziner weniger, bewegen sich aber weniger. Zudem schlafen Humanmediziner weniger und arbeiten mehr.

Bei den Zahnmedizinern konnte ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Höhe des Arbeitsanfalls und dem Tee- und Kaffeekonsum festgestellt werden. Beide Berufe haben Beeinträchtigungen im Gesundheitsverhalten, die aus dem Arbeitsverhalten resultieren. Beide Berufe geben ihr Wohlbefinden im Bereich *gut bis zufrieden stellend* an, wobei sich beide Berufe wohl nicht positiver äußern, da sie wissen, dass sie mehr Zeit für Freizeit, Sport und Familienleben aufwenden sollten. Hier soll an das Zitat einer 61-jährigen Humanmedizinerin erinnert werden, die um 20:30 keine Lust mehr hat, die Turnschuhe anzuziehen, um sich sportlich zu betätigen, und die auch oft am Wochenende arbeitet. Auch ein 34-jähriger Zahnarzt bemängelt seinen hohen Kaffee- und Zigarettenkonsum, das unregelmäßige Essverhalten und den geringen sportlichen Ausgleich.

Besondere Bedeutung kommt der eigenen Erholungsfähigkeit zu, die allerdings auch negativ von der Arbeitszufriedenheit beeinflusst wird. Dies wird auch in dem im Ergebnisteil angeführten Zitat einer 37-jährigen Ärztin deutlich, die beschreibt, dass die beruflichen Anspannungen mit den psychischen Belastungen oft groß sind, die Entspannungs- und Erholungsphasen oft überschattet werden und das Abschalten schwer fällt. Auf die Frage *Beeinflusst Ihr Lebensstil Ihre Gesundheit? - Weshalb?* antwortete die Mehrheit der Zahnärzte mit *ungesundes Essverhalten* und *Mangel an sportlichem Ausgleich*. Die Humanmediziner antworteten mit *Disstress & Zeitdruck* und *übermäßiger Arbeitsbelastung*. Anhand dieser Ergebnisse und der aufgeführten Zitate könnte man annehmen, dass sich Ärzte und Zahnärzte gesünder verhalten würden, hätten sie mehr Zeit und weniger Arbeitsbelastung.

Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse in Bezug auf Schlafstörungen kann gesagt werden, dass weniger Zahnärzte von einer manifestierten Schlafstörung betroffen sind als Humanmediziner. Dafür geben aber mehr Zahnmediziner an, gelegentlich unter Schlafstörungen zu leiden. Zahnmediziner und Humanmediziner bemängeln vor allem Schlafmangel. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass substanzabhängige Zahnärzte im Vergleich zu den nichtsubstanzabhängigen, niedergelassenen Zahnärzten mehr Schlaf- und

Beruhigungsmittel konsumieren, mehr Alkohol trinken und zudem vermehrt unter Schlafstörungen leiden. Dabei kann die Schlafstörung aber eine Folge des Substanzmissbrauchs sein, oder aber aufgrund der Schlafstörung und der Medikamenteneinnahme entwickelte sich eine Substanzabhängigkeit (Reimer et al., 2001).

Bedenkt man aber, dass Zahnärzte über eine Stunde pro Woche mehr Zeit zur Erholung haben als Humanmediziner, eine Stunde pro Nacht mehr schlafen und die wöchentliche Arbeitszeit der Zahnärzte 12 Std. weniger beträgt als die der Humanmediziner, so müsste es den Zahnärzten in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden (laut WHO die psychische und physische Gesundheit) signifikant bis hochsignifikant besser gehen als den Humanmediziner.

Um die mentale Gesundheit beider Berufe noch ausführlicher zu diskutieren, können die psychischen Dimensionen des *SF-36* herangezogen werden. Bei den Humanmediziner zeigen sich in allen vier Skalen der psychischen Bereiche Beeinträchtigungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Damit werden die Ergebnisse von Jurkat, Vollmert & Reimer (2003) und Miller & McGowen (2000) bestätigt, die bezüglich der gesundheitlichen und allgemeine Lebensqualität vor allem die psychischen Belastungen von Ärzten als negative Faktoren nennen. Laut Arnetz (1997) geschieht dies durch Kontroll- und Autonomieverluste an der Arbeit und durch geringe intellektuelle Stimulation. Den Ärzten ist diese Beeinträchtigung oft nicht bewusst, da sie sich nur ungern ihren psychischen Problemen stellen und ihre emotionale Zugänglichkeit unterdrücken (Nelson, 1978). Diesen Aspekt nennt auch Joffe (1996) hinsichtlich der Zahnmediziner. Die Zahnärzte sind in den vier psychischen Skalen ebenfalls unter der Altersnorm der Allgemeinbevölkerung, sie schneiden aber auch hier wieder etwas besser ab als die Humanmediziner. Dies liegt aber in der Konsequenz der bisher dargestellten Ergebnisse und lässt sich vermutlich auch durch sie erklären (weniger Arbeitszeit, mehr Freizeit, mehr Zeit für Erholung und mehr Schlaf). Trotzdem sind beide Gruppen laut *SF-36* Ergebnissen in der psychischen Gesundheit beeinträchtigt, wonach vermutlich eine Burnoutgefahr besteht. Diese kommt bei beiden Berufen wahrscheinlich durch den hohen Arbeitsanfall, gekoppelt mit den Reglementierungen und der finanziellen Unsicherheit zustande. In Verbindung mit einem unausgeglichene Privatleben kann dies zum Burnout führen.

Was die körperlichen Dimensionen des *SF-36* betrifft, schneiden die Humanmediziner leicht besser ab als ihre Altersnorm. Die Zahnärzte liegen mit der Altersnorm der Allgemeinbevölkerung etwa gleichauf. Es sei aber angemerkt, dass die Zahnärzte mit der für sie ungünstigeren Altersnorm verglichen werden. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung

liegen Zahn- und Humanmediziner, was die körperlichen Dimensionen angeht, im Bereich der Norm, während sie im psychischen Bereich aber beide gleichermaßen beeinträchtigt sind.

