

LEBENSQUALITÄT VON SUBSTANZABHÄNGIGEN ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereiches Medizin
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg

vorgelegt von Svenja Lippert, geb. Wöstmann
aus Georgsmarienhütte

Gießen, 2008

Aus dem Medizinischen Zentrum für Psychosomatische Medizin
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. U. Gieler
des Universitätsklinikums Gießen und Marburg

Gutachter: PD Dr. H. B. Jurkat

Gutachter: PD Dr. G. Sammer

Tag der Disputation: 09.06.2009

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Anlass zur Untersuchung	1
1.2	Bedeutung der Thematik	4
1.3	Zielsetzung der Arbeit	7
2	BISHERIGER KENNTNISSTAND	9
2.1	Die Lebensqualität in ihrer Bedeutung	9
2.2	Die physische und psychische Gefährdung der Ärzteschaft	10
2.2.1	Arbeitszufriedenheit, Berufswahl, Lebenszufriedenheit und Gesundheit	10
2.2.2	Partnerschafts- und Familienprobleme, Depressionen und Suizidtendenz	15
2.2.3	Das ärztliche Prestige	18
2.2.4	Der Arzt und seine Persönlichkeit, Stress und Burnout	19
2.2.5	Die Suchtgefährdung im Arzt-Patientenkontakt	23
2.2.6	Wege zur Sucht	24
2.3	Suchtzahlen in der Gesellschaft und unter Ärzten	25
2.4	Therapiekonzepte der Oberbergkliniken und der USA	28
2.5	Probleme für den Arzt als Patient	30
2.6	Überlegungen zur ärztlichen Prävention	31
3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	34
3.1	Fragestellungen	34
3.2	Hypothesen und Vermutungen	36
4	METHODIK	37
4.1	Untersuchungsgruppe	37
4.2	Untersuchungsverfahren	39
4.3	Untersuchungsverlauf	40
4.4	Auswertungsverfahren	40

5	ERGEBNISSE	42
5.1	Aspekte zur Arbeitszufriedenheit/ Arbeitsunzufriedenheit	42
5.2	Aspekte zur Berufswahl	55
5.3	Aspekte zur Lebenszufriedenheit/ Lebensunzufriedenheit	71
5.4	Aspekte zur Gesundheit	92
6	DISKUSSION	97
7	ZUSAMMENFASSUNG	113
8	SUMMARY	114
9	LITERATURVERZEICHNIS	115

ANHANG	I
A Untersuchungsinstrument	I
<i>Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten</i>	
© Ch. Reimer, H. Jurkat	
B Prägnante Labels für die Kategorien zu den offenen Fragen -	
Codierplan vom 05.10.1999	II
C Danksagung	XXIII
D Erklärung	XXIV

ABBILDUNGEN

ABB. I	Positiv (P) und negativ (N) empfundene Aspekte der ärztlichen Arbeit	45
ABB. II	Arbeitsunzufriedenheit – mehr körperlich	52
ABB. III	Arbeitsunzufriedenheit – mehr psychisch	53
ABB. IV	Würden Sie ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? NEIN	58
ABB. V	Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? JA	59
ABB. VI	Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? BEDINGT	60
ABB. VII	Situation bzw. Motivation des erstmaligen Medizinstudiumwunsches	63
ABB. VIII	Was müsste erfüllt sein, damit Sie in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen?	76
ABB. IX	Durchschnittliche tägliche Gesprächsdauer in der Partnerschaft	81
ABB. X A	Positive (P) Gegebenheiten in der freien Zeit	85
ABB. X B	Negative (N) Gegebenheiten in der freien Zeit	87
ABB. XI	Beeinträchtigende (B) und fördernde (F) Gesundheitsaspekte des Lebensstils	93

TABELLEN

TAB. I	Demographische Tabelle	38
TAB. II	Rangfolge von Entschlussgründen hinsichtlich des Medizinstudiums	70

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des ehemaligen Forschungsprojektes *Lebensqualität und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg unter Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer i.R., ehemaliger Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin, und dem wissenschaftlichen Dauerangestellten Herrn PD Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych., B.Sc. entstanden. Sie ist eine qualitativ-explorative Arbeit, die die lebensqualitativen Aspekte der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte eingehend untersucht und vor dem Hintergrund der Sekundär- bzw. Tertiärprävention erläutert.

»Kein Mann gesteht gerne ein, dass er in der Wahl seines Berufes einen Fehler gemacht hat, und jeder Mann, der diese Bezeichnung verdient, wird lange gegen Wind und Flut anrudern, ehe er sich den Aufschrei gestattet: >Ich kann nicht mehr weiter!< und sich kraftlos zurück an Land treiben lässt.«, Charlotte Brontë, britische Schriftstellerin (Gathmann & Semraulininger, 1996, S. 49).

1.1 Anlass zur Untersuchung

Von der Medizin wird verlangt, die Gesundheit umfassend in möglichst kurzer Zeit zu verbessern. Hierbei wird von Ärzten ein hohes Maß an Verantwortung, Kompetenz und Engagement gefordert. Behandlungsfehler gleichen einem Skandal und werden im Licht der Öffentlichkeit streng debattiert. Dieser Druck auf die Mediziner beeinflusst neben weiteren psychischen Stressoren wie Schmerz, Leid, Sterben oder Tod und der enormen physischen Belastung durch hohen Zeitanspruch, zunehmenden Organisationsaufwand und Fehlerrisiken ihre Lebensqualität entscheidend. Zudem gehen die Einkommen zurück bzw. stagnieren. Dies führt auf Dauer ohne die nötige Prävention zur psychischen Labilisierung und Suchtgefährdung (Jurkat, Weimann & Reimer, 1997).

Auf dieser Basis und mit der Idee und dem Angebot von Prof. Dr. Reimer und PD Dr. Jurkat ergab sich für mich die Gelegenheit, im ehemaligen Forschungsprojekt *Lebensqualität und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) qualitative Aspekte, die bei der Teilstichprobe (Jurkat, 2000) der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte in die Lebenskrise geführt haben, in deskriptiver, bislang in der wissenschaftlichen Literatur einzigartiger Weise eingehend zu untersuchen und Präventionsschwerpunkte abzuleiten. Hierzu sind alle offenen Fragen im *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) aus-

gewertet worden, wobei die Antworten einen umfassenden Einblick in die schlechte Lebenssituation der in Therapie befindlichen substanzabhängigen Ärzte bieten.

Hilflose Helfer, die alkohol-, medikamenten- bzw. drogenabhängig werden, haben für die Gesellschaft lange Zeit als Leitbilder gegolten (Mäulen, 1998). Eine deutsche Umfrage zum beruflichen Sozialprestige ergibt, dass seit langem das Bild des Arztes unangefochten die Rangliste anführt, weit entfernt von Geistlichen, Rechtsanwälten, Hochschulprofessoren u.a. (Füessl, 1999). Dies zeigt die gesellschaftliche Idealisierung des Arztberufes. Sozialpolitisch herrscht jedoch eine starke Diskrepanz zwischen Ausstrahlung und innerer Empfindung der Ärzte. Die Helferrolle lässt sie nicht nur anderen, sondern auch sich selbst gegenüber allmächtig wirken; fernab dieser Rolle sind sie jedoch schwach und verletzlich. Diese Tatsache können oder wollen sich aber nur wenige Ärzte eingestehen. Nahezu krampfhaft halten sie an ihrer neu geschaffenen starken Identität fest und bauen sich eine Traumwelt auf. Droht diese zu zerbrechen, entpuppt sich ihre jahrelang getragene Maske nur noch als Illusion, die das Selbstwertgefühl des Arztes stark gefährdet (Jurkat & Reimer, 1995; Müller-Jung, 2003). Untersucht werden in dieser Arbeit die qualitativen Gegebenheiten, die eine ärztliche Traumwelt bedingen und die, die sie (zer)stören, um auf diese Weise prophylaktische Maßnahmen herleiten zu können.

Es zeigt sich ein zunehmender Krankenstand in der Ärzteschaft. Sie leiden an Überarbeitung, Abgeschlagenheit und Depressionen. Die Person des Arztes gleicht einem therapeutischen Instrument, von dem in großem Maße Einsatz gefordert wird, ohne dass die eigenen Bedürfnisse Beachtung finden (Stern, 1995). Im Bereitschaftsdienst überschreiten viele Ärzte sogar die gesetzlich erlaubte Belastungsstufe (Porzsolt, 1996). Das Burnoutprofil - zentraler Indikator für langfristige Beanspruchungsfolgen und defensive Reaktion - ist nach Maslach und Jackson (1981) durch »emotionale Erschöpfung«, »Depersonalisierung« und »Leistungseinbuße« gekennzeichnet. Da bei Ärzten eine zunächst entlastende Distanz und Dehumanisierung bei seelisch-körperlicher Erschöpfung mit langer Leistungsfähigkeit überwiegt, ist der Weg in die Chronifizierung geebnet (Sonneck, 1994; Jurkat & Reimer 1998), was die Dringlichkeit frühzeitiger, professioneller Hilfe verdeutlicht.

Auf Partnerschaften von Ärzten wirkt sich der Stress besonders kritisch aus, da die ärztliche Tätigkeit viele lebens- und beziehungsfeindliche Strukturen aufweist. Die sogenannte Inhumanität humanitärer Berufe ist charakterisiert durch berufsbedingten Zeitmangel und anhaltenden Arbeitsstress mit einer Vernachlässigung von Familie und Leben. Diese besondere Einsatz- und Hilfsbereitschaft im Beruf scheint speziell bei Ärztinnen zu einer hohen Rate von Burnout, Partnerschaftskonflikten und fast ausschließlicher Berufsidentifikation zu füh-

ren, wobei die stillen Bedürfnisse nach Familie, Mutterrolle und Selbstverwirklichung hintenanstehen. In Behandlungskollektiven sind süchtige Ärztinnen eventuell wegen häuslicher Unabkömmlichkeit deutlich unterrepräsentiert (Mäulen, 1998).

Berufsbedingt wird die Entstehung der Substanzabhängigkeit begründet durch ständigen Distress und häufige Überforderung, verharmloste Überlastung bei vorgeschobener Arbeitszufriedenheit und Unentbehrlichkeit, Existenzangst bei Krankheit sowie durch die niedrige Lebensqualität (Reimer, 1997; Jurkat, 2000). In einer US-amerikanischen Studie von 1989/90 sind Ärzte nach vorherrschenden Gründen für Substanzgebrauch gefragt worden. Zur Erholung und Entspannung dienten Marihuana, Kokain und Inhalationsmittel. Mit der Einnahme von Opioiden, Benzodiazepinen, Barbituraten und Amphetaminen therapierten sie sich selbst. Rückblickend berichteten nahezu 8% der Ärzte von eigenen Erfahrungen mit Alkohol- und/oder Medikamentenabusus (Hughes et al., 1992; Cadman & Bell, 1998). Wenn die Suchterkrankung so ihren Lauf nimmt, behindern laut Mäulen (1998) Ängste wirtschaftlicher, allgemein beruflicher und forensischer Art, individuell und kollektiv gesehen, eine offene, sachgemäße Auseinandersetzung. Hinzu kommen die ausweglosen, krisenhaften Zuspitzungen eines Verleugnungsnetzes mit Partnerschaftskonflikten und Rückfällen, des weiteren der drohende Gesichts-, Existenz- und Approbationsverlust im Falle einer nur weiterhin unterdurchschnittlichen Psychohygiene. Am Ende steht überdurchschnittlich oft die (Para)Suizidalität besonders der Ärztinnen als Komplikation vieler – auch ärztlicher – Suchtkarrieren, da interkollegiales Konkurrenzverhalten und unmenschliche Leistungs- und Omnipotenzexpectations maßlos überlasten (Mäulen, 1998).

Therapeutische Hilfe können Ärzte in ihrer Position als Helfer nur schwer annehmen. Als Suchtkranke verhalten sie sich selbst in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung gerade im Beruflichen aufgrund von Existenzängsten häufig sehr lange unauffällig. Kognitive Beeinträchtigungen werden in gewissem Maße durch die prämorbid hohe Intelligenz kompensiert. Erst später kommt es zu Konzentrationslücken, häufigen Fehlzeiten, verwaschener Sprache, Schlaf und Nichtauffindbarkeit während der Arbeitszeiten. Den Anschein einer Suchterkrankung verstärken Gerüchte, doch eigene Wahrnehmungen wagt niemand entgegen der ärztlichen Solidarität und dem Sozialstatus auszusprechen. Es besteht zwar die Verpflichtung, Patienten bestmöglich zu versorgen, aber erkrankte Kollegen erreicht diese qualifizierte Hilfe leider nicht (Brooke, 1995; Scutchfield & Benjamin, 1998). Der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen und die damit einhergehenden Vorschriften und Zwänge ökonomischer und forensischer Art zwingen schließlich Verantwortliche zu erforderlichen Maßnahmen gegenüber süchtigen Ärzten. Ohne am beruflichen Aus substanzabhängiger Ärzte interessiert zu

sein, versucht man, den gesundheitlichen, finanziellen und beruflichen Gefahren vorzubeugen. Unbeachtet einer notwendigen ständigen Psychohygiene, führen so erst familiäre Krisen, Erkrankungen oder Mahnungen zur Einsicht einer Therapie (Mäulen, 1998; Morrison & Wickersham, 1998; Mundle et al., 2007).

Suchterkrankungen gelten heute als das sozialmedizinisch wichtigste Problem. Ärzte sind davor ebenso wenig geschützt wie die Allgemeinbevölkerung. Wenn die Dominanz des Arztberufes zur beeinträchtigten Lebensqualität führt und die Privatsphäre sich auf einen verschwindend kleinen Anteil minimiert, erscheint der Griff zur Flasche und zu Tabletten als letzter Ausweg - international führt Alkoholmissbrauch am häufigsten zu sozialen und beruflichen Problemen. Die Zahl der Suchtproblematik unter Ärzten wird daher zukünftig um so drastischer steigen (Bohigian, Croughan & Sanders, 1994), je mehr der medizinische Wettbewerb an Bedeutung gewinnt und je weniger eine ärztliche Psychohygiene Beachtung finden wird (Mäulen, 1998). Diesbezüglich zeigt die beschreibende Untersuchung der Stichprobe der substanzabhängigen Ärzte die Lebensqualität in den Bereichen *Arbeits(un)zufriedenheit*, *Berufswahl*, *Lebens(un)zufriedenheit* und *Gesundheit* auf und eruiert potentielle Gefahrenquellen für ärztliche Sucht vor dem Hintergrund der Prävention.

1.2 Bedeutung der Thematik

Die allgemeine Krise des Arztberufes hat für den einzelnen ein Ausmaß an schwerer Belastung angenommen, die es nicht einfach zu verleugnen gilt. Eine als negativ empfundene Zukunftsperspektive ist bei Krankenhausärzten ausgeprägter als bei Niedergelassenen, v.a. bei jüngeren, die sich noch in Weiterbildung befinden (Reimer, 1997). Sehr oft raten daher Ärzte ihren Kindern, einen anderen Beruf zu ergreifen. Eine mehr als 50-Stundenwoche ist der Durchschnitt, und weniger als die Hälfte ist mit ihrem Einkommen zufrieden. Ungefähr zwei von drei Medizinern betrachten ihren Lebensstil als gesundheitsbeeinträchtigend (Reimer & Jurkat, 1997a; Reimer & Jurkat, 1997b; Jurkat, 2000). Aspekte, welche die Lebensqualität entscheidend verschlechtern, werden v.a. durch den Beruf und die Politik (Korzilius, 2003) verursacht. Finanzielle Inadäquatheit, Zukunftssorgen, Existenzängste und ein Gefühl der Ausbeutung herrschen vor. Der Arztberuf befindet sich auf dem Tiefpunkt ohne ärztliche Akzeptanz. Dieses Ärztebild weicht stark von dem gesellschaftlichen Berufsstand mit höchstem Sozialprestige ab (Reimer & Jurkat, 1996). Pessimismus, Frustration und Suchtgefährdung sind die Folge. Untersucht man die Lebensqualität der Ärzte, so können einige Indizien psychischer Gefährdung gefunden werden (Jurkat & Reimer, 1995). Zeitmangel mit vernachläss-

sigtem Privatleben scheint dabei ein typisches Kriterium zu sein (Reimer, Jurkat, Mäulen & Stetter, 2001). Insbesondere konnte in einer Berliner Studie (Stern, 1995) bei arbeitslosen Medizinerinnen die niedrigste Lebensqualität festgestellt werden, so dass die mittlere ärztliche Lebensqualität noch tiefer liegt (Jurkat et al., 1997).

Dass Ärzte verglichen mit sozialökonomisch ähnlichen Gruppen eine statistisch höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrate aufweisen, die ärztliche Berufsausübung zur Beeinträchtigung der Gesundheit führt und innere berufliche Motive und Ideale den Grad der Verwundung bedingen, ist mehrfach nachgewiesen. Erhöhter Nikotin- und Medikamentenkonsum, größerer Lebenshungrer sowie überdurchschnittliches Luxusverhalten sind kennzeichnend für die Ärzteschaft (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996). Medikamentenmissbrauch wird gerade Medizinerinnen durch Griffnähe erleichtert (Mäulen, 1998). Ihr Anteil an Alkoholkranken ist überdurchschnittlich hoch (Jurkat & Reimer, 1995; Hughes et al., 1992). Gemäß Fengler (1992) fanden Enzmann und Kleiber 1989 bei Medizinerinnen eine 2,7fach höhere Rate an Alkoholismus als bei Männern vergleichbarer sozialer Schicht; Zahnärzte und Apotheker zeigten eine insgesamt niedrigere Suchtprävalenz; Szeferl konnte 1982 unter Psychiatriepatienten, auch unter mehrfach eingewiesenen, einen überrepräsentativen Anteil an Ärzten feststellen; Pearson dagegen berichtete 1975 über eine unterdurchschnittliche Suchtrate bei Medizinerinnen. Ärzte sind verglichen mit der Allgemeinbevölkerung suchgefährdeter durch Alkohol, Opiate und Benzodiazepine als durch Zigaretten und illegale Drogen (Reimer & Jurkat, 2000; Hughes et al., 1992). Der Wechsel von reiner Alkoholabhängigkeit zur immer häufigeren Polytoxikomanie (Fengler, 1994) und Opiatabhängigkeit ist in den USA auch unter Medizinerinnen schon fortgeschritten. In Deutschland wird er erst seit Mitte der 90er Jahre im Sinne eines time-lag verzeichnet. Die Nikotinsucht steht in den USA wie in Deutschland hinter der Alkoholsucht an zweiter Stelle; vermutlich liegt der Nikotinabusus von Ärzten unter dem der Allgemeinbevölkerung. Allgemein zählt die Alkoholsucht in den westlichen Industrieländern bei Männern als häufigste psychische Erkrankung, bei Frauen nach Angststörungen als zweithäufigste (Wittchen, Essau, Zerssen, Krieg & Zaudig, 1992). Hier gibt es 3% (1,5 Mio.) Alkoholkranken über 18 Jahre und weitere 5% (2,4 Mio.) Missbraucher, exklusiv Verleugner (Lindemeyer, 1999). In Deutschland, so die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), werden 1,5 Mio. (3%) bis 1,6 Mio. Alkohol- und 1,4 Mio. Medikamentenabhängige gezählt. Riskanten Alkoholkonsum betreiben sogar 7,8 Mio. (16%) bis 9,3 Mio. Erwachsene (Hüllinghorst, Kaldewei, Lindemann & Merfert-Diete, 2003). In den USA gibt es 13,8 Mio. Personen, die an Alkoholkrankheit leiden, 4,0 Mio. sind Frauen (Amodei, Williams, Seale & Alvarado, 1996). Nach Renschmidt (2002) besteht ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Alkoholdiagnose bei

Trinkbeginn vor dem 15. Lebensjahr.

Green, Carroll und Buxton (1976) sowie Fengler (1992) stellten fest, dass die Abstinenz und Heilungsrate substanzabhängiger Ärzte in Therapie überdurchschnittlich hoch ist. Die Motivation zur Behandlung scheint um so größer zu sein, je höher das Risiko wird, einen angesehenen, begehrten, image- und prestigefördernden Beruf zu verlieren. Im »*Maryland Physician Rehabilitation Program (PRP)*« liegt die Abstinenzrate von Medizинern bei 86% für Alkoholiker und 90% für Drogenabhängige. Laut Alpern, Correnti, Dolan, Llufrío & Sill (1992) sind nur 47% der Allgemeinbevölkerung nach einer Suchttherapie erfolgreich abstinent, aber mehr als 83% der Ärzte. Rechtzeitige Prävention verspricht großen Erfolg.

Die Prävalenz und Intensität des Rauchens haben bei Medizinstudenten und Ärzten bereits in vielen Ländern abgenommen und liegen unter dem Bevölkerungsdurchschnitt. Gesundheitserhaltung, Selbstdisziplin sowie Vorbildfunktionen sind wichtige Gründe für nichtrauchende Ärzte, den Nikotinkonsum abzulehnen. Ein Großteil aller Mediziner - besonders der nichtrauchende Teil und der, der es werden will - ist überzeugt, dass Rauchen der Gesundheit schade, und rät davon ab (Kawakami, Nakamura, Fumimoto, Takizawa & Baba, 1997; Bener, Gomes & Anderson, 1993; Waalkens, Schotanus, Adriaanse & Knol, 1992).

Die ärztliche, gesundheitsbezogene Einsicht und Vernunft darf aufgrund irrationaler Suchtgefährdung nicht überschätzt werden, zumal das relative Suizidrisiko von männlichen Ärzten gegenüber der Allgemeinbevölkerung zwischen 1,1 und 3,4 und gegenüber anderen Akademikern zwischen 1,5 und 3,8 variiert. Ärztinnen wird noch eine höhere relative Suizidmortalität zugeschrieben, die gegenüber der Allgemeinbevölkerung zwischen 2,5 und 5,7 und gegenüber vergleichbaren Berufsgruppen bei 3,7 bzw. 4,5 liegt (Lindeman, Läärä, Hakko & Lönnqvist, 1996; Arnetz et al., 1987) und sich vermutlich aus der hohen Berufsbelastung für Frauen, der Doppelverantwortung in Familie und Beruf sowie Gefühlen der Unzulänglichkeit als Mutter und Ärztin ergibt. Bereits unter Medizinstudenten ist Selbstmord die zweithäufigste Todesursache. Die frühe hohe Suizidrate in der Ärzteschaft - nach Ringel (1984) 2,5fach gegenüber der Gesamtbevölkerung und höher als in jeder Sozialschicht - wird begründet mit der beruflichen Überanstrengung, Partnerschaftsproblemen und psychiatrischer Morbidität wie Erschöpfungsdepressionen, Alkohol- und Tabletten sucht. Ursache und Verstärker kann die Unerreichbarkeit des persönlichen wie sozialen Arztideals sein, welches Stabilität, ständige Hilfsbereitschaft und Unerschöpfbarkeit vorgibt. Dass qualifizierte, psychohygienische Präventionsmaßnahmen aufgrund der immensen physisch-psychischen Gefährdung der Ärzteschaft notwendig sind, zeigt auch die ärztliche Lebenserwartung, die der der Allgemeinbevölkerung entspricht, aber niedriger ist als die von sozioökonomisch vergleichba-

ren Berufsgruppen (Jurkat & Reimer, 1995).

1.3 Zielsetzung der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit und dank zunehmender Forschungsarbeit über Sekundär- und Tertiärprophylaxe auf dem Gebiet der Lebensqualität von (süchtigen) Ärzten durch Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer i. R. und Herrn PD Dr. biol. hom. H.B. Jurkat wurden erstmalig in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen Gefahrenquellen für Sucht aufgezeigt und Konzepte entwickelt, die den Studenten früh Perspektiven im Umgang mit den beruflichen Anforderungen und seelischen Problemen eröffnen, damit der Arztberuf wieder attraktiver, stressfreier, kooperationsfreudiger, menschlicher und patientennäher wird. Da Psychosomatosen wie Substanzabhängigkeiten zu Hilflosigkeit, Angst und Leid führen mit einem schweren, manchmal lebensbedrohlichen Rückweg in ein sinnerfülltes Leben (Gottschaldt, Stärk & Stetter, 1997) und Suchterkrankungen auf irrationaler, unbewusster und emotionaler Ebene verlaufen, ohne dass ein verbessertes medizinisches Wissen schützen kann (Mäulen, 1998), ist Forschung und Lehre elementar notwendig. Das frühzeitige Wissen um Chancen, Risiken und Präventionsmöglichkeiten im Arztberuf, wie es mittlerweile auch im Pflichtpraktikum der Berufsfelderkundung angehender Ärzte in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Gießen durch Herrn PD Dr. biol. hom. H.B. Jurkat unterrichtet wird, hat zum Ziel, prolongierte Krankheitsverläufe infolge chronifizierter Störungen durch zu späte Kontaktaufnahme bei Fachkollegen zu vermeiden (Jurkat & Reimer, 1998). Vor dem Hintergrund empfundener Degradierung durch Schwäche und Hilfsbedürftigkeit sowie stetiger Versuche als Selbsttherapeut (Jurkat & Reimer, 1995; Rosenbaum, 1992) werden die Gefahren der Fehleinschätzung erörtert und ein Verständnis für die Notwendigkeit ständiger Reflexionen, Abstimmungen zwischen Rationalität und Emotion sowie selbstkritischer Wahrnehmungen von entwicklungsbedingten, handlungsbestimmenden und im Unterbewusstsein gefestigten Erlebnisweisen, Reaktionsbereitschaften und Beziehungsstrukturen (Gottschaldt et al., 1997; Mundle et al., 2007) geschaffen, die die Voraussetzungen für ein körperliches und seelisches Wohlbefinden mit Eigenverantwortlichkeit im sozialen Umfeld bieten. Dabei findet der durch den innerpsychischen Wunsch nach Selbstbestätigung und sozialökonomisch durch berufspolitische Reglementierungen bedingte Zeitmangel als einer der bedeutendsten Ursachen für die eingeschränkte Lebensqualität besondere Beachtung, da er mit einem gesundheitsschädigenden Verhalten wie Rauchen (Polyzos et al., 1995), Alkohol, ungesunde Ernährung und Autofahren anstatt Bewegung einhergeht und bei nur

scheinbar gehobener Lebensqualität in einem Teufelskreis endet. Diese ärztliche Kräfteausbeute gilt es, zu Gunsten optimaler Therapiequalitäten mit Hilfe notwendiger psychohygienischer Präventionen zu durchbrechen, indem gerade Ärzte sich fortwährend mit ihrem Selbst kritisch, explorativ und konstruktiv auseinandersetzen, innere Signale beachten und ihren Alltag, der geprägt ist durch hohe Anforderungen an die Arztrolle, hohe Belastungen, gesellschaftliche Hochschätzung, Zeitdruck, verlängerte Arbeitszeiten und eine hohe Suchtgefährdung (Jurkat & Reimer, 1995; Reimer, 1997; Jurkat, Vollmert & Reimer, 2003; Korzilius, 2003), dank der vorliegenden Arbeit wahrnehmen und durchleuchten, so dass die Lebens- und Berufsrealitäten langfristig effektiv, d.h. abstinent und mit psychischer Stabilität sowie einer Steigerung der ärztlichen Kompetenz und Leistungsfähigkeit eingeschätzt werden können.

Die deskriptive Erfassung der *Lebensqualität von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten* bietet somit anhand des sehr umfangreichen, qualitativen Datenmaterials der relativ großen Stichprobe von substanzabhängigen Ärzten die Möglichkeit, ein Verständnis für die Suchtgefährdung und -entwicklung zu erlangen und, speziell auf die Berufsgruppe der Ärzte zutreffend, neue relevante Theorien bezüglich des Suchtgeschehens aufzustellen, um so die (süchtigen) angehenden und berufstätigen Mediziner mit primär-, sekundär- bzw. tertiärprophylaktischen Konzepten in den Bereichen *Arbeits(un)zufriedenheit*, *Berufswahl*, *Lebens(un)zufriedenheit* und *Gesundheit* nach dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) vorbereiten und berufsbegleitend unterstützen zu können. Durch neue Erkenntnisse über die Suchtauswirkungen in den vier verschiedenen Lebensbereichen, weiterführende Aussagen und Vermutungen über Problembereiche, Lebensansichten und Verhaltensweisen auf dem Gebiet der Sucht gehen auch Verbesserungsvorschläge für relevante Therapieschwerpunkte hervor mit dem Ziel, Rückfallquoten zu minimieren (Jurkat, 2000; Reimer & Jurkat, 2000; Mundle et al., 2007).

2 BISHERIGER KENNTNISSTAND

»Niemand als du selbst in einer Welt zu sein, die alles tut, um dich zu jedem anderen zu machen, heißt, den härtesten Kampf zu führen, den ein Mensch überhaupt führen kann, und niemals aufzuhören zu kämpfen.«, E.E. Cummings, US-amerikanischer Dichter und Schriftsteller (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 159).

2.1 Die Lebensqualität in ihrer Bedeutung

Früher entstand der Begriff der Lebensqualität auf dem Boden wirtschafts- und sozialpolitischer Richtlinien, um menschliche Lebensbedingungen durch umwelterhaltende Infrastrukturerweiterungen zu modernisieren. In der heutigen Zeit wird die Lebensqualität differenzierter betrachtet, sei es gesundheitlich unter Mitbewertung von Lebensquantität, ökonomisch durch Lebensstandard, industriell in Marketing und Medien oder soziokulturell (Jurkat & Reimer, 1995). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Bullinger, 1991; Bullinger & Hasford, 1991; Bullinger & Pöppel, 1988) stützt sich auf den von der Weltgesundheitsorganisation (1947) definierten Begriff der Gesundheit: *»Ein Zustand völligen Wohlbefindens im physischen, mentalen und sozialen Bereich und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche«* (Porzsolt, 1996, S. 613). So beschreibt die physische Funktion persönliche Tätigkeiten, Alltagsaktivitäten, Körperbehinderungen oder eine zu erfüllende Lebensrolle. Der emotionale Zustand beinhaltet positive Gemütsbewegungen, Gefühlsbindungen und psychologische Stressfaktoren. Im sozialen Bereich wirken enge Freundschaften, wichtige Kontakte und Gruppenaktivitäten. Kognitiv können Situationen wahrgenommen und in Erinnerung gerufen werden, was im Alter einschränken kann (Porzsolt, 1996). Wesentlich in allen Teilaspekten ist das Erleben und die Wertung des Betroffenen, d.h. die empfundene Realität und Einstellungsweise.

Zur Erfassung der Lebensqualität gibt es qualitative und quantitative Ansätze. Auf bewusster wie unbewusster Ebene wird z.B. die Psychoanalyse qualitativ in Form eines unstrukturierten Gesprächs angewandt. Es gilt, die subjektive Wirklichkeit des Betroffenen in Abstufungen zu erfassen und zu interpretieren. Quantitativ kann sie durch strukturierte Gespräche, standardisierte Fragebögen und psychometrische Tests (Hawthorne, Richardson & Osborne, 1999; Bullinger, Kirchberger & Ware, 1995) definiert, operationalisiert und numerisch erfasst werden. Unsicher bleibt, ob die Lebensqualität in allen objektiven wie subjektiven Teilaspekten überhaupt messbar oder einzugrenzen ist (Jurkat & Reimer, 1995). Dennoch werden Messun-

gen angeraten, da die Qualität des Lebens bei der Verrechnung mit der Quantität ein entscheidender, sehr variabler Faktor ist. Zu beurteilen ist die Zufriedenheit, indem der Istwert mit dem Sollwert, der Erwartungshaltung, in den einzelnen Teilaspekten verglichen wird. Bei Übereinstimmung ist die Lebensqualität gut. Differenzen sind durch die Anpassung des Sollwertes an die Realität, den aktuell unveränderbaren Istwert, auszugleichen. Der Normstandard für den Sollzustand ist die betroffene Person selbst. Dagegen kann der Istzustand auch fremdbeurteilt werden. *»Die Messung der Lebensqualität ist im Prinzip nichts anderes, als eine mit wissenschaftlichen Methoden durchgeführte, detaillierte Dokumentation der Antwort auf die Frage „Wie geht es Ihnen?“.«* (Porzsolt, 1996, S. 616).

Die anglo-amerikanische Lebensqualitätsforschung ist in den letzten Jahren stetig vorangeschritten. Nur ca. 9% der Publikationen sind deutschsprachig. In bezug auf chronisch Kranke ist schon einiges bekannt, doch auf dem Gebiet der präventiven Funktion der Lebensqualität für Gesunde im Sinne von Psychohygiene - hierunter fallen Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Krankheitsursachen im psychischen und psychosomatischen Bereich – besteht noch Forschungsbedarf (Jurkat & Reimer, 1995).

2.2 Die physische und psychische Gefährdung der Ärzteschaft

»Na, du kennst doch den Punkt, an den du plötzlich eines Tages gelangst – an dem Tag, an dem du plötzlich eine Bruchlandung machst und feststellst, dass du ganz allein auf der Welt bist und in den Abgrund stürzt?«, Douglas Coupland, kanadischer Schriftsteller und bildender Künstler (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 61).

2.2.1 Arbeitszufriedenheit, Berufswahl, Lebenszufriedenheit und Gesundheit

Die ärztliche Arbeits- und Lebenszufriedenheit wird beeinflusst durch aktuell hohe Belastungen, Motivationen und Berufsideale, die den anfänglichen Arztidealen von befragten Internisten (Jurkat et al., 1997) im wesentlichen weiterhin ähneln, abgesehen von einer nunmehr geringen Zunahme fehlender Berufsmotive oder von Wünschen nach mehr Zeit, Kontakt und Teamarbeit. Insbesondere anfängliche altruistische Ideale werden von 41% lebenszufriedener, aber nur von 28% lebensunzufriedener Internisten angegeben. Auch heute dominiert das Helfermotiv noch bei den Lebenszufriedenen trotz zeitlicher Belastung und Berufserfahrung. Arbeitszufriedene, nicht-süchtige Ärzte (Jurkat, 2000) schätzen die auf fachlichem Interesse basierende Selbstverwirklichung. Zur Wiederwahl des Arztberufes würden sich 64,7% der

Internisten entscheiden, die zu 42% frühere und zu 41% heutige altruistische Berufsideale haben, während die »*arbeitsunzufriedenen*« mit 31% bzw. 24% darunter liegen und viermal häufiger ohne Träume und Ideale arbeiten. Das Helfersyndrom scheint daher für eine Zufriedenheit im Arztberuf zu sprechen, zumal nur 16% der »*arbeitszufriedenen*« Internisten damals und 22% heute Statusdenken besitzen. Dagegen gaben 40% der »*arbeitsunzufriedenen*« Internisten frühere Sozialprestige- und Unabhängigkeitsideale an und heute noch halb so viele infolge Enttäuschung und Entidealisierung.