7 Zusammenfassung

Bis zum heutigen Zeitpunkt existieren kaum eingehende Untersuchungen zur privaten und beruflichen Lebensqualität von Zahnärzten, wobei über den Humanmediziner mittlerweile etwas mehr bekannt ist. Im Zuge der aktuellen Gesundheitsreform ist das Interesse an entsprechenden Ergebnissen immens gestiegen, da sich herausstellte, dass nicht nur Patienten unter den Veränderungen leiden, sondern in hohem Maße auch die Ärzteschaft.

Um den direkten Vergleich beider medizinischer Fachrichtungen zu ermöglichen, wurde im Sommer 2003 ein speziell entwickelter Fragebogen zur *„Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten“* (Jurkat & Reimer, 2003) an 124 berufstätige Zahnärzte im hessischen Raum versandt sowie ein vergleichbarer Fragebogen zur *„Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten“* (Reimer & Jurkat, 2003) an 253 berufstätige Humanmediziner.

Die detaillierte Auswertung der zurückgesendeten Fragebögen bestätigte die zuvor aufgestellten Arbeitshypothesen weitgehend: Zahnärzte sowie Humanmediziner sind in hohem Maße arbeitsunzufrieden, wobei festgestellt werden konnte, dass sich die immense berufliche Unzufriedenheit direkt auf das Privat- und Familienleben der Zahn- und Humanmediziner sowie auf die körperliche und geistige Gesundheit auswirkt. Die momentane negative Stimmung der Ärzteschaft kommt in zahlreichen Zitaten zum Ausdruck, die auch Resignation und Pessimismus ausdrücken. Die Ergebnisse zeigen somit, dass es nicht verwunderlich ist, wenn deutsche Zahnärzte und Ärzte ein überproportionales Suchterkrankungsrisiko aufweisen. Einem glücklichen und ausgeglichenen Privatleben ist ein hoher Stellenwert bei der Suchtprävention zuzuschreiben. In diesem Zusammenhang werden die Brisanz der Ergebnisse und deren möglichen Auswirkungen deutlich, umso mehr, wenn man bedenkt, dass das „Leiden“ der Ärzteschaft sich direkt und indirekt auf die Qualität der ärztlichen Versorgung in Deutschland auswirken könnte.

8 Summary

Until today hardly any detailed studies exist on the private and professional quality of life in dentists, although some information does exist on the quality of life in physicians.

In the course of the current reform of the German health care system, the interest in such results has risen, because not only patients are affected, but to a considerable degree, the medical profession also suffers from these changes possibly contributing to a shortage of dentists and physicians in the future.

To compare these medical professions, the specifically developed *Questionnaire on the Quality of Life of Dentists* (Jurkat & Reimer, 2003), and the comparable *Questionnaire on the Quality of Life of Physicians* (Reimer & Jurkat, 2003) were used together with the *SF-36 Health Survey* and were sent to 124 dentists and 253 physicians. The evaluation of the returned questionnaires (dentists n=51; physicians n=71) indicates a high degree of professional discontentment, which directly seems to affect negatively the private and family lives of the two samples and seems to impair their physical and mental health. In numerous quotations, resignation and pessimism were expressed.

The fact that happy and balanced private lives can contribute, for example, to the prevention of addiction, has already been described in published literature. Also, improved professional satisfaction could have a positive effect on the quality of medical treatment, as well as the medical attendance of the patients and reduce the risk of malpractice. This clarifies the possible significance of the results presented in this study.

9 Literaturverzeichnis

Alexander, R. E. (2001). Stress-related suicide by dentists and other health care workers. Fact or folklore? *Journal of the American Dental Association* 132, 786-794.

Alpern, F., Correnti, C. E., Dolan, Th. E., Llufrío, C. & Sill, A. (1992). A survey of recovering Maryland physicians. *Maryland Medical Journal*, 41 (4), 301-303.

Appleton, K., House, A. & Dowell A. (1998). A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *British Journal of General Practise*, 48, 1059-1063.

Arnetz, B. B. (1997). Physicians` view of their work environment and organisation. *Psychother Psychosom*, 66, 155-162.

Arnetz, B. B., Hörte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E. & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta psychiatr Scand*, 75, 139-143.

Baldwin, P. J., Dodd, M. & Wrate, R. M. (1997a). Young doctors` health – I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*, 45 (1), 35-40.

Baldwin, P. J., Dodd, M. & Wrate, R. M. (1997b). Young doctors` health – II. Health behaviour. *Soc Sci Med*, 45 (1), 41-44.

Bardé, B. (1987). Psycho- und soziodynamische Aspekte von Stresssituationen an der Klinik. *Wege zum Menschen*, 39 (8), 483-503.

Beisser, C. (1994). Medical marriages. *British Medical Journal*, 309, 1673.

Bener, A., Gomes, J. & Anderson, J. A. (1993). Smoking habits among physicians in two Gulf countries. *Journal of the Royal Society of Health*, 113 (6), 298-301.

Bennett, J. & O'Donovan, D. (2001). Substance misuse by doctors, nurses and other healthcare workers. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 195-199.

Benzer, D. G. & Miller, M. M. (1995). The disturbtive-abusive physician: A new look at an old problem. *Wisconsin Medical Journal*, 94 (8), 455-460.

Bewley, B. & Bewley, Th. (1990). Doctors as an example: Smoking and drinking. *Medical Education*, 29 (32), 187.

Bishop, M. G. H., Gelbier, S. & Gibbson, D. (2001). Ethics – dentistry and tooth-drawing in the late eighteenth and early nineteenth centuries in England. Evidence of provision at all levels of society. *British Dental Journal*, 191 (10), 575-580.

Bishop, M. G. H., Gibbson, D. & Gelbier, S. (2002). Ethics; „In consideration of the love he bears." Apprenticeship in the nineteenth century and the development of professional ethics in dentistry. Part I. The practical reality. *British dental Journal*, 193 (5), 261-266.