In bezug auf die Arbeitsbelastung und -unzufriedenheit geben 54,9% der Internisten (Jurkat et al., 1997) sehr häufigen bzw. ständigen Zeitdruck an; ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt 58 Stunden pro Woche. Mit 60,6 Wochenstunden liegt die zeitliche Arbeitsbelastung der Chirurgen (Reimer & Jurkat, 1997a) über dem Gesamtdurchschnitt; 50% fühlen sich »*ständig*« bzw. »*sehr häufig*« unter Zeitdruck. Sie beschreiben Reizbarkeit, Lustlosigkeit, Ermüdung, Erschöpfung, Depressionen, Ärger, Wut, schlechte Laune und körperliche Symptome. Die durchschnittliche Arbeitszeit von Berliner Ärzten (Stern, 1995) liegt bei 9,4 Stunden pro Tag und 52 bis 55 Stunden pro Woche; die Krankenhausärzte arbeiten im Durchschnitt 10 bis 15% länger als die übrigen Kollegen. Über 83% der Assistenzärzte leisten monatlich 21,5 unbezahlte Überstunden bei zwei oder weniger freien Wochenenden. Nach Jurkat und Reimer (2001b) sind Ärztinnen aufgrund vermehrter Teilzeitstellen oder eines größeren weiblichen Gesundheitsbewusstseins nicht so lange im Arbeitseinsatz wie ihre männlichen Kollegen (45 vs. 58 Stunden pro Woche). Insgesamt wirken sich u.a. lange Arbeitszeiten bei hohem Zeitdruck sehr belastend auf die Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten aus, insbesondere bei einem 70-und-mehr-stündigen Einsatz im Vergleich zu einem 55-und weniger-stündigen (Jurkat, 2008), wobei ein ähnlich hoher Arbeitsanfall bei substanzabhängigen Ärzten hochsignifikant unangenehmer erlebt wird als bei einer Kontrollgruppe (Mundle et al., 2007).

Mit dem Einkommen sind entgegen dem gesellschaftlichen Ärztebild 14% der Internisten (Jurkat et al., 1997) »*überhaupt nicht zufrieden*«, was aktuell dem real stagnierenden Ärztehonorar entspricht; nur 6% scheinen »*sehr zufrieden*« zu sein. Gemittelt wirken die Allgemeinmediziner (Reimer & Jurkat, 1997b) noch unzufriedener mit dem Einkommen (29% »*teils-teils*«, 29% »*eher nein*«, 4,8% »*sehr zufrieden*«), obwohl sich allein für diese Fachgruppe die gesundheitspolitische, sozioökonomische Krise stabilisiert zu haben scheint. Bei den Chirurgen (Reimer & Jurkat, 1997a) zeigen sich 42,6% unzufrieden und 36,2% zufrieden mit dem Einkommen; 14,9% sind überhaupt nicht zufrieden, 8,5% sehr zufrieden und je 27,7% eher unzufrieden bzw. eher zufrieden, wobei sie etwas unzufriedener wirken als die Gesamtstichprobe. Gemäß Reimer (1997) sind die jüngsten, in der Facharztausbildung be-

findlichen Krankenhausärzte am wenigsten zufrieden mit ihrer Situation und klagen über ein zu geringes Einkommen, Zukunftsängste und drohende Arbeitslosigkeit. Bei den Krankenhausärzten gibt es hochsignifikante Unterschiede in bezug auf die Einkommenszufriedenheit: Diejenigen in Weiterbildung sind zu 21,3% überhaupt nicht zufrieden, diejenigen mit abgeschlossener Weiterbildung nur zu 2,4%. Die aufgrund von Vereinzelung und mangelnder Ärztesolidarität enttäuschten Arbeitslosen, so Stern (1995), sorgen sich wegen ihrer finanziellen Lage, Weiterbeschäftigung und Weiterbildung. Es besteht eine hochsignifikante Korrelation zwischen Einkommenszufriedenheit und Arbeits- bzw. Lebenszufriedenheit (Jurkat, 2000); süchtige und nicht-süchtige Ärzte sind in nur mäßiger Einkommenszufriedenheit vergleichbar und bekunden mehrheitlich Enttäuschung über ein keinesfalls leistungsgerechtes Honorar.

Die Ärzte stecken in einer Krise, die durch Existenzängste, Pessimismus und Frustration gekennzeichnet ist und angesichts eines sozial sehr anerkannten Berufes in dieser Negativität überrascht (Müller-Jung, 2003). Die berufliche Zukunftsperspektive sehen nahezu alle Allgemeinärzte (Reimer & Jurkat, 1997b) pessimistisch mit Klagen bezüglich Reglementierung, Bürokratisierung, eingeschränkter Freiberuflichkeit, schlechter Zukunftsaussichten, finanzieller Unsicherheit, Existenzängsten und Arbeitslosigkeit. 33,3% der weiblichen und 31,8% der männlichen Allgemeinmediziner würden den Arztberuf nicht wiederwählen oder wären unsicher; 21,7%, verglichen mit ca. 10% der Krankenhausärzte, würden ihren Kindern noch zum Arztberuf raten, 28,3% würden abraten. Bei den Internisten (Jurkat et al., 1997) würden 35,3% den Arztberuf nicht wiederwählen oder wären unsicher; nur 8% würden ihren Kindern noch raten, Arzt zu werden, während 26% abraten. Schon die »Texas Medical Association« (Lewis et al., 1993a; Lewis et al., 1993b) beobachtete 1990 zunehmende Berufszweifel: Ca. 50% der US-Ärzte hatten an Berufsaufgabe gedacht oder wollten ihre Kinder vom Arztberuf fernhalten; 42% hätten den Beruf wahrscheinlich oder sicher nicht wiedergewählt. Insbesondere die Arbeitszufriedenheit der Chirurgen (Reimer & Jurkat, 1997a) erscheint im Vergleich zu den Allgemeinärzten und Internisten hochsignifikant niedrig. Abhängig vom Umgang mit Patienten, chirurgischer Tätigkeit, Selbständigkeit, Unabhängigkeit, unmittelbarer Hilfeleistung und Kollegialität fühlen sie sich ausgeglichen und motiviert, seltener gut gelaunt und hoch arbeitseffektiv. Verwaltungsarbeit, unregelmäßige Arbeitszeiten, Bereitschaftsdienste, Leistungs- und Zeitdruck sowie Mangel an Fort- und Weiterbildung (Ramirez et al., 1996) werden als Gründe für die überwiegende Arbeitsunzufriedenheit genannt. Je ein Drittel der Chirurgen hat »ständig« oder »sehr häufig« bzw. »selten« oder »sehr selten« berufliche Zukunftsängste. Mangelnde Zukunftsaussichten, stressbedingte Fehlerrisiken und unbefriedigende Patientenbetreuungen bereiten Arbeitssorgen. 52,2% der Chirurgen würden den Arzt-

beruf nicht wiederwählen oder wären unsicher, womit sie deutlich über der Gesamtstichprobe (36,5%), den Allgemeinärzten (32,3%) und Internisten (35,3%) liegen; 19,6% wären lieber in einem anderen medizinischen Fachgebiet tätig. Den Kindern zum Arztberuf raten würden nur 12,8%, 48,9% würden abraten. Gemäß Korzilius (2003) würden sich 35,0% der befragten Ärzte, 31,3% der Kliniker bzw. 38,8% der Niedergelassenen zu den gegenwärtigen Bedingungen »wahrscheinlich nicht« oder »auf keinen Fall« noch einmal für diesen Beruf entscheiden. 46,8% der in Weiterbildung stehenden, aber nur 24,4% der Krankenhausärzte mit Abschluss, so Reimer (1997), würden den Beruf nicht wiederwählen oder wären unsicher. Den Kindern zum Arztberuf raten würden signifikante 25,2% der Niedergelassenen, aber nur 9,1% der Krankenhausärzte (17,9% mit vs. 3,3% ohne Weiterbildungsabschluss). Unter den Berliner Ärzten (Stern, 1995) würde ein Viertel den Beruf erneut ausüben, mehr als die Hälfte zweifelt und hat teils medizinfremde Berufsvorstellungen.

Das Leben halten ca. 50% der Berliner Ärzte (Stern, 1995) beruflich wie privat für sinnvoll und ausgewogen, 18% gar nicht. Ebenso äußern sich die meisten Niedergelassenen (Reimer & Jurkat, 1996) wie auch andere Ärzte in Hinsicht auf private Faktoren relativ lebenszufrieden. Sie wünschen sich nur mehr Zeit für Kinder, Partnerschaft und Privatleben. Trotz des beeinträchtigenden Zeitmangels besteht eine relativ hohe Zufriedenheit in der Partnerschaft. Auch die Mehrzahl der Internisten (Jurkat et al., 1997) beschreibt eine relative Zufriedenheit im Privatleben; lebensunzufrieden sind besonders die unter 40jährigen. Der Lebensstil dagegen wird von über 50% der Niedergelassenen als (stark) gesundheitsbeeinträchtigend angegeben. Betrachtet man die Auswirkungen des Lebensstils auf die Gesundheit, so beeindruckt eine erhöhte Suizidrate unter Medizinern; die Internisten liegen etwas unter dem Ärztedurchschnitt. Mediziner bewegen sich auch deutlich weniger als andere Akademiker (Jurkat & Reimer, 2001a). »In einer kanadischen Studie (Gaertner 1991) wurde nachgewiesen, dass Ärzte sich im Vergleich zur Normalbevölkerung weniger bewegen und erst recht im Vergleich zu sozioökonomischen Gruppen mit ähnlichem Status.« (Jurkat & Reimer, 1995, S. 105). Einen die Gesundheit (stark) beeinträchtigenden Lebensstil geben 67,4% der Internisten und 62,6% der Gesamtstichprobe an. Die wenigen, die sich eher gesund fühlen, treiben mehr als doppelt so viel Sport in der Woche wie die gesundheitlich Angeschlagenen; die Unsportlichen sind eher wenig zufrieden mit ihrem Leben und äußern körperliche wie psychische Symptome. Erholung ist für mehr als ein Drittel der Internisten nur selten oder gar nicht möglich. Ihre durchschnittliche Schlafdauer beträgt etwas über 6,5 Stunden; zwei Drittel leiden unter Schlafstörungen. Eine mehr als 60-Stundenwoche unter häufigem Zeitdruck wirkt sich hochsignifikant beeinträchtigender auf die Gesundheit aus als unter weniger Zeitdruck; desto trotz

sind gesundheitsbewusste Verhaltensweisen und sinnvoll genutzte Zeitrressourcen im Arbeitsalltag nicht immer bzw. kaum möglich. Insgesamt gleichen die Internisten eher der Gesamtstichprobe als die noch beeinträchtigteren Allgemeinmediziner (Reimer & Jurkat, 1997b) oder Chirurgen (Reimer & Jurkat, 1997a). Unter den Allgemeinmedizинern beurteilen zwei Drittel, 80% der Männer und 31% der Frauen ihren Lebensstil als (stark) gesundheitsbeeinträchtigend; 44% der Ärztinnen, aber nur 13% der Ärzte fühlen sich mit häufigem Wohlbefinden in ihrer Gesundheit gefördert, womit eine geringere psychische Gefährdung der Ärztinnen aufgrund einer signifikant niedrigeren Arbeitsbelastung oder eines durch die Berufspolitik weniger gestörten Selbstwertgefühls impliziert wird. Die Chirurgen leben überdurchschnittlich gesundheitsgefährdend: Sie rauchen häufig (36,2% vs. 26,2% der Gesamtstichprobe) – die gesundheitlich stark Beeinträchtigten rauchen sogar zu 58,8% - und arbeiten am längsten. 82,2% fühlen sich durch ihren Lebensstil gesundheitlich »beeinträchtigt« oder »stark beeinträchtigt«, nur 11,1% »gefördert«. 40,8% können sich nur selten oder gar nicht erholen. Ihre Schlafdauer beträgt etwas weniger als 6,5 Stunden; 48,9% klagen über Schlafstörungen, v.a. Schlafmangel. Die befragten Berliner Ärzte schlafen durchschnittlich 6,4 Stunden. Hinsichtlich Wohlbefinden und Arbeitsbelastung zeigt sich ein hochsignifikanter Geschlechtsunterschied (Reimer, 1997; Jurkat & Reimer, 2001b): Während Ärztinnen etwas gesundheitsbewusster leben, sich eher gesünder fühlen und eine höhere Lebensqualität aufweisen, geben Ärzte eine höhere Arbeitsbelastung an. Auch bei Krankenhausärzten ist in bezug auf Gesundheit nicht die Position, sondern das Geschlecht entscheidender; ca. 70%, darunter mehr Männer als Frauen sehen sich beeinträchtigt. Die männlichen Niedergelassenen führen zu ca. 57% ein gesundheitsbeeinträchtigendes Leben, die weiblichen nur zu ca. 37%. Lediglich 23,6% der Gesamtstichprobe empfinden ihren Lebensstil als gesundheitsfördernd, was vermuten lässt, dass durch chronischen Stress und ständige Überarbeitung ein gänzlich von der Arbeit geprägter Lebensstil vorausgesetzt wird. Unbewusste neurotische Arztideale wie die innere Verpflichtung zum guten, allzeit bereiten Arzt verstärken dieses Verhalten. Bereits im Studium wird eine »Sozialisierung zur Akzeptation von Überforderung« erlernt: »Der Arzt wächst eben mit seinen Anforderungen ...« (Reimer, 1997, S. 32). Die nicht-süchtigen Ärzte nennen als Gründe für einen gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensstil im Gegensatz zu den süchtigen (Jurkat, 2000) eher unmittelbar Berufliches wie Distress, Zeitdruck, übermäßige Arbeitsbelastung, Freizeit- und Erholungsmangel, häufige, unregelmäßige Dienste, Schlafdefizit oder Probleme und Stress im Privatleben. Es zeigt sich eine hochsignifikante Korrelation zwischen der Auswirkung des Lebensstils auf die Gesundheit und dem gesundheitlichen Wohlbefinden nach WHO. Im Vergleich zu den »US attending physicians« ist die »physical-

health-related and mental-health-related quality of life« bezogen auf die altersgemäße Bevölkerungsnorm v.a. bei den deutschen Assistenz- und Oberärzten deutlich beeinträchtigt, z.T. sogar auch im Vergleich zur Bevölkerungsnorm (Jurkat, Raskin & Cramer, 2006).

Die Lebensqualität, so Stern (1995), steigt durch Teamgeist, Gestaltungsfreiheit, Unterstützung und Berufsperspektive, wogegen Disziplin, Unterordnung, Stellenunsicherheit und mangelnde Anerkennung häufiger zu gesundheitlichen Beschwerden führen als die Arbeit selbst. Zudem werden Überstunden von Vorgesetzten oft stillschweigend erwartet und als Zeichen für Engagement und Interesse gewertet. Ständige Überschreitungen der normalen Arbeitszeit mit einer zusätzlich unterbrochenen, zirkadianen Biorhythmik durch Dienste erschweren ein gesundheitsbewusstes und sozial eingebundenes Leben. Daher stufen 27% der Berliner Ärzte ihre subjektive Lebensqualität als eher gering ein, die Arbeitslosen sogar als äußerst gering. Mit deutlich abnehmender Tendenz halten nur noch 38% ihre Lebensqualität für eher hoch. Diejenigen in Teilzeit oder diejenigen, die weniger als 9 Stunden täglich und weniger als 5 Überstunden monatlich im Dienst sind, geben eine höhere Lebensqualität an. 30% der ledigen Ärztinnen mit Kind empfinden sie als eher schlecht, 24% als eher gut. Die ärztliche Lebensqualität und Lebensplanung wird immer problematischer und das Eigenengagement der Ärzte reduziert sich auf ein Minimum.

2.2.2 Partnerschafts- und Familienprobleme, Depressionen und Suizidtendenz

Nach Freud ist Gesundheit gleich der Fähigkeit, zu arbeiten und zu lieben. Ähnlich wird eine Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit, Partnerschaftszufriedenheit und wenigen psychiatrischen Symptomen beobachtet (Lewis, Barnhart, Nace, Carson & Howard, 1993c; Sotile & Sotile, 1997). So kann bei den süchtigen Ärzten eine familiäre Zufriedenheit aufgrund dominierender beruflicher Zufriedenheit häufiger als bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) nicht verwirklicht werden. Es kommt durch berufsbedingte Belastungen früh zu Störungen in der sexuellen Beziehung und zu Einsamkeit, familiärer Entfremdung und Ohnmachtsgefühlen gegenüber der dominierenden Berufssituation. Verständnis- und Anpassungsbereitschaft in Hinsicht auf den ärztlichen Lebensstil werden vom Partner erwartet; er hat sich an der Bewältigung des chronischen Stresses zu beteiligen. Die bereits im Medizinstudium typische Aufschiebestrategie (*»Postponement«*, Jurkat & Reimer, 1995, S. 102) von privaten, emotionalen und intimen Aktivitäten zugunsten des Berufs wird mit dem Arztsein als Verschiebetaktik aufgrund stets neuer Pflichten und Ziele fortgesetzt. Beziehungsstörungen manifestieren sich infolge abnehmender sexueller Intimität, emotionaler Ausdrucksfähigkeit und offener Kom-

munikation sowie zunehmender Entfremdung. Problemauffassungen, Intimbedürfnisse und Kommunikationsstile entwickeln sich als eheliche Konfliktpunkte (Gabbard, Menninger & Coyne, 1987).

Die Scheidungsrate von Ärzten hält Ziegler (1992) entgegen Loevenich, Schmidt und Schifferdecker (1996) für unterdurchschnittlich, doch den Grad an partnerschaftlichen Konflikten für signifikant höher. Die unbefriedigenden Ehen bleiben relativ oft auf Dauer bestehen (Hall, 1988). Substanzabhängige Ärzte leben seltener als nicht-süchtige (Jurkat, 2000) in fester Partnerschaft bzw. Ehe und sind häufiger geschieden bzw. leben in Trennung. Zudem ist die durchschnittliche Gesprächsdauer der Partner bei süchtigen Ärzten deutlich geringer als bei nicht-süchtigen. Aufgrund unregelmäßiger Arbeitszeiten und hoher Belastungen vernachlässigen 74 bis 90% der Ärzte ihre Privatkontakte; es drohen persönliche Krisen (Stern, 1995). In schweren seelischen Krisen, wie 1892 von Fontane (Wilkes, 1998) eindrucksvoll beschrieben, bedrücken und beunruhigen Gefühle des Energieverlustes, der Vereinsamung, Sinnlosigkeit, Freudlosigkeit, Lethargie und Resignation bis hin zu Schlafstörungen, Somatisierungen und Todessehnsüchte.

Ehepartner von psychiatrisch erkrankten Ärzten – am häufigsten werden Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und affektive Störungen von Kollegen diagnostiziert (Rucinski & Cybulska, 1985) - leiden oft selbst unter Depressionen, Psychosomatosen, Drogen- und Alkoholabusus. »Die Kommunikation in der ganzen Familie des Süchtigen ist krank; alle tragen dazu bei, dass er trinkt; alle leiden; jeder verhält sich so, dass die alkoholbegründete Homöostase der Familie erhalten bleibt.« (Fengler, 1994, S. 38). Die suchtbedingten familiären Belastungen reichen von Unzuverlässigkeit und Vernachlässigung über emotionale oder aggressive Ausbrüche und sexuelle Übergriffe bis hin zu privaten oder beruflich-finanziellen Konflikten und Notfallsituationen (Lindemeyer, 1999; Dilling, Mombour & Schmidt, 1999). Ärzteehe besitzen gemäß Vaillant, Sobowale und McArthur (1972) eine problematischere Struktur als sozioökonomisch vergleichbare Ehen, besonders bezüglich Substanzabusus (Fengler, 1992).

Nach Beiser und Roberts (1994) werden zukünftig, statistisch betrachtet, ca. 50% aller US-Mediziner in einer dualen Ärztebeziehung leben, da der Frauenanteil in den »medical schools« von 9% (1970) auf 42% (1992) - in Großbritannien auf 52% (1994) - zugenommen hat und ca. die Hälfte aller US-Ärztinnen mit Kollegen verheiratet ist. Duale Ärztepartnerschaften sind auch bei süchtigen und nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) gleichermaßen sehr häufig zu beobachten. Stellt man die positiven Aspekte eines dualen Ärztepaars wie berufsspezifisches Know-how und Einfühlungsvermögen in berufliche Probleme und Belastun-

gen den negativen Aspekten wie männliche Neigung zur Berufsdominanz und privaten Vernachlässigung und weibliche Neigung zur Berufs- und Haushaltsdominanz mit der Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse gegenüber, so überwiegen die Konflikte Karriere versus Haushaltsmanagement ohne Raum für Beziehung, Familienleben, Kindererziehung und Krisenbereinigung sowie die Gefühle von Neid, Wetteifer und Aggressivität bis zur Besessenheit bei beruflicher Ungleichheit, zumal der Verdienst von US-Ärzten 30% über dem der Kolleginnen liegt und in Großbritannien nur 20% der Ärztinnen versus 37% der Ärzte Verdienstausszeichnungen erhalten (Beiser & Roberts, 1994).

Auf Dauer können konfliktreiche Familien- und Sozialverhältnisse, mangelnde Anerkennungen und lange Arbeitstage mit hoher Eigenverantwortung, verborgenen Gefühlen von Hilfsbedürftigkeit, Sorgen und Schmerzen und dem ärztlichen Ideal von ständiger Ausgeglichenheit und Hilfsbereitschaft Auslöser depressiver Stimmungen sein (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996). Bis zu 10% der US-Ärzte missbrauchen Alkohol oder Drogen bzw. leiden an Depressionen und begehen Suizid (Walker, 1981). Bei behandelten Ärzten (Loevenich et al., 1996) sind signifikant häufiger Alkohol- und Drogenabhängigkeiten bzw. neurotische und endogene Depressionen, welche bei Ärzten häufiger, aber mit besserer Prognose als in der Normalbevölkerung auftreten, zu beobachten als bei einer sozioökonomisch vergleichbaren Gruppe. Der Depressivitätswert, einschlafen wollen, ohne wieder aufzuwachen, zeigt einen hochsignifikanten Unterschied zwischen substanzabhängigen Ärzten und der Kontrollgruppe (Jurkat, 2000; Reimer et al., 2001). Zunehmend unkontrollierter Alkohol- und Medikamentenabusus, eine sich zuspitzende familiäre und soziale Isolation und eine sich infolge unregelmäßiger, schlechter Ernährung, fehlender Bewegung und übermäßigen Genussmittelkonsums verschlechternde Lebensführung bei zudem durch chronisch überhöhte Stresslevel gekennzeichnete Arbeitsbedingungen sind als Warnsignale eines häufigen physisch-psychischen Burnouts mit Suizidgefährdung zu verstehen (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996; Reimer, Trinkaus & Jurkat, 2005).

Die Suizidrate ist bei Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant erhöht, was möglicherweise durch häufigere Depressionen mit affektiven und neurotischen Störungsanteilen, eine erhöhte Suchtgefährdung mit unangepasstem Verhalten zu Alkohol und Medikamenten und Berufsstressoren zu erklären ist (Reimer et al., 2005; Arnetz et al., 1987). Die Suizidinzidenz der schwedischen Ärzte steigt besonders in der mittleren Lebensperiode, die der Ärztinnen zusätzlich während des Berufseinstiegs. Chirurgen haben das höchste Suizidrisiko, so Arnetz et al. (1987). Anders berichten Blachly, Disher und Roduner (1968), die Psychiater, Anästhesisten und Ophthalmologen an erster, Pädiater an letzter Stelle der Suizidge-

fährdung sehen. Reimer (1997) schreibt Psychiatern das höchste Suizidrisiko zu, gefolgt von Allgemeinchirurgen, Anästhesisten auf dem zweiten Rang sowie Internisten, Neurologen und Allgemeinpraktikern. Anästhesisten besitzen laut Paris und Canavan (1999) sowie Wright (1990) neben Notärzten und Allgemeinpraktikern das höchste Suchtrisiko. *»Zunehmend erscheinen Facharztgruppen gefährdet, deren alltägliche Berufsverpflichtungen durch einen hohen emotionalen Stress gekennzeichnet sind.«* (König, 2001, S. 2448).

Reimer et al. (2005) berichten nach Angaben in der Literatur über eine bei Medizinerinnen und Medizinern signifikant höhere Suizidrate als in der Allgemeinbevölkerung. Die *»standardisierte Mortalitätsrate (SMR)«* variiert bei Medizinern zwischen 0,7 und 2, bei Medizinerinnen zwischen 1,6 und 5,7. Eine schwedische Studie von 1961 bis 1970 (Arnetz et al., 1987) beziffert die SMR von Akademikern, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, auf 0,6 für Männer und 1,2 für Frauen, während sie ärztebezogen bei 1,2 für Männer und 5,7 für Frauen liegt. Im Vergleich war die Suizidrate von US-Ärzten 1965 bis 1970 nahezu 1,15fach, die von US-Ärztinnen 3fach so hoch wie die der Allgemeinbevölkerung. Die SMR für Ärzte versus andere Akademiker beträgt 1,9 für Männer und 4,5 für Frauen. Nach Black (1992) begehen fast 3% der Ärzte und 6,5% der Ärztinnen Suizid. Besonders Ärztinnen, so Wise (1991) und Lindeman et al. (1996), leben mit einem bedeutend höheren Suizidrisiko als der weibliche Teil der Allgemeinbevölkerung oder andere Akademikerinnen, da sie vermutlich unter der Doppelverantwortung in Familie und Arztberuf und Minderwertigkeitsgefühlen als Mutter und berufstätige Ärztin bei doppelt hoher Arbeitszeitbelastung leiden. Trotz allem wollen mehr als 97% der schwedischen Ärzte ihrer Tätigkeit treu bleiben (Arnetz et al., 1987).

2.2.3 Das ärztliche Prestige

In den Augen der Gesellschaft ist der Arzt keinesfalls *»der etwas abgebrühte Frauenheld, der erst vor kurzem sein Medizinstudium abgeschlossen hat, eine katastrophale Ehe führt, seine Kinder vernachlässigt und eine Unmenge sexueller, finanzieller und emotionaler Probleme hat«*, so Liz Greene, Psychologin, Jungsche Analytikerin und Astrologin, 1985 (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 13), *»sondern jemand Glänzendes, Mächtiges, der Hoffnung einflößen kann, wo es keine Hoffnung mehr zu geben scheint, und der gelassen auch angesichts des bevorstehenden Todes bleibt«*. Anfang der 90er Jahre hielten 74% von befragten Berliner Ärzten das öffentliche Ansehen von Assistenzärzten für hoch, 5 Jahre später nur noch 40%. In der Bevölkerung genießen sie dagegen ein höheres Prestige (Stern, 1995). *»Um ein guter Medicus zu sein, muss man imstande sein, die Lösung eines unlösbaren Rätsels zu finden.«*, Noah

Gordon, US-amerikanischer Schriftsteller (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 53). Gerade durch die Medien wird die Demontage der »Götter« hin zu den »Teufeln in Weiß« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 14) vorangetrieben. Patienten sind oftmals mit der ärztlichen Fachkompetenz und Handwerklichkeit zufrieden, vermissen aber eine psychologische Betreuung. Dieser Wunsch nach echter Fürsorge, Zuwendung und dialogischer Beziehung drückt sich insbesondere in den Erfolgsquoten traumhafter Fernsehhelden aus. Kein anderer Berufsstand kann die Öffentlichkeit mit ihren hohen Erwartungen und ambivalenten Emotionen wie Hoffnung auf Gesundheit und Vergötterung bzw. Kritik, Missgunst, Neid und Demontage derart bewegen. Daher ist eine emotionale Kompetenz der Ärzte, anlehnend an den Hippokratischen Eid, von entscheidender Bedeutung. *»Ärzte mit hoher emotionaler Kompetenz können Begeisterung wecken, für ein spürbar gutes Klima sorgen, die Emotionen anderer und die eigenen verstehen.«* (Bergner, 2004, S. 1799).

2.2.4 Der Arzt und seine Persönlichkeit, Stress und Burnout

Ärztliche Persönlichkeitsstrukturen wie Intellekt und Rationalität (Ringel, 1984) beeinflussen den Lebens- und Arbeitsstil wesentlich. Viele Ärzte führen ein von beruflichem Überengagement, chronischem Erfolgsstress und ständiger Überarbeitung geprägtes Leben. Diese berufsorientierten Einstellungen verfestigen sich durch unbewusst vermittelte Arztideale wie innere Verpflichtung zu ärztlichem Perfektionismus und Hilfsbereitschaft, persönliche Stabilität, Allmacht und Aufopferung. Die Sozialisierung beginnt schon im Studium mit der Deklaration ärztlicher Berufsunfähigkeit im Falle von Kritikäußerung und nicht gewahrtem Bündnis des Stillschweigens. Auslöser für die Arztberufswahl scheinen Kindheitserlebnisse infolge elterlicher Insuffizienz und emotionaler Vernachlässigung mit der Folge unsicherer Selbstgefühle und basaler Verletzlichkeit zu sein. Befragte Ärzte entschieden sich zu 60% vor dem 15. Lebensjahr für die Medizin, 17% der Ärztinnen und 10% der Ärzte sogar vor dem 10. Lebensjahr. Der Arztberuf scheint somit zur Kompensation narzisstischer Störungsanteile, d.h. zur Abwehr persönlicher Vulnerabilität zu dienen. Es existiert eine hohe Arbeitszufriedenheit bei erheblichem Arbeitsstress (Jurkat, 2000), wodurch die paradoxe Befriedigung durch im Stress empfundene Wichtigkeit und Unentbehrlichkeit zum Ausdruck kommt. Latente Todesangst ist besonders unter Ärzten bekannt und motiviert unbewusst zum Heilberuf (Jurkat & Reimer, 1995). *»Aggression ist ganz und gar nicht grundsätzlich destruktiv. Sie entspringt einer angeborenen Tendenz zu wachsen und das Leben zu meistern, die aller lebenden Materie gemein zu sein scheint. Nur wenn diese Lebenskraft in ihrer Entfaltung behindert wird, verbinden*

sich mit ihr Aspekte wie Wut, Zorn oder Hass.«, Clara Thompson, US-amerikanische Ärztin, Psychoanalytikerin und Psychotherapeutin, 1964 (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S.49). Soziale Akzeptanz findet der Aggressionstrieb in der Sublimierung nach Freud wie bei ärztlicher – insbesondere chirurgischer - Behandlung.

»Bei unseren Patienten sind wir aber nicht nur mit dem Chronischen konfrontiert, sondern, was viel schlimmer ist, mit dem chronisch Kranken! Es ist dies nicht bloß ein statischer, unveränderlicher Zustand, sondern unheilbares Leiden, etwas, das beständig weh tut und stört, das sich nicht verändert und niemals aufhört. Solcherart erinnert uns der chronisch Kranke an unsere eigene chronisch kranke Seele, an dasjenige in uns, was von klein auf unheil war, woran wir seit der Kindheit immer wieder leiden ...« (Langegger, 1983, S. 174). Der Heiler und Helfer verlagert unbewusst seinen kranken Anteil auf Patienten, so dass er selbst die gesunde Rolle einzunehmen glaubt. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf andere, um die eigene Verletzlichkeit zu verdrängen. Der Arzt interveniert, diagnostiziert, operiert und therapiert als Kompensation seiner Minderwertigkeit, Bedürftigkeit und Schwäche. Dabei distanzieren sich die Mediziner von ihrer Außenwelt so sehr, dass man sie für lebendige weiße Kittel halten könnte. Ständige Kompensationen führen jedoch bald zur Dekompensation (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996). Das Bild chronischer Überanstrengung, so Stern (1995), manifestiert sich besonders durch Müdigkeit, Reizbarkeit und Rückenschmerzen, eher zurückhaltend durch Herzschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und Nierenschmerzen, da diese als Leitsymptome für einige Krankheitsbilder bekannt sind. 42% der Berliner Ärzte halten sich auch in der Annahme, ihr eigener Hausarzt zu sein, für gesundheitlich stark belastet. Ca. 11% sprechen von chronischer Erkrankung, fast 9% von »arbeitsbedingt«; die Quote anerkannter Berufskrankheiten liegt jedoch deutlich unter 1%. Chronische und arbeitsbedingte Erkrankungen sowie anerkannte Berufskrankheiten nehmen ab dem 40. bis 45. Lebensjahr erheblich zu. Der Grad an emotionaler Erschöpfung übersteigt den Normwert und andere Werte vergleichbarer Ärztstudien. Die Prävalenz psychiatrischer Morbidität unter Ärzten beziffern Ramirez et al. (1996) auf 27%. Burnout oder psychiatrische Morbidität sind bedingt durch drei Stressquellen: Gefühl der Überlastung mit privaten Auswirkungen, Gefühl der schlechten Führung und der Umgang mit Leid. Protektiv auf Arbeitsstress und emotionale Erschöpfung bzw. Depersonalisation wirkt Arbeitszufriedenheit. 8% der Berliner Ärzte nehmen an Balintgruppen teil, 7% sind in Psychotherapieausbildung.

In einer US-Studie wurde eine »Stress-Skala« (Rahe, 1995) erstellt, in der private und berufliche, negative wie positive Lebensereignisse mit Punktwerten quantifiziert wurden. Der Tod eines Partners bekam den höchsten Wert (100), darauf folgte die Ehescheidung (73), die

Trennung vom Partner (65) und die eigene Verletzung oder Krankheit (53). Entgegen der Partnerschaft und Gesundheit bedeutete der Verlust des Arbeitsplatzes weniger (47) Stress, ebenso sexuelle Schwierigkeiten (39), finanzielle Veränderungen (38), partnerschaftliche Auseinandersetzungen (35), persönlicher Erfolg (28), Schwierigkeiten mit dem Chef (23), veränderte Arbeitszeiten oder Arbeitsbedingungen (20), Änderungen in der Freizeit (19) und Gesellschaft (18), Wechsel der Schlafgewohnheiten (16) und Urlaub (13). In Hinsicht auf Arbeitszufriedenheit und Stressoren sind in Texas Mediziner der »Dallas County Medical Society« per Fragebogen untersucht worden. 69% schätzten ihre Tätigkeit als hoch zufriedenstellend ein. Ärztliche Kompetenzen bereiteten mehr als große Zufriedenheit, gefolgt von verschiedenartigen Patienten, persönlicher Gratifikation und dem humanitären Dienst. Noch ziemlich zufrieden waren sie mit Kontakten zu Kollegen und Mitarbeitern, Status und Prestige, Empathiefähigkeit, Einkommen und Patientenzahl (Lewis, Barnhart, Howard, Carson & Nace, 1993a). Ähnlich berichten Ramirez, Graham, Richards, Cull und Gregory (1996), dass Arbeitszufriedenheit am ehesten durch Beziehungen zu Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern, den Berufsstatus und das Selbstbild erreicht wird, ferner durch anspruchsvolle Aufgaben und das Gefühl einer guten Führung. 24% der Ärzte, so Lewis, Barnhart, Howard, Carson und Nace (1993b), beurteilten dagegen ihre gesamte Tätigkeit bei einer Wochenarbeitszeit von durchschnittlich über 58 Stunden als besonders stressreich. Am stressreichsten waren äußere Faktoren wie Kontakte zu Behörden und Versicherungen oder Sorgen um Therapiestrategien und Kunstfehler, ferner Leistungs- und Zeitdruck, Fortbildungszwang und mangelnde Privatsphäre mit Entspannung. Weiter abnehmenden Stress stellten schwierige, fordernde Patienten, Praxisrealitäten, berufliche, finanzielle oder persönliche Zukunftsängste, klinische Kompetenzen, Selbstvertrauen und Arbeitsklima dar. Mit quantitativen Faktoren wie Arbeitszeit und Patientenzahl korreliert die im europäischen Vergleich nur mittelmäßige Berufszufriedenheit bei deutschen Allgemeinärzten (Weber, 1996). Gemäß Jurkat und Reimer (2001a) ist die Arbeitszeit in hochsignifikanter Korrelation zur Schlafdauer und Auswirkung des Lebensstils auf die Gesundheit, aber auch in Korrelation zum Kaffee- oder Teekonsum und Gefühl der Arbeitsüberlastung, des Zeitdrucks und der Arbeitszufriedenheit zu sehen. Gerade der scheinbar selbstverständliche, selbstlose Zeitdruck und die überschrittene Arbeitszeit werden als hoch belastend beschrieben (Jurkat et al., 2003), so dass bereits Medizinstudenten weniger ärztliche Arbeitszufriedenheit in höheren als in niedrigeren Semestern erwarten (Jurkat, Reimer & Schröder, 2000), während sich jedoch US-Mediziner bei gleicher durchschnittlicher Arbeitszeit hinsichtlich Arbeits- und Lebenszufriedenheit signifikant häufiger sehr zufrieden äußern als die deutschen (Jurkat, 2008).

Stress umfasst viele Arten von Überforderungen. Resultat der unüberwindbaren Macht sind Gefühle von Hilflosigkeit, Bedrohung und Angst. Scheitert der Betroffene am Anpassungsprozess (Schüffel & Pauli, 1996) an die fluktuierende Umwelt, ist die Selbsterhaltung gefährdet. Das »*Generelle-Adaptations-Syndrom (G.A.S.)*« nach dem österreich-kanadischen Mediziner Selye (Bardé, 1987, S. 484) gliedert sich in drei Phasen: »*Alarmreaktion*«, bedingt durch bedrohliche Reize wie Überforderung, Hindernisse oder enttäuschte Idealvorstellungen; »*Widerstand*« und Abwehrverhalten als kompensatorisch erhöhte Aktivität gegen den Reiz und anfängliche Minimierung bedrohlicher Unlust- und Spannungszustände; »*Erschöpfung*« und gestörtes Selbstgefühl bei erfolgloser Reizabwehr. »*One person's tea is the other's poison.*« verdeutlicht den individuellen, subjektiven Wirkungsgrad einzelner Stresskomponenten; eine »*aggressive Selbstbehauptung und Selbstabgrenzung*« (Bardé, 1987, S. 492) gegenüber der Umwelt und den eigenen Fähigkeiten wäre eine progressive, jedoch im ärztlichen Arbeitsalltag kaum mögliche Form des Widerstandsverhaltens und der Stressbewältigung. Stattdessen erfolgt oft der Ausweg in regressive, ineffiziente Abwehrhandlungen mit Burnouttendenz. Sucht ist eine Form der verzweiferten Selbsterstörung.

Betrachtet man den ärztlichen Berufsalltag, so sind »*fünf Belastungszonen*« (Fengler, 1992, S. 203f.) in Helferberufen bekannt: Es kommt zur »*Selbstbelastung (Zone 1)*« durch übersteigerte, unerreichbare Ideale, Fortbildungs- und Qualifikationsdrang, unzureichende Distanz und mangelnde Selbstwahrnehmung. Im »*Privatleben (Zone 2)*« bestehen Neigungen zu verstärkten Schuldbekenntnissen und undistanzierten Zuwendungen zu hilfessuchenden, fordernden Personen. »*Patienten (Zone 3)*« sind maßlos, unsympathisch, unkooperativ, psychopathisch, schwer therapierbar oder mitleiderregend mit komplizierten Rollenkonflikten. Das »*Team (Zone 4)*« schadet in seiner Größen- oder Autonomie-, Harmonie- und Effizienzkonstellation. »*Institutionelle Gegebenheiten (Zone 5)*« wie z.B. Personalmangel, Umsatzzwang, Hierarchie und Patientenwechsel führen zum hohen Stresslevel. Sistieren und konzentrieren sich diese Belastungen, droht ein Erschöpfungssyndrom, das Burnout, welches seit ca. 20 Jahren bekannt ist und sich längerfristig auf Körper, Psyche und Emotionen auswirkt. Das Burnout gilt als erstmalig in psychosozialen und therapeutischen Berufen entdeckte Berufserkrankung, das sich gemäß Sonneck (1994, S. 4) durch »*emotionale (und körperliche) Erschöpfung*« mit Arbeitsunzufriedenheit, Frustration, Arbeitsüberlastung und unzureichender Erholung, »*Leistungseinbuße*« mit Rückgang der persönlichen Leistungsfähigkeit, finanziellem Zwang, Patientenforderungen und Verzweiflungen wegen unerreichter Ziele, Normen und Ansprüche sowie durch »*Depersonalisierung*« mit sozialem Rückzug, selbstschützender Distanz und Entfremdung auszeichnet. Eine geringe gesundheitsbezogene Lebensqualität und

Burnout-Gefahrenquellen verbergen sich hinter insuffizienten Bewältigungen von stressreichen Arbeitssituationen, hohem Arbeitsdruck, geringen Gestaltungsmöglichkeiten, wiederholt enttäuschten Erwartungen und Idealen, vernachlässigten privaten Wünschen, mangelnder Abgrenzung, vereinnahmendem Mehraufwand, hoher Verantwortlichkeit, Konkurrenzdruck und antikem Hierarchiezwang insbesondere in niedrigen ärztlichen Klinikpositionen in Deutschland (Jurkat et al., 2006; Bergner, 2004; Szymaniak, 2003; Jurkat, Reimer & Plewnia, 1999; Gathmann & Semrau-Lininger, 1996; Sonneck, 1994; Winefield & Anstey, 1991). »*I've done too much for too many for too long with too little regard for myself.*« (Bergner, 2004, S. 1797). Im Verlauf dieses Prozesses zerstört eine ständige Überforderung anfängliche Idealvorstellungen und Motivationen. Freundlichkeit und Einsatzfreudigkeit nehmen ab. Schuldgefühle werden durch außerordentliche Bemühungen gedämpft, enden jedoch als erfolgloser Versuch in Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Ermüdung, Aversion, Reizbarkeit und Apathie werden schon früh von Kollegen beklagt. Hierauf folgen Desinteresse, Abwesenheit, Inflexibilität, Gleichgültigkeit, Skepsis, Zynismus, Negativismus, Ärgernisse, Selbstvorwürfe, Introversion, innere Starre, Versagensängste, Vermeidungsverhalten, mentale Schwächen, Schlafstörungen, Psychosomatosen, Nervosität, Sucht, Suizidgedanken, Krankheitsanfälligkeit, Unfälle, private und finanzielle Probleme, soziale Degradierung, Isolation etc. (Fengler, 1992; Bergner, 2004). Laut Bergner (2004) zeigen mindestens 20% aller Ärzte manifeste Burnout-Beschwerden. Nach Pepper (1982, S. 185) droht Ärzten die Gefahr der vier »*D's*«: »*drugs, drinks, divorce, depression*«. Viele hospitalisierte Ärzte hatten nach mehrjähriger Berufstätigkeit Zusammenbrüche erlitten (a'Brook, Hailstone & McLauchlan, 1967). Im Vergleich von süchtigen zu nicht-süchtigen Ärzten gibt es gerade in den Bereichen Lebenszufriedenheit und Gesundheit hochsignifikante Unterschiede: Lebenszufriedenheit, Nikotinkonsum, Schlafstörungen – Süchtige leiden deutlich häufiger an anspannungs- und stressbedingten Schlafstörungen als Nicht-Süchtige -, Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum, gesundheitliche Auswirkungen des Lebensstils und Depressionen sind die Variablen, die als Prädiktoren für Sucht gelten (Jurkat, 2000; Reimer et al., 2001; Mundle et al., 2007).

2.2.5 Die Suchtgefährdung im Arzt-Patientenkontakt

Die physische und psychische Verwundbarkeit scheint vielen Medizinern in der Helferrolle unbewusst und abwegig zu sein. Der weiße Kittel wird für sie zum willkommenen Objekt der Ummauerung, der eine Distanzierung und Gefühlsabwehr sicher aufrechterhält. Infolge der Problemverdrängung wird das kommunikative ärztliche Handeln so blockiert, dass Zwi-

schenmenschlichkeit und Empathie nur noch als Psychomüll erscheinen und belasten. »Die Maske wird zum Gesicht selbst – wenn man ihr Zeit lässt.«, Marguerite Yourcenar, Schriftstellerin (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 37). Viele Ärzte verhalten sich skeptisch und abgeneigt, geradezu verurteilend gegenüber süchtigen Patienten, was die Schwierigkeit der eigenen Distanz zum Suchtverhalten widerspiegelt. Manche Ärzte mögen ihre psychische Gefährdung erahnen, versuchen sie aber zu verleugnen: »Ein Alkoholiker ist ein Mensch, der mehr trinkt als sein Arzt.« (Fengler, 1992, S. 202). Doch unter Ärzten ist Alkoholismus verbreiteter als in der Gesamtbevölkerung (Reimer & Jurkat, 2000; Mäulen, Gottschaldt & Damm, 1995; Leesemann, 1995). Bereits Medizinstudenten berichten zu 4% über hohen Alkoholkonsum und fast zur Hälfte über eine Zunahme des Trinkens während der klinischen, patientengerichteten Semester (Firth, 1986). Befragte, jüngere Chirurgen weisen zu 10% hohen Alkoholkonsum auf, einige missbrauchen Kokain aus dem Krankenhausbedarf und 2,6% haben im Vorjahr Tranquilizer genommen (Hyde & Wolf, 1995).

2.2.6 Wege zur Sucht

Übermäßiger Substanzgebrauch (Fengler, 1992), der zum unaufhaltsamen Übel der Zeit wird, scheint bei vielen labilen Persönlichkeiten, besonders auch bei Ärzten, die sich Substanzen leicht und legal durch Eigenverordnung beschaffen können (Mäulen, 1998), determiniert zu sein. Unüberwindbare Hürden stellen die hohen Arbeitsbelastungen gerade in Helferberufen dar, so dass Gefühle von zwanghaften Beeinflussungen durch Gesellschaftsdruck, Nachahmungsprinzip, müßige Freizeit und ersehntem Stressabbau zum Rauchen (Bener et al., 1993) und anderem Substanzabusus verleiten. Berufsanspannungen lösen eher nicht-süchtige als süchtige Ärzte (Jurkat, 2000) durch Aktivsein. Fängt der Alkoholkonsum an, der Entspannung zu dienen, ist dies ein bedenklicher Ausgangspunkt eines suchtfährdenden Verhaltens oft in Folge von Depression, Hoffnungslosigkeit und Unzufriedenheit. Die pharmakologische Wirkung des Alkohols verstärkt die Grundstimmung, wodurch sich der Teufelskreis - Selbstmitleid und Trinken - schließt. Das Versagensrisiko wächst, die Kompetenz droht zu schwinden. Im Verlauf einer Suchtkarriere können Alkoholiker eher identifiziert werden als Drogenabhängige (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996).

In den USA, aber auch in Deutschland sind Amphetamine wie MDMA (»Ecstasy«, »hug drug«) und Methylphenidat (»Ritalin«) als Arzneimittel sozial erwünscht. Sie tragen durch manipulierte Serotoninspiegel zum Glückserlebnis bei, lassen Gefühle von Offenheit und Nähe zu den Mitmenschen aufkommen und garantieren geradezu unmenschliche Leistungen,

was auch Ärzte für sich nutzen. Zwischen 1991 und 1998 hat sich der Ritalingebrauch gemäß der WHO in 50 Staaten verdoppelt. Dies zeigt, wie rasant sich der Substanzkonsum in Folge zunehmender sozialer Isolierung und der Volkskrankheit Depression auch ärztlicherseits ausbreitet. Ähnlich gab es Anfang der 90er Jahre mit dem Antidepressivum Fluoxetine, welches Glück und Entspannung versprach, den »Prozac-Hype« in den USA. Als Leistungsdroge, die die Aufmerksamkeit steigert und Müdigkeit und Hunger beseitigt, zählt Kokain. Ähnlich wirkt auch Koffein, die traditionellste Droge der Welt und des Klinikalltags. Ein bis zwei Tassen Kaffee führen durch Zunahme neuronaler Aktivität und metabolischer Vorgänge zu erhöhter Vigilanz und physisch-psychischer Leistungsstabilität. Auf die Drogen entwickelt der Körper eine Abhängigkeit und Toleranz, so dass gleiche Wirkungen immer höhere Dosen erfordern. Entzugerscheinungen sind Kopfschmerzen und Gereiztheit. Als Gegenmedikation gelten zur Relaxation, Stress- und Angstbewältigung die nach dem Alkohol als zweithäufigste Volksdroge bekannten Tranquilizer wie Diazepam (»Mother's Little Helper«), synthetische Opiate oder Cannabis, die verlangsamte Reaktionszeiten und ein angenehmeres Zeitgefühl bewirken (Lischka, 2000).

Seit den 60er Jahren sind Medikamente verfügbarer, begehrter und infolge modern-kapitalistischer Arbeitsbedingungen mit ständigem Leistungsdruck und Flexibilitätsansprüchen fast unerlässlich für Spitzenleistungen geworden (Lischka, 2000). Nicht selten führt eine »Materialisierung zur Banalisierung des Lebens«, »zur Verflachung der Werte«, zu Depressionen und suizidalen Tendenzen (Ringel, 1984, S. 132f.). Auch unter Ärzten wird selten ein Verhalten favorisiert, das Ausgleich und Freude bewirkt (Rucinski & Cybulska, 1985).

2.3 Suchtzahlen in der Gesellschaft und unter Ärzten

Hans-Ulrich Wittchen vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, so Siegmund-Schultze (1999), ist seit 1994 durch Gesprächsstudien bei 14- bis 24jährigen zu dem Ergebnis gekommen, dass zunehmend Jugendliche in immer jüngeren Jahren legale wie illegale Drogen konsumieren. Die Hälfte der Probanden zwischen 14 und 20 Jahren hat mindestens einmal illegale Drogen genommen; jeweils ein Drittel von ihnen hat sie probiert, öfter bis regelmäßig genommen oder abhängigen Missbrauch betrieben. Seit 1995 ist der Drogengebrauch unter 14- bis 17jährigen um 45% bei Cannabis und um 83% bei Ecstasy gestiegen. Jeder dritte der 14- bis 24jährigen raucht Haschisch bzw. Marihuana, die Hälfte regelmäßig und ein Fünftel konsumiert zusätzlich Amphetamine (5%) oder Kokain. 75% wurden 1995 als auch noch 1998 als Drogenkonsumenten klassifiziert. Der Einstieg beginnt oft im Alter von 13 bis 18

Jahren oder früher mit Nikotin, gefolgt von Alkohol bei den Jungen, wodurch sehr früh ein substanzabhängiges Verhalten mit legalen Mitteln konditioniert wird. Bei der Suchtentstehung spielen familiäre Dispositionen, der elterliche Bezug zu Psychotropika, Persönlichkeitsfaktoren, Verhaltensauffälligkeiten, geringe Frustrationstoleranzen, traumatische Lebensereignisse und die Substanzverfügbarkeit eine große Rolle. Stadien- und substanzspezifische Risikofaktoren wie Ängste, Depressionen oder Aggressionen können die Sucht nicht nur bahnen, sondern das Wechselspiel auch verstärken. Ein Fünftel aller 17jährigen und fast die Hälfte aller 24jährigen rauchen regelmäßig. Regelmäßigen Alkoholkonsum geben 40% der jungen Erwachsenen an - doppelt so viele Männer wie Frauen. Die meisten Alkohol- bzw. Drogenkranken konsumieren Tabak in stärkerer Form als andere Raucher, so Batra und Buchkremer (2001). Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich nach den diagnostischen ICD-10-Leitlinien *»um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz ... für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum ... ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen ... zu konsumieren.«* (Dilling et al., 1999, S. 92). Abusus ist dagegen *»von der WHO definiert als Anwendung v. Pharmaka ohne med. Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung«* (Pschyrembel, 1994, S. 8). In beiden Konsumstadien sind physische, psychische und/ oder soziale Beeinträchtigungen möglich.

Männer trinken ca. dreimal so viel Alkohol wie Frauen. Starker Alkoholkonsum entspricht bei Männern einer täglichen Menge von 40g, bei Frauen von 20g. Männer sind viermal häufiger alkoholabhängig als Frauen (Lindemeyer, 1999), was die häufigste psychische Erkrankung der Männer und die zweithäufigste der Frauen darstellt (Wittchen et al., 1992). Männer leiden unabhängig von einer Alkoholabhängigkeit deutlich häufiger an Verletzungen als Frauen, während es unter süchtigen und nicht-süchtigen Frauen bzw. Männern keine Unterschiede gibt. Alkoholabhängige Männer besuchen auch deutlich häufiger Unfallkliniken als alkoholabhängige Frauen, die sich wiederum deutlich häufiger mit chronischen Schmerzen oder Misshandlungen in orthopädische Kliniken begeben (Amodei et al., 1996). Laut Nadelson (1998) gibt es bei Alkoholikerinnen eine höhere Mortalitätsrate und laut Amodei et al. (1996) eine höhere Komorbiditätsrate bezüglich Alkohol und anderen psychiatrischen Diagnosen wie vermehrte Angstsymptome, soziale Isolation, neurotische Störungen, Depressivität, Konzentrationsstörungen, Mangel an Selbstachtung und einen zusätzlichen Missbrauch von Psychotropika, v.a. Tranquilizer und Sedativa. Dagegen wird bei Alkoholikern häufiger Gewalt beobachtet; Opfer sind meist Frauen. Psychiatrische stationäre Aufnahmen sind zu 30% auf Al-

koholismus zurückzuführen - 50% der männlichen und 20% der weiblichen Aufnahmen (Dilling & Reimer, 1995). Der Anteil an alkoholbedingten Todesfällen beläuft sich bei Männern im Alter zwischen 35 und 64 Jahren auf 25%, bei Frauen auf 13% (Hüllinghorst et al., 2003). Weltweit gelten 5% aller Ärzte als abhängig (Loevenich et al., 1996). Allgemeinmediziner, Internisten, Chirurgen (Hyde & Wolf, 1995) und Psychiater sind am häufigsten in bezug auf Substanzabhängigkeit vertreten (Alpern et al., 1992). Nur 5% einer wegen Alkohol- bzw. Substanzabhängigkeit behandelten Ärztetichprobe konsumieren illegale anstatt verschreibungspflichtige Substanzen (Brooke, Edwards & Taylor, 1991). Den im »*Medical Society of New Jersey's Physician Health Program (PHP)*« überrepräsentativ behandelten Anästhesisten wird ein signifikant höherer Opiatabusus (78%) – besonders Fentanyl – im Vergleich zu anderen Fachärzten (42%) zugeschrieben, wobei Rückfall- und Abstinenzraten nicht signifikant divergieren (Paris & Canavan, 1999). Cadman und Bell (1998), Hughes et al. (1992) sowie Walker (1981) schätzen die »*impaired physicians*« auf 10% aller US-Ärzte. Nach Blondell (1993) beträgt die Prävalenz der Substanzabhängigkeit 8 bis 12%. Myers (1997) berichtet von 10 bis 12% »*impaired*« US-Ärzten und 7 bis 10% »*impaired*« kanadischen Ärzten. Im »*Maryland Physician Rehabilitation Program (PRP)*« (Alpern et al., 1992) finden sich 67% Alkoholiker, 23% konsumieren Beruhigungsmittel, 21% Betäubungsmittel und 16% Aufputschmittel. Negative Konsequenzen wie Partnerschaftsbruch, Führerschein- oder Approbationsentzug u.ä. haben 21% erfahren. 50% beschreiben ihre Lebensqualität vor Eintritt in das »*PRP*« als »*very poor*« oder »*poor-fair*«, weitere 27% als »*fair*«. Mit der Studie und Genesung verlagert sich das Gewicht zu 97% signifikant in Richtung »*very good*« oder »*fair-very good*«. 88% waren später weiterhin als Ärzte tätig, 12% gaben ihre Berufstätigkeit auf, wovon 80% mit einem Durchschnittsalter von 67,2 Jahren in den Ruhestand gingen.

Bezüglich des Rauchens, so Hüllinghorst et al. (2003), beträgt der männliche Anteil bundesweit 39% und der weibliche 31%, was eine Bevölkerungshochrechnung (18 bis 59 Jahre) von 16,7 Mio. Rauchern (9,5 Mio. Männer vs. 7,2 Mio. Frauen) ergibt. 5,8 Mio. (35%) sind starke Raucher mit mehr als 20 Zigaretten täglich. 45% der Raucher sind 18 bis 20 Jahre alt. Waalkens et al. (1992) berichten, dass in den Niederlanden 27% der Medizinstudenten und 28 bis 34% der Ärzte – am seltensten Kinderärzte - rauchen, wobei der Anteil der Medizinstudenten unter dem Bevölkerungsdurchschnitt und auch unter dem Medizinstudentenanteil 14 anderer europäischer Länder liegt; von englischen und US-Medizinstudenten wird er noch unterboten. Italien, Griechenland und Spanien haben die höchste WHO-Quote rauchender, europäischer Ärzte (Polyzos et al., 1995). Eine kuwaitische Studie zeigte 1990, dass es unter den Ärzten 38,1% Raucher (45,3% der Ärzte vs. 16% der Ärztinnen), 13,5% Ex-Raucher (17,9% der

Ärzte) und 48,4% Nichtraucher (36,8% der Ärzte vs. 84% der Ärztinnen) gab. In einer Studie von 1991/ 1992 in den Vereinigten Arabischen Emiraten rauchten 36,0% (43,9% der Ärzte vs. 8,2% der Ärztinnen), 12,7% waren Ex-Raucher (14,9% der Ärzte vs. 4,9% der Ärztinnen) und 51,3% Nichtraucher (86,9% der Ärztinnen vs. 41,2% der Ärzte) (Bener et al., 1993). Einen gesundheitlichen Rat können Patienten eher von nichtrauchenden (86%) als von rauchenden (70%) bzw. von denjenigen Ärzten, die selbst aufhören wollen (85%), als von den weiter rauchenden (44%) erwarten (Kawakami et al., 1997).

Obwohl die ambulante Gesundheitsvorsorge von Patientinnen regelmäßiger in Anspruch genommen wird als von Patienten und Alkoholiker medizinische Hilfe nahezu doppelt so häufig benötigen wie Nichtalkoholiker, kann nicht jedes Suchtverhalten unmittelbar diagnostisch entlarvt werden (Amodei et al., 1996), insbesondere nicht bei Arztkollegen.

2.4 Therapiekonzepte der Oberbergkliniken und der USA

Die in Therapie befindlichen substanzabhängigen Ärzte verfolgen mehr als nicht-süchtige Ärzte (Jurkat, 2000) neue Lebensziele in Richtung persönlich stabilisierender, innerer und äußerer Ruhe aufgrund jahrelanger Vernachlässigung des Privatlebens durch berufliche Identifikation. Die angestrebte Rehabilitation nach der Suchtkrise, die durch Scham- und Schuldgefühle sowie Zweifel an der Willensstärke, am Selbstwertgefühl und an der Zukunftsperspektive gekennzeichnet ist, verläuft meist wie die chronische Krankheitsphase im Verborgenen (Jurkat & Reimer, 1995; Gottschaldt et al., 1997).

Da die ärztliche Suchtprävalenz hoch ist, sind Gründe zu eruieren und speziell auf Ärzte ausgerichtete Therapieansätze zu konstruieren. Es gibt zwei pathogenetische Theorien: das Rollenmodell mit kaum zu bewältigenden ärztlichen Anforderungen und das Persönlichkeitsmodell mit herangereifter Vulnerabilität (Loevenich et al., 1996). Seit Anfang der 90er Jahre konnte in Deutschland durch Feuerlein, Wanke, Gottschaldt und Mäulen ein wesentlicher Fortschritt in der Behandlung abhängiger Ärzte erzielt werden, während die »*American Medical Association (AMA)*« in den USA schon von weit vorausgehenden Erfahrungen seit den 70er Jahren berichten kann (Mäulen, 1998). Laut Brooke (1997) sind in allen US-Staaten offen und vertraulich geprägte »*impaired physician*«-Programme, getrennt von disziplinarischen Behörden, eingerichtet, die vorbeugen, informieren, diagnostizieren und multimodal behandeln. Bis ein Suchtkranker sich effektiv behandeln lässt, vergehen ca. 6 Jahre, bei Frauen ca. 4 Jahre (Lindemeyer, 1999; Brooke et al., 1991). Vorrangiges Ziel einer Suchttherapie ist es, die zu 90 bis 95% bei Ärzten bestehende, starre Identifikation mit der Helferrolle um-

zuwandeln in eine arbeitstaugliche flexible, menschliche Patientenrolle, weg vom narzisstischen Halb-gott-in-Weiß-Komplex (Mäulen, 1998; Fayne & Silvan, 1999; Mundle et al., 2007), damit die Hilfsbedürftigkeit erkannt und Hilfe in Anspruch genommen werden kann (Reimer, 1997). Je größer der vom Beruf bestimmte Ich-Anteil, desto mühsamer und leidvoller wird der Prozess, der eine Auseinandersetzung mit einem Leben frei von jener Arztrolle, Allmachtsphantasien und Ohnmachtsgefühlen fordert (Mäulen, 1998; Fayne & Silvan, 1999). Bei der spezifischen Suchttherapie lernen Betroffene, so Gottschaldt et al. (1997), emotionale Probleme als Ursache, nicht nur als Folge ihrer Abhängigkeit anzunehmen. Einsichten in die Existenz und den Zugang zur emotionalen Ebene sind Grundlage der Bemühungen, zumal Wahrnehmungen und Bewertungen auf unbewussten Bedürfnissen, Motivationen und Erinnerungen beruhen. Durch die Suchtkrankheit behindern Gemütsbewegungen infolge von Wahrnehmungsblockaden und -verzerrungen vernünftige kognitive Prozesse und Handlungsmuster. Der Ablauf ist krankheitsbestimmend und rückfallrelevant, so dass das Erreichen einer emotionalen und rationalen Akzeptanz der Abhängigkeit, d.h. eine Verinnerlichung lebenslanger Suchtgefährdung das Ziel ist.

Therapeutisch wird den Suchtkranken eine Einsicht und Versöhnung mit den starken Über-Ich-Ansprüchen ermöglicht (Mäulen, 1998; Fayne & Silvan, 1999). Sie setzen sich selbst-diagnostisch mit ihrer aktuellen emotionalen Lagebefindlichkeit, langfristigen Veränderungen und Erlebnisfähigkeiten auseinander und lernen, unbewusste, problematische Lebensstilanteile zu reflektieren und Wiederholungszwänge bzw. psychosomatische Zusammenhänge zu erkennen, so dass kognitive Erfassungen emotionaler Erfahrungen zu einem adäquaten, situationsgerechten und persönlichkeitsformenden Verhalten führen (Gottschaldt et al., 1997). In der Psychoanalytik stellt die Substanzabhängigkeit eine Charakterstörung auf oraler Stufe des ersten bis zweiten Lebensjahres dar, die auch tiefenpsychologisch behandelbar ist (Fengler, 1994).

In vielen Einrichtungen für Suchtkranke wird Nikotinabusus – unter Ärzten zweithäufigste Sucht nach Alkoholmissbrauch - nicht gezielt mitbehandelt, so dass sich die Prognose für eine stabile Alkohol- oder Medikamentenabstinenz verschlechtern kann. Bei abhängigen Ärztinnen erfolgt eine zusätzliche Therapie in den Bereichen Suizidalität, Partnerschaft und Rollenkonflikte bezüglich Beruf und Frausein (Mäulen, 1998). Die Gesamtdauer einer Suchtbehandlung richtet sich nach der Schwere der Erkrankung, der Persönlichkeit, Situation und Kooperation des Patienten. Psychotherapeuten, Niedergelassene und Klinikärzte – teilweise selbst Abstinente - arbeiten nach kurzfristiger Aufnahme eines abhängigen Arztes während der ca. 6 bis 8wöchigen stationären Therapie in den Oberbergkliniken und bei Entlassung maßgeblich

zusammen (Gottschaldt et al., 1997; Mundle et al., 2007). Die süchtigen Ärzte in Therapie halten mehr als nicht-süchtige (Jurkat, 2000) ein zufriedenes Privat- und Familienleben für erfüllbares, volles Lebensglück. Im »*Maryland Physician Rehabilitation Program (PRP)*« (Alpern et al., 1992) nehmen 62% der Befragten auch weiterhin supportive Therapien in Anspruch: 13% befinden sich in Gruppentherapie, 19% in Einzeltherapie und 47% aktiv in Selbsthilfegruppen. 1-Jahres-Katamnesen belegen, dass 70 bis 80% der süchtigen Ärzte - weit häufiger als der Durchschnitt aller substanzabhängigen Patienten - eine Abstinenz erzielen (Mäulen, 1998). Im »PRP« gibt es 75% mit einer mittleren Abstinenzdauer von 88 Monaten; die Mehrheit der Abstinenzler schätzt die familiäre Lage und berufliche Leistungsfähigkeit nun hoch ein. Ursächlich für den Erfolg scheint bei Ärzten der hohe Intellekt und das Sprachvermögen zu sein, weshalb klassische Therapien besonders geeignet sind. Meist drohen auch keine sozialen oder beruflichen Abstiege. Die Abstinenzraten von Ärztinnen sind jedoch poststationär deutlich schlechter als die der Ärzte. Durch Rückfälle erklären sich oft erfolgreiche Suizide (Mäulen, 1998).

2.5 Probleme für den Arzt als Patient

Die lebensphilosophisch besondere, interaktiv und wechselseitig beeinflussbare Beziehung zwischen Arzt und Patient bzw. Kollegen, Gesellschaft und privaten Bezugspersonen ist schwierig. Ihm wird Größe, Stärke, Gesundheit, Wissen, Kompetenz und eine imaginäre Unverwundbarkeit nachgesagt (Zigmond, 1984; Peseschkian, Deidenbach & Hofmann, 1988; Endres, 2000). Tabu ist jedoch die höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrate der Mediziner - v.a. durch alkoholassoziierte Erkrankungen (Brooke, 1997), die 3fach höhere Suizidrate gegenüber anderen Berufsgruppen und die Stressbewältigung eines jeden zweiten durch Alkohol und Psychopharmaka (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996).

Alle Abhängigen entgegen: »*Ich bin nicht süchtig.*« mit dem Nachsatz ärztlicherseits »*Und ich weiß es besser – schließlich bin ich Arzt.*« (Baier, 1998, Kap. Themen des Tages). Die Erkrankung des Arztes wird vor der feindlichen Öffentlichkeit geheimgehalten, vor den eigenen Augen verdrängt und indirekt durch psychotherapeutische Ausbildung unter patientengerichtetem Deckmantel behandelt (Reimer & Jurkat, 2001). Die verleugnerte, überheblich heruntergespielte, undiszipliniert eigentherapierte und unterschätzte Suchterkrankung stellt einen Teil der Problematik dar (Rosenbaum, 1992; Brooke, 1997). Laut Baldwin, Dodd und Wrate (1997) bemisst sich die krankheitsbedingte Abwesenheit der Ärzte nur auf durchschnittlich zwei Tage pro Jahr; 81% arbeiten auch mit Unwohlsein, 66% verschreiben sich selbst Medi-

kamente und 34% kurieren sich ohne Hausarzt, viele mit Hilfe befreundeter und befangener Ärzte. Infolge hoher Ansprüche, so Gathmann und Semrau-Lininger (1996) und Brooke (1995), wehren Ärzte häufig jegliche Hilfe ab und entwickeln Hilfephobien insbesondere bezüglich stationärer Therapie. Erst äußerer Druck und Zwang oder materielle Existenznot veranlassen die meist chronisch kranken Ärzte zur Fachberatung. Jedoch werden sie gerade mit demütigenden, neurotischen und depressiven Störungen oder schuldhaft besetzten Suchtkrankheiten von Kollegen oft nicht wie Patienten behandelt, da ein »Komplott des Schweigens« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 165) herrscht, der dem Arzt und der Gesellschaft eine Desillusionierung des Arztideals ersparen will. »Läuft die kollektive Projektion und Illusion der „Götter in Weiß“ Gefahr, an der Realität zu zerbröckeln?« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 165). Die Ausstrahlung einer physisch-psychischen Unantastbarkeit scheint desto trotz nicht der eigenen Überzeugung des Arztes zu entsprechen. »Das Tabu wird krampfhaft aufrechterhalten – hinsichtlich körperlicher Krankheiten und psychischer Leiden, Depressionen, Suchtgiftmißbrauch und Selbstmord von Ärzten herrscht beredtes Schweigen. Trotzdem wagt sich manch betroffener Mediziner langsam vor: ein erster Blick hinter eine Fassade, die um jeden Preis makellos sein will.« (Schönberger, 1995, S. 7). Jedes Individuum – nicht nur der Arzt – ist in ständiger Interaktion mit der Umwelt bestrebt, somatisch und psychisch, bewusst oder unbewusst sein Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten (Schüffel & Pauli, 1996).

2.6 Überlegungen zur ärztlichen Prävention

»Auch das Dunkle gehört zu meiner Ganzheit, und indem ich mir meines Schattens bewusst werde, erlange ich auch die Erinnerung wieder, dass ich ein Mensch bin wie alle anderen.«, C.G. Jung (1969, S. 16).

Eine erfolgreiche Suchtprävention stützt sich auf die Erkenntnis persönlichkeits- und substanzbezogener Risikofaktoren, so Wittchen vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (Siegmond-Schultze, 1999), und auf einen frühzeitig gezügelten Umgang mit rezeptpflichtigen Psychotropika (Renschmidt, 2002), da 6 bis 8% häufig verordneter Arzneimittel Suchtpotential besitzen, die zum Teil dauerhaft und suchterhaltend zur Vermeidung von Entzugserscheinungen eingesetzt werden (Hüllinghorst et al., 2003). Die Präventivmedizin wird jedoch von Ärzten nur halbherzig betrieben, da weniger als die Hälfte ihre Patienten routinemäßig nach Nikotingenuss fragt und über Risiken informiert und nur fast die Hälfte für eine aktivere Gesundheitsberatung ist. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Ärzte für eine

intensive, effektive Vorsorgemedizin nachgewiesenermaßen zunächst selbst eigene Ratschläge befolgen müssten (Bener et al., 1993).