Blondell, R. (1992). Impaired physicians: The Kentucky experience. *Journal of the Kentucky Medical Association*, 90, 63-67.

Blondell, R. (1993). Impaired physicians. *Primary Care*, 20 (1), 209-219.

Bohigian, G. M., Croughan, J. L. & Sanders, K. (1994). Substance abuse and dependency in physicians: An overview of the effects of alcohol and drug abuse. *Missouri Medicine*, 91 (5), 234-238.

Boisubain, E. V. & Levine, R. E. (2001). Identifying and assisting the impaired physician. *American Journal of the Medical Sciences*, 322 (1), 31-36.

Bonn, D. & Bonn, J. (2000). Work-related stress: Can it be a thing of the past? *The Lancet*, 355, 24.

Borea, G., Montebugnoli, L. & Braiato, A. (1989). The effect of patient anxiety on the cardiovascular stress of dentists. *Quintessence International*, 20 (11), 853-857.

Bosch, X. (2000). First impaired physicians therapy program appears to be successful in Spain. *Journal of the American Medical Association*, 283 (24), 3186-87.

Botchway, C. A. (2000). Slaves to stress. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66, 31-32.

Bovier, P. A. & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 13 (4), 299-305.

Bradbury, Th. N., Beach, S. R., Fincham, F. D. & Nelson, G. M. (1996). Attributions and behavior in functional and dysfunctional marriages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 569-576.

Brooke, D. (1995). The addicted doctor. *British Journal of Psychiatry*, 166, 149-153.

Brooke, D. (1997). Impairment in the medical and legal profession. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (1), 35-42.

Brooke, D., Edwards, G. & Taylor, C. (1991). Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, 1011-1016.

Brooke, D., Edwards, G. & Taylor, C. (1993). Doctors and substance misuse: Types of doctors, types of problems. *Addiction*, 88, 655-663.

Brotherton S. E., LeBailly, S. A. (1993). The effect of family on the work lives of married physicians: What if the spouse is a physician, too? *Journal of the American Medical Women's Association*, 48 (6), 175-181.

Brown, C. & Reimer, C. (1995). Psychohygiene im Krankenhaus. Belastungen bei Pflegenden und Medizinern. *Giessen: Focus-Verlag*, 1995, 89-109.

Bühler, K.-E. (2001). Arbeitssucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (8), 463-465.

Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der deutsche SF-36 Health Survey – Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 3 (1), 21-36.

Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, M. & Pöppel, E. (1988). Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Deutsches Ärzteblatt*, 85 (11), 504-505.

Clade, H. (2002). Kassenärzte: Klagen über hohe Arbeitsbelastung und Dauerstress. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (27), 1871-1872.

Dieke, S., Schmidt, H. & Katzer, R. (2002). Studie zur Arbeitszufriedenheit: Burnout als Gefahr in den Arztpraxen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99 (22), 1526.

Fayne, M. & Silvan, M. (1999). Treatment issues in the group psychotherapy of addicted physicians. *Psychiatric Quarterly*, 70 (2), 123-135.

Fengler, J. (1991). Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. *J. Pfeiffer Verlag 1991*.

Flintrop, J. (2001). Auf dem Abstellgleis. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (12), 745-747.

Flintrop, J. (2001). Mit Bauchschmerzen zum Dienst. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (12), 742-745.

Flintrop, J. (2001). Stich ins Wespennest. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (18), 1170-1171.

Flowers, W. M. (1999). Sometimes doctors need help, too – The Mississippi Recovering Physicians Program. *Journal of the Mississippi State Medical Association*, 252- 255.

Fowlie, D. G. (1999). The misuse of alcohol and other drugs by doctors: A UK report and one region`s response. *Oxford Journals online / Alcohol and Alcoholism*, 34 (5), 666-671.

Freeman, R. (1999). A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *British Dental Journal*, 186 (10), 503-506.

Frey, R. (2000). When professional burnout syndrome leads to dysthymia. *Journal of the Canadian Dental Association*, 66, 33-34.

Gaba, D. M. & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *New England Journal of Medicine*, 347, 1249-1255.

Goetzke, W. & Hendges, M. (2002). Chancen und Risiken für den Zahnarztberuf. *Zahnärztliche Mitteilungen*, 92 (12), 20-30.

Gorter R. C., Eijkman, M. A., J. & Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 108, 261-267.

Hartshorne, J. E., Carstens, I. L., Prins, J. & Kriel, H. (1989). Persoonlike en professionele eienskappe van dame tandartse in die RSA. *Journal of the Dental Association of South Africa*, 44, 401-405.

Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S. & Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296-300.

Hellwig, Klimek & Attin (1999). Einführung in die Zahnerhaltung. *Urban & Fischer Verlag* 2. Auflage.

Hilliard-Lysen, J. & Riemer, J. W. (1988). Occupational stress and suicide among dentists. *Deviant Behav*, 9, 333-46.

Hughes, P.H., Storr, C. L., Brandenburg, N. A., Baldwin, D. C., Anthony, J. C. & Sheehan, D. V. (1999). Physician substance use by medical specialty. *Journal of Addictive Diseases*, 18 (2), 23-37.

“I’m a dentist and a drug addict.” (1990). *Missouri Dental Journal*, 70 (4), 16-19.

Joffe, H. (1996). Dentistry on the couch. *Australian Dental Journal*, 41 (3), 206-10.

Jones, D. G. (1999). Impaired dentists have a new place to find help. *Journal of the California Dental Association*, 27 (1), 17-18.

Joos, R. W. (1975). Mercury vapor –a cloud over dentistry. *Northwest Dentistry*, 54 (3), 314-317.

Jurkat, H. B., Weismann, S. & Reimer, C. (1997). Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten. *Der Internist*, 38, 381 – 386.

Jurkat, H. B. (2000). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. Humanbiologische Dissertation, Justus-Liebig-Universität Giessen.

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

Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001b). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82 (32/33), 1739-1744.

Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2003). Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten. Copyright Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Giessen.

Jurkat, H. B., Vollmert, C. & Reimer, C. (2003). Konflikterleben von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 213-231.