Im Patientenkontakt sehen sich Ärzte oft konfrontiert mit einer egozentrischen Zuwendungsbedürftigkeit und unbegrenzten, unrealistischen Heilsforderungen, so dass sie als »*Ritter im Kampf gegen das Böse*« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 22) wirken. Menschlicher würden sich ehrliche und vernünftige Interaktionen gestalten, in denen Patienten mit dem Wunsch nach Kooperation und Beratung dem Arzt mündig gegenüber treten und Mitverantwortung zeigen. Hier könnten Ärzte, die sich ihrer humanen Vulnerabilität als Anerkennung der eigenen Stärke bewusst sind, Schwächen gezielter behandeln, Grenzen klar aufzeigen und bereit sein zu Dialogen. Zerbrochene und enttäuschte Idealisten werden dagegen durch persönliche Motive wie unbewusste Verwundung oder Gefühl der Unzulänglichkeit unter dem aktuellen Druck und Zwang eher in die »*Todeskarriere*« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 77) getrieben. Samuel Beckett, irischer Schriftsteller, schrieb: »*Diese Nacht habe ich in meine Brust gesehen. Darin war eine große Wunde.*« (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996, S. 84).

In den ersten Semestern haben viele Studenten noch ganzheitliche Vorstellungen von der Medizin, wobei gerade der Umgang mit Patienten, die psychosoziale (Eigen-)Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit aus Sicht junger Ärzte im Medizinstudium zu defizitär behandelt wird, woraus eine emotionale Erschöpfung als Hauptelement eines Burnouts resultiert (Bergner, 2004). Nach Jurkat et al. (2000) und Lindemeyer (1999) sind bereits angehende Ärzte im Studium auf zukünftige Belastungen vorzubereiten, anstatt sie nur auf Leistungsfähigkeit zu testen. Ein von Anfang an erlernter Umgang mit Stressbewältigung, Psychohygiene und Ethik kann zu einem schnelleren Erfolg in der Ärzteschaft beitragen (Peseschkian et al., 1988; Scutchfield & Benjamin, 1998), indem die richtige Balance zwischen Grenzwahrung und Mitmenschlichem durch emotionale Kompetenz gefunden werden kann (Bergner, 2004). Spezielle Krisenanlaufstellen für Ärzte, wie sie in den USA schon seit längerer Zeit existieren, sind zudem unentbehrlich (Bohigian et al., 1994), ebenso externe, hierarchieunabhängige Supervisionen zur Vermeidung von Krisen- und Erschöpfungssituationen oder Fluchtversuchen in erfolglose Abwehrhandlungen (Bardé, 1987). Der entscheidende ärztliche Wandel kann sich allerdings erst durch die Einsicht und das Bewusstsein über eigene Schwächen vollziehen (Bergner, 2004).

Würden die lebensqualitativen Arbeitsbedingungen für Ärzte im Krankenhaus durch freie Gestaltung, Unterstützung, Transparenz, Mitspracherecht, leistungsgerechtes Honorar, Zukunftsperspektive, Schaffung von Teilzeitstellen und Teamgeist anstatt strenger Hierarchie

modernisiert und verbessert werden, könnte jeder Arzt seine persönlichen Grenzen festlegen. Doch bisher setzen sich leider nur die Berufsverbände gegen die Demontage im Ärztestand ein (Stern, 1995; Porzsolt, 1996; Szymaniak, 2003).

Damit neben dem Arztberuf auch das Familien- und Privatleben Anerkennung finden kann, sind insbesondere in dualen Ärzteeen gemeinsame Ziele und Vorlieben, die Familie und das Umfeld betreffend, zu erörtern, da die Koexistenz von Arztberuf, Privat- und Familienleben geklärte Rollenverteilungen und ein hohes Maß an Organisation, Flexibilität und Vertrauen erfordert (Beiser & Roberts, 1994). Zu unterschätzen ist dabei nicht die präventive und abnehmend stressreaktive Wirkung von Sport auf die Gesundheit. Längerfristiges Training - auch Entspannungstraining - kann durch Ablenkung, aktuelles bzw. habituelles Wohlbefinden, Sozialkontakte und Erwartungen Ängste und Depressionen reduzieren (Alfermann & Stoll, 1997). Zwar gilt auch bei den süchtigen Ärzten der Sport als größtes Hobby, doch bleibt die Regelmäßigkeit und die Wahl von frequentierten Ball-/ Mannschaftssportarten im Gegensatz zu nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) eher aus. Deutlich wird eine Korrelation bei den Süchtigen und Nicht-Süchtigen zwischen einer fiktiven, ärztlichen Berufswiederwahl und einem gesundheitlichen Wohlbefinden, allgemeiner Lebenszufriedenheit und einer Abnahme von Zukunftsängsten. So kann eine bewusste Wahrnehmung und Kontrolle des Tagesablaufes in bezug auf Ernährung, Zeitgestaltung, Anstrengung, Erholung, Supervisionen, Arbeitsbedingungen und psychosozial stützende Bezugspersonen die ärztliche Lebens- und Arbeitsqualität entscheidend verbessern (Fengler, 1992).

3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

In Kenntnis über die relevante Literatur aus Kap. 2, mit der die deskriptive Untersuchung der *Lebensqualität von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten* anhand aller offenen Fragen aus dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) aufgrund ihrer Einzigartigkeit und Spezifität nur in einzelnen Punkten in Bezug gesetzt werden kann, lassen sich nunmehr folgende Fragestellungen und Hypothesen bzw. nicht vollends wissenschaftlich belegbare Vermutungen ableiten.

3.1 Fragestellungen

- **Wie kennzeichnet sich die Lebensqualität von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten?**
- In welchen Lebensbereichen ist sie besonders niedrig, und welche Wirkrichtung im Wechselspiel zwischen beeinträchtigter Lebensqualität und Suchtentwicklung ist dafür maßgebend?
- Welche wesentlichen Unterschiede ergeben sich zwischen substanzabhängigen und nicht-substanzabhängigen Ärzten in Bezug auf lebensqualitative Aspekte?

- **Wie äußert sich die Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit bei substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten?**
- Welche Auswirkungen haben berufsinterne und -politische Faktoren, und inwiefern führen sie zum Realitätskonflikt?
- In welchen Situationen fühlen sie sich besonders unter Zeitdruck, dadurch bedrängt und unwohl?
- Gibt es zufriedenstellende Berufsaspekte? Welche Berufsaspekte werden dagegen bemängelt?
- Welche beruflichen Gedanken beschäftigen sie?
- Wie sind die Gefühle bei Arbeitszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit zu beschreiben, und welche Bewältigungsstrategien werden in Stressmomenten bevorzugt?

- **Welche Berufswahlmotive werden von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten genannt?**
- Welche Lebensumstände, Interessen und Idealvorstellungen haben den Arztberuf erstrebenswert gemacht?
- Würden heutige Berufserfahrungen eine erneute Berufswahl bestärken oder eher zur Ablehnung führen, und welche Idealbilder sind dafür maßgeblich?
- Inwiefern steuern zukunftsweisende Empfindungen oder Befürchtungen die Ratschläge zur Berufswahl an die Kinder?
- Haben sich im Laufe der bisherigen Berufsausübung alternative Interessen entwickelt?
- Wie entwickelte sich damals ihr Berufswunsch?

- **Wie äußert sich die Lebenszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit bei substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten?**
- Inwiefern beeinflussen berufliche und private Faktoren neben einem tendentiellen Suchtverhalten das Lebensgefühl?
- Welche Lebensziele erscheinen in Anbetracht der Suchtkrankheit erstrebenswert, und welche Komponenten könnten Lebensglück bedeuten?
- An welche Kindheitsträume erinnern sie sich, und inwieweit sind diese in Erfüllung gegangen?
- Wie gestaltet sich die Partnerschaft, und wo sind Auffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich erkennbar?
- Welche Störungen treten im Schlafverhalten auf, und wie könnten sie erklärt werden?
- Womit verbringen sie ihre Freizeit, und wie werten sie die einzelnen Aspekte?
- Welche Aussagen treffen sie bezüglich ihres sozialen Kontaktfeldes?
- Wodurch wird das Privatleben belastet?

- **Was charakterisiert den Lebensstil und das Gesundheitsverhalten von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten?**
- Wie schätzen sie ihr eigenes Gesundheits- und Wohlbefinden ein?
- In welcher Art und Weise beeinflusst die Lebensführung ihre Gesundheit?
- Wie verhalten sich Häufigkeit und Geschlechtsverteilung von Alkohol- und/ oder Medikamentenabhängigkeit?
- Welche Prävalenz zeigt Nikotinkonsum neben den anderen Suchtmitteln?

3.2 Hypothesen und Vermutungen

- Sorgen und Zukunftsängste bezüglich der Arbeit bestehen bei den substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten, je mehr sie sich durch berufliche und finanzielle Unsicherheiten infolge drohender Arbeitslosigkeit oder sogar Approbationsentzug gefährdet sehen (vgl. Mäulen, 1998; Alpern et al., 1992).
- Die süchtigen Ärztinnen und Ärzte reagieren bei berufsbedingter Anspannung verstärkt mit Unterdrückung und Abwehr anstatt mit adäquatem Stressabbau (s. Kap. 2.2).
- Die substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte sind fachlich um so mehr an Psychosomatik und Psychotherapie interessiert, je intensiver sie sich mit ihrer gegenwärtigen Therapiesituation beschäftigen (s. Kap. 2.4; Kap. 2.4.1).
- Die heutigen realistisch-nüchternen Berufsideale der süchtigen Ärztinnen und Ärzte stellen eine Diskrepanz zu den früheren vielfach utopischen Vorstellungen vom Arztberuf dar (s. Kap. 2.2).
- Bei den substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten werden konflikthafte soziale Beziehungen auf partnerschaftlicher, familiärer und freundschaftlicher Ebene durch die Kombination von Arztberuf und Sucht besonders deutlich (s. Kap. 2.2.2; Kap. 2.4; Kap. 2.4.2).
- Die süchtigen Ärztinnen und Ärzte berichten selten über eine Vielfältigkeit von Freizeitaktivitäten und Hobbies, wodurch sie entsprechend unzufrieden mit der Ausnutzung ihrer Freizeit sind (s. Kap. 2.2; Kap. 2.2.1; Kap. 2.2.2; Kap. 2.4.2).
- Bei den Ärzten überwiegt der Anteil an Alkoholikern, bei den Ärztinnen dagegen der Anteil an Medikamentenabhängigen (s. Kap. 2.2; Kap. 2.3).
- Nicht nur die Anzahl der Raucher unter den substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten ist hoch (s. Kap. 2.2), sondern auch die Anzahl derjenigen, die überdurchschnittlich viele Zigaretten täglich konsumieren (s. Kap. 2.3).
- Die überwiegende Mehrheit der süchtigen Ärztinnen und Ärzte fühlt sich besonders durch ihr Suchtverhalten, das auch mangelnde sportliche Aktivitäten nach sich zieht, in der Gesundheit beeinträchtigt (s. Kap. 2.2; Kap. 2.3).

4 METHODIK

4.1 Untersuchungsgruppe

Die Studie der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte umfasst 142 Probanden. Diese Stichprobe von Arztpatienten ist in zwei auf substanzabhängige Ärzte und andere Führungskräfte spezialisierten Oberbergkliniken in Hornberg (Schwarzwald, Baden-Württemberg) und Extertal-Laßbruch (Weserbergland, Nordrhein-Westfalen) mit dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) während stationärer Therapie erhoben worden mit dem Ziel, der Art ihrer beeinträchtigten Lebensqualität näher zu kommen. Anonymität war stets in allen Untersuchungen aus ethischen Gründen und zur Minimierung von sozial erwünschten Antworttendenzen gewährleistet. In Hornberg unter der Leitung von Herrn Dr. med. B. Mäulen, wo mehr als zwei Drittel der Stichprobe herkommen, beträgt die Rücklaufquote 100%, da der Fragebogen Therapiebestandteil war. Die Rücklaufquote in Extertal dagegen ist aufgrund der dortigen Forschungssituation durch Herrn PD Dr. med. F. Stetter etwas niedriger.

56,4% leiden unter Alkoholabusus bzw. -abhängigkeit, 14,3% unter Medikamentenabusus bzw. -abhängigkeit, und 26,3% sind kombiniert süchtig. Die Gruppe der 142 Substanzabhängigen umfasst 6 Chefärzte, 21 Oberärzte, 23 Assistenzärzte, 1 Arzt im Praktikum (insgesamt 36,7%) und 84 Niedergelassene (60,4%), davon 58 mit einer Einzel- und 26 mit einer Gemeinschaftspraxis. 4 von ihnen können nicht eindeutig zugeordnet werden, 3 sind ohne Angabe. Die Fachbereichsverteilung der am stärksten vertretenen Gebiete sieht folgendermaßen aus: Den größten Anteil haben die Zahnmediziner mit 17,6%, gefolgt von den Internisten mit 14,7% und den Allgemeinmediziner mit 12,5%. Einen überrepräsentativen Anteil im Vergleich zur deutschen Ärztestatistik (Thust, 1997) haben die Chirurgen mit 11,8% sowie die Anästhesisten mit 8,8%. 9,4% stehen noch in der Weiterbildung zum Facharzt. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit beträgt 52 Stunden; die Männer arbeiten ca. 3 Stunden mehr, die Frauen ca. 8 Stunden weniger. Insgesamt 91,4% - d.h. 75,7% der Ärztinnen und 97,1% der Ärzte - sind ganztags beschäftigt. Absolut gehen dreimal so viele Frauen wie Männer einer Teilzeittätigkeit nach. Die Anzahl der Berufsjahre ist bei den männlichen Kollegen im Vergleich zur gesamten Stichprobe leicht überdurchschnittlich, bei den weiblichen dagegen leicht unterdurchschnittlich, zumal die Ärztinnen im Durchschnitt auch jünger sind (s. Tab. I). Die Gruppe der substanzabhängigen Ärzte ist zu 27,0% weiblich und zu 73,0% männlich, was ungefähr der Erwartung (Thust, 1997) entspricht. Das Durchschnittsalter liegt bei 46,4 Jahren; die Spannweite reicht von 28 bis 68 Jahre. Die Ärztinnen sind im Durchschnitt 45,2 Jahre alt,

die Ärzte 46,8 Jahre. Hinsichtlich ihrer Lebenssituation leben nur 74,6% in fester Partnerschaft (Jurkat, 2000). 13,9% sind geschieden und 6,6% leben in Trennung (s. Tab. I). Kinder haben 69,7%; die meisten leben auch mit ihnen zusammen. Die Kinderzahl liegt im Mittel bei 1,54.

TAB. I Demographische Tabelle

		Häufigkeit	Prozent
Stichprobe der substanzabhängigen Arztprobanden		142	100,0
	Ärztinnen	38	27,0
	Ärzte	103	73,0
Sucht:	Alkoholabhängigkeit	75	56,4
	Medikamentenabhängigkeit	19	14,3
	kombinierte Abhängigkeit	35	26,3
	psychische nonsubstanzielle Störung	4	3,0
Fachgebiete:	Zahnärzte	24	17,6
	Internisten	20	14,7
	Allgemeinmediziner	17	12,5
	Chirurgen	16	11,8
Niedergelassene:	gesamt	84	60,4
	Einzelpraxis	58	41,7
	Gemeinschaftspraxis	26	18,7
Krankenhausärzte:	gesamt	51	36,7
	Chefärzte	6	4,3
	Oberärzte	21	15,1
	Assistenzärzte	23	16,5
	Arzt im Praktikum (AiP)	1	0,7
Lebensstand:	Single	40	29,2
	Partnerschaft	40	29,2
	Ehe	80	58,4
	Scheidung	19	13,9

	Arbeitszeit	Voll- vs. Teilzeit	Berufs- vs. Lebensjahre
Gesamtstichprobe	52 Std./ Woche	91,4% vs. 8,6%	18 BJ. vs. 46 LJ.
Frauen	44 Std./ Woche	75,7% vs. 24,3%	17 BJ. vs. 45 LJ.
Männer	55 Std./ Woche	97,1% vs. 3,0%	19 BJ. vs. 47 LJ.

4.2 Untersuchungsverfahren

Als Hauptuntersuchungsinstrument der Studie wurde der speziell von Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer und Herrn PD Dr. biol. hom. H.B. Jurkat, Dipl.-Psych. entwickelte *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (s. Anhang) eingesetzt. Dieser besteht aus offenen und geschlossenen Fragen, gegliedert in vier Themenbereiche:

- 1. Teil: Arbeitszufriedenheit/ -unzufriedenheit
- 2. Teil: Berufswahl
- 3. Teil: Lebenszufriedenheit/ -unzufriedenheit
- 4. Teil: Gesundheit

Zum Ausfüllen des umfangreichen Fragebogens werden ca. 45 bis 60 Minuten benötigt.

Insgesamt abgesehen von geschlossenen, quantitativen Elementen wird im ersten Teil qualitativ offen nach Zeitdruckmomenten, Aspekten und Äußerungen von Arbeitszufriedenheit sowie -unzufriedenheit, Arbeitssorgen, beruflichen Zukunftsängsten und Perspektiven gefragt. Es wird auch Raum für Veränderungswünsche geboten. Eine weitere Frage bezieht sich auf die Relation von Einkommen und Leistung. Wenn berufsbedingte Anspannungen durch aggressive Phantasien oder Sonstiges bewältigt werden, ist dies zu beschreiben.

Der zweite Teil beschäftigt sich auf qualitativer Ebene mit den offenen Fragen, ob der Arztberuf im Falle erneuter Entscheidung wiedergewählt werden würde oder ob ihnen alternative medizinische Fächer, vielleicht sogar andere Berufe näher ständen und ob sie den Kindern zum Arztberuf raten würden. Die erstmalige Situation bzw. Motivation zum Medizinstudium sowie endgültige Gründe, auch nach Rängen differenziert, werden neben früheren sowie derzeitigen Vorstellungen und Idealen vom Arztberuf erfragt. Falls Familienangehörige Medizin studiert haben, ist dies anzugeben.

Im dritten Teil werden kindliche Lebensträume sowie deren (Nicht-) Verwirklichung, heutige Lebensziele und Aspekte für ein glückliches Leben qualitativ thematisiert. Weitere offene Fragen gehen auf die Partnerschaft ein, im Speziellen auf den Beruf des Partners, die gemeinsame Gesprächsdauer und Unternehmungen, ihr Sexualverhalten sowie Trennungsgedanken. Als nächstes sind Freizeitaktivitäten und Hobbies, praktizierte Sportarten, Bekannten- und Freundeskreise, Momente des Freizeitvergnügens und der Missstimmung neben Änderungswünschen bezüglich Freizeit und Privatleben zu beschreiben. Schlechte Schlafgewohnheiten sind ein weiterer Punkt.

Einen selbst einzuschätzenden gesundheitsfördernden oder -beeinträchtigenden Lebensstil erfragt der vierte Teil qualitativ offen, bevor mit einer demographischen Datenerhebung abge-

geschlossen wird.

Der *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) gilt als erstes valides (Jurkat, 2000) Untersuchungsinstrument an süchtigen Ärztinnen und Ärzten, mit dem die Facetten der beeinträchtigten Lebensqualität im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufstätigkeit durchleuchtet werden und das einen Vergleich zu nicht-süchtigen Ärztinnen und Ärzten (Jurkat, 2000) ermöglicht.

4.3 Untersuchungsverlauf

Die substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte, die zwischen Januar 1996 und August 1998 in den Oberbergkliniken in stationärer Behandlung waren, erhielten die Fragebögen als Ergänzung zum Therapieprogramm anfangs durch Herrn Dr. med. B. Mäulen, ehemaliger Chefarzt der Oberbergkliniken in Hornberg im Schwarzwald, im weiteren Verlauf durch seine Nachfolger Herrn Dr. med. C. Stärk sowie Herrn Dr. med. Ch. Middendorf. Etwas später als Herr Dr. Mäulen begann Herr PD Dr. med. F. Stetter, Chefarzt der Oberbergkliniken in Extertal im Weserbergland, die Fragebögen vielmehr im Sinne des Forschungszwecks auszuhändigen. Die relativ lang anmutende Zeitspanne der Datenerhebung war bedingt durch die Patientenzahl und Therapieplanung.

4.4 Auswertungsverfahren

Die Hauptarbeit lag in der qualitativen Auswertung aller Antworten der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte auf alle offenen Fragen des Fragebogens. Anfangs sind die qualitativen Antworten der 142 Süchtigen auf die offenen Fragen vollständig transkribiert worden. Daraufhin haben Frau cand. med. Ricarda Boden und ich unabhängig voneinander Kategorien anhand der qualitativen Antworten der nicht-süchtigen Hauptstichprobe aus 275 Niedergelassenen und Krankenhausärzten in Hessen (Jurkat, 2000) erstellt und überprüft. Dabei wurde versucht, auch die qualitativen Antworten der süchtigen Ärzte zuzuordnen und gegebenenfalls ergänzend zu kategorisieren. Die so entstandenen zahlreichen Kategorien zu 41 offenen Fragen - zum Teil mit (suchtspezifischen) Subkategorien - sind zusammen mit Herrn PD Dr. H.B. Jurkat entschieden und festgesetzt worden. Schließlich haben Frau R. Boden und ich als unabhängige Rater die qualitativen Antworten aller Nicht-Süchtigen (Jurkat, 2000) und Süchtigen nach dem gemeinsam erstellten Plan (s. Anhang) codiert. Bis hierhin erforderte die Auswertung bereits einen sehr großen Zeitaufwand. Die InterCoderreliabilität, die in beiden

Stichproben fortlaufend über 0,9 beträgt, ist am Ende in Rücksprache mit Herrn PD Dr. H.B. Jurkat ermittelt worden. Zur statistischen Auswertung (Jurkat, 2000) hat Herr PD Dr. H.B. Jurkat eine Codiermaske für das gesamte qualitative und quantitative Datenmaterial mit *SPSS for Windows* erstellt. Frau R. Boden und ich gaben daraufhin alle Daten beider Stichproben in den PC ein. Der vollständige Codierplan für alle quantitativen und qualitativen Variablen sowie für die Labels der Kategorien zu den offenen Fragen umfasst 83 Seiten. Abschließend führte Herr PD Dr. H.B. Jurkat die statistischen EDV-Rechnungen (Jurkat, 2000) durch.

Hinsichtlich einer statistischen Grundausswertung der 41 offenen Fragen durch Herrn PD Dr. H.B. Jurkat (Jurkat, 2000) wurden nach kurzer Rücksprache mit ihm als meinem Betreuer und Doktorvater gezielte fragebezogene Zusammenfassungen mit treffenden Zitaten auf deskriptive Weise verfasst (s. Kap. 5). Durch tiefergehende Überlegungen konnten auch komplexere Analysen und Vermutungen inhaltlicher wie formaler Art erstellt werden (s. Kap. 5 und 6). Die vorliegende, qualitative Auswertung der Lebensqualität der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte erfolgt in bisher einzigartiger Weise beschreibend, wobei teilweise zur genauen Einordnung dieser Arbeit ein Vergleich mit den Auswertungen der Lebensqualität der nicht-süchtigen Ärztinnen und Ärzte (Jurkat, 2000) hergestellt wird.

5 ERGEBNISSE

Im folgenden wird die deskriptive Auswertung der kategorisierten qualitativen Antworten der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte auf die einzelnen 41 offenen Fragen systematisch dargestellt.

Mehrfachnennungen waren zu jeder Frage möglich, wobei jedoch jedem Substanzabhängigen unabhängig von mehreren inhaltlich ähnlichen Teilantworten nur eine gleichnamige Kategorie pro offener Frage zugewiesen wurde. Beispielsweise entspricht „*Viel Geld, hohes gesellschaftliches Ansehen, Respektsperson.*“ nur einmal der »Kategorie K5« namentlich »*Sozialprestige und Erfolg*«.

5.1 Aspekte zur Arbeitszufriedenheit/ Arbeitsunzufriedenheit

Auf die Frage *Fühlen Sie sich unter Zeitdruck? Wenn ja, wann besonders?* haben 93 von 142 Probanden geantwortet. Drei Aussagen sind den folgenden Kategorien nicht eindeutig zuzuordnen.

Das Gefühl von Zeitdruck kennt - gerade angesichts der derzeitigen gesundheitspolitischen Zuspitzung - jeder Arzt. Doch abhängig von verschiedenen Einsatzbereichen, persönlichen Empfindungen und Copingstrategien variieren die Aspekte, bei denen diese Beklemmung auftritt. Gut jeder vierte (26%) der antwortenden substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte empfindet eine **hohe Patientenfrequenz (K1)** als besonders bedrängend. Niedergelassene leiden unter überfüllten Wartezimmern, Krankenhausärzte unter sehr vielen Neuaufnahmen und umsatzstarker Ambulanztätigkeit. Infolge langer Wartezeiten üben ungeduldige Patienten zusätzlich Druck aus. *Eine 59jährige Zahnärztin:* „*Wenn ich Patienten warten lassen muss.*“ Zusätzlich steht nahezu ein Fünftel (18%) unter **Termindruck (K3)**, da neben beruflichen Aufgaben auch externe Termine einzuhalten sind. Es zählt nur Schnelligkeit, um zeitlich nicht in Verzug zu geraten. Unerledigtes oder Verzögerungen führen durch den hohen Arbeitsanfall und insbesondere vor Urlaubsantritt zu Hektik. Das »Bestellsystem« lässt nur wenig Zeit für jeden einzelnen Patienten. *Eine 43jährige Zahnärztin:* „*Wenn ich exakte Termine aufgrund von unerwarteten Schwierigkeiten und Verzögerungen von Behandlungen nicht einhalten kann.*“ Hohe zeitliche Anforderungen prägen den ärztlichen Routinealltag. Für fast ein Sechstel (15%) sprengt daher eine **aufwendige Patientenversorgung (K5)**, die besondere Ruhe erfordert wie z.B. der direkte Arzt-Patient-Kontakt in der Intensivmedizin oder Psychosomatik ebenso wie Hausbesuche, Visiten, Anamnesen und lang andauernde Diagnostik, den Rah-

men des Möglichen. *Eine 53jährige Assistenzärztin: „Intensivpatienten und notwendige Patienten-Elterninformation, die Zeit und Ruhe erfordert.“* Auch **Organisatorisches (K8)** ist zeitaufwendig, was, anteilmäßig betrachtet, die grundlegende ärztliche Tätigkeit sicher in Frage stellt. *Eine 51jährige Niedergelassene: „Die Teilzeitarbeit bezieht sich nur auf die Zeit des Patientenkontaktes, alle anderen Arbeiten bleiben unverhältnismäßig zahlreich.“* Überlastet fühlt sich nahezu ein Siebtel (13%) hinsichtlich der immensen Schreibarbeit neben diversen administrativen Aufgaben und Besprechungen. Für **Zusätzliches und Unvorhersehbares (K2)** wie ungeplante Patienten - *Eine 44jährige Zahnärztin: „Wenn bes. viele Patienten unangemeldet kommen ...“* -, Notaufnahmen, überraschende organisatorische Aufgaben und Unterbrechungen wie Telefonate oder Vertreterbesuche bleibt, so einer von sieben (14%), routinemäßig eigentlich keine Zeit mehr. Gleichermäßen (14%) stört auch die **Kollision von Beruflichem und Privatem (K11)**, zwei elementaren Lebensbereichen. Ohne durch Überstunden gehindert zu werden, müssen private Angelegenheiten (zwischendurch) rechtzeitig wahrgenommen werden können. *Ein 46jähriger Niedergelassener: „... möchte rechtzeitig zum Essen zu Hause sein, in der Abendsprechstunde, wenn es kein Ende nimmt.“* Es wird deutlich, dass sämtliche Situationen im ärztlichen Alltag - zunehmend bedingt durch die gesundheitspolitischen Kürzungen - zu Zeitdruck führen, insbesondere die Routinearbeit. Aber nur wenige (5%), v.a. Niedergelassene und Chefarzte, fühlen sich dabei **ständig (K10)** unter Zeitdruck. *Ein 48jähriger Chefarzt: „Jeden Tag, da keine Pausen.“*

Zu der Frage **Was gefällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?** (s. Abb. I) haben 139 von 142 Probanden ihre Meinung geäußert. Fünf Aussagen können nicht eindeutig kategorisiert werden.

Trotz negativer Aspekte behält der Arztberuf seine positive, charakteristische Seite, die jedoch, individuell betrachtet, unterschiedliches Gewicht besitzt. Gut zwei Drittel (68%) der antwortenden substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte schätzen den **Patienten- und Menschenkontakt (K1)**. *Eine 59jährige Zahnärztin: „Die Arbeit am Patienten. Wenn es mir gelingt, Ängste der Patienten abzubauen, Vertrauen zu gewinnen, Patienten zu motivieren.“* Intensive, vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehungen, Helfermotive sowie Ganzheitstherapien und Hausbesuche werden ethisch-moralisch als sehr zufriedenstellend empfunden. Auch die Souveränität der **Selbstständigkeit (K3)** mit Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sowie der **Fachspezifität (K5)** des Traumberufes überzeugt einen von dreien (33%). Fast jeder fünfte (18%) favorisiert die **intellektuelle Herausforderung und Kreativität (K6)** im Arztberuf wie manuell-geistige Abwechslung und Vielfältigkeit bei hohem Qualitätsanspruch. *Eine*

46jährige Oberärztin: „... Möglichkeit, neue Konzepte zu erarbeiten, hohes Arbeitsniveau ...“ Die durch dankbare Patienten, Therapieerfolge und öffentliche Anerkennung erlangte **Selbstbestätigung (K2)** gefällt explizit nahezu jedem vierten (23%), unausgesprochen sicher auch allen anderen. *Eine 43jährige Zahnärztin:* „... meine Stellung als “Chefin“ ... in Gesellschaft, Möglichkeit der Erfüllung und Anerkennung, Bewunderung ...“ Mit ihrem **Einkommen (K9)** sind allerdings nur wenige (6%) zufrieden. Neben ethisch- und karriereorientierten Aspekten gilt die entspannte, **gute Arbeitsatmosphäre (K4)**, die sich durch kollegiale Kooperation, Teamarbeit und Anerkennung auszeichnet, immerhin für fast ein Fünftel (19%) als angenehm. *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „... guter Ruf bei Kollegen/ innen.“ Herausfordernde und prestigegebundene Aspekte wurden am vielfältigsten beschrieben, was den Gefallen an der Arbeit charakterisiert. Keineswegs überraschend gestaltet sich die **Arbeitszeit (K7)** eher selten (7%) positiv.

Die Frage **Was missfällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?** (s. Abb. I) haben 136 von 142 Probanden beantwortet. Zehn Aussagen können hier nicht eindeutig zugeordnet werden. Wie jeder Beruf, kann auch der Arztberuf unzufrieden stimmen. Die bemängelten Aspekte stehen dabei im engen Kontext zur Persönlichkeit. Nachvollziehbar ärgert sich gut die Hälfte (53%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte über die **Reglementierung und Bürokratie (K1)** durch rigide Gesetzesvorgaben. *Ein 52jähriger Niedergelassener:* „“Scheinselbstständigkeit“, politische Reglementierungen, “Rechenschiebermedizin“.“ Fortschreitende strikte Limitierungen und Rechtfertigungszwänge führen zum erheblichen Organisationsaufwand bei gleichzeitigem Personalabbau. Dabei versteht sich ein enormer **Zeit- und Arbeitsdruck (K3)** von selbst, wie ihn gut ein Drittel (34%) empfindet. Stetig steigender Arbeitsanfall und Stress führen auf lange Sicht zur Kräfteausbeute und zum Burnout. *Ein 50jähriger Niedergelassener:* „Hohe Leistungsanforderung bzgl. Zeit u. Qualität. Stress.“ Dass sich zudem die **Arbeitszeit (K2)** auf Kosten der Freizeit verlängert, ist für gut jeden vierten (27%) ein zwangsläufiges Übel. Es resultiert Zeitmangel aufgrund von ärztlicher Allzeit-Verfügbarkeit und wechselnden Wochenend- und Bereitschaftsdiensten. *Ein 40jähriger Niedergelassener:* „... Die lange Arbeitszeit. Das auf dem Präsentierteller sitzen.“ Suchtspezifisch spüren einige wenige (8%) eine **interne Abhängigkeit (K10)**, wodurch sich gerade bei Substanzabhängigen die Psychopathologie verstärken kann. *Ein 49jähriger Oberarzt:* „Kein Einfluss auf Arbeitsanfall und Planung (Fremdbestimmung) ...“ Durch enge Zeitpläne und Vorgaben gibt es keine Möglichkeiten zur freien Selbstentscheidung.

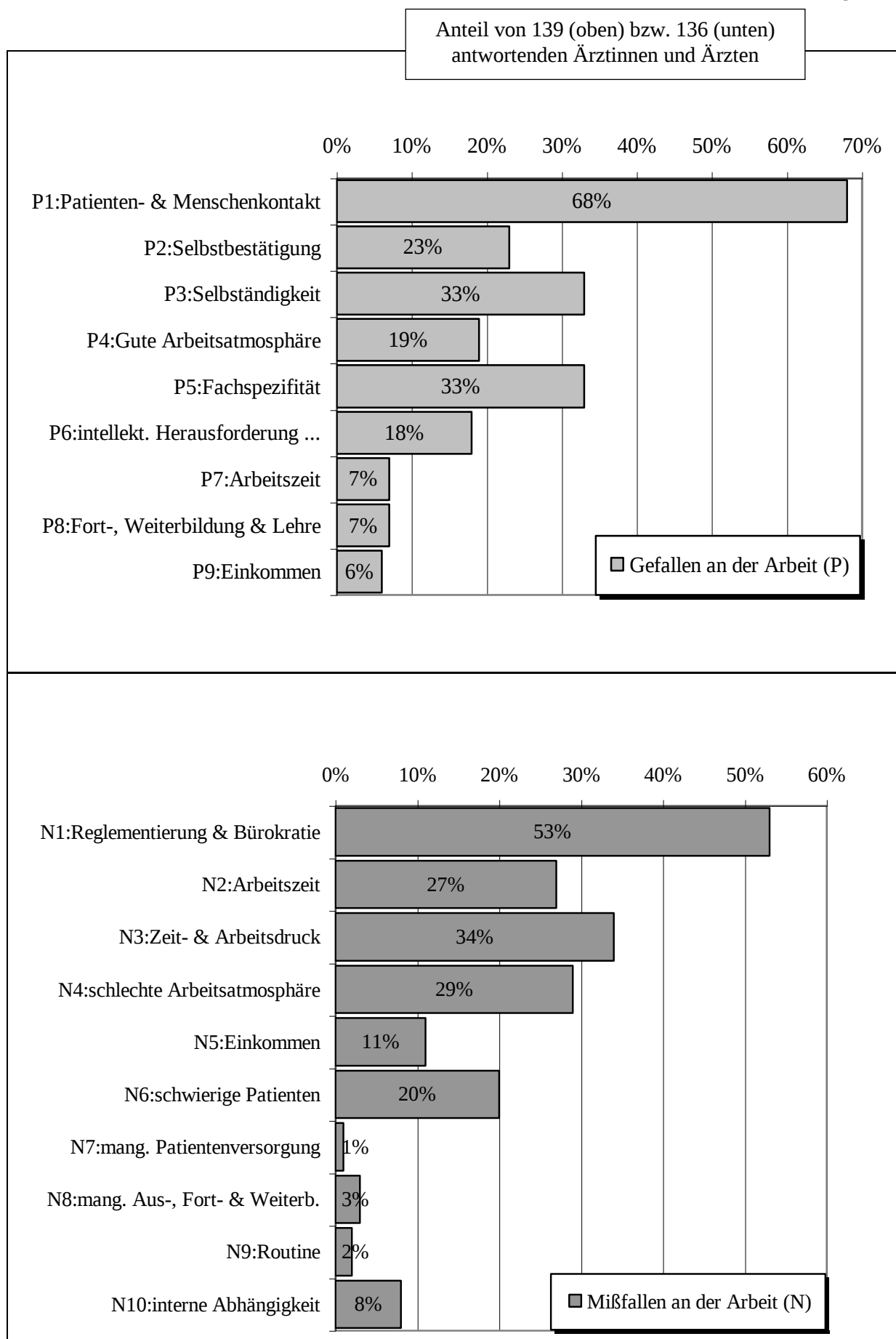


ABB. I Positiv (P) und negativ (N) empfundene Aspekte der ärztlichen Arbeit

Erschwerend kommt auch eine **schlechte Arbeitsatmosphäre (K4)** durch Fehlen von Kollegialität, Kooperation, Anerkennung und Verantwortungsbewusstsein hinzu, was nahezu drei Zehntel (29%) bemängeln. *Ein 50jähriger Oberarzt: „Mangel an Kommunikationen. Mobbing in der Abteilung, Diskriminierung. Karrieresucht bis zur Kampfbereitschaft.“* Unter diesen Bedingungen sind **schwierige Patienten (K6)** mit hohem Anspruchsdenken und überzogenen Forderungen anstatt Anerkennung für ein Fünftel (20%) besonders unerträglich. *Eine 43jährige Zahnärztin: „Versuche von Patienten, sich aufgrund ihrer gesell. Stellung (Möchtegern) in arroganter Art und Weise über mich stellen zu wollen; unhygienische und damit unappetitliche Situation im Behandlungsfeld.“* Direkt und indirekt wird häufig eine Arbeitsunzufriedenheit mit auferlegtem Druck und Zwang ohne Selbstbestimmung geäußert, wodurch der einzelne im Berg von Arbeit als Handlanger wirkt. Das **Einkommen (K5)** stört hierbei erstaunlicherweise nur jeden neunten (11%).

134 von 142 Probanden haben Angaben zur Frage **Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihrer Arbeit?** gemacht. Sieben Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Veränderungen sind berufliche Sorgen unabweisbar, insbesondere bei erkrankten Ärzten. So ist ein Viertel (25%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte aufgrund **finanzieller Unsicherheit (K2)** besorgt, die infolge Wirtschaftsdruck und Schulden die Zukunft gefährdet. *Ein 52jähriger Niedergelassener: „Finanzielle Probleme, die größer werden, weil die Vergütung schlechter, Existenzprobleme ...“* Noch schärfer formuliert es gut jeder sechste (17%), wenn **berufliche Unsicherheit (K3)** Sorgen bereitet. *Eine 42jährige Ärztin: „Die jetzige Arbeitsstelle nicht länger ertragen zu können und keine andere zu finden.“* Arbeitslosigkeit ohne Weiterbildung droht durch befristete Verträge. Niedergelassene kämpfen gegen den Konkurrenzdruck. Infolge **eigener Krankheit (K9)** zur Berufsaufgabe gezwungen zu werden, befürchten jedoch nur ein paar wenige (4%). *Ein 50jähriger Oberarzt: „Verhalten nach Rückfall.“* Dagegen sorgt sich jeder vierte (25%) wegen **hoher Arbeits(zeit)belastung (K6)**, die unter Druck und auf Dauer zur Überarbeitung und zum Burnout führt. *Ein 38jähriger Oberarzt: „Wie halte ich die momentane psychische u. körperliche Belastung, die evtl. noch ansteigt, mit zunehmendem Alter aus.“* Ungefähr ebenso viele (23%) denken an die durch **Reglementierung und Bürokratie (K1)** empfundenen Fremdbestimmungen und Limitierungen. *Ein Niedergelassener: „Durch die derzeit sicher auch berufspolitisch ausgelöste u. zu verantwortende Entwicklung mit progredientem Mehraufwand in Bürokratie habe ich Angst, Freude am Beruf u. am Patienten zu verlieren.“* Die Qualität der eigentlich ärztlichen Arbeit nimmt ab. Bei fast jedem siebten (13%) bezieht sich

die Befürchtung der **mangelnden Patientenversorgung (K8)** auf den immer kürzer werden- den Kontakt zu Patienten. *Ein 48jähriger Oberarzt:* „... weg von der persönlichen Leistung am Patienten ...“ Es entwickeln sich **Versagensängste bei hoher Verantwortung (K7)**, die gut ein Fünftel (21%) mit Erfolglosigkeit, Selbstzweifel und Fehlentscheidung beschreibt. *Ein 52jähriger Niedergelassener:* „Irgendwann einmal zu versagen ... Das Gefühl, nicht ausreichend, nicht genug zu sein.“ Ein Teufelskreis entsteht: Die Suchtkrankheit verstärkt die finanziell-berufliche Unsicherheit und die Psychopathologie spitzt sich durch Berufsüberlastung zu. In diesem Sinne ist es verwunderlich, dass ein Neuntel (11%) ausdrücklich **keine (K12)** Sorgen bezüglich der Arbeit hat.

Die Frage **Haben Sie im Hinblick auf Ihren Beruf Zukunftsängste? Wenn ja, welche?** haben 100 von 142 Probanden beantwortet. Fünf Aussagen sind nicht sicher zuzuordnen. Kaum ein Beruf hat sich über die Jahre qualitativ so verändert wie der Arztberuf. Dieser Wandel schlägt sich besonders bei sensiblen Persönlichkeiten negativ auf die Erwartungen nieder. Nahezu jeder zweite (45%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte glaubt an eine **unsichere finanzielle Zukunft (K2)**. Sinkende Einkommen bei finanziellen Belastungen und Rentabilitätsgedanken führen zu Ängsten bezüglich Existenz und Altersvorsorge. *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „Finanz. Einbußen, nur noch Behandlung f. „Gottes Lohn“.“ Fast drei Zehntel (29%) beklagen zum Zeitpunkt der Datenerhebung 1997/ 1998 mit einem damals zu verzeichnenden Ärzteüberhang im Gegensatz zum heutigen Trend eines Ärztemangels eine **unsichere berufliche Zukunft (K3)**. Es droht Arbeitslosigkeit infolge Konkurrenz, aber auch durch Approbationsentzug bei Sucht. *Ein 51jähriger Oberarzt:* „Bei Verlust des Arbeitsplatzes bestünde in meinem Alter (51) u. bei der sog. „Ärztenschwemme“ wohl kaum eine Chance, einen neuen Arbeitsplatz zu finden.“ Sie bangen um ihre Patientenstämme, Weiterbildungen und Vertragsverlängerungen. Aber nur wenige (8%) sehen die **eigene Gesundheit (K5)** gefährdet. *Eine 51jährige Niedergelassene:* „Dass ich, wenn ich meine Alkoholkrankheit nicht in den Griff bekomme, arbeitsunfähig oder für die Praxisgemeinschaft nicht mehr tragbar bin.“ Zukunftsängste wegen eines **enttäuschten Idealismus (K6)** sind ebenso selten (8%). Trotz »Scheuklappenmedizin« scheint Engagement eher erhalten zu bleiben. *Eine 34jährige Ärztin:* „Wirtschaftlichkeit und Umsatzdenken wird zunehmend über medizinischen Aspekten stehen!!“ Entgegen diesem weitgehenden Idealismus steht eine **starke Überforderung (K4)** und **Zunahme von Bürokratie und Reglementierung (K1)**. Beinahe jeder vierte (23%) sieht Burnoutgefahren durch abnehmende Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit bzw. zunehmende Versagensängste infolge Zeitdruck, Arbeitsanfall, Informationsflut und Verant-

wortung. *Ein 28jähriger Arzt im Praktikum: „Angst, Fehler zu machen, zu langsam zu sein, die Anforderungen nicht zu erfüllen.“* Verstaatlichung und Sozialisierung bedeuten Fremdbestimmung. *Ein 52jähriger Niedergelassener: „... mediale Demontage.“* Die Zukunft erscheint nicht nur finanziell-beruflich gefährdet, sondern auch extrem physisch-psychisch belastend, wobei die bereits angeschlagene gesundheitliche Situation und die enttäuschten Idealbilder aber allzu wenig beachtet werden. Zukunftsängste hinsichtlich eines **Status- und Prestigeverlustes (K8)** sind äußerst selten (1%) ebenso wie der Glaube, **keine Zukunftsperspektive (K10)** mehr zu sehen.

Zu der Frage bezüglich des Berufes **Welche Wünsche nach Veränderung haben Sie?** äußern sich 135 von 142 Probanden. Neun Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Die Berufspolitik bietet viel Raum für Kritik und individuelle Wünsche: Je größer der berufliche Leidensdruck, desto dringlicher werden die Vorschläge. Jeweils fast drei Zehntel (je 28%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte wären mit **geregelteren Arbeitszeiten bei weniger Zeitdruck (K3)** durch zusätzliche Kollegen sowie mit einer **besseren Vergütung (K4)** bei freier Marktwirtschaft ohne Kassendruck zufriedener. *Ein 47jähriger Niedergelassener: „Gleichmäßigere Arbeit, weniger Notdienste, weniger Nachteinsätze.“* *Ein 40jähriger Niedergelassener: „Leistungsgerechtes Honorar – auch bei techn. Leistungen ... Wirtschaftlich kalkulierbares und stabiles Honorarsystem.“* Durch balancierte Arbeit, Selbstwahrnehmung und **Zeit für Privates (K11)** könnte sich die Lebensqualität entscheidend verbessern, so äußert sich gut ein Sechstel (17%). *Ein 57jähriger Niedergelassener: „Ein ausgewogenes Verhältnis von Praxisarbeit und Möglichkeit zu ruhigem Nachdenken über die Art meiner Tätigkeit, Zeit für mich selbst und meine Familie.“* Beinahe jeder vierte (23%) wünscht sich eine **Reduktion der Reglementierung (K1)**: Behandlungsfreiheit durch sichere Arbeitsverträge, Kassenzulassungen und solidarische Interessenvertretungen. *Eine 43jährige Zahnärztin: „Mein Beruf sollte ein “freier Beruf“ bleiben.“* Nur einer von zehn (10%) hat trotz Politik und Sucht explizit **keine (K12)** beruflichen Veränderungswünsche, gleich häufig aber auch den Wunsch nach einer **besseren Kooperation und Kollegialität (K6)** oder mehr **Zeit für patientenorientierte Medizin (K7)**. Ohne politischen Druck und Zwang würde der Arztberuf in physischer, psychischer, finanzieller und privater Hinsicht die Lebensqualität eher fördern und fachlich attraktiver sein. Gedanken an eine **neue berufliche Herausforderung bzw. Veränderung (K8)** sind dennoch selten (6%).

Die Frage ***Glauben Sie, dass die berufliche Perspektive für Ärztinnen und Ärzte sich ändert? Wenn ja, in welche Richtung?*** haben 117 von 142 Probanden beantwortet. Zwei Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Im Falle von Arbeitszufriedenheit kann man positiver in die Zukunft blicken als wenn innere und äußere Belastungen prägen. Zwei Fünftel (40%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte sehen demnach einer ***drohenden Arbeitslosigkeit (K2)*** entgegen. Durch befristete Verträge, Stellenkürzungen und sinkende Patientenzahlen erhöhen sich berufliche Risiken. Zusätzlich herrscht Kampfbereitschaft infolge der Ärzteschwemme. *Ein 28jähriger Arzt im Praktikum: „Es wird zunehmend in Richtung Konkurrenzdenken, Stressbewältigung (im Sinne von: Der Harte überlebt) gehen.“* Somit glaubt gut jeder vierte (26%) an ein weiter ***sinkendes Einkommen (K3)***. *Ein 52jähriger Niedergelassener: „Weitere Medialisierung, „Praxismarketing!“, Rationierung an falscher Stelle, Ausweitung des medizinisch-industriellen Komplexes, totale Kommerzialisierung.“* Durch Wirtschaftszwang aufgrund geringer finanzieller Ressourcen entstehen zunehmend Existenzängste. Eine ***Verstärkung der Reglementierung und Bürokratisierung (K1)***, so wie sie einer von dreien (33%) befürchtet, treibt den Arztberuf in unausweichliche Abhängigkeiten, die durch Fremdeinflüsse und Restriktionen geprägt sind. *Ein 48jähriger Niedergelassener: „In Deutschland „leider“ zu immer mehr bürokratischen Einengungen und zur Sozialisierung der Medizin.“* Die Verstaatlichung lasse das Gesundheitssystem kollabieren. Daher hält nahezu ein Viertel (24%) eine ***allgemein schlechtere Zukunftsperspektive (K11)*** für wahrscheinlich. *Eine 43jährige Zahnärztin: „Totale Verschlechterung in jeglicher Hinsicht und an allen Fronten.“* Neben den berufspolitischen Aspekten rechnet fast jeder siebte (13%) auch mit ***steigenden Ansprüchen und Anforderungen (K6)*** durch Arbeitsanfall, Leistungsdruck und Forderungen nach therapeutischer, präventiver und altruistischer Flexibilität. *Ein 48jähriger Arzt: „... Prophylaxe, Höherbewertung des persönlichen zeitlichen Aufwandes.“* Äußerst eindrucksvoll erwarten nur drei Ärzte (3%) eine ***langfristig positive Wende (K10)***, indem der Ärztebedarf wieder steige, die Kooperation besser und das Gesundheitsstruktursystem klarer werde. Am häufigsten jedoch erscheint die berufliche Perspektive eher im schwarzen Licht - berufspolitisch, finanziell und berufsintern bedingt. Einzelne (11%/ 1%/ 2%) meinen, dass in Zukunft noch ***weniger Zeit für Medizin und Patienten (K4)*** bleibe und ein ***Sinken von Idealismus und Motivation (K5)***, sogar ein ***Status- und Prestigeverlust (K8)*** drohe.

138 von 142 Probanden nehmen Stellung zur Frage **Empfinden Sie, dass Ihr Einkommen Ihrer beruflichen Leistung entspricht?**. Eine Aussage ist nicht sicher zu kategorisieren.

Um die Motivation zu erhalten, sollte sich die enorme tägliche Leistungskraft und Belastung finanziell widerspiegeln. Doch oft ist das Gegenteil der Fall: Gut die Hälfte (55%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte sagt **Nein (K2)**. Ein 47jähriger Niedergelassener: „*Nein, unterbezahlt im Vergleich zu anderen Berufen.*“ Andere wenige (8%) sehen es eher **differenziert (K3)**, da sie entweder Positives und Negatives abwägen oder ohne eindeutige Meinung sind. Ein 38jähriger Oberarzt: „*Hinsichtlich Zeitaufwand eher als hinsichtlich der Verantwortung.*“ Immerhin ist noch gut jeder dritte (36%) mit seinem Einkommen zufrieden und antwortet mit **Ja (K1)**. Eine 42jährige Ärztin: „*Momentan werde ich für meine von mir geforderten Arbeiten eher überbezahlt.*“ Das Empfinden einer eher negatierten Relation von Arbeit zu Ertrag dominiert jedoch.

Auf die Frage **Wie macht sich Arbeitszufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?** haben 134 von 142 Probanden geantwortet. Vier Aussagen sind nicht eindeutig kategorisierbar.

Arbeitszufriedenheit führt zur erhöhten Leistungsfähigkeit und unterstützt das persönliche Wohlbefinden, weshalb durch sie auch andere Probleme verdrängt werden können. Eine **erhöhte Leistungsfähigkeit und Motivation (K6)** spüren zwei Fünftel (40%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte, wenn sie beruflich ausgeglichen und belastbar mit Freude, freiwilligem Engagement, Kreativität und Interesse arbeiten. Ein 50jähriger Oberarzt: „*Durch regelmäßige Anwesenheit bei der Arbeit, freiwillig länger in der Klinik zu sein, schöpferische Ideen gern anzubringen.*“ **Allgemeine Ausgeglichenheit (K1)** und persönliche Stabilität, so gut jeder dritte (35%), stärken durch innere Harmonie, Ruhe und Gelassenheit das physisch-psychische Wohlbefinden und Selbstwertgefühl, womit sich Probleme, Ängste und Anspannungen bewältigen lassen. Eine 47jährige Niedergelassene: „*... Ich gönne mir mehr Zeit für mich selbst. Ich kann sicherer mit mir und anderen umgehen. Ich ermüde nicht so schnell ...*“ Die aus der Fröhlichkeit und Aufgeschlossenheit resultierende **positive Ausstrahlung (K2)** bewirkt bei gut jedem sechsten (17%) Lebensfreude, Glücksgefühle und Optimismus. Eine 46jährige Niedergelassene: „*Ich fühle mich lebendig ... gutgelaunt.*“ Sie sind freundlich und zuwendungsbereit. Fast ein Siebtel (13%) beschreibt **Freude am intensiven Patientenkontakt (K7)**, da geduldige Gespräche und Zuhören möglich sind. Eine 48jährige Niedergelassene: „*Überträgt sich positiv auf Pat. ...*“ Auch eine **gute Arbeitsatmosphäre (K11)** unter Kollegen und Angestellten bietet sich für beinahe ein Siebtel (13%). Ein 48jähriger Chefarzt: „*Ausgeglichenes Zugehen/ Eingehen auf ... das Personal.*“ Durch berufliche Erfolge entwickelt fast

ein Fünftel (19%) **Selbstbestätigung und allgemeine Anerkennung (K3)** seitens der Kollegen und der Gesellschaft. *Ein 50jähriger Zahnarzt: „Durch das Gefühl, geschätzt zu werden, Patientenzufriedenheit bedeutet für mich Selbstzufriedenheit.“* Einige (10%) haben auch möglicherweise aus ihrem Pessimismus bzw. negativer Intuition heraus oder nur durch einfaches Missverständnis der Frage bzw. Unkonzentriertheit **im Sinne der Arbeitsunzufriedenheit geantwortet (K9)**. *Ein 40jähriger Zahnarzt: „Reizbarkeit, Alkohol.“* Die Arbeitszufriedenheit wird durch innere Entspannung, Wohlbefinden, persönliche Stabilisierung und Sicherheit beschrieben, welche sich positiv auf die Leistungs- und Kontaktbereitschaft auswirkt. Manche (12%/ 10%) erklären dadurch eine **Zufriedenheit im Privatleben (K4)** oder die Bereitschaft zu **außerberuflichen Aktivitäten (K5)**. Eine **Orientierung am finanziellen Erfolg (K8)** oder **wenig Arbeitszufriedenheit (K10)** sind eher selten (2%/ 7%).

Zur Frage **Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar? - mehr körperlich? (z.B. Erschöpfbarkeit, Ermüdung)?** (s. Abb. II) haben 111 von 142 Probanden Angaben gemacht. Vier Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Arbeitsunzufriedenheit belastet nicht nur beruflich, sondern führt infolge depressiver Stimmungslage und zwingender Anforderungen auch zum persönlichen Unwohlsein. Vier Fünftel (80%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte haben **Erschöpfbarkeit und Ermüdung (K1)** aus der Fragestellung übernommen oder eigens umschrieben. *Ein 50jähriger Oberarzt: „Erschöpfbarkeit (wachsende Morbidität in der Abteilung) ...“* Abgeschlagenheit bis Burnout sind Gründe für eine verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Das Arbeiten wird mühseliger, das Schlafbedürfnis wächst. Beinahe ein Siebtel (13%) leidet angespannt unter **Schlafstörungen (K3)**. *Eine 53jährige Assistenzärztin: „Schlaflosigkeit, vor allem im Nacht-, Schichtdienst.“* Als Konsequenz des körperlichen Raubbaus ergibt sich bei gut jedem fünften (21%) eine erhöhte **Krankheitsanfälligkeit (K4)** in Form psychosomatisch-funktioneller Beschwerden. *Ein 40jähriger Niedergelassener: „Abdominelle Beschwerden, Herzrasen ...“* Nicht ungewöhnlich ist auch die **Antriebslosigkeit (K10)**, die einige wenige (7%) verspüren. *Eine 33jährige Assistenzärztin: „Weniger Elan, Aktivitäten auch außerhalb der Arbeitszeit in Angriff zu nehmen.“* Es herrscht allgemeine Unlust bezüglich Leistungswillen, Arbeitsanfall und Freizeitinteressen. Pathologisch entwickelt sich sogar Zurückgezogenheit bis Apathie. Manche (6%) berichten von **Appetitlosigkeit (K5)**, während explizit nur drei süchtige Ärzte (3%) nach kompensierendem **Ersatzgenuss (K6)** in Form von Essen, Alkohol oder Aufputsch- und Beruhigungsmitteln suchen. *Eine 47jährige Niedergelassene: „... Folgegefühl mich anputschen zu müssen → Kaffee, Cola, Alkohol.“*

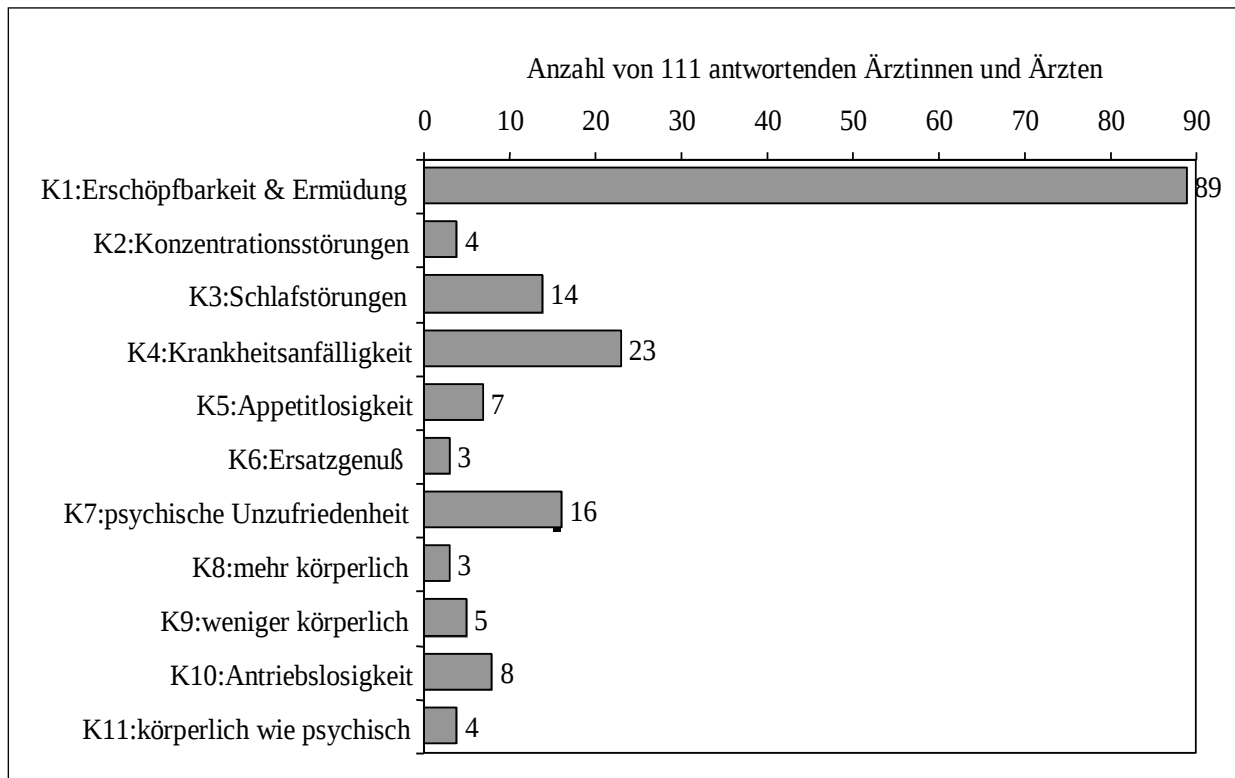


ABB. II Arbeitsunzufriedenheit – mehr körperlich

Hinter allen körperlichen Auswirkungen der Arbeitsunzufriedenheit steckt eine psychosomatische Komponente, die suchtspezifisch wie auch analog der o.g. Frageergänzung zu verstehen ist. So wird durch **psychische Unzufriedenheit (K7)** und den Ausdruck **weniger körperlich (K9)** von mindestens jedem siebten (14%/ 5%) hervorgehoben, dass trotz der Frage nach »mehr körperlich?« innere Konflikte, Anspannungen, Unruhe, Reizbarkeit, Frust, Depressionen, Humorlosigkeit und Wortkargheit grundlegende Probleme darstellen. *Ein Niedergelassener: „Ängste, Sorgen, Depression ...“*

Die Frage **Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar? - mehr psychisch? (z.B. Gefühle von Ärger, Wut, Reizbarkeit, Depression, Lustlosigkeit)?** (s. Abb. III) haben 127 von 142 Probanden beantwortet. Vier Aussagen passen nicht in folgende Kategorien. Arbeitsunzufriedenheit ist ein Gefühlszustand, der sich abhängig von der Belastungsart und Persönlichkeit mehr psychisch als körperlich niederschlagen kann. Gut die Hälfte (57%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte klagt über berufliche, private, familiäre und soziale **Lustlosigkeit und Antriebsarmut (K2)**. Entweder wird »Lustlosigkeit« aus der Fragestellung übernommen oder Desinteresse, Gleichgültigkeit und Resignation sowie ein Mangel an Energie, Freude, Motivation und Leistungsbereitschaft im Sinne eines Desillusionierungsprozesses

geschildert. Ein 36jähriger Assistenzarzt: „Lustlosigkeit/ geistige Antriebslosigkeit ... fatalistische Haltung.“ Die Dysphorie, so ungefähr jeder zweite (48%), kann sich bis zur manifesten **Depression (K1)** mit Schwermütigkeit, Bedrückung und Isolation, Freud- und Humorlosigkeit sowie Suizidgedanken steigern. Eine 33jährige Assistenzärztin: „Depressive Verstimmungszustände, Gefühl der inneren Leere und Sinnlosigkeit des Lebens.“ Versagens- und Zukunfts-**Ängste (K6)** entstehen, die einer von neun (11%) als Selbstwertprobleme, Zweifel, Unsicherheit, Hilflosigkeit und Gefühl der Überforderung beschreibt. Ein 52jähriger Niedergelassener: „Übermächtige Angst, Gefühl der Insuffizienz, Gefühl einer ungenügenden Anerkennung ...“

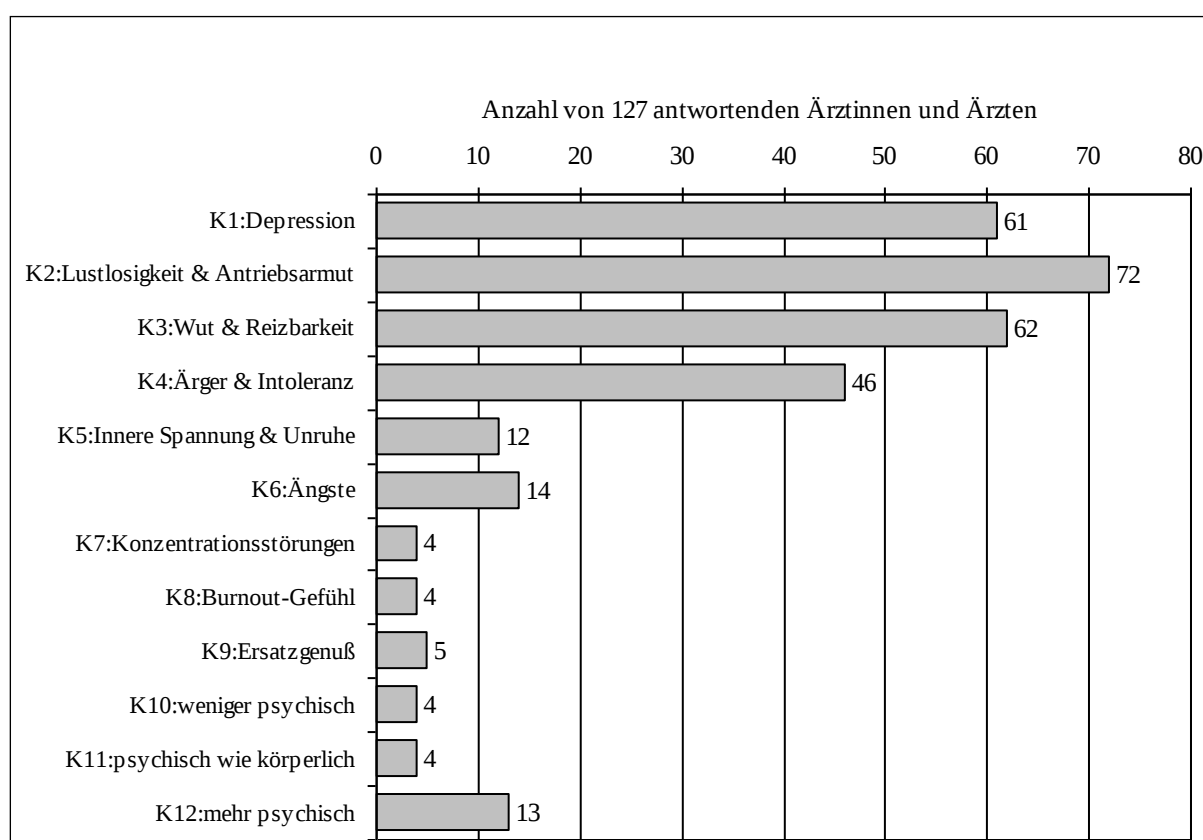


ABB. III Arbeitsunzufriedenheit – mehr psychisch

Entgegen der regressiven Haltung stehen **Wut und Reizbarkeit (K3)**, die bei nahezu jedem zweiten (49%) explosive Reaktionen auslösen. Ein 46jähriger Niedergelassener: „... permanentes Jammern von Pat. erzeugt Wut, da trotz vieler von mir angebotenen Hilfen nichts umgesetzt wird ...“ Im Zorn entwickelt sich Aggressivität. So berichtet gut ein Drittel (41%) über **Ärger und Intoleranz (K4)**. Ein 46jähriger Niedergelassener: „... Behandeln, berenten, begraben, nur nichts selber tun.“ Soziale Konflikte werden durch Launenhaftigkeit, hohe Sensibilität, Ungeduld, Enttäuschung, Frustration, Kontaktabwehr und sehr kritische, pedantische,

sarkastische oder ungerechte Urteile provoziert. Die Arbeitsunzufriedenheit mit **Ersatzgenuss (K9)** wie Alkohol- und Medikamentenabusus zu kompensieren, geben explizit nur ein paar (4%) an, obwohl dies als suchtspezifisch angesehen werden kann. *Ein 46jähriger Oberarzt: „... Drang zum Trinken.“* Als psychische Ausdrucksformen von Arbeitsunzufriedenheit werden in beeindruckender Häufigkeit sowohl regressiv depressive und ängstliche Gefühle als auch mehr oder weniger aggressiv ärgerliche beschrieben. Dass allgemein **mehr psychische (K12)** Beschwerden auftreten und eine **innere Spannung und Unruhe (K5)** herrscht, betonen einige (10%/ 9%).

Nur 59 von 142 Probanden äußern sich zur Frage **Wie gehen Sie mit Anspannungen, die aus der Arbeit resultieren, im allgemeinen um? – durch aggressive Phantasien?/ – Sonstiges?**. Fünf Aussagen können nicht eindeutig zugeordnet werden.

Beruflicher Stress kann zu innerer Anspannung führen, die verschiedenartig bewältigt wird. Nur gut zwei Fünftel (44%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte geben suchttypisch an, sich durch **Ersatzmittel (K9)** wie Alkohol, Medikamente (Opiate und Benzodiazepine) und Nikotin zu beruhigen. *Ein 52jähriger Niedergelassener: „Aus meiner Insuffizienz heraus die Flucht zu Suchtmitteln ...“* Entspannende **Ruhe und Passivität (K5)** im Träumen, Lesen oder Fernsehen sucht jeder achte (12%) durch Rückzug. *Ein 36jähriger Assistenzarzt: „Wunsch, nur noch schlafen zu wollen – tief, traumlos, eintauchen ins Dunkel – abschalten/ Musik hören ...“* Einer von zehn (10%) flieht in die **Natur (K6)**. *Ein 41jähriger Niedergelassener: „Lange Spaziergänge mit meinem Hund in frischer Luft.“* Nur wenige (7%/ 7%) verschaffen sich **geistige Ablenkung durch Interessenverlagerung (K3)** hin zu Kultur und Kunst oder bevorzugen einen **körperlich-aktiven Ausgleich (K4)** durch Hobbies und Unternehmungen. *Ein Niedergelassener: „... Musik (Flamenco Gitarre bis die Finger “bluten“).“* *Ein Niedergelassener: „Neige zu gelegentlich extremen Aktivitäten ... – Sport (Regattensegeln im Extrembereich) – Fliegen (Segelflug mit Kunstflugfiguren etc.) ...“* Als sozial unerwünschtes Ventil nennen ein paar (8%) auch suizidale oder **aggressive Phantasien und Verhaltensweisen (K12)**. *Ein 32jähriger Assistenzarzt: „Allgemeine Tötungsphantasien/ Krieg.“* Bei nur wenigen (7%) kommt es zu **negativen Auswirkungen (K13)** wie Ehestreit, Nervosität, Resignation oder depressiven Störungen. *Eine 42jährige Ärztin: „... “Knabbern“ an der Fingernagelhaut.“* Das Bedürfnis, **Gespräche mit Partner und Familie (K1)** bzw. **Gespräche mit Freunden (K2)** zu führen oder eine konfliktbezogene berufliche **Beseitigung der Umstände (K11)** herbeizuführen, beschreiben ein paar (8%/ 5%/ 5%). *Eine 33jährige Assistenzärztin: „Versuche, in Gesprächen mit Partner ... Anspannungen zu reduzieren oder lösen.“* Es über-

wiegen inadäquate Copingstrategien, wenn auch unspektakulärer als zu erwarten war. Nur einzelne (3%/ 2%) wählen **Entspannungsübungen (K8)** oder ein **bewusstes Gönnen und Genießen (K7)**, andere (2%) hegen sogar den **Wunsch nach prompter Beendigung der Arbeit (K10)**.

5.2 Aspekte zur Berufswahl

Die Frage **Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden? Wenn ja, warum?** haben 69 von 142 Probanden beantwortet.