Jurkat, H. B., Beger, J. B. & Reimer, C. (in Vorbereitung). Quality of life in working dentists in Germany – a comparative study with working physicians.

Jurkat, H. B., Reimer, C. & Vollmert, C. (in Vorbereitung). Quality of life of physicians and dentists with and without substance abuse – Workload, life satisfaction and health behavior.

Kane, W. (1990). Shouldn't they know better? *Missouri Dental Journal*, 70 (4), 22-23.

Kane, W. (1998). The conspiracy of silence. *Focus Medical Dental Association*, 31 (78/2), 8.

Katz, C. A. (1987). Are you a hardy dentist? The relationship between personality and stress. *Journal of Dental Practice Administration*, 4, 100-107.

Kaufhold, R. & Schwarte, A. (2001). Investitionen bei der zahnärztlichen Existenzgründung 2000. *Institut der Deutschen Zahnärzte*, 2.

Kern, D. (2002). Nur als Team zum Erfolg. *Zahnärztliche Mitteilungen* 92 (15), 78-80.

Kittelson, L. (1998). Secrets and lies: alcohol and drug addiction in dentistry. *Journal of the California Dental Association*, 26 (10), 744-747, 749-750.

Kopetsch, T. (2004). Die ärztliche Profession in Deutschland. *Journal of Public Health*, 12, 304-320.

Kruse, J. H., Wasinger, J. & Honor, J. (1987). New help for the drugged/drunken dentist. *Journal of the Colorado Dental Association*, 65 (4), 10-11.

Kumar, P. & Basu, D. (2000). Substance abuse by medical students and doctors. *Journal of the Indian Medical Association*, 98 (8), 447-452.

Lamberg, L. (1999). "If I work hard(er), I will be loved." Roots of physician stress explored. *Journal of the American Medical Association*, 281 (1), 13-15.

Lang Peterson, R. (1987). The impaired dentist: What Michigan dentists report. *Journal of the Michigan Dental Association*, 69 (4/5), 203-212.

Lang-Runtz, H. (1984). Stress in dentistry: It can kill you. *Journal of the Canadian Dental Association*, 7, 539-541.

Lehmann, A., Müller, G., Kirch, w., Klimm, W. & Reitemeier, B. (2003). Arzneimitteltherapie und Mundgesundheit bei pflegebedürftigen Senioren in Alten- und Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Journal of Public Health*, 11 (1), 69-79.

Lewis, J. M., Barnhart, F. D., Howard, B. L., Carson, D. I. & Nace, E. P. (1993a). Work satisfaction in the lives of physicians. *Texas Medicine / The Journal*, 89 (2), 54-61.

Lewis, J. M., Barnhart, F. D., Howard, B. L., Carson, D. I. & Nace, E. P. (1993b). Work stress in the lives of physicians. *Texas Medicine / The Journal*, 89 (2), 62-67.

Lewis, J. M., Barnhart F. D., Nace, E. P., Carson D. I. & Howard B. L. (1993). Marital satisfaction in the lives of physicians. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (4), 458-465.

Linn, L. S., Yager, J., Cope, D. & Leake, B. (1985). Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *Journal of the American Medical Association*, 254 (19), 2775-2782.

Litchfield, N. B. (1989). Stress-related problems of dentists. *International Journal of Psychosomatics*, 36 (1-4), 41-44.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*.

Mäulen, B. (1993). Sucht in helfenden Berufen. *Psychiatrische Praxis*, Sonderheft (1), Juni 1993.

Marcus, I. M. (1980). Harmony vs. Discord in marriage : A view of physicians` marriages. *Journal of the Louisiana State Medical Society*, 132 (11), 173-178.

Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. S. & Rounsaville, B. J. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55 (11), 973-979.

Meyer, H. (2000). Das Teamgespräch in der Zahnarztpraxis. Effizientes und flexibles Führungsverhalten. *Bayrische Landeszahnärztekammer*, 11.

Miller, M. N. & McGowen, K.R. (2000). The painful truth: Physicians are not invincible. *Southern Medical Journal*, 93 (10), 966-973.

Moore, N. N. & Bostwick, J. M. (1999). Ketamine dependence in Anaesthesia providers. *Psychosomatics*, 40 (4), 356-359.

Murray, J. J. (2002). Better opportunities for women dentists: A review of the contribution of women dentists to the workforce. *British Dental Journal*, 192 (4), 191-196.

Neddermeyer, W. (2002). Proprioception – ein Weg zur zahnärztlichen Ergonomie. *Zahnärztliche Mitteilungen* 92 (16), 36-39.

Nelson S. B. (1978). Some dynamics of medical marriages. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 28, 585-586.

Obermeyer, M. (2002). Wege aus den Burnout: Sich nie mehr ausgebrannt fühlen. www.zm-online.de/zm/8_02/pages2

O'Connor Gallacher, K. (1993). Chemical dependence in the dental profession. *Pennsylvania Dental Journal*, 60 (3), 33-37.

O'Connor, D., O'Connor, R., White, B. L. & Bundred, E. (2000). The effect of job strain on British practitioners mental health. *Journal of Mental Health*, 9 (6), 637-654.

Olbertz, S. (2002). Praktizieren zwischen zwei Welten. Zahnärzte sind auch Unternehmer. *Zahnärztliche Mitteilungen* 92 (16), 68-72.

Pemperton, M. N., Atherton, G. J. & Thornhill, M. H. (2000). Violence and aggression at work. *British Dental Journal*, 189 (8), 409-410.

Peters, A. C. (1987). Chemical dependency in the dental profession. *Journal of the Massachusetts Dental Association*, 36 (4), 199-201, 206.

Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (Hrsg.). (2000). Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. *Landsberg: Ecomed*.

Reid, W.H. (2001). Recognizing and dealing with impaired clinicians, Part I: Recognition and Reporting. *Journal of Medical Practice Management*, 97-99.

Reid, W.H. (2001). Recognizing and dealing with impaired clinicians, Part II: treatment options. *Journal of Medical Practice Management*, 145-148.