Der Arztberuf setzt traditionsgemäß eine innere Hingabe voraus und impliziert einen hohen Gesellschaftswert, wodurch sich gewisse Charaktere angezogen fühlen. So sind sich gut zwei Drittel (68%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte einer **Berufung und Selbstverwirklichung (K7)** sicher. Aus Überzeugung ohne denkbare Alternative fasziniert und erfüllt sie dieser Traumberuf. *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „... ungebrochener Idealismus im Innersten.“ Mit dem Sinn und Inhalt der Arbeit identifizieren sie sich, was Arbeitszufriedenheit, Freude und Selbstbestätigung schafft. **Helfen/ Patientenkontakt (K2)** findet sich im moralisch-ethischen Humanismuskonzept, das für nahezu jeden fünften (19%) wegen Altruismus und sozialer Sinnhaftigkeit wichtig ist. *Ein 49jähriger Oberarzt:* „... Samaritertum.“ Sachlich erwähnt jeder achte (12%) **Interesse und Vielfältigkeit (K6)** mit Abwechslung und Gestaltungsmöglichkeiten in diversen Tätigkeitsfeldern. Geistes- und Naturwissenschaften sind verbunden mit Theorie, Praxis, Innovation und psychosozialer Menschenführung. *Eine 35jährige Assistenzärztin:* „Interessanter, vielseitiger ... Beruf, Kombination von intellektueller + handwerklicher Tätigkeit (Makropathologie, Sektion).“ Dagegen denkt fast ein Siebtel (13%) materialistisch an **Prestige und Erfolg (K5)** wie Imagepflege und Anerkennung durch fachlichen und persönlichen Ruhm oder Gefühle des Gebrauchtwerdens. *Ein 54jähriger Assistenzarzt:* „... hohes Ansehen in der Bevölkerung.“ Doch nur wenige (6%) sind von **finanzieller und beruflicher Sicherheit (K4)** und ihrem Lebensstandard überzeugt. *Ein Niedergelassener:* „Weil er ... mich relativ gut ernährt.“ **Trotz negativer Aspekte (K9)** würde sich einer von sieben (14%) erneut für den Arztberuf entscheiden, da es ähnliche Probleme überall gibt. *Eine 46jährige Oberärztin:* „... wenn auch unter großen Opfern.“ Es hebt sich die idealistisch-altruistisch eingestellte Mehrheit mit einer recht unrealistischen beruflichen Einschätzung von dem Rest, der eher das Statusdenken als das Fachinteresse favorisiert, ab. Selten (7%/ 6%) werden **Herausforderung und hohe Verantwortung (K8)** oder **Selbständigkeit und Eigenverantwortung (K3)** als Gründe für eine fiktive Berufswiederwahl genannt.

Zur Frage **Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden? Wenn nein, warum nicht?** haben 26 von 142 Probanden Angaben gemacht. Eine Aussage kann nicht eindeutig zugeordnet werden.

Wird der berufliche Idealismus enttäuscht, verliert der Arztberuf an Attraktion. **Allgemeine Unzufriedenheit und unerfüllte Erwartungen (K1)** geben gut drei Zehntel (31%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte an. *Ein 56jähriger Niedergelassener:* „Jeder Arzt beginnt den Beruf mit Idealismus u. beendet ihn ohne.“ Das einstige Berufsbild hat sich als falsch erwiesen und frustriert. Die **enorme physische Arbeitsbelastung (K2)** im zeitintensiven Studium und Berufsalltag mit hohem Krankheitsrisiko lehnt nahezu ein Viertel (23%) ab. *Eine 44jährige Oberärztin:* „... ständige Überlastung ohne Aussicht auf Besserung.“ Jeweils fast jeder fünfte (je 19%) kritisiert die **enorme psychische Arbeitsbelastung (K8)** sowie **Arbeitszeitbelastung und Freizeitmangel (K9)**. Fehlerrisiken überfordern psychomental. *Eine 53jährige Assistenzärztin:* „Ich leide zu sehr unter der Verantwortung.“ Daneben rückt das Bemühen um Privatleben und Lebensqualität an zweite Stelle. *Eine 33jährige Assistenzärztin:* „Belastung der Partnerschaft durch unregelmäßige Arbeitszeiten, als Ärztin Familie und Beruf schwer vereinbar ...“ Von nahezu einem Viertel (23%) werden **hohe gesellschaftliche Ansprüche und Zwänge (K5)** als soziales Klischee empfunden. Bei äußerem Druck bis hin zur ärztlichen Diskriminierung sind Erwartungen und Pflichten zu erfüllen. *Ein 38jähriger Niedergelassener:* „... soziale Neidfaktoren ...“ Eine progressiv **schlechte politische Zukunftsperspektive (K4)** durch Reglementierungen, Justizdrohungen, medizinische Bürokratisierung, Abhängigkeitszwang und drohende Arbeitslosigkeit stört gut jeden vierten (27%). Eine in keiner Relation zum Aufwand stehende **unzureichende und inadäquate Vergütung (K3)** spricht fast jeder fünfte (19%) an. *Eine 44jährige Zahnärztin:* „Hätte nicht gedacht, dass ich so lange so verschuldet bleibe, d.h. dass (weil) die Gewinnspanne immer geringer wird ...“ Für beinahe ein Sechstel (15%) würden je nach Neigung **viele interessante Berufsalternativen (K7)** in Frage kommen. *Ein 57jähriger Chefarzt:* „War nicht auf mich zugeschnitten, wurde vom Vater indirekt dazu gezwungen.“ Die berufliche Abneigung begründet sich durch die physisch-psychische wie zeitliche Überlastung und Entidealisierung sowie durch die Politik, den Gesellschaftsdruck und die Finanzunsicherheit. Zu **wenig Anerkennung (K6)** wäre kein Grund (0%) gegen den Arztberuf.

Die Frage **Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden? Wenn unsicher, warum?** haben 48 von 142 Probanden beantwortet. Zwei Aussagen weichen von den folgenden Kategorien ab.

Hier zeigt sich weder eine Idealisierung noch eine Abneigung gegenüber dem Arztberuf, sondern eine realitätsnahe, kritische Einstellung, die auch als Ersterfolg der Suchttherapie gewertet werden könnte. An einen **interessanten Beruf mit Einschränkungen (K7)**, der vielfältig und prinzipiell zufriedenstellend ist, aber auch Negatives aufweist, glauben gut drei Zehntel (31%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte. *Eine 51jährige Niedergelassene*: „... Mit dem Ergebnis bin ich jetzt schlussendlich doch zufrieden, die jetzige Tätigkeit macht mir Spaß.“ Berufliche Alternativen sind nicht vorstellbar, da sich Vor- und Nachteile die Waage halten. **Allgemeine Unzufriedenheit und unerfüllte Erwartungen (K1)** bedrücken dennoch fast ein Fünftel (19%). Ursprüngliche idealistische Vorstellungen vom kreativen, intellektuellen Arztberuf sind enttäuscht worden, das Engagement nimmt ab. *Eine 51jährige Niedergelassene*: „Die Motivation zu dem Beruf war sicher die falsche, der Weg dorthin. ...“ Suchtspezifisch würden sich aber nur wenige (8%) eine **Veränderung der Bewältigungsstrategien (K9)** wünschen, so dass Probleme differenzierter verarbeitet werden können. *Ein 52jähriger Niedergelassener*: „Ich bin nicht überzeugt davon, mit den o.g. Erfahrungen und Gefühlen dann so umgehen zu können, dass sie mich weniger oder nicht belasten.“ Auf eine **schlechte politische Zukunftsperspektive (K4)**, die Ärzten durch Reglementierungen, Wirtschaftszwänge, Bürokratie und drohende Arbeitslosigkeit die Freiheit nimmt, blicken nahezu drei Zehntel (29%). *Eine 51jährige Niedergelassene*: „Die jetzige Entwicklung ist mir suspekt ...“ Gut jeder vierte (27%) spürt eine **enorme psychische Arbeitsbelastung (K6)** und gut jeder fünfte (21%) eine **enorme physische Arbeitsbelastung (K2)**. Sie fühlen sich überfordert und unsicher einerseits durch Verantwortung, Fehlerrisiken, Patientenansprüche und Hierarchiedruck, andererseits durch Stress, Zeitdruck, Erschöpfung und hohes Krankheitsrisiko. *Eine 35jährige Assistenzärztin*: „... ständige Konfrontation mit der eigenen Unzulänglichkeit.“ *Ein 38jähriger Oberarzt*: „... hat ... mich fast aufgefressen.“ Teils würde ein anderes bzw. kleineres Fachgebiet bevorzugt. Der Grundtenor ist recht negativ und erstreckt sich von mäßiger Zufriedenheit über psychogenetische Fragen bis hin zu berufspolitischer Unsicherheit und Burnouttendenz. Im Hinblick auf eine unsichere fiktive Berufswiederwahl wägen einige (15%/ 13%/ 10%) auch ihr **unzureichendes Einkommen (K3)**, eine hohe **Arbeitszeitbelastung und Freizeitmangel (K8)** sowie die Möglichkeit zu **vielen interessanten Berufsalternativen (K5)** ab.

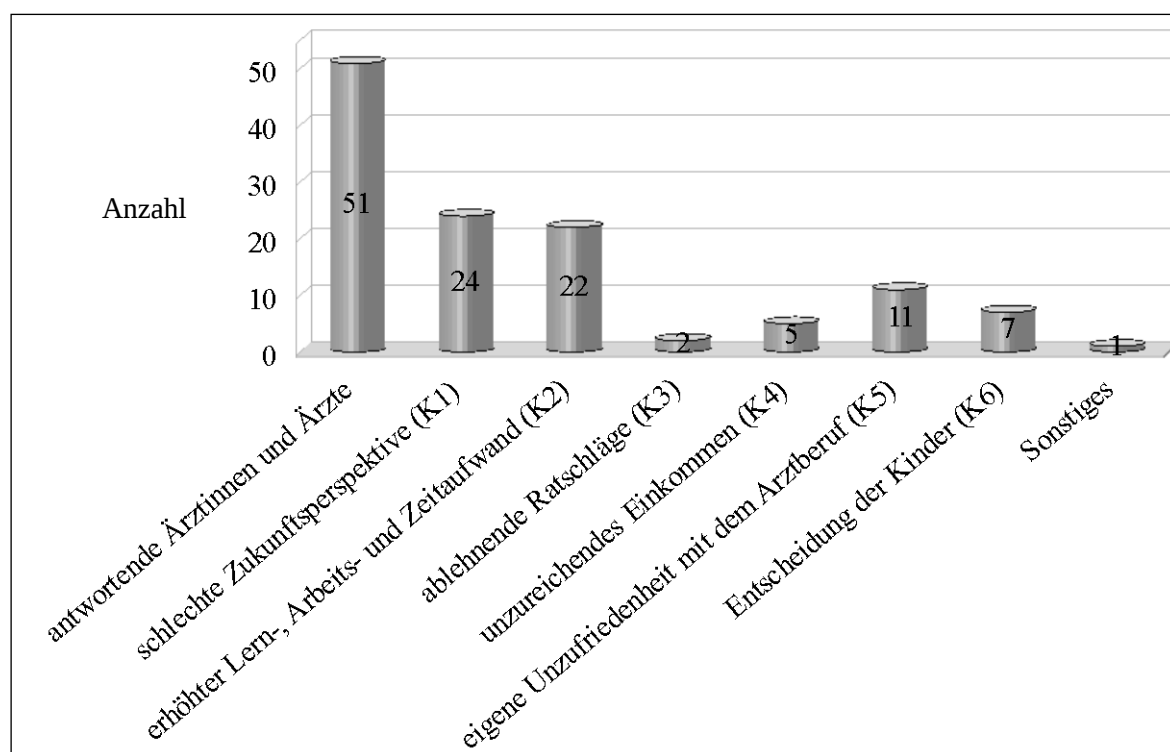


ABB. IV Würden Sie ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? NEIN

51 von 142 Probanden äußerten sich zur Frage **Würden Sie ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn nein, warum nicht?** (s. Abb. IV). Eine Aussage ist nicht zuzuordnen. Dadurch dass Kinder beruflich vor selbsterfahrenen und subjektiv vermeidbaren Fehlern bewahrt werden sollen, wird Berufsablehnung und -leid deutlich. Nahezu jeder zweite (47%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte betont eine **schlechte Zukunftsperspektive (K1)** durch widrige Reglementierungen und geringe Aus- und Weiterbildungschancen. Ein 38jähriger Niedergelassener: „Zukunftslos.“ Gut zwei Fünftel (43%) warnen vor einem physisch wie psychisch **erhöhten Lern-, Arbeits- und Zeitaufwand (K2)**, bereits beginnend mit dem Medizinstudium. Gesundheitsschädigend wirke diese Belastung und Verantwortung auf Dauer; sie beeinträchtige die Lebensqualität. Ein 35jähriger Assistenzarzt: „Stress, familienunfreundlicher Beruf.“ Die **eigene Unzufriedenheit mit dem Arztberuf (K5)** wegen eines enttäuschten Idealismus, Intellektualismus und finaler Lustlosigkeit beschreibt gut jeder fünfte (22%). Ein 43jähriger Niedergelassener: „... mit den bestehenden gesetzlichen Bedingungen wird man zum Verrat am Eid des Hippok. gezwungen.“ Zwei Ärzte (4%) geben sogar direkt **ablehnende Ratschläge (K3)**, da eine Nachahmung des gleichen inadäquaten, unerwünschten Copings befürchtet wird. Ein 52jähriger Niedergelassener: „Sie werden wahrscheinlich spiegelbildlich meine Art der Lösung o.g. Probleme übernehmen.“ Der Schutz der Kinder vor dem Arztberuf ist somit nicht nur politisch bedingt, sondern basiert auch auf den eigenen Er-

lebnissen mit der Arbeitsüberlastung, Entidealisierung und den Bewältigungsfehlern. Nur wenige (14%) würden eine selbst getroffene **Entscheidung der Kinder (K6)** respektieren, allerdings ohne jegliches berufliches Zuraten.

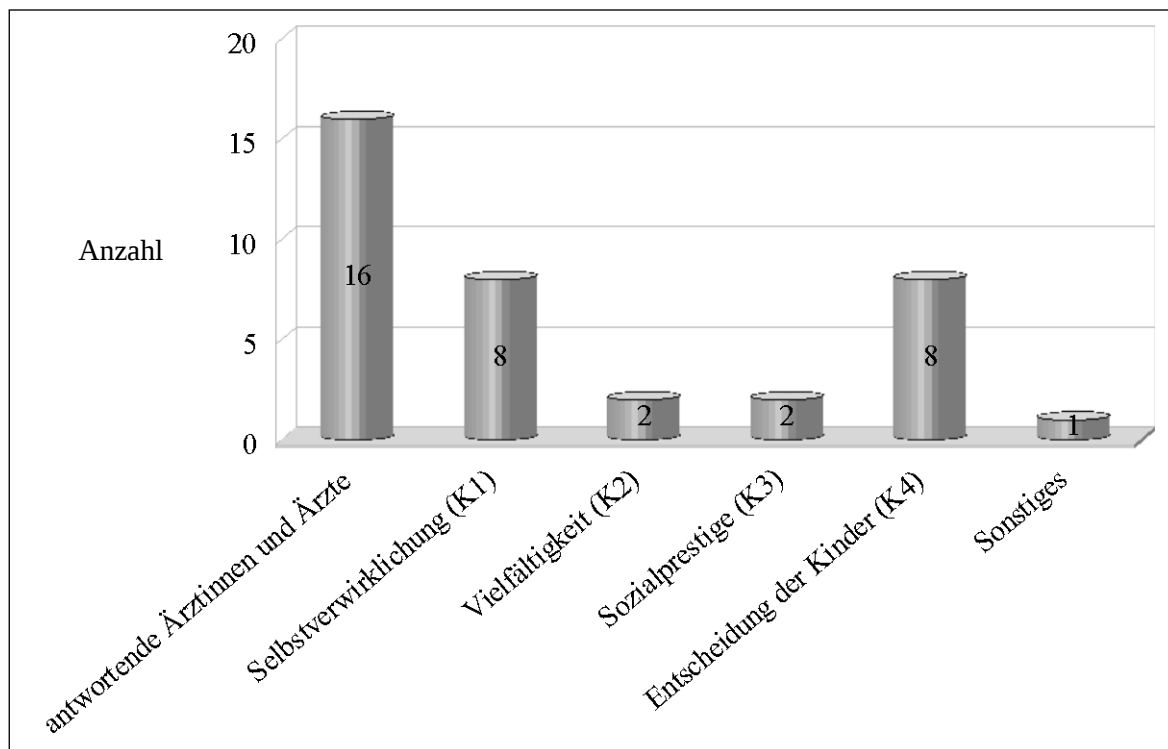


ABB. V Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? JA

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn ja, warum? (s. Abb. V) haben nur 16 von 142 Probanden beantwortet. Eine Aussage ist nicht eindeutig zu kategorisieren.

Diejenigen, die versuchen, den Kindern die Begeisterung für den Arztberuf zu vermitteln, scheinen die Alltagsbelastungen zu ignorieren. An **Selbstverwirklichung (K1)**, Erfüllung und Identifikation glaubt die Hälfte (50%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte. Interesse wecken Humanismus, Menschenkontakte und Verantwortungsbewusstsein. Eine 47jährige Niedergelassene: „Weil ich glaube, dass es trotz aller meiner Schwierigkeiten mit dem Beruf der schönste Beruf ist, den ich haben kann und ich mich auch dazu berufen fühle!“ Jeweils fast ein Siebtel (je 13%) betont die **Vielfältigkeit (K2)** durch die universelle Arztausbildung und Allgemeinbildung bzw. das hohe selbstbestätigende **Sozialprestige (K3)** mit gutem Einkommen, gesellschaftlicher Anerkennung und fachlichen Erfolgen. Ein 48jähriger Niedergelassener: „Dankbarkeit d. Menschen ...“ Eine offene Einstellung hat entgegen diesem Klischeedenken jeder zweite (50%), der die alleinige **Entscheidung der Kinder (K4)** bei entspre-

chender ärztlicher Neigung, Eignung und Persönlichkeit berücksichtigt, zumal die ärztliche Arbeitsrealität den Kindern familiär bekannt ist. *Eine 35jährige Assistenzärztin:* „Kinder sollten selbst ausprobieren, ob sie den Arztberuf ergreifen wollen (praktische Tätigkeit im Krankenhaus, genügende intellektuelle Fähigkeiten, Einsatzbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein).“

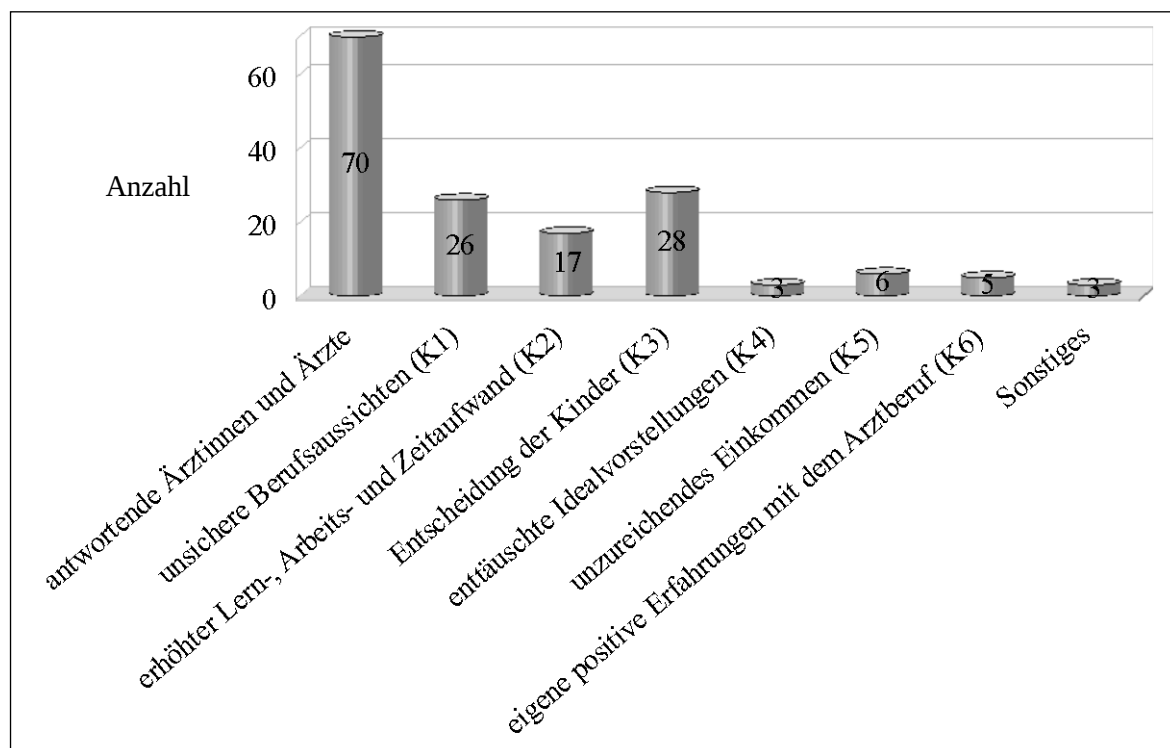


ABB. VI Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? BEDINGT

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn nur bedingt, warum?

(s. Abb. VI) haben 70 von 142 Probanden begründet. Drei Aussagen sind nicht zuzuordnen.

Erfolgt der Rat an die Kinder mit Vorsicht, so suggeriert dies kritische, zukunftsweisende und eher negativierte Gedanken. Zwei Fünftel (40%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte warten diplomatisch auf eine **Entscheidung der Kinder (K3)**, die je nach Neigung, Eignung, Persönlichkeit, Motivation, Enthusiasmus und Abwägen realer Berufsaspekte und -risiken getroffen werden sollte. *Eine 44jährige Zahnärztin:* „Nur, wenn das Kind sich 100%ig dazu berufen fühlt und es diesen Beruf aus ureigenstem Wunsch ergreifen will.“ Für risikoreich halten nahezu zwei Fünftel (37%) die **unsicheren Berufsaussichten (K1)** wegen sich ändernder Reglementierungen und fraglicher medizinischer Ethik. *Ein 39jähriger Niedergelassener:* „Aufgabenbereich außerhalb der Haus-Kassenärztlichen Tretmühle.“ Unumgänglich sei auch der **erhöhte Lern-, Arbeits- und Zeitaufwand (K2)**, so fast jeder vierte (24%). *Ein 32jähriger*

Assistenzarzt: „Opfer (Studium), Stress ...“ Beeinträchtigend wirken sowohl die physisch-psychische Studien- und Berufsbelastung, die Verantwortung, das geforderte Engagement und der chronische Zeitmangel als auch die unmenschliche privat-familiäre Lebensführung. Nur drei Ärzte (4%) erwähnen ihre **enttäuschten Idealvorstellungen (K4)**, die sich infolge alltäglicher Einseitigkeit, Sinnlosigkeit und Desinteresse - während andere Tätigkeiten kreativer und intellektueller sind - entwickeln. *Eine 53jährige Assistenzärztin: „Unter Umständen gibt der Beruf nicht die gewünschte Befriedigung.“* Es wird ein realistisches, in den o.g. drei Kernpunkten negativ geformtes Berufsbild deutlich, durch das der Arztberuf mit bedingtem Rat an die Kinder kritisiert, aber hinsichtlich der Motivationsfrage auch eingehend erörtert wird. Wenige (9%/ 7%) weisen auf ein **unzureichendes Einkommen (K5)** oder aber **eigene positive Erfahrungen mit dem Arztberuf (K6)** hin.

Die Frage **Würden Sie lieber in einem anderen medizinischen Fach als dem gegenwärtigen arbeiten? Wenn ja, in welchem?** haben 43 von 142 Probanden beantwortet. Acht Aussagen entsprechen nicht den folgenden Kategorien.

Aus Arbeitsunzufriedenheit und zunehmender Berufs- und Lebenserfahrung kristallisiert sich ein persönliches Interesse heraus, oft abweichend von jüngsten Idealvorstellungen. So würde gut ein Fünftel (21%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte **Forschung, Labor und Lehrtätigkeit (K15)** in Arzneimittelsicherheit, Biochemie, Mikrobiologie, Pharmakologie oder Wissenschaft favorisieren. *Ein 42jähriger Oberarzt: „Aus-/ Fortbildung z.B. Krankenpflegeschool o.ä.“* Mit eigentherapeutischem Interesse könnte sich jeder siebte (14%) vorstellen, zur Ganzheitsmedizin in die **Psychosomatik und Psychotherapie (K7)** zu wechseln, doch nur jeweils drei Ärzte (je 7%) reizt die **Psychiatrie und Neurologie (K6)** bzw. **Allgemeinmedizin (K1)**. *Ein 37jähriger Oberarzt: „Mehr theoretisch denn praktisch (z.B. Psychotherapie).“* *Ein 43jähriger Oberarzt: „... Auch Psychiatrie denkbar.“* Einer von acht (12%) wäre gerne in der **Inneren Medizin (K2)** oder einem ihrer Schwerpunkte tätig. Dagegen möchten nur wenige (9%) in der **Chirurgie (K3)** oder einem ihrer Teilgebiete arbeiten. Für einen von acht (12%) sind **Ophthalmologie und HNO (K10)** attraktiver. *Ein 43jähriger Assistenzarzt: „Kleineres z.B. Augen ...“* Vereinzelt (je 5%) denken sie auch an **Gynäkologie und Geburtshilfe (K4)**, **Dermatologie (K8)**, **Pathologie (K13)**, **Veterinärmedizin (K19)** oder Flug-, Reise-, **Umwelt- und Betriebsmedizin (K14)**. Nur jeweils einmal (je 2%) wird **Pädiatrie (K5)**, **Orthopädie (K9)** oder **Zahnmedizin (K18)** erwähnt. Beobachtet werden nonkurative, psychotherapeutische und internistische Tendenzen auch hin zu kleineren Fächern. **Anästhesie (K11)**, **Radiologie (K12)**, **Alternativmedizin (K16)** oder die Anstellung in einer **Kur-/ Privatklinik**

(K17) scheinen allerdings uninteressant (0%) zu sein.

52 von 142 Probanden äußerten sich zur Frage **Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten? Wenn ja, in welchem?**. Zwei Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Wächst Frustration und Demotivation, kann sich Arbeitsunzufriedenheit bis zur völligen Berufsunzufriedenheit steigern. Einem reglementierten, entidealisierten Alltag fliehend, hätte nahezu ein Viertel (23%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte Freude an einem **künstlerisch-kreativen Beruf (K1)** wie Architektur, Restauration, musisch-schöpferische Kunst oder Schauspielerei. *Eine 51jährige Niedergelassene*: „Künstlerischen, wobei die finanzielle Seite sicher schlechter aussähe.“ Für **Lehramt/ Germanistik (K4)**, d.h. für ein Engagement als Autor oder Lektor in Journalistik und Publizistik interessiert sich fast jeder sechste (15%). *Ein 28jähriger Arzt im Praktikum*: „Schriftsteller - wenn das Talent reichen würde.“ Manche (8%) sehnen sich auch nach beruflicher Entscheidungsgewalt und sehen sich in **Jura und Politik (K10)** wieder. *Ein 56jähriger Niedergelassener*: „Politik (dort kann man alles).“ Kunstfertig, innovativ und leitend möchte gut jeder fünfte (21%) in **Elektronik und Management (K3)** wie Betriebswirtschaft, EDV, Elektrotechnik, Ingenieurswesen, Flug- und Raumfahrttechnik oder Luft- und Seefahrtverkehr beschäftigt sein, dagegen gut ein Sechstel (17%) in **Medizinischer Technik, Wissenschaft und Forschung (K8)** wie Zahnmedizin, medizinisch-naturwissenschaftliche Fächer oder Pharmaindustrie. *Ein 57jähriger Chefarzt*: „Handwerk (Elektro).“ *Eine 34jährige Assistenzärztin*: „Z.B. Medizin-Informatik/ Meeresbiologie.“ Wenige (8%) setzen auf die dem Arztberuf nahe **Soziologie und Psychologie (K11)**. *Eine 33jährige Assistenzärztin*: „Gesundheitsmanagement für Ärzte.“ Ein Arzt (2%) gibt sogar einen **medizinischen Hilfsberuf (K7)** an. *Ein 46jähriger Niedergelassener*: „... Krankenpfleger.“ Deutlich werden sowohl Wünsche nach Expression, sich ausleben zu wollen und Mitspracherecht zu besitzen, als auch sachbezogene, rationale Interessen an Technik, Wissenschaft und Wirtschaft. Einige (12%/ 8%) möchten auch ihren Hobbies durch einen **naturverbundenen Beruf (K2)** oder den **Beruf des Historikers (K9)** nachgehen. Ein **Beruf des öffentlichen Dienstes (K5)** oder ein **Beruf im sportlichen Bereich (K6)** ist irrelevant (0%).

Der Aufforderung ... **beschreiben Sie bitte die Situation bzw. die Motivation, als Sie erstmals den Wunsch verspürten, Medizin zu studieren.** (s. Abb. VII) sind 97 von 142 Probanden nachgekommen. Zwei Aussagen passen nicht in die folgenden Kategorien.

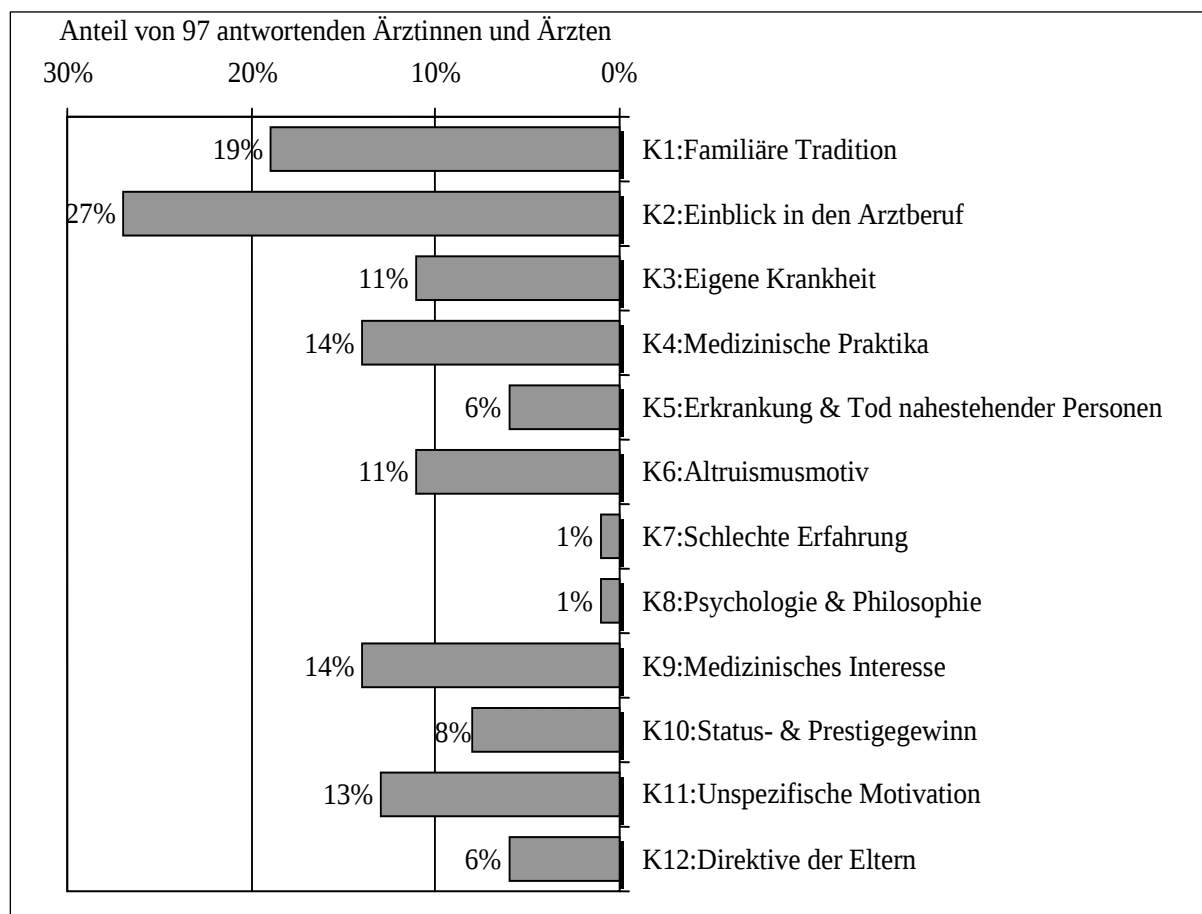


ABB. VII Situation bzw. Motivation des erstmaligen Medizinstudiumswunsches

Der Arztberuf besitzt eine hohe Gesellschaftsrelevanz und ruft Gefühle der Bewunderung und verblende Phantasien hervor. Gut ein Viertel (27%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte hatte bereits früh einen idolisierenden und idealisierenden **Einblick in den Arztberuf (K2)** durch Arztkontakte, TV-Ärzteserien, Literatur über berühmte Arztpersönlichkeiten, Gespräche mit Medizinstudenten oder Vorlesungen. *Ein 36jähriger Assistenzarzt: „Durch den Berufsalltag meiner Onkel, meiner Cousins, unseres Nachbarn: ich fand den Beruf Arzt faszinierend.“* Durch **familiäre Tradition (K1)** sei nahezu jeder fünfte (19%) von Kindheit an beeinflusst worden und habe im engsten Umfeld Eltern, Großeltern oder Geschwister als Ärzte erlebt. *Ein 47jähriger Niedergelassener: „Ich stamme aus einer alten Arztfamilie.“* Jeder neunte (11%) besaß ein **Altruismusmotiv (K6)**, das durch soziale, traumhafte ärztliche Einstellungen und Vorstellungen geprägt war. *Ein 40jähriger Niedergelassener: „Eigene Hilflo-*

sigkeit bei der Begegnung mit Kranken und Verletzten.“ Einige (8%) reizte ein **Status- und Prestigegewinn (K10)**, der durch Heldentum, Souveränität und gehobenen Verdienst das Ansehen aufbessere. Ein 32jähriger Assistenzarzt: „... Ärzte waren etwas, auf die alle hochblickten (auch meine Eltern).“ **Medizinisches Interesse (K9)** an einem Studium mit einem breiten, abwechslungsreichen natur- und humanwissenschaftlichen Spektrum und Möglichkeiten zu diversen Tätigkeitsfeldern und Spezialisierungen zeigte einer von sieben (14%). Eine 45jährige Niedergelassene: „... viel über Erkrankungen gelesen. Wollte Hintergründe wissen, konnte mir all dies gut merken. Später durch guten Notendurchschnitt die Möglichkeit gesehen, selbst Medizin studieren zu können.“ Soziale oder **medizinische Praktika (K4)** hatten ebenso viele (14%) absolviert. Ein 62jähriger Niedergelassener: „... Ich durfte ihm schon mit 10 Jahren “assistieren“. Gipsanlegen. Eröffnung eines Furunkels etc..“ Psychopathologisch entwickelte jeder neunte (11%) den Berufswunsch aufgrund **eigener Krankheit (K3)** und Psychosomatosen. Ein 59jähriger Oberarzt: „½ Jahr Krankenhausaufenthalt mit rheumatischem Fieber und Herzinnenhautentzündung und 2 demolierten Herzklappen. Davor in der Kindheit 4 ½ Jahre Krankenhausaufenthalte.“ **Schlechte Erfahrung (K7)** mit ärztlicher Versorgung bzw. die Wissbegierde nach **Psychologie und Philosophie (K8)** gab nur jeweils ein Arzt (je 1%) an. Bei wenigen (6%) war auch die Erfahrung mit **Erkrankung und Tod nahestehender Personen (K5)** ausschlaggebend. Eine 48jährige Niedergelassene: „Durch starke Erkrankung d. Eltern + Geschwister und Nachbarn + durch Tod einer Schwester, bedingt durch die Situation, dass der nächste Hausarzt in einer sehr weiten Entfernung wohnte.“ Zufällig oder unentschlossen zeigte dagegen fast ein Siebtel (13%) eine **unspezifische Motivation (K11)**. Eine nachahmenswerte, vorteilhafte Studienalternative bot sich ohne Berufung oder Interesse. Eine 59jährige Zahnärztin: „Ich war dem Zahnarztberuf nicht abgeneigt u. habe aus prakt. Gründen den gleichen Beruf wie mein zukünftiger Mann gewählt.“ Der erstmalige Berufswunsch entwickelte sich nicht nur idealistisch durch Medien und entfernte oder familiäre Arztkontakte, sondern auch persönlich durch medizinisches Interesse, eigene Krankheitserfahrung und Helfersyndrom. Anders erging es den wenigen (6%), die durch die **Direktive der Eltern (K12)** einseitige Beratung und Druck erfuhren und somit den Arztberuf eher zwanghaft als freiwillig ergriffen. Ein 52jähriger Niedergelassener: „In meinem Bemühen, von meinem Vater anerkannt zu werden, ließ ich vom Wunsch, einen technischen Beruf zu ergreifen, ab. Er hielt mir ständig die Redlichkeit, den Erfolg, die Moral und Intelligenz eines Anderen vor Augen.“

Auf die Frage **Haben auch andere Familienangehörige (z.B. Vater, Mutter, Geschwister, Großeltern) Medizin studiert? Wenn ja, welche?** haben 50 von 142 Probanden geantwortet. Zwei Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Familienstrukturen und Interaktionen formen typische Leitbilder, damit verbunden auch Dispositionen. Bei nahezu jedem dritten (32%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte ist der **Vater (K2)** als stereotypes Familienoberhaupt Arzt. Aus einer durch **beide Elternteile (K3)** extrem ärztlich geprägten Familie kommt jeder siebte (14%). Eine 46jährige Oberärztin: „Vater (Universitätsprofessor), Mutter (Zahnärztin).“ Nur drei Ärzte (6%) geben allein die **Mutter (K1)** an und einer von sechs (16%) die (Ur-)**Großeltern (K4)**. Ärztlich konkurrierende **Geschwister (K5)** haben drei Zehntel (30%). Ein 54jähriger Zahnarzt: „Zwillingsbruder.“ Fast drei Zehntel (28%) erwähnen **Tante/ Onkel (K6)** oder (Ur-)Großtante/ (Ur-)Großonkel, wenige (12%/ 4%) **Cousin/ e (K7)** oder **Schwägerin/ Schwager (K8)**. Eine 47jährige Niedergelassene: „Ein Großonkel meines Vaters war Arzt.“ **Ehefrau/ -mann (K9)** wird bei zwei Ärzten (4%) beschrieben. Ein 39jähriger Niedergelassener: „... meine Noch-Ehefrau.“ In der Variationshäufigkeit der durch den Arztberuf geprägten Familienstruktur dominiert der Vater vor den Geschwistern und Verwandten entfernt von Großeltern und beiden Eltern. Einmal (2%) erscheint die **nachfolgende Generation (K10)**. Eine 62jährige Ärztin: „... Neffe.“

Zur Frage **Welche Vorstellungen, Phantasien und Ideale hatten Sie früher (vor Aufnahme des Medizinstudiums) vom Arztberuf?** machten 138 von 142 Probanden Angaben. Vier Aussagen weichen von den folgenden Kategorien ab.