Reimer, C. & Jurkat, H. B. (1996). Pessimismus macht sich breit. *Deutsches Ärzteblatt*, 93 (16), 1022-1024.

Reimer, C. & Jurkat, H. B. (1997). Lebensqualität und berufliche Belastung von Allgemeinärzten. *Der Allgemeinarzt*, 13, 1224-1228.

Reimer, C. & Jurkat, H. B. (2000). Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten. In: H. B. Jurkat. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. Dissertation: Justus-Liebig-Universität Giessen.

Reimer, C., Jurkat, H. B., Mäulen, B. & Stetter, F. (2001). Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Medizinern. *Psychotherapeut*, 46, 376-385.

Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A. & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut* (in press).

Reimer, C., Trinkhaus, S. & Jurkat, H. B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 381-385.

Revicki, D. A. & May, H. J. (1985). Physician suicide in North Carolina. *Southern Medical Journal*, 78 (10), 1205-1210.

Richardson, M. E. (2000). As others see us. *British Dental Journal*, 189 (6), 290-294.

Rottenfuß, R. (1999). Studie zur Arbeitszufriedenheit der Vertragsärzte: Viele Kassenärzte fühlen sich ausgebrannt. *Deutsches Ärzteblatt*, 96 (10), 610-613.

Schneider, C. & Bühler, K.-E. (2001). Arbeitssucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (8), 463-466.

Scott, J. (1999). Dental education and the European context. *British Dental Journal*, 186 (12), 638-640.

Sheiham, A. (2001). Public Health Approaches to Promoting Dental Health. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Journal of Public Health*, 9 (2), 100-111.

Statistisches Bundesamt Deutschland. (2002). Gesundheitswesen – Personal des Gesundheitswesens. www.destatis.de

Stonehouse, C. A. & Newman, A. P. (2001). Mercury vapour release from a dental aspirator. *British dental Journal*, 190 (10), 558-560.

St.-Yves, A., Freeston, M. H., Godbout, F., Poulin, L., St-Amand, C. & Verret, M. (1989). Externality and burnout among dentists. *Psychological Reports*, 65, 755-758.

Suominen-Taipale, A. L., Nordblad, A. & Arinen, S. (2003). Dental Attendance in Relation to Aspects of Need in the Adult Finnish Population. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Journal of Public Health*, 11 (5), 7-19.

Svab, I., Vatovec Progar, I. & Vegnuti, M. (2001). Private practice in Slovenia after the health care reform. *European Journal of Public Health*, 11 (4), 407-412.

Te Brake, H., Gorter, R., Hoogstraten, J. & Eijkman, M. (2001). Burnout intervention among Dutch dentists: long-term effects. *European Journal of Oral Science*, 109, 380-387.

Tezel, H., Ertas, O. S., Erakin, C. & Kayali, A. (2001). Blood mercury levels of dental students and dentists at a dental school. *British Dental Journal*, 191 (8), 449-452.

Thust (2000). Ärzttestatistik zum 31. Dezember 1999. *Supplement zum Deutschen Ärzteblatt*, 25, 3-15.

Underwood, B & Fox, K. (2000). A survey of alcohol and drug use among UK based dental undergraduates. *British Dental Journal*, 189 (6), 314-317.

Vaillant, G. E., Sobowale, N. C. & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, 287 (8), 372-375.

Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, M. A.: New England Medical Center, The Health Institute.

10 Anhang

A Untersuchungsinstrument *Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* (Jurkat & Reimer, 2003); Copyright: Zentrum für psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Giessen.

B Anschreiben und Erinnerungsschreiben für berufstätige Zahnmediziner

C Lebenslauf

D Danksagung

E Erklärung



Fragebogen
zur Lebensqualität von
Zahnärztinnen und Zahnärzten

Vollversion 2003

Zentrum für Psychosomatische Medizin der Justus-Liebig-Universität Giessen

Copyright © H.B. Jurkat & Ch. Reimer

Gesundheit schließt gemäß der WHO (World Health Organisation) nicht nur das physische, sondern auch das psychische und soziale Wohlbefinden der Menschen ein.

Angesichts der Tatsache, daß Ärzte im allgemeinen zeitlich durch den Beruf sehr angespannt sind, würden wir Ihnen gerne einige Fragen zur Gestaltung Ihres Lebens stellen:

Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit:

Wie viele Stunden in der Woche arbeiten Sie? Anzahl: ___

Wie viele Stunden davon haben Sie direkten Patientenkontakt? Anzahl: ___

Wie viele Stunden entfallen auf organisatorische Tätigkeiten? Anzahl: ___

Wieviel Zeit verbringen Sie im Jahr auf Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen außerhalb Ihres Arbeitsortes? Anzahl der Tage: _____

Würden Sie, wenn möglich, Teilzeit arbeiten?

ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang in Stunden pro Woche? Anzahl: ___

Fühlen Sie sich durch den Arbeitsanfall überlastet?

sehr erheblich mäßig ein wenig gar nicht

Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?

ständig sehr selten

Wenn ja, wann besonders?

.....
.....

Können Sie sich erholen, wenn die Möglichkeit dazu gegeben ist?

immer in der Regel häufig gelegentlich nie

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?

sehr im großen und ganzen mäßig kaum gar nicht

Was gefällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?

1.
2.
3.

Was mißfällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?

1.
2.
3.

Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihrer Arbeit?

.....
.....
.....

Haben Sie im Hinblick auf Ihren Beruf Zukunftsängste ?

ständig sehr selten

Wenn ja, welche?

.....
.....

Welche Wünsche nach Veränderung haben Sie?

.....
.....
.....

Glauben Sie, daß die berufliche Perspektive für Zahnärztinnen und Zahnärzte sich ändert?

ja nein

Wenn ja, in welche Richtung?

.....
.....
.....

Empfinden Sie, daß Ihr Einkommen Ihrer beruflichen Leistung entspricht?

.....

Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden?

Ja, sehr Nein, überhaupt nicht.

Wie macht sich Arbeitszufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

.....

Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

- mehr körperlich? (z.B. Erschöpfbarkeit, Ermüdung)?

.....

- mehr psychisch? (z.B. Gefühle von Ärger, Wut, Reizbarkeit, Depression, Lustlosigkeit)?

.....

Wie gehen Sie mit Anspannungen, die aus der Arbeit resultieren, im allgemeinen um?

1. Ich neige eher dazu, Spannungen mit mir selbst auszutragen.
2. Ich zeige Spannungen i.a. auch meiner Umgebung, bevorzugt gegenüber:
 Kollegen Pflegepersonal Patienten ärztliche Vorgesetzte
3. durch Mitnahme der Spannungen nach Hause
4. Ich bewältige aus der Berufsarbeit resultierende Spannungen auf andere Weise:
 durch sportliche Aktivitäten
 durch zynische Bemerkungen
 durch Pflege kollegialer Kontakte und Gespräche
 durch Alkoholgenuß
 durch sexuelle Phantasien
 durch sexuelle Aktivitäten außerhalb einer Partnerschaft
 durch aggressive Phantasien wenn ja, welche?

.....

5. Sonstiges:
-

Berufswahl:

Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden?

ja unsicher nein

Wenn ja, warum?

.....

Wenn unsicher, warum?

.....

Wenn nein, warum nicht?

.....

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Beruf des Zahnarztes zu ergreifen?

ja nur bedingt nein

Wenn ja, warum?

.....

Wenn nur bedingt, warum?

.....

Wenn nein, warum nicht?

.....

Würden Sie lieber in einem anderen medizinischen Fach als dem gegenwärtigen arbeiten?

ja nein

Wenn ja, in welchem?

.....

Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten?

ja eventuell nein

Wenn ja, in welchem?

.....

Wann haben Sie **erstmal**s daran gedacht, später einmal Zahnmedizin zu studieren?

im Alter von: ___

Können Sie sich noch daran erinnern, wodurch (z.B. spezielles Erlebnis, Ereignis, Umstände) Sie **erstmal**s auf diesen Gedanken gekommen sind?

ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Situation bzw. die Motivation, als Sie **erstmal**s den Wunsch verspürten, Zahnmedizin zu studieren.

.....
.....
.....

Haben auch andere Familienangehörige (z.B. Vater, Mutter, Geschwister, Großeltern) Zahnmedizin studiert?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wollte Ihre Mutter und/oder Ihr Vater auch Zahnmedizin studieren, konnte aber diesen Wunsch nicht realisieren?

Mutter: ja nein

Vater: ja nein

Welche Vorstellungen, Phantasien und Ideale hatten Sie früher (vor Aufnahme des Zahnmedizin-Studiums) vom Beruf des Zahnarztes?

.....
.....
.....

Welche Ideale/Träume haben Sie **heute** in bezug auf Ihre Berufstätigkeit?

.....
.....

Wann stand Ihr Entschluß fest, Zahnmedizin zu studieren? Alter ____

Können Sie kurz beschreiben, welche Gründe Sie endgültig dazu bewogen, Zahnmedizin zu studieren?

.....
.....
.....

Bitte schreiben Sie auf, welcher der für Sie wichtigste, der zweitwichtigste und der drittwichtigste Grund für den Entschluß, Zahnmedizin zu studieren, war:

- 1.
- 2.
- 3.

Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?

außerordentlich sehr ziemlich wenig gar nicht

Welche Lebensziele haben Sie heute?

.....

.....

.....

In der Kindheit und Jugend hat eigentlich jeder Mensch bestimmte Ideale/Lebensträume. Welche hatten Sie?

.....

.....

.....

Was haben Sie davon verwirklicht und was nicht?

verwirklicht:

nicht verwirklicht:

.....
.....
.....
.....

Was müßte erfüllt sein, damit Sie in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen?

.....

.....

.....

Haben Sie Kinder?

ja nein

Wenn ja, wie viele? ____

Möchten Sie manchmal einschlafen und nicht wieder aufwachen?

oft gelegentlich selten sehr selten niemals

Leben Sie in fester Partnerschaft?

ja nein

Wenn ja, wie lange dauert sie schon an?

.....

Sind Sie mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?

sehr im großen und ganzen einigermaßen eher nicht gar nicht

Welche gemeinsamen Unternehmungen führen Sie durch?

.....

.....

.....

Führen Sie mehr gemeinsame Aktivitäten oder weniger als zu Beginn der Partnerschaft aus?

viel mehr viel weniger

Wie häufig haben Sie durchschnittlich Geschlechtsverkehr miteinander im Monat?

Anzahl: ____

Sind Sie mit diesem Ausmaß zufrieden?

ja nein

Wenn nein, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?

.....

.....

Hat sich die Häufigkeit im Vergleich zu Beginn der Partnerschaft geändert?

ja nein

Wenn ja, in welcher Art?

.....

Erleben Sie in Ihrer Partnerschaft eine für Sie erfüllte Sexualität?

ja teils teils nein

Finden Sie während der Woche Zeit für Gespräche miteinander?

ja gelegentlich nein

Wie lange sprechen Sie im Durchschnitt täglich miteinander (außer über Alltagserledigungen)?

.....

Streiten Sie sich häufig intensiv?

ständig niemals

Lassen Sie sich Ihrer Meinung nach genügend Zeit für die Partnerschaft?

ja nein

Ist Ihr/e Partner/in berufstätig?

ja nein

Wenn ja, in welchem Umfang in der Woche? Anzahl in Stunden __ __

In welchem Beruf ist Ihr/e Partner/in tätig?

.....

Haben Sie Gedanken an Trennung oder Scheidung?

ständig niemals

wenn ja, bei welchen Anlässen?

.....

.....

Haben Sie ausreichend Zeit zur Erholung?

ja nein

Wie viele Stunden durchschnittlich pro Woche (außer Schlaf): __ __

Wie viele Stunden schlafen Sie im Durchschnitt? Anzahl: __

Haben Sie Schlafstörungen?

ja gelegentlich nein

Wenn ja bzw. gelegentlich handelt es sich um:

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen häufig frühes Erwachen

Sonstiges

Sind Sie mit Ihren Schlafgewohnheiten zufrieden?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

.....
.....