Abhängig von der Motivation entwickeln sich realitätsnahe bis -fremde Berufsbilder, die zukünftig zur Zufriedenheit beitragen oder enttäuscht werden. Mit Humanismuskonzepten und sozialem Verständnis von Ethik, Moral und Gerechtigkeit folgten nahezu drei Fünftel (58%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte einem **Altruismusmotiv (K2)**. Eine 50jährige Oberärztin: „Falls sich herausstellt, dass mir der Beruf persönlich nichts nützt, nützt er anderen.“ Zuwendung, Vertrauen und Achtung wären ganzheitlich wichtig. **Erfüllung und sinnvolles Handeln (K3)** faszinierte und ließ bei einem Zehntel (10%) Gefühle der Berufung aufkommen. Ein 53jähriger Oberarzt: „Ein inneres Bedürfnis, welches ich nicht näher definieren kann.“ Stets gebraucht zu werden und die eigene Arbeit am Heilerfolg zu messen, sollte zur Selbstverwirklichung beitragen. Einen **übersteigerten Idealismus (K4)** und den Traum, selbstlos, aufopfernd und allzeit bereit als Lebensretter der Menschheit aufzutreten und durch Perfektionismus und Omnipotenz zu beeindrucken, hatte fast jeder fünfte (18%). Ein 57jähriger Niedergelassener: „Allmachtsphantasien. Angebeteter Helfer zu sein ...“ Gut drei

Zehntel (31%) imponierte die Vorstellung von **Sozialprestige und Erfolg (K5)**, gesellschaftlicher Akzeptanz, Dankbarkeit und Anerkennung infolge von Karriere und Wohlstand. *Ein 57jähriger Niedergelassener*: „... *Letztinstanzliche Autorität zu sein* ...“ Das Ansehen eines Arztes werde bewundert und respektiert. An **Existenzsicherheit (K6)**, feste Arbeitsplätze und angemessenes Einkommen ohne berufliche oder finanzielle Sorgen glaubte einer von acht (12%). *Ein 45jähriger Niedergelassener*: „... *finanzielle Absicherung*.“ Entgegen dem Statusdenken zeigte gut ein Fünftel (22%) **Interesse an Medizin und Vielseitigkeit (K9)**, da die Abwechslung zwischen den Fachbereichen kreativ und innovativ erschien. Ein Medizinstudium mit Weiterbildung versprach Wissen und Kompetenz. *Ein 46jähriger Oberarzt*: „... *stärkere Einbeziehung von Psyche und sozialem Hintergrund in die Diagnostik und Therapie von Krankheiten*.“ **Freiheit und Eigenverantwortung (K7)** wie Unabhängigkeit und Selbstbestimmung wünschte sich jeder achte (12%). *Ein Niedergelassener*: „*Habe nicht im Traum daran gedacht, wie viel Verwaltung, Bürokratismus, Management u. Betriebswirtschaft mit Selbständigkeit als Kassenarzt/ Vertragsarzt verbunden ist*.“ Nur wenige (5%) hatten **realistische und pragmatische Vorstellungen (K11)**. *Ein 48jähriger Niedergelassener*: „*Unverändert*.“ Vorrangig waren Klischeevorstellungen vom Helfen weit mehr als vom Luxusleben oder ferner vom Fachinteresse. **Keine (K13)** Arztideale gab es selten (4%). *Ein 39jähriger Zahnarzt*: „*Keine// es gab noch keine Arzt-Fernsehsendungen*.“

Welche Ideale/ Träume haben Sie heute in bezug auf Ihre Berufstätigkeit? haben 137 von 142 Probanden beantwortet. Vier Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Wunschträume entstehen in Folge von persönlich gewichteten negativen Einflüssen, Sorgen oder Ängsten. Für gut ein Drittel (36%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte ist **optimale Patientenversorgung (K1)** mit sozialmedizinischem Engagement, Humanismus, Altruismus, Ethik, Vertrauen und Solidarität wichtig. *Ein 48jähriger Chefarzt*: „*Mehr Zeit für meine Patienten wäre „traumhaft“*.“ **Kollegialität und Teamarbeit (K5)** wie ärztliche Kooperation und Anerkennung ohne Hierarchie ist nur für wenige (5%) erstrebenswert. *Ein 46jähriger Oberarzt*: „... *mehr Zeit und Gelegenheit ... zum Austausch mit Kollegen und Mitarbeitern, Aufhebung der Isolation am Arbeitsplatz*.“ Gut jeder fünfte (21%) möchte **fachliche Kompetenz und Anerkennung (K2)** sowie Sozialprestige und Akzeptanz durch gute Aus- und Fortbildung, Erfolg und selbstbestätigende Erfahrungswerte besitzen. *Ein 46jähriger Niedergelassener*: „... *dass ich im Rahmen von längerer Trockenheit „nachreifen“ kann*.“ Eine **berufliche und finanzielle Zukunftssicherung (K8)** würde ein Achtel (12%) perspektivisch zufriedener stimmen. *Eine 44jährige Zahnärztin*: „*Dass sich die Situation in bezug auf*

Einkommen verbessert, dies sind wirklich nur Träume; ich weiß, dass dies nicht mehr der Fall sein wird.“ Gut jeder fünfte (21%) äußert tendentielle Hoffnungslosigkeit, da **keine Träume/realistische Einstellung (K10)** angegeben werden. Ein 56jähriger Niedergelassener: „Ernüchterung.“ Von ärztlicher Freiheit und Eigenständigkeit sowie einer **Reduktion der Fremdeinflüsse und Eigenverantwortung (K3)** ohne Reglementierung, Wirtschaftszwang und Bürokratismus träumt fast ein Siebtel (13%). Ein 48jähriger Zahnarzt: „Auf Dauer wird sich die Gängelung nicht durchsetzen lassen.“ Nur wenige (4%) vermissen geregelte Arbeitszeiten, Teilzeiten oder eine Befreiung von Bereitschaftsdiensten, um balanciert **Zeit für das Privatleben (K11)** zu haben. Ein 49jähriger Niedergelassener: „Sie mehr als Job anzusehen (im positiven Sinn) und dabei mehr auf mich zu achten.“ **Gedanken an baldigen Berufsausstieg (K9)** hegen ein paar (4%), wobei die ärztliche Tätigkeit bis zur ruhigen Pensionierung gezwungenermaßen ertragen wird. Ein 48jähriger Arzt: „Beitrag zu einem sozial verträglichen Stellenabbau durch Frühpensionierungen.“ Die heutigen Berufsideale werden einerseits hoffnungsvoll mit ganzheitlicher Tätigkeit sowie ärztlicher Kompetenz und Anerkennung beschrieben, andererseits nüchtern mit eher resignativer Klarsicht. Eine **berufliche Veränderung (K7)**, **Arbeitszufriedenheit (K6)** und **stressfreies Arbeiten (K4)** wünschen sich noch einige (11%/ 10%/ 7%).

140 von 142 Probanden haben zur Frage **Können Sie kurz beschreiben, welche Gründe Sie endgültig dazu bewogen, Medizin zu studieren?** Angaben gemacht. Sieben Aussagen können nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die Gründe für den endgültigen Entschluss sind bedeutend, da elementare Einstellungen zum Arztberuf offenbar werden. Gut jeder dritte (36%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte nennt das humanitäre, sozial-ethische **Helfermotiv (K1)**. Das Leben sollte sinnvoll und erfüllend mit Engagement und Gefühlen des Glücks und Gebrauchtwerdens gestaltet werden. Ein 56jähriger Niedergelassener: „Die Freude, anderen Menschen zu helfen, zu beraten, zu trösten.“ **Erfahrungen mit Krankheit und Tod (K6)** erwähnen wenige (4%). Eine 33jährige Assistenzärztin: „Vater nahezu aufgrund Virusmyokarditis verstorben. Während des wochenlangen stationären Aufenthalts meinerseits erneut Gefühl der Hilflosigkeit und „Ohnmacht“.“ Einer von acht (12%) betont nur die Kommunikationsbereitschaft und den Teamgeist beim **Menschenkontakt (K2)**. Eine 44jährige Zahnärztin: „... Interesse daran, bei der Arbeit Kontakt zu Menschen zu haben und nicht in einem Büro o.ä. zu "versauern“.“ Vom **Wunschberuf und Idealismus (K10)** überzeugt war einer von vier (25%); Freude und Berufung ließen keine Alternativen zu. Ein 48jähriger Chefarzt: „Endlich ein Studienplatz in Medizin nach langer

*Wartezeit. Frühere Ideale endlich umsetzen ...“ Sie versprachen sich Selbstverwirklichung und Entwicklung, zumal durch bekannte, auch familiäre Arztdole die vermeintliche Neigung und Eignung bestärkt wurde. Dagegen wurden andere (9%) gemäß familiärer Ärztetradition und zwecks Akzeptanz durch **elterliche Beeinflussung (K9)** getrieben. Ein 57jähriger Chefarzt: „Wurde dazu gezwungen und hielt mich dann an die Weisungen meines Vaters.“ Als **alternative Berufswahl (K12)** auch ohne Berufung oder Begabung, eher durch Nachahmung oder Zufall und aus falschem Ehrgeiz heraus wählten drei Zehntel (30%) die Medizin. Ein 38jähriger Oberarzt: „Ich hatte nach dem Abitur fast schon einen Studienplatz zum Rechtspfleger, dann fuhr ich zum 2. Tag d. Aufnahmeprüfung nicht mehr hin, in einer kurzen, knappen Entscheidung entschied ich mich gegen die trockene Materie und für Medizin.“ Jeden vierten (25%) lenkte das **Interesse am Fach (K3)** wie das theoretische und praktische sowie diagnostische und therapeutische Wissen um menschliche Funktionen. Ein 35jähriger Assistenzarzt: „Sehr umfangreich, fast ein Studium generale.“ In der Häufigkeitsverteilung folgt dem sozial erwünschten Helfermotiv eindrucksvoll konträr die gefühlsneutrale Alternativwahl, des weiteren das medizinische Interesse und die idealisierte Berufung. An eine **berufliche und finanzielle Zukunftssicherheit (K5)** und materialistisch-unabhängige Existenz glaubte nur einer von sieben (14%). Ein 52jähriger Niedergelassener: „... Krisensicherheit ...“ Zudem legte ein Siebtel (14%) Wert auf **Sozialprestige (K8)**, Anerkennung, Akzeptanz, Ansehen, Erfolg, Reichtum und Macht für ein gestärktes Selbstwertgefühl. Ein 28jähriger Arzt im Praktikum: „... Arzt = Autorität, übergeordnete Respektperson.“*

Der Aufforderung **Bitte schreiben Sie auf, welcher der für Sie wichtigste, der zweitwichtigste und der drittwichtigste Grund für den Entschluss, Medizin zu studieren, war:** (s. Tab. II) sind im ersten Teil 137, im zweiten 129 und im dritten nur noch 106 von 142 Probanden nachgekommen. Drei Aussagen zu den wichtigsten, zwei zu den zweitwichtigsten und eine zu den drittwichtigsten Gründen sind nicht sicher zuzuordnen.

In der Gewichtung der Gründe werden abgesehen von sozialer Erwünschtheit mögliche zukunftsweisende Einstellungstendenzen, aber auch Fehlmotivationen bezüglich des Arztberufes deutlich. Gut zwei Fünftel (42%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte geben als wichtigsten Grund das **Helfermotiv (K1)** an. Zweitrangig wird es nur noch von einem Fünftel (20%) und drittrangig von einem Zehntel (10%) genannt. Mit sozial-ethischer Einstellung, Sinn, Erfüllung und Gesellschaftsrelevanz wollten sie humanitäres, altruistisches und kuratives Engagement zeigen, gebraucht werden und andere glücklich machen. 1.) Ein 48jähriger Niedergelassener: „Samariterbewusstsein“ ...“ 2.) Ein 50jähriger Oberarzt: „... Gesunde

Siedlung (Afrika) ... 3.) Ein 63jähriger Zahnarzt: „... Die Freude im anderen Menschen zu sehen.“ Durch unsichere und ängstliche **Erfahrungen mit Krankheit und Tod (K6)** gebrandmarkt, waren vordergründig nur ein paar (4%), eine Ärztin (je 1%) auch zusätzlich zweit- und drittrangig. Eine 48jährige Niedergelassene: „Erkrankung d. Vaters, Erkrankung d. Bruders, Tod d. Schwester.“ 1.) Eine 33jährige Assistenzärztin: „Tod des Partners nach Unfall/ beinahe Tod d. Vaters durch Myokarditis ...“ Einige (9%) setzten ihre Vorstellung vom **Wunsch- und Traumberuf (K10)** ohne Alternative zur Selbstverwirklichung und Entwicklung mit ärztlicher Neigung, Eignung und Arbeitsfreude auf Platz eins, weniger (je 7%) auf Platz zwei oder drei. 1.) Eine 53jährige Niedergelassene: „Die Überzeugung der ‘Berufung’ ...“ 2.) Eine 44jährige Niedergelassene: „... Eine Möglichkeit, ein ‘anderer Arzt’ zu werden als die mir bekannten ...“ 3.) Ein 43jähriger Niedergelassener: „... Faszination von diesem Beruf.“ Idealbilder und (familiäre) Arztidole wirkten bestärkend. In erster Linie durch **familiäre Tradition (K9)** beeinflusst wurden manche (7%). An zweiter und dritter Stelle geben es nur jeweils drei Ärzte (2%/ 3%) an, einer sogar über alle drei Ränge. In der Hoffnung auf Akzeptanz folgten sie dem elterlichen Rat oder Angebot. Ein 57jähriger Chefarzt: „Zwang durch den Vater. Zwang, in seinem Leben Geld verdienen zu müssen. Vernunftgründe.“ 1.) Ein 52jähriger Niedergelassener: „Meinem Vater zu gefallen, von ihm anerkannt zu werden ...“ 3.) Eine 43jährige Assistenzärztin: „... Mutter kann ‘stolz’ sein.“ Gleich häufig entschieden sich manche (7%) vordergründig durch **alternative Berufswahl (K12)**, zweitrangig noch seltener (3%) als drittrangig (6%). Mit falschem Ehrgeiz oder aus Trotz ohne Begabung oder Berufung wählten sie zufällig - offen für Neues - die Medizin. 1.) Eine 42jährige Niedergelassene: „Nach dem Psychologiestudium war ich zu jung ...“ 2.) Eine 43jährige Assistenzärztin: „... Gemeinsamkeit mit Partner ...“ 3.) Ein 36jähriger Assistenzarzt: „... Flucht aus der heimischen Bäckerei.“ **Kontakte mit Menschen (K2)** wünschte sich erstrangig einer von neun (11%), zweit- und drittrangig weniger (je 6%). Der alltägliche Umgang mit verschiedenen Leuten wirkte interessant und kommunikativ. 1.) Eine 43jährige Assistenzärztin: „Arbeit mit Kindern ...“ 2.) Ein 54jähriger Assistenzarzt: „... Bedürfnis, mit Menschen umzugehen ...“ 3.) Eine 53jährige Assistenzärztin: „... Arbeit im Team.“ Jeder siebte (14%) zeigte in erster Linie **Interesse am Fach (K3)**, an zweiter Stelle sogar fast ein Fünftel (18%), an dritter nur noch wenige (8%). In diversen Gesundheitsbereichen wollten sie Wissen und Können erweitern sowie menschliche Bau- und Funktionsabläufe diagnostisch und therapeutisch kennenlernen, um Kompetenz in der Heilkunst zu erwerben. 1.) Eine Niedergelassene: „Das Beherrschen der Materie Mensch ...“ 2.) Eine 35jährige Assistenzärztin: „... Naturwissenschaftliche Erklärungen finden und eingreifen können in das Krankheitsgeschehen.“ 3.) Eine 42jährige

Niedergelassene: „... Ich hatte die Vision, Psychologie und Medizin fruchtbringend miteinander verknüpfen zu können.“ Besonderen Wert auf **Vielfältigkeit und Abwechslung (K4)** legten ein paar (4%), ein Achtel (12%) eher mäßigen und einige (8%) wenig Wert. Ärztliche Berufs-, Einsatz- und Tätigkeitsmöglichkeiten bieten ein breites Spektrum an Theorie oder Praxis. 1.) *Eine 42jährige Ärztin: „Wissenschaftlich arbeiten zu können ...“* 2.) *Ein Niedergelassener: „... Beruf ohne Eintönigkeit u. vielfachen Möglichkeiten ...“* 3.) *Ein 46jähriger Oberarzt: „... Die Möglichkeit, als Arzt einige Zeit im Ausland arbeiten zu können. Vielzahl der möglichen Fachrichtungen und Tätigkeiten nach dem Studium.“*

TAB. II Rangfolge von Entschlussgründen hinsichtlich des Medizinstudiums

<i>Hinweis: In jeder Zeile nimmt die prozentuale Häufigkeit von dunkelgrau über mittelgrau nach hellgrau ab.</i>	wichtigster Grund	zweitwichtigster Grund	drittwichtigster Grund
K1: Helfermotiv	42,3%	20,1%	10,3%
K2: Kontakte mit Menschen	10,9%	6,2%	5,6%
K3: Interesse am Fach	13,8%	17,8%	8,4%
K4: Vielfältigkeit & Abwechslung	3,6%	12,4%	8,4%
K5: gesicherte Existenz	0,7%	12,4%	27,3%
K6: Erfahrungen mit Krankheit & Tod	3,6%	0,7%	0,9%
K8: Sozialprestige	4,3%	15,5%	26,4%
K9: familiäre Tradition	6,5%	2,3%	2,8%
K10: Wunsch- & Traumberuf	9,4%	6,9%	6,6%
K11: Herausforderung & Eigenverantwortung	2,9%	4,6%	2,8%
K12: alternative Berufswahl	6,5%	3,1%	5,6%

Eher selten (je 3%) wünschten sie sich auf Platz eins und drei **Herausforderung und Eigenverantwortung (K11)**, auf Platz zwei etwas häufiger (5%). Ehrgeizig einen freien, lebenswichtigen Beruf zu ergreifen, selbst zu bestimmen und Grenzen kennenzulernen, sollte der

Selbsteinschätzung dienen. 1.) Ein 38jähriger Oberarzt: „... in verantwortlicher Position ...“ 2.) Ein 50jähriger Zahnarzt: „... Frei wählbare Arbeitszeit ...“ 3.) Eine 47jährige Assistenzärztin: „... Relativ eigenständige Tätigkeit.“ **Sozialprestige (K8)** hielten nur wenige (4%) für den wichtigsten Grund, aber ein Sechstel (16%) für den zweitwichtigsten und sogar gut ein Viertel (26%) für den dritt wichtigsten. Erfolg, Reichtum und Macht sollten ein sicheres Selbstwertgefühl durch Anerkennung und Akzeptanz verleihen. 1.) Ein 44jähriger Niedergelassener: „Sozialer Status ...“ 2.) Ein 43jähriger Oberarzt: „... Die berufliche und soziale Souveränität des Arztberufes ...“ 3.) Ein 52jähriger Niedergelassener: „... Schließlich auch das Kokettieren mit dem Ansehen des ärztlichen Berufes.“ Ähnlich war für nur einen Arzt (1%) in erster Linie eine **gesicherte Existenz (K5)** entscheidend, an zweiter Stelle jedoch für jeden achten (12%) und an dritter sogar für gut jeden vierten (27%). Stabile berufliche Zukunftsperspektiven ließen auf ein konstant gutes Einkommen hoffen. 1.) Ein 48jähriger Oberarzt: „Finanzielle Unabhängigkeit als Arzt ...“ 2.) Ein 45jähriger Niedergelassener: „... Die Aussicht, einen ... krisensicheren Beruf zu haben ...“ 3.) Eine 59jährige Zahnärztin: „... Guter Lebensstandard.“ Betrachtet man die Verteilung der Entscheidungsgründe in den Rängen, so wird am häufigsten als wichtigster wie auch als zweitwichtigster Grund das Helfermotiv (an erster Stelle sogar weit) vor dem Fachinteresse genannt. Als dritt wichtigster Grund erscheint dagegen eindeutig am häufigsten Existenzsicherheit und Sozialprestige. In Anbetracht sozial erwünschter Antworttendenzen und möglicherweise verfälschter realer Einschätzungen wird somit auf eher unsicheren Rängebenen neben emotionalen bis psychopathologischen und sachlichen Interessen auch ein lukratives Statusdenken beschrieben, das mit stetig steigender Häufigkeit über abnehmend relevante Ränge für initiale Berufsmotivationen und finale Enttäuschungen zumindest mitverantwortlich erscheint. Zudem haben viele idealistische Entscheidungsgründe für die Medizin ihren höchsten prozentualen Anteil im wichtigsten Rang, im zweitwichtigsten eher fachliche und im dritt wichtigsten prestigegebundene Aspekte.

5.3 Aspekte zur Lebenszufriedenheit/ Lebensunzufriedenheit

Auf die Frage **Welche Lebensziele haben Sie heute?** haben 139 von 142 Probanden geantwortet. Vier Aussagen können den folgenden Kategorien nicht zugeordnet werden.

Bei monotoner Lebensweise oder nach krisenhafter Zuspitzung entwickeln sich mit Ehrgeiz und Lebenswillen Veränderungswünsche, die neue berufliche, private und gesundheitliche Wege aufzeigen. Nach **innerer und äußerer Ruhe (K12)** mit psychischer Stabilisierung, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl, Stressbewältigung und Suchtakzeptanz seh-

nen sich nahezu zwei Fünftel (38%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte, um das Leben zwanglos genießen, sich verwirklichen und individuell wachsen zu können. *Ein 28jähriger Arzt im Praktikum:* „... mein eigenes Leben zu leben, bei mir zu sein, meinen Sinn in mir zu suchen ...“. Das Ziel von fast drei Zehnteln (28%) ist **Gesundheit und Lebensqualität (K11)** bis ins hohe Alter mit einem physisch-psychischen und geistigen Wohlbefinden bei dauerhafter Abstinenz. *Ein 47jähriger Niedergelassener:* „Zu überleben, nur dies eine bleibt.“ Auf die energiereiche Ausnutzung einer **intensiven Freizeitgestaltung (K5)** mit Musik, Kunst, Literatur, Sport, Natur oder Reisen hofft fast ein Fünftel (18%). *Ein Niedergelassener:* „... ③ Freizeit u. Hobbies aufleben lassen. ④ Meine „letzten“ Großprojekte zu Ende bringen!“ Gut jeder dritte (34%) wünscht sich ein harmonisches, offenherziges, interaktives und **glückliches Privat- und Familienleben (K1)** als Rückhalt. *Ein Niedergelassener:* „① Zuwendung zur Familie, insbesondere meinen Kindern intensivieren ...“ Die Erziehung, Entwicklung und **Zukunft der Kinder (K2)** scheint nur wenigen (5%) erwähnenswert zu sein. *Ein 57jähriger Chefarzt:* „Meinem Sohn bei der Wahl eines ihm genehmen Berufes zu helfen ...“ Einer von sieben (14%) verspricht sich eine optimale, ausgewogene **Koordination von Beruf und Freizeit (K4)** mit frei verfügbarer Zeit. *Ein 48jähriger Oberarzt:* „... dabei Beruf aber nicht mehr so in den Vordergrund zu stellen, weniger Berufsorientierung.“ **Gedanken an Berufsausstieg (K9)**, frühzeitigen Ruhestand und viel freie Zeit hat sogar ein Neuntel (11%), überschattet vom Zwang, weiterhin mühselig durchhalten zu müssen. *Ein 49jähriger Oberarzt:* „Das Arbeitsleben unbeschadet zu beenden ...“ Einzelne (3%) besitzen gar **keine (K13)** Lebensziele (mehr). *Eine 51jährige Niedergelassene:* „Sind mir verloren gegangen.“ Eine **Zufriedenheit im Beruf (K6)** mit Ruhe, Kompetenz, Patientenengagement, Fehlerfreiheit, Erfolg und Anerkennung ohne Überforderung wünscht sich beinahe jeder vierte (23%). *Ein 52jähriger Niedergelassener:* „In gelassener, mich nicht mehr allzu sehr belastenden Art und Weise meinen Beruf weiter ausüben zu können.“ Für fast einen Siebtel (13%) wäre eine soziale Existenz mit **beruflicher und finanzieller Sicherheit (K8)** abhängig von örtlicher Bindung, Anstellungsform, Schulden und Einkommen wichtig. *Eine 35jährige Assistenzärztin:* „... ohne Geldsorgen leben können.“. Die **Verwirklichung beruflicher Pläne (K7)** in Richtung Unabhängigkeit, Praxis oder Karriere durch Weiterbildung bzw. Promotion/ Habilitation ist für jeden neunten (11%) erstrebenswert. *Ein 50jähriger Oberarzt:* „Die Schulmedizin und traditionelle Medizin vereinbaren (Afrikanische-Lateinamerik., Chinesische etc.).“ Angesichts der Sucht reichen die heutigen Lebensziele von einer gesundheitlichen Stabilisierung der physischen, psychischen und geistigen Persönlichkeit über ein intaktes Privat- und Familienleben bis hin zu einer beruflich-finanziellen Zufriedenheit und relativierten Gewichtung

von Beruf und Freizeit. Einige (8%) beschreiben allerdings auch ein privates wie berufliches **Erhalten des Status quo (K10)** von Lebenssituation und -standard. Ein 42jähriger Zahnarzt: „... Praxis so halten, wie sie jetzt ist; Privatleben und Lebensstandard halten, wie es/ er z.Zt. ist.“

Zur Frage **In der Kindheit und Jugend hat eigentlich jeder Mensch bestimmte Ideale/ Lebensträume. Welche hatten Sie?** haben 137 von 142 Probanden Angaben gemacht. Vier Aussagen können nicht eindeutig zugeordnet werden.

Kindheitsträume sind oftmals das Spiegelbild von Erlebnissen oder Traumata, daher Ausdruck einer heranreifenden Persönlichkeit mit Dispositionen. Gut zwei Fünftel (44%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte wünschten sich **Zufriedenheit in Partnerschaft und Familie (K2)**, Zeit füreinander und intakte, vertrauensvolle Beziehungen, die Sicherheit und Liebe bieten. Ein 57jähriger Niedergelassener: „... eine Familie als Mittelpunkt zu haben.“ **Ungebundenheit und Eigenverantwortung (K7)** waren für einen von acht (12%) wichtig, um selbstbestimmend, frei von Druck und Zwang und mit eigenen Entscheidungen leben zu können. Ein 57jähriger Niedergelassener: „Selbständig zu sein ... unabhängig von einem bedrückenden Elternhaus zu sein ...“ Gut ein Fünftel (22%) erhoffte sich **persönliche Zufriedenheit (K1)** und Selbstverwirklichung, die das Selbstbewusstsein durch Gesundheit, innere Ruhe, Harmonie sowie Angst- und Sorgenfreiheit stärken. Eine 43jährige Zahnärztin: „... Gefühl von Fröhlichkeit, Zufriedenheit, (Glück?) kennenlernen ...“ Es müsste auch Zeit für **Hobbies und private Interessen (K6)** bleiben, so nahezu jeder fünfte (18%). Ein 38jähriger Oberarzt: „... Urlaub machen können, wo und sooft ich möchte ... Freizeit, viele Freunde.“ Einer von acht (12%) wollte durch **Reisen und Auslandstätigkeit (K8)** Abenteuer erleben. Ein 46jähriger Oberarzt: „Möglichst viel von der Welt kennenlernen, viel reisen, längere Zeit im Ausland leben, mehrere Sprachen lernen ...“ Den **Arztberuf (K3)** mit Idealen und gemäß der Arztidole zu erlernen, erträumte sich früh gut ein Fünftel (22%). Ein 62jähriger Niedergelassener: „Schon immer wollte ich Arzt sein. Ich wollte wie Sauerbruch sein.“ Jeder fünfte (20%) beschreibt erfüllende, sozial relevante, ethisch und moralisch hohe Aspekte des **Humanismus und Altruismus (K4)**, da sie Wichtiges leisten und glücklich machen wollten. Ein 47jähriger Niedergelassener: „Edel sei der Mensch, hilfreich und gut!“ Von **beruflichem Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand (K9)** wie Karriere, gehobener Status, Anerkennung, Ansehen, Luxus und materielle Unabhängigkeit träumte gut jeder dritte (35%). Ein 38jähriger Oberarzt: „Mehr zu erreichen als meine Eltern, insbesondere ein eigenes Haus, ausreichend Geld ...“ Einige (9%) sahen sich als **berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit (K10)** durch popu-

lär herausragende Leistungen. *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „Ich wollte unbedingt etwas völlig Neues entdecken, mein Name sollte bekannt sein.“ Den damaligen **Wunsch nach diversen Berufsbildern (K13)** abweichend vom Arztberuf beschreibt nahezu jeder fünfte (18%). *Ein 56jähriger Niedergelassener:* „1.) Mein Vater war hochdekorierter Offizier der Luftwaffe, dies auch zu erreichen, war mein Traum ...“ Ebenso viele (18%) stellten sich eine **allgemeine unspezifische Berufszufriedenheit (K12)** und interessante, gering belastende Tätigkeiten vor. *Eine 51jährige Niedergelassene:* „... ich habe nie gedacht, wirklich arbeiten zu müssen in meinem Beruf ...“ Die Kinderträume variieren von einem hauptsächlich intakten Familienleben bis hin zum beruflichen, materiellen und gesellschaftlichen Statusdenken entfernt von Autonomie und Wohlbefinden oder Arztberufsidealen und Helfersyndrom vor Freizeitplanung und Fernweh oder anderen Berufszweigen. Dagegen hatten auch einzelne (3%) früher scheinbar **keine Ideale/ Träume (K15)**. *Ein 53jähriger Niedergelassener:* „Keine eigentlich, ich war damit beschäftigt, in meiner „Prügelfamilie“ am Leben zu bleiben.“

Die Frage hinsichtlich der kindlichen Lebensträume **Was haben Sie davon verwirklicht und was nicht? verwirklicht:** haben 124 von 142 Probanden beantwortet. Fünf Aussagen weichen von den folgenden Kategorien (K) ab. Dagegen haben sich nur 111 Probanden zu **nicht verwirklicht:** geäußert. Sechs Aussagen sind hier (k) nicht eindeutig zuzuordnen.