Welche Freizeitaktivitäten/Hobbies haben Sie?

.....
.....
.....

Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am besten?

- 1.
- 2.
- 3.

Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am schlechtesten?

- 1.
- 2.
- 3.

Treiben Sie regelmäßig Sport?

ja nein

Wenn ja,

- wieviel Zeit pro Woche in Stunden? Anzahl _____

- welche Art von Sport?

Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden?

Ja, sehr Nein, überhaupt nicht

Wenn nein, was möchten Sie ändern?

.....
.....

Wie viele engere Freunde haben Sie? _____

Sind Sie mit der Qualität Ihres Bekannten- und Freundeskreises zufrieden? ...

Ja, sehr Nein, überhaupt nicht

Wenn nein, was würden Sie gerne ändern?

.....

Worüber sprechen Sie in Ihrem Bekannten- und Freundeskreis?

.....

Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben?

Ja, sehr Nein, überhaupt nicht

Wenn nein, was möchten Sie verändern?

.....

Gesundheit:

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag? Anzahl _____

Bewegen Sie sich ausreichend viel?

ja nein

Trinken Sie Alkohol?

Ja, sehr häufig Nein, überhaupt nicht

Ja, sehr viel Nein, gar nicht

Trinken Sie häufig Kaffee und/oder Tee?

Ja, sehr viel Nein, gar nicht

Nehmen Sie Medikamente?

Ja, häufig Ja, gelegentlich Nein

Wenn ja,

Schlafmittel/Beruhigungsmittel: sehr oft gar nicht

Schmerzmittel: sehr oft gar nicht

Aufputzmittel: sehr oft gar nicht

Sonstige: sehr oft gar nicht

Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, daß er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?

.....
.....
.....
.....

Wenn Sie die am Anfang des Fragebogens angegebene Definition der Gesundheit berücksichtigen, wie würden Sie Ihr eigenes Wohlbefinden einstufen?

sehr gut gut zufriedenstellend eher schlecht sehr schlecht

Kommentar:

Zu den vorangegangenen Fragen möchte ich noch folgendes bemerken:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Angaben zur Person:

Für die statistische Auswertung benötigen wir einige berufliche und personenbezogene Angaben. Ihre Antworten bleiben anonym und werden wie die gesamte Umfrage streng vertraulich behandelt. Sie dienen **nur** statistischen Zwecken.

- | | | |
|---|--|--------------------------|
| 1. Geschlecht | männlich <input type="checkbox"/> | |
| | weiblich <input type="checkbox"/> | |
| 2. Alter | Jahre | __ __ |
| 3. Lebenssituation
(mehrere Antworten möglich) | alleinlebend | <input type="checkbox"/> |
| | in fester Partnerschaft lebend | <input type="checkbox"/> |
| | in WG/mit Freunden lebend | <input type="checkbox"/> |
| | verheiratet | <input type="checkbox"/> |
| | geschieden | <input type="checkbox"/> |
| | mit Kindern | <input type="checkbox"/> |
| | ohne Kinder | <input type="checkbox"/> |
| 4. Berufstätigkeit/Ausbildung: | Allgemeinzahnarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> |
| | Zahnarzt/-ärztin mit abgeschl. Weiterbildung | <input type="checkbox"/> |
| | Fachrichtung _____ | |
| Position:
(mehrere Antworten möglich) | in freier Praxis (solo) | <input type="checkbox"/> |
| | mit Assistent/-in | <input type="checkbox"/> |
| | in Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> |
| Anstellung : | Vollzeit beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| (mehrere Antworten möglich) | Teilzeit beschäftigt | <input type="checkbox"/> |
| | Selbstständig | <input type="checkbox"/> |
| | Unbefristet angestellt | <input type="checkbox"/> |
| | Befristet angestellt | <input type="checkbox"/> |
| Anzahl der Mitarbeiter/innen | _____ | |
| Anzahl der Berufsjahre: | Jahre: _____ | |
| Jahre in der jetzigen Abteilung/Praxis: | _____ | |

5. Welche Tätigkeitsschwerpunkte haben Sie in Ihrer Praxis?
-



Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstraße 33, 35385 Gießen

Frau
Dr. med. dent. [REDACTED]
Zahnärztin

[REDACTED]
35423 Lich

**Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie**

Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer
Friedrichstraße 33
35385 Gießen

Dr. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych., B.Sc.

Tel.: 0641/99-45606

Fax: 0641/99-45619

Email: Harald.B.Jurkat@psycho.med.uni-giessen.de

Gießen, 23. Juni 2003

Az.: J/R

Sehr geehrte Frau Dr. [REDACTED]

Herr Prof. Dr. med. Ch. Reimer und ich beschäftigen uns im Rahmen von vier Forschungsprojekten am Zentrum für Psychosomatische Medizin der Universität Gießen mit dem Thema der *Arbeitsbelastung, Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten*.

Eine Reihe unserer Ergebnisse hierzu wurde bereits veröffentlicht.

Nun wollen wir uns auch mit den speziellen Arbeitsbelastungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte gezielt auseinandersetzen.

Die überdurchschnittliche psychische und physische Belastung, der berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgesetzt sind, hat bei nicht wenigen eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens und damit ihrer Lebensqualität zur Folge. Zur Zeit führen wir vertiefende Untersuchungen durch, um solchen möglichen Auswirkungen entgegenzuwirken. Wir möchten Sie daher bitten, unseren *Fragebogen zur Lebensqualität von Zahnärztinnen und Zahnärzten* sowie den *Fragebogen zum Gesundheitszustand* auszufüllen, und diese in dem beigefügten freifrankierten und an uns adressierten Rückumschlag zurückzusenden. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns die beiden Fragebögen innerhalb der nächsten zwei bis drei Wochen zurückschicken würden.

Betonen möchten wir an dieser Stelle, daß alle einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden, und daß wir sicher stellen, daß die Anonymität dabei gewährleistet ist.

Nach Auswertung der Ergebnisse sind wir selbstverständlich bereit, Sie über diese zu informieren, falls Interesse besteht.

Für die freundliche Unterstützung in dieser für berufstätige Zahnärztinnen und Zahnärzte so bedeutsamen Untersuchung sind wir Ihnen dankbar.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych.)



Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstraße 33, 35385 Gießen

Herr
Dr. med. dent. [REDACTED]
Zahnarzt
[REDACTED]

35435 Wettenberg

**Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie**

Direktor: Prof. Dr. Ch. Reimer
Friedrichstraße 33
35385 Gießen

Dr. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych., B.Sc.

Tel.: 0641/99-45606

Fax: 0641/99-45619

Email: Harald.B.Jurkat@psycho.med.uni-giessen.de

Gießen, 02. Juli 2003

Az.: J/R

Sehr geehrter Herr Dr. [REDACTED]

vor knapp zwei Wochen haben Herr Prof. Dr. med. Ch. Reimer und ich Ihnen zwei Fragebögen zugesandt, da wir zur Zeit eine vertiefende Untersuchung zum Thema *Arbeitsbelastung, Lebensqualität, Gesundheitsverhalten und Psychohygiene von Zahnärztinnen und Zahnärzten* durchführen.

Sollten Sie die Fragebögen noch nicht ausgefüllt haben, möchten wir Sie noch einmal bitten, dieses jetzt zu tun und die beiden Fragebögen mittels des frankierten Freiumschlags **innerhalb der nächsten drei Wochen** an uns zurückzusenden.

Da wir dieses Schreiben an alle diejenigen verschicken, denen wir die beiden Fragebögen zugesandt haben, ist es sehr gut möglich, daß Sie bereits geantwortet haben. In diesem Fall möchten wir uns bei Ihnen herzlich bedanken.

Erneut möchten wir darauf hinweisen, daß alle einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes eingehalten werden, und die Anonymität somit gewährleistet ist.

Für Ihre Unterstützung in dieser für berufstätige Zahnärztinnen/Zahnärzte so bedeutsamen Untersuchung wären wir Ihnen dankbar!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

(Dr. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych.)

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Jane Bianca Beger
Geburtsdatum: 15. Dezember 1977
Geburtsort: Frankfurt am Main
Nationalität: deutsch - britisch

Schulbildung

1984 - 1988 Grundschule Rothenbergen
1988 – 1997 Grimmelhhausen-Gymnasium Gelnhausen
Abschluß: Abitur
11/1998 – 02/1999 Vorsemester am NTK Landau

Hochschulbildung

04/1999 Studium der Zahnheilkunde an der Justus-Liebig
Universität Giessen
03/2000 Naturwissenschaftliche Vorprüfung
09/2001 Physikum
12/2004 Abschluss des zahnmedizinischen Studiums mit dem
zahnmedizinischen Staatsexamen

Berufliche Tätigkeiten

06/1997 – 02/1998 Freie Mitarbeit beim „Gelnhäuser Tageblatt“ und
„Mannheimer Morgen“
02/1998 – 10/1998 Flugbegleiterin für die Hapag-Lloyd Fluggesellschaft mbH
seit 01.02.2005 Zahnärztin in Rom / Italien

DANKSAGUNG

Mein besonderer Dank geht an Herrn Dr. biol. hom. H. B. Jurkat, Dipl.-Psych., der die Thematik dieser Doktorarbeit vorgegeben hat und die nötigen Mittel zur Datenerhebung zur Verfügung stellte sowie die Untersuchungsinstrumente, Kodiermasken und Kodierpläne, die für die Auswertung der Daten von großer Bedeutung waren. Für die umfassende und eingehende Betreuung, Beratung und Unterstützung möchte ich mich sehr herzlich bedanken. Seiner immerwährenden Hilfsbereitschaft und Ansprechbarkeit sowie seinem persönlichen Einsatz und seiner Kompetenz ist zu verdanken, dass diese empirische Arbeit in relativ kurzer Zeit fertig gestellt werden konnte. Für die Anregungen und oft langen intensiven Gespräche sowie für das immense Interesse mein aufrichtiger Dank! Ohne ihn wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Bei Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer bedanke ich mich sehr für das Interesse am Thema und für seine freundliche Unterstützung einschließlich der Übernahme der Funktion als Erstgutachter dieser Doktorarbeit.

Persönlich möchte ich mich bei meinen niedergelassenen Kollegen der Zahnmedizin und Humanmedizin bedanken, die durch das Ausfüllen der umfangreichen Fragebögen den entscheidenden Beitrag zum Gelingen dieser Doktorarbeit geleistet haben, indem sie ihre persönlichen Daten der Wissenschaft zur Verfügung gestellt haben.

Ein herzlicher und freundschaftlicher Dank für die gute und nette Zusammenarbeit geht an die anderen Teammitglieder des Forschungsprojektes 2003: Katja Raskin, Anke Vetter, Simone Aust und Olaf Patzer. Besonders möchte ich mich bei der Erstgenannten, Frau Dipl.-Psych. K. Raskin, für die darüber hinausgehende Unterstützung bedanken.

Dr. Wiekbe Grelck, Heidi Hegemann, Andrea Weber und Dr. Anne Birkenkamp vielen Dank für die tiefe Freundschaft und schöne Zeit im Studium. Herrn Dr. Tom Lüdde, PhD, danke ich herzlich für das große Interesse an meiner Doktorarbeit, für die Hilfe und Unterstützung.

Schließlich möchte ich meinen Eltern aus tiefstem Herzen danken, die mir das Studium der Zahnmedizin und diesen wundervollen Beruf ermöglicht haben. Ohne ihre Unterstützung in jeder Hinsicht wäre ich heute nicht da, wo ich bin. Danke Mama und Papa!!

ERKLÄRUNG

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der *Satzung der Justus-Liebig-Universität Giessen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis* niedergelegt sind, eingehalten.“