Je nach subjektiver Relevanz der erfüllten und nicht erfüllten Kindheits- und tieferen Lebensträume entwickelt sich Lebensglück oder (unterschwellige) Unzufriedenheit bzw. sogar psychosomatische Störungen. **Zufriedenheit im Arztberuf (K3)** empfindet aufgrund von Kompetenz und Arbeitsfreude gut ein Drittel (35%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte, die ihren ideellen Berufswunsch verwirklichen konnten. *Eine 46jährige Oberärztin:* „Hochinteressanter, ausbaufähiger Beruf ...“ Wenige (6%) beschreiben eine **Unzufriedenheit im Arztberuf (k3)**, da die Vorstellungen unrealistisch, fern von jeglicher Überlastung und ohne erreichbare Ziele waren. Konzepte von **Humanismus und Altruismus (K4)** hat fast ein Sechstel (15%) verwirklichen können, **unerfüllter Humanismus und Altruismus (k4)** ist selten (4%). Einer von vier (25%) freut sich über **beruflichen Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand (K9)** wie materielle und fachliche Errungenschaften, während ungefähr einer von fünf (18%) **keinen beruflichen Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand (k9)** erreicht hat. *Eine 43jährige Zahnärztin:* „... Karriere, gesell. etabliert, finanz. Situation gefestigt.“ *Ein 40jähriger Niedergelassener (nicht verwirklicht):* „Soziale Anerkennung ... Eigenheim, gutes Einkommen.“ Eine **berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit (K10)** ist erwartungsgemäß niemand (0%) geworden; ein paar (5%) geben an, **keine berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit (k10)** zu sein. Auch

erwähnt nur jeweils einer (je 1%) erfüllte **gesellschaftspolitische Idealvorstellungen (K11)** oder die **Ausübung anderer Tätigkeiten (K13)** als den Arztberuf. So haben manche (5%) **keine gesellschaftspolitischen Veränderungen (k11)** bewirken können, und ein Siebtel (14%) **keine Ausübung früherer Wunschberufe (k13)**. Eine angenehme **Parallelität von Beruf und Privatleben (K12)** beschreibt nur eine einzige (1%), ebenso wie die **Kollision von Beruf und Privatleben (k12)** nur zwei Ärzte (2%) stört. Ein Fünftel (20%) empfindet **persönliche Unzufriedenheit (k1)**, leidet unter Depressionen, sieht das Leben zusammenhangslos und wünscht sich rechtzeitigen Ruhestand. *Eine 51jährige Niedergelassene:* „Ich bin zu kurz gekommen im bisherigen Leben.“ Nur ein paar (4%) schildern **persönliche Zufriedenheit (K1)**, Ausgeglichenheit und Freundlichkeit. **Zeit für Hobbies und private Interessen (K6)** wie Nachdenken, Natur, Freunde oder Sport findet jeder siebte (14%). Gut jeder sechste (17%) hat **keine Zeit für Hobbies und private Interessen (k6)**. Den Wunsch nach **Ungebundenheit und Eigenverantwortung (K7)**, **Reisen und Auslandstätigkeit (K8)** bzw. **Bildung und Lebens-/Selbsterfahrung (K5)** können eher wenige (7%/ 7%/ 4%) für sich bejahen. Ebenso geben auch nur wenige (5%/ 3%) an, **keine Reisen und Auslandstätigkeit (k8)** unternommen zu haben bzw. angesichts der Sucht eine **unzureichende Lebens-/ Selbsterfahrung und Bildung (k5)** zu besitzen. Mit **fehlender Ungebundenheit und Eigenverantwortung (k7)** sind einige (9%) unzufrieden. Gut jeder achte (13%) führt eine **unglückliche Partnerschaft (k2)** oder lebt in Scheidung; in einer **glücklichen Partnerschaft (K2)** bzw. Ehe in Geborgenheit und Liebe lebt nur einer von neun (11%). Und jeder dritte (33%) beschreibt ein disharmonisches, **unbefriedigendes Familienleben (k14)**, wo Zeit fehlt. *Ein 56jähriger Zahnarzt:* „Mehrere Kinder, nicht so glückliche Familie wegen meiner Alkoholprobleme ...“ Von **familiärer Zufriedenheit (K14)** spricht nur jeder fünfte (20%). *Ein 58jähriger Chefarzt:* „... Glück u. Liebe in der Familie, Geborgenheit für die Kinder.“ Richtet man das Augenmerk auf die Häufigkeitsverteilung von erfüllten und nicht erfüllten kindlichen Lebensträumen, so wird deutlich, dass vor allem der Arztberuf zufriedenstellend mit Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand realisiert werden konnte - vielleicht zu Ungunsten etwas seltener erfüllter familiärer Zufriedenheit. Als nicht verwirklichte Ideale erscheint zudem am häufigsten ein unbefriedigendes Familienleben weit vor persönlicher Unzufriedenheit und einem subjektiven Ausbleiben von Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand. Allgemein haben 11 Ärzte (9%) **viel/ alles (K15)** realisiert und 5 Ärzte (5%) **wenig/ nichts (k16)** nicht realisiert, wobei auch 11 Ärzte (9%) **wenig/ (noch) nichts (K16)** verwirklicht haben und einer (1%) **viel/ alles (k15)** nicht verwirklicht hat.

132 von 142 Probanden haben auf die Frage geantwortet: **Was müsste erfüllt sein, damit Sie**

in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen? (s. Abb. VIII). Für acht Aussagen existiert die Kategorie Sonstiges.

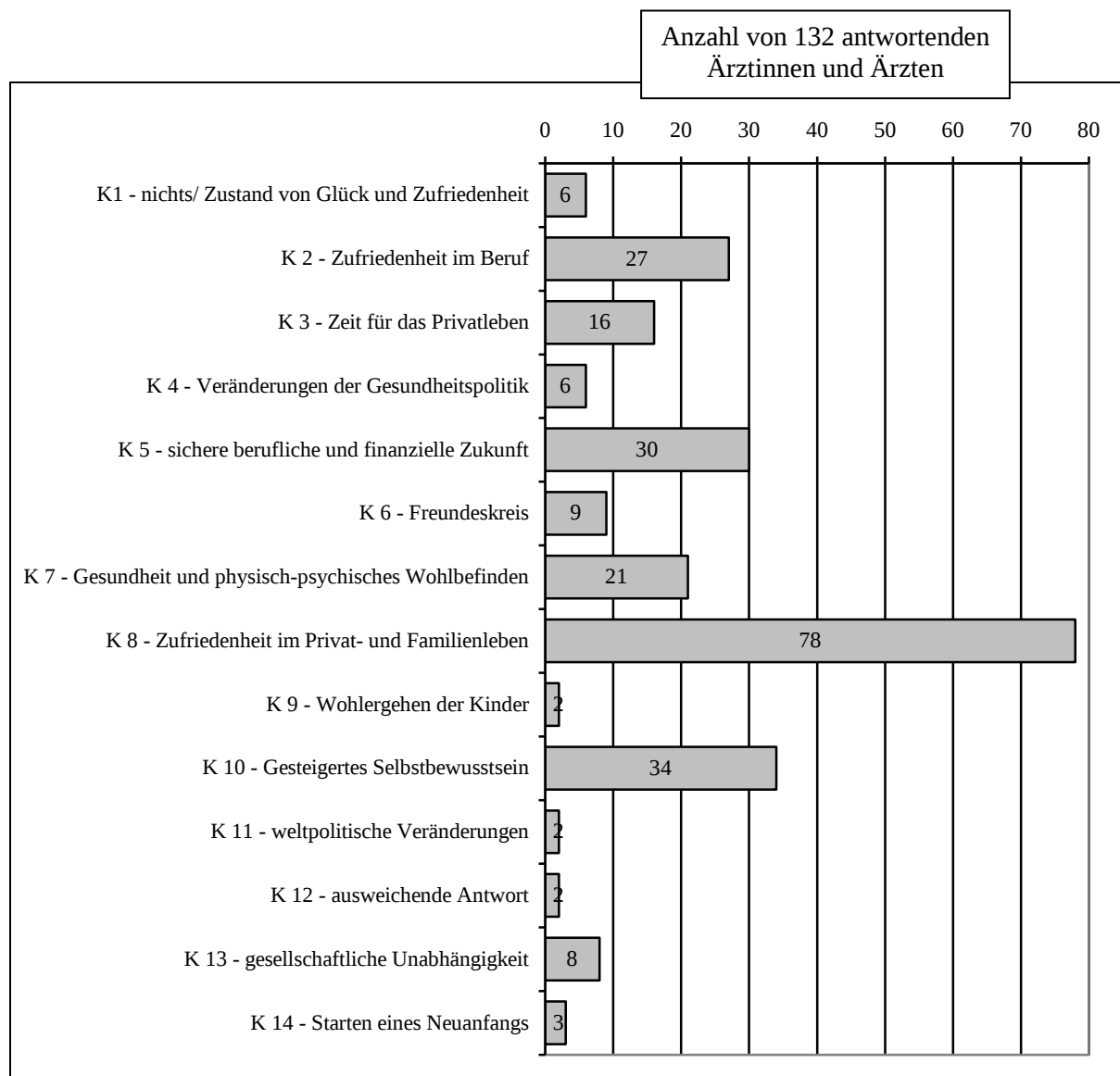


ABB. VIII Was müsste erfüllt sein, damit Sie in voller Überzeugung sagen könnten, Sie würden ein glückliches Leben führen?

Lebensglück bedeutet, dass nicht viele, sondern persönlich wichtige und stabilisierende Aspekte erfüllt sind. Bemerkenswert ist, dass nahezu drei Fünftel (59%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte eine **Zufriedenheit im Privat- und Familienleben (K8)** und eine ebenbürtige, harmonische, stabile Beziehung mit Respekt, Liebe und erfüllten sexuellen Bedürfnissen vermissen. Eine 35jährige Assistenzärztin: „... es könnte eine andere Art von Glück entstehen, wenn eine längerfristige Partnerschaft hinzukäme.“ Ein vertrauter **Freundeskreis (K6)** bzw. ein festigendes soziales Umfeld fehlt einigen (7%). Eine 43jährige Zahnärztin: „...

meine Einsamkeit (und Isolation) überwinden.“ Für einen von acht (12%) scheint **Zeit für das Privatleben (K3)**, d.h. eine geregelte, angemessene Relation von Arbeit und Ausgleich wichtig zu sein. Eine 43jährige Niedergelassene: „Ausgewogenes Verhältnis Zeit für mich u. Zeit für die anderen ...“ Ein **gesteigertes Selbstbewusstsein (K10)** und Ich-Stärke würde gut jedem vierten (26%) helfen, Selbstzufriedenheit und Konfliktfähigkeit aufzubauen, mit innerer Ruhe und Ausgeglichenheit angstfrei zu leben, nicht unter Selbstvorwürfen zu leiden und Mut zum Risiko zu haben. Ein 46jähriger Oberarzt: „Wiedererlangung von Selbstwertgefühl und Selbstachtung, dauerhafte Abstinenz ohne kräftezehrenden permanenten Kampf, Klarheit in meinen Gefühlen.“ Einige (6%) denken an **gesellschaftliche Unabhängigkeit (K13)** frei von Druck, Zwang und Pflicht. Ein 40jähriger Zahnarzt: „Unabhängigkeit, volle Bestimmung über das eigene Leben.“ Von **Gesundheit und physisch-psychischem Wohlbefinden (K7)** mit Leistungskraft und geistiger Harmonie träumt jeder sechste (16%). Ein 43jähriger Oberarzt: „Körperliche und psychische Unversehrtheit, die ich beide nicht aufweise.“ Große Freude würde jedem fünften (20%) eine **Zufriedenheit im Beruf (K2)** bereiten, wobei die ärztliche Arbeit sinnvoll, ohne Stress mit viel Zeit für Patienten, teamorientiert und kooperativ mit Anerkennung sein sollte. Eine 44jährige Oberärztin: „Die Arbeit müsste bewältigbar sein.“ Hinsichtlich einer **sicheren beruflichen und finanziellen Zukunft (K5)** müsste für fast ein Viertel (23%) eine existentielle Unabhängigkeit infolge Karriere bei unbefristeter Arbeitsstelle und festem Wohnsitz bestehen. Ein 54jähriger Niedergelassener: „Weitere bisherige Berufsfortführung ...“ Einzelne (5%) wünschen sich **Veränderungen der Gesundheitspolitik (K4)**. **Nichts/ Zustand von Glück und Zufriedenheit (K1)** beschreiben wenige (5%) trotz Sucht. Eine 45jährige Niedergelassene: „Führe zur Zeit ein glückliches Leben.“ Dagegen wollen immerhin drei Ärzte (2%) ihr Lebensglück mit dem **Starten eines Neuanfangs (K14)** finden. Eine 50jährige Oberärztin: „Fange ich gerade an, neu zu definieren.“ Im Rahmen der Sucht bedarf ein glückliches Leben mit Abstand am häufigsten einer genügenden Zeit und Zufriedenheit in Partnerschaft, Familie, Privatsphäre und Freundeskreis, ferner einer physisch-psychischen Gesundheit mit Abstinenz, Selbstzufriedenheit und Selbstbestimmung ebenso wie einer idealen beruflich-finanziellen Zufriedenheit mit gesundheitspolitischer Perspektive. Zwei Ärzte (2%) zweifeln jedoch am Glückszustand, halten ihn für unrealistisch und geben eine **ausweichende Antwort (K12)**. Eine 33jährige Assistenzärztin: „... jedoch lässt sich auch bei Erreichen aller Lebensziele nicht vorhersagen, ob man wirklich glücklich ist.“

Die Frage zur Partnerschaft **Welche gemeinsamen Unternehmungen führen Sie durch?** haben 103 von 142 Probanden beantwortet. Sechs Aussagen sind nicht klar zuzuordnen.

In Beziehungen sind je nach Intensität, Intaktheit und Interessen regelmäßige oder nur gelegentliche bis gar keine bzw. alltägliche oder nur besondere gemeinsame Aktivitäten zu beobachten. Gut zwei Drittel (69%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte planen mit dem Partner **Urlaub/ Reisen (K1)**. Ein 42jähriger Oberarzt: „*Urlaub/ Reisen als gemeinsames Hobby.*“ Häufigere **Kurzausflüge (K2)** wie Wochenendfahrten, Besichtigungen, Rad- oder Motorradtouren und Wanderungen unternimmt immerhin gut ein Drittel (35%). Ein 39jähriger Niedergelassener: „*Ausflüge mit Kindern ...*“ Drei Zehntel (30%) treiben zu zweit **Sport (K7)**. Mit **Kultur, Literatur, Kunst und Musik (K6)** sowie Sprachen beschäftigt sich nahezu jeder zweite (48%) in der Beziehung. Ein 56jähriger Zahnarzt: „*... Gestalten von Ausstellungen (meine Frau ist Künstlerin), Kunstverein, selten Kino, Theater, Konzerte.*“ Gut drei Zehntel (31%) pflegen mit dem Partner **soziale Kontakte und Geselligkeit (K5)**, gehen in der Stadt bummeln oder besuchen Lokalitäten. Eine 44jährige Zahnärztin: „*Freunde besuchen, gemeinsame Unternehmungen im Schützenverein, Doppelkopf-Spiel.*“ Ungestört lange **Gespräche (K4)** und Diskussionen führen können nur einige wenige (10%). Ein 48jähriger Niedergelassener: „*... über „Gott + die Welt“ reden.*“ Ähnlich beschreiben nur ein paar (6%) eine **gemütliche Zweisamkeit (K8)** zu Hause. **Häuslicher Alltag (K3)** füllt bei fast jedem vierten (23%) die Beziehung aus. Eine 44jährige Niedergelassene: „*Arbeiten in Haus und Garten ... Aktivitäten mit den Kindern.*“ Jeweils ein Sechstel (je 16%) ist durch **Berufliches (K9)** oder **unterschiedliche Freizeitgestaltung (K12)** und Hobbies mit dem Partner verbunden. Ein 57jähriger Niedergelassener: „*... Wir arbeiten zusammen in meiner Praxis.*“ Ein 58jähriger Chefarzt: „*Freizeitbetätigung, soweit die Zeit es zulässt.*“ Die partnerschaftlichen Aktivitäten konzentrieren sich vornehmlich nur auf gelegentliche Urlaubsreisen weit vor einem frequenten soziokulturellen Engagement, ferner auch auf intensivere Tagesausflüge, soziale Kontaktpflege und Sport. Zu selten - vielleicht aufgrund der Frage nach Unternehmungen - beschreiben sie eine entspannte Intimsphäre. Sechs Ärzte (6%) meinen, im Alltag **(fast) alles (K10)** oder sogar zu viel Zeit miteinander zu verbringen, während neun Ärzte (9%) **wenige/ keine (K11)** gemeinsamen Unternehmungen angeben. Ein 38jähriger Oberarzt: „*So gut wie keine.*“

42 von 142 Probanden haben die Frage zum partnerschaftlichen Sexualverhalten **Sind Sie mit diesem Ausmaß zufrieden? Wenn nein, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?** beantwortet. Eine Aussage ist nicht eindeutig zuzuordnen.

Haben die Partner verschiedene Vorstellungen vom Sexualleben oder von der Beziehung,

herrscht unverstandene oder unausgesprochene Unzufriedenheit. **Häufiger (K1)** möchte nahezu die Hälfte (45%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte sexuelle Kontakte sowie Geschlechtsverkehr mit dem Partner haben. *Ein 49jähriger Niedergelassener:* „Von mir aus könnte es ruhig öfter sein.“ Vier Ärzte (10%) hegen den Wunsch nach eigener **gesteigerter Fitness und Aktivität (K6)**, da sie aufgrund von Sucht und Müdigkeit sexuell lustlos und beeinträchtigt sind. *Ein 56jähriger Zahnarzt:* „[0 – seit ca. 5 Jahren wegen meiner Alkoholprobleme.] Kein Alkohol mehr!“ **Freizeit und Ruhe (K2)** zur genussvollen, ungestörten Entspannung und Muße sowie weniger Stress durch Ungebundenheit benötigt einer von sieben (14%). *Ein 50jähriger Niedergelassener:* „Mehr Zeit und Ruhe für Intimität.“ Qualitativ vermisst jeweils jeder siebte (je 14%) intensive **Leidenschaft und Freizügigkeit (K4)** durch Erotik, Spontaneität, Flexibilität und Aufregung sowie **Nähe und Zärtlichkeit (K3)** mit höherer Sensibilität und weniger Ängsten. *Ein 44jähriger Niedergelassener:* „Offener Sex, mehr auf meine Phantasien eingehen.“ *Eine 47jährige Niedergelassene:* „Wieder mehr Zuwendung und Zärtlichkeit und der langsame Beginn von harmonischer Sexualität.“ Eine **sexuell aktive Frau (K5)** stellen sich gänzlich unreflektiert wenige (10%) vor. *Ein 42jähriger Oberarzt:* „Mehr Anreiz vom Partner, mehr Hinwendung + Hingabe des Partners zu mir.“ Überragend häufig erscheint analog zur Frage das Bedürfnis nach sexueller Kontaktzunahme, des weiteren Wünsche nach zwischenmenschlicher Harmonie sowie Ruhe für Zärtlichkeit und Leidenschaft. Nur jeweils zwei Ärzte (je 5%) träumen anstatt von einer Wochenendbeziehung von **weniger räumlicher Distanz (K7)**, einer **erhöhten Qualität der Beziehung (K9)** bzw. sogar von einem **selteneren (K11)** Geschlechtsverkehr.

Die Frage in bezug auf den Geschlechtsverkehr **Hat sich die Häufigkeit im Vergleich zu Beginn der Partnerschaft geändert? Wenn ja, in welcher Art?** haben 68 von 142 Probanden beantwortet. Drei Aussagen weichen von den folgenden Kategorien ab.

Abhängig von der Beziehungsdauer ändert sich das Sexualleben quantitativ wie qualitativ als Ausdruck partnerschaftlicher Emotionalität infolge zunehmender Einheit und Vertrautheit bzw. Gewohnheit und Unzufriedenheit. Nahezu zwei Drittel (63%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte beschreiben eine **Abnahme (K1)** ihres Sexualverhaltens. *Ein 45jähriger Niedergelassener:* „Nehme mir weniger Zeit für die Liebe.“ Eine **deutliche Abnahme (K7)** gibt einer von zehn (10%) an. *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „Drastische Abnahme.“ Ein paar (7%) haben nunmehr **keinen Geschlechtsverkehr (K4)** wegen Erschöpfung, Impotenz oder fehlendem Reiz des Partners. *Ein 56jähriger Zahnarzt:* „0 - seit ca. 5 Jahren wegen meiner Alkoholprobleme. Kein Alkohol mehr!“ Dass altersgemäß **weniger Leidenschaft (K5)**

existiert, meinen einzelne (6%); der Geschlechtsverkehr sei heute zu Gunsten anderer wichtiger Aspekte ruhiger und weniger experimentell oder spontan. *Ein 56jähriger Niedergelassener*: „Sexualleben war natürlich zu Beginn schöner u. interessanter.“ Jeweils vier Ärzte (je 6%) berichten von einer nur **leichten Abnahme (K6)** bzw. sogar einer **Zunahme (K3)**. *Ein 48jähriger Niedergelassener*: „Geringfügig weniger geworden.“ *Ein 47jähriger Zahnarzt*: „Wesentlich häufiger.“ Die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr hat mit der Partnerschafterdauer bei der überwiegenden Mehrheit leicht bis gänzlich abgenommen. **Mehr Qualität und weniger Quantität (K2)** differenziert eine einzige (1%). *Eine 42jährige Niedergelassene*: „Es ist weniger als am Anfang, die Qualität hat nicht abgenommen; es ist wie zu Beginn einer Partnerschaft.“

101 von 142 Probanden haben sich zur Frage bezüglich der Partnerschaft **Wie lange sprechen Sie im Durchschnitt täglich miteinander (außer über Alltagserledigungen)?** (s. Abb. IX) geäußert. Eine Aussage kann nicht eindeutig zugeordnet werden.

Können sich die Partner einander mitteilen und zuhören, ist die Basis für eine intakte Beziehung geschaffen. Schweigen ist ein Beziehungskiller. Nur **16-30 Minuten (K2)** Unterhaltung sind für gut ein Fünftel (22%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte täglicher Durchschnitt; der Modus beträgt eine halbe Stunde. *Ein 48jähriger Niedergelassener*: „Kaum ½ Std.“ Jeder fünfte (20%) führt noch kürzere Gespräche von **bis zu 15 Minuten (K1)** Dauer mit einem Modalwert von einer Viertelstunde. *Ein 50jähriger Assistenzarzt*: „(5 min.)“ **Wenig (K8)**, nicht unbedingt täglich sprechen ein paar (5%) miteinander. *Eine 47jährige Niedergelassene*: „Im Moment wenig, da nur aggressive Auseinandersetzungen möglich.“ Drei Ärzte (3%) reden sogar (fast) **nie (K9)** mit dem Partner. *Eine 42jährige Ärztin* (»täglich« durchgestrichen): „2x Monat.“ Auf immerhin durchschnittlich **31-45 Minuten (K3)** kommen einige (8%) am Tag. *Ein 48jähriger Niedergelassener*: „30-40 min. werktäglich ...“ Ein Siebtel (14%) unterhält sich mit dem Partner **46-60 Minuten (K4)**, wobei nur die Angabe von einer Stunde erscheint. *Ein 58jähriger Chefarzt*: „Ca. 1 Std.“ Für eine zunehmende Gesprächsdauer von täglich **1-2 Stunden (K5)** findet einer von neun (11%) Zeit; der Modus liegt bei eineinhalb Stunden. Ein paar (5%) legen sich auf **2 Stunden (K6)** fest. *Ein 48jähriger Niedergelassener*: „... je ~ 120 min. Samstag/ Sonntag.“ Im Durchschnitt mehrere bzw. **2-4 Stunden (K7)** mit einem Modus von zweieinhalb Stunden unterhalten sich manche (8%) täglich. *Eine 45jährige Niedergelassene*: „Wenn wir uns sehen, sprechen wir sehr viel miteinander.“ Drei Ärzte (3%) übertreffen das Normalmaß mit **über 5 Stunden (K11)** bzw. ganztägig; einmalig werden sechs Stunden angegeben. *Ein 48jähriger Chefarzt*: „Da Partnerschaft noch frisch:

überwiegende Zeit des Zusammenseins. “ Hält man sich jedoch die Gesamtheit vor Augen, so sprechen über 22% der Süchtigen in der Partnerschaft pro Tag nur durchschnittlich 0-30 Minuten miteinander; eine offene Kommunikation scheint nicht möglich zu sein. Bis auf ausgiebige Wochenendbesuche können sich wenige (4%) auch nur **per Telefon (K10)** erreichen. *Eine 39jährige Assistenzärztin:* „... abds. i. d. Woche je ein Telefonat 15-30 min..“

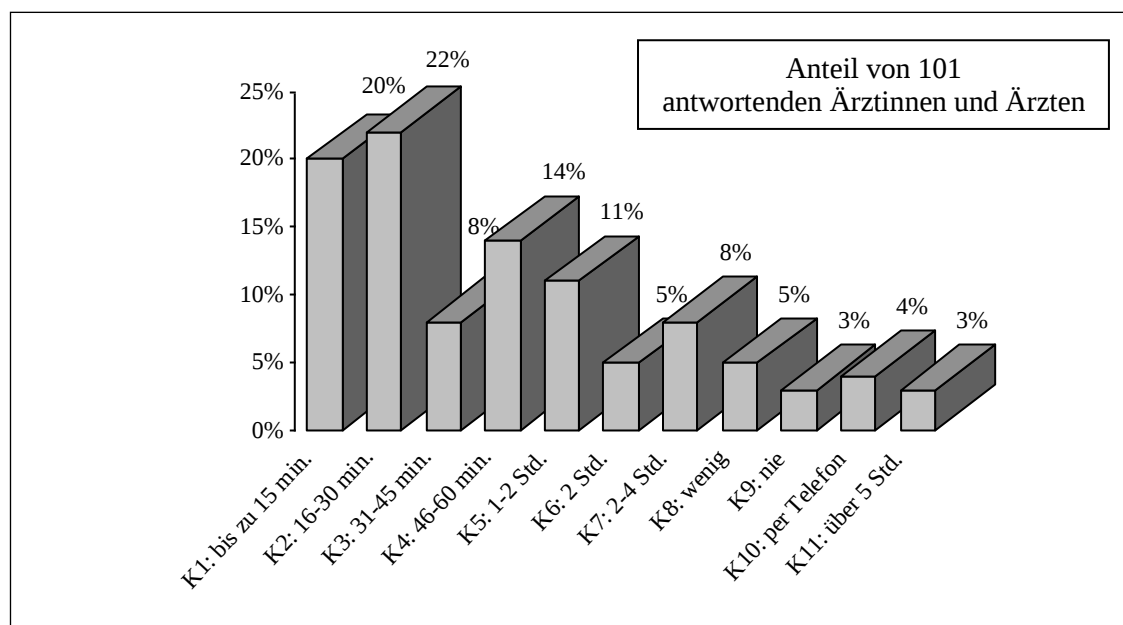


ABB. IX Durchschnittliche tägliche Gesprächsdauer in der Partnerschaft

Auf die Frage **In welchem Beruf ist Ihr/ e Partner/ in tätig?** haben 87 von 142 Probanden geantwortet. Drei Aussagen passen nicht in die folgenden Kategorien.

»Gleich und gleich gesellt sich gern.« oder »Gegensätze ziehen sich an.« Ob also Partner mit gleichen oder verschiedenen Berufen bessere Konditionen für eine glückliche Beziehung aufweisen, kann kontrovers diskutiert werden. Auffällig ist, dass nahezu ein Drittel (32%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte in dualer Ärztebeziehung lebt, wo der Partner human-, zahn- oder veterinärmedizinische(r) **Ärztin/ Arzt (K1)** ist. *Eine 43jährige Assistenzärztin:* „I. Oberarzt für Chirurgie.“ Assistierende, krankengymnastische oder pflegerische **medizinische Hilfsberufe/ Apotheker (K2)** übt der Partner von fast jedem vierten (23%) aus. *Ein 47jähriger Zahnarzt:* „Zahnmedizinische Fachhelferin.“ Ein Zehntel (10%) beschreibt eine **Praxismithilfe (K12)** ohne Berufsbezeichnung. *Ein 57jähriger Niedergelassener:* „Sie ist im Empfangsbereich meiner Praxis tätig.“ Medizinfremd als **Lehrer/ Pädagoge (K5)** oder Sozialarbeiter ist der Partner von nahezu einem Sechstel (15%) beschäftigt. *Ein 54jähriger Assistenzarzt:* „Oberstudienrätin.“ Einige wenige (7%) haben einen **Juristen/ Steuerberater (K8)**

zum Partner. *Eine 43jährige Zahnärztin: „Direktor einer priv. Versicherung (Jurist ...).“* **Kaufmännische Berufe (K6)** erwähnen ein paar (6%). *Eine 39jährige Assistenzärztin: „Dipl. Sozialwissenschaftler, i. d. Wirtschaft tätig.“* Drei Ärzte (3%) geben **technische Berufe (K7)**, auch Architektur an. *Eine 53jährige Assistenzärztin: „Diplom-Ingenieur, selbständig.“* 62% der Partner kommen jedoch aus medizinischen Bereichen; medizinfremd dominieren die Pädagogen. Den künstlerischen, **kreativen Bereich (K9)** nennen fünf Ärzte (6%). *Ein 48jähriger Chefarzt: „Stylistin bei Werbefilmfirma.“*

Haben Sie Gedanken an Trennung oder Scheidung? Wenn ja, bei welchen Anlässen? haben 50 von 142 Probanden beantwortet. Drei Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen. Bei kurzzeitigen Differenzen sind Trennungsgedanken oft nicht so ernst zu nehmen wie bei persistenter, hoffnungsloser Unzufriedenheit. Bei **diversen Auseinandersetzungen (K1)** und Beziehungskontroversen reagieren gut zwei Fünftel (42%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte mit Trennungswunsch. *Eine 59jährige Zahnärztin: „Bei Streitgesprächen, die in Machtkämpfe ausarten, bei denen ich meist den Kürzeren ziehe.“* Jeweils zwei Ärzte (je 4%) beschreiben **verschiedene (K9)** grundsätzliche oder unregelmäßige Anlässe, eine **unterschiedliche Meinung über Kindererziehung (K7)** oder **außereheliche Beziehungen (K10)**. Bei **sexuellem Frust (K3)** gegenüber dem Partner denkt eine einzige (2%) an Trennung. *Eine 35jährige Assistenzärztin: „... wenn ich meine sexuellen Wünsche an ihn zurücknehmen muss.“* Suchtspezifisch äußern zwei Ärzte (4%) **ständige (K11)** Gedanken an Trennung. *Eine 33jährige Assistenzärztin: „Beschäftige mich z.Zt. täglich mit der Trennungssituation und der Frage Scheidung ja-nein.“* Aufgrund einer empfundenen **Zurückweisung durch den Partner (K6)**, gegenseitiger Unzugänglichkeit, Sprachlosigkeit, ungerechtfertigter Kränkungen und hoher Ansprüche will sich jeder fünfte (20%) trennen. *Ein 39jähriger Niedergelassener: „Mangelnde Konfliktfähigkeit/ Austragungsmöglichkeit in der Beziehung.“* Bei wenigen (8%) führen **fehlende Übereinstimmung und Gemeinsamkeiten (K5)** sowie abweichende Interessen zu Einsamkeit, familiärer Disharmonie und eigenen Wegen. *Ein 48jähriger Zahnarzt: „Beim Thema, eine Dauerbeziehung zu installieren (Gemeinsame Wohnung bzw. Haus mit Garten auf dem Lande).“* Wenn sie täglich durch **Überlastung und Stress (K2)** in Beruf und Haushalt ohne Verständnis stark in Anspruch genommen werden, verhält sich jeder zehnte (10%) gegenüber dem Partner ablehnend. *Eine 51jährige Niedergelassene: „Meinungsverschiedenheiten in bezug ... auf Praxisführung.“* Nur vier Ärzte (8%) schildern suchtspezifisch ihre Trennungsgedanken bei **Alkoholkonsum und Rückfällen (K12)**. *Eine 44jährige Zahnärztin: „... beide Partner konsumieren zu viel Alkohol.“* Es bleiben gerade die Interaktionen

in der Partnerschaft festzuhalten, die ständig unterschwellig oder offenbar zu Trennungsgedanken führen wie Kommunikations- und Diskussionsschwäche vor Berufs- und Privatstress oder fehlenden Gemeinsamkeiten und Suchtkrankheit. Ob die anderen Aspekte real ähnliche Trennungsrelevanz haben, muss Glaube an die Einschätzung der Ärzte bleiben. **In Trennung lebend/ geschieden (K8)** ist bereits ein Zehntel (10%). Ein 40jähriger Zahnarzt: „Nach 11 J. Ehe v. ersten Partner getrennt.“

Die Frage **Sind Sie mit Ihren Schlafgewohnheiten zufrieden? Wenn nein, warum nicht?** beantworteten 75 von 142 Probanden. Drei Aussagen sind nicht sicher zuzuordnen.

Im Schlafverhalten spiegeln sich körperliche und seelische Verfassungen wider. Unter anspannungsbedingten **Einschlafstörungen (K1)**, gefolgt von **Durchschlafstörungen (K2)** leidet fast ein Viertel (23%) bzw. gut ein Fünftel (21%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte. Eine 34jährige Assistenzärztin: „... Einschlafen oft erst in den Morgenstunden.“ Ein 56jähriger Niedergelassener: „Der Schlaf ist in der Regel zu ... episodisch ...“ Nahezu jeder siebte (13%) stört sich am **zu frühen Erwachen (K3)**. Ein 48jähriger Niedergelassener: „Ich wache fast täglich zwischen 4 und 5 Uhr morgens auf.“ Einen **unregelmäßigen Schlaf (K8)** durch Schicht- und Bereitschaftsdienste, Telefonanrufe, Patienten oder Lärm beschreibt einer von acht (12%). Ein 38jähriger Oberarzt: „... z.T. kein Schlaf im Dienst.“ Gut jeder sechste (17%) hat den Wunsch nach Schlaf, weil **Schlafmangel (K4)** herrscht. Eine 43jährige Zahnärztin: „Leide seit 5 Jahren an totaler Schlaflosigkeit.“ Nächtliches **quälendes Gedankenkreisen (K10)** und schweres Abschalten sind die Ursachen für fast ein Sechstel (15%). Eine 46jährige Oberärztin: „Es gelingt mir nicht, zur Ruhe zu kommen, v.a. nach hoher Belastung und bei seelischer Anspannung.“ Einer von fünf (20%) meint, einen tiefen Erschöpfungsschlaf bzw. einen wegen Unruhe und Träumerei **nicht erholsamen Schlaf (K7)** ohne Schlafqualität und Schlaftiefe zu haben, wodurch die Leistungsfähigkeit früh beeinträchtigt ist. Ein 48jähriger Zahnarzt: „Erwache morgens mit bleierner Müdigkeit ...“ Ein mühsames **zu frühes Aufstehen (K6)**, ohne ausschlafen zu können, schildern zwei Ärzte (3%). Ein 50jähriger Zahnarzt: „Ich bin Langschläfer ... muss jedoch schon um 6⁰⁰ Uhr aufstehen, um mich in die Familie zu integrieren.“ Nahezu ein Sechstel (15%) geht **zu spät ins Bett (K5)**. Eine 35jährige Assistenzärztin: „Gehe zu spät ins Bett, möchte den Tag noch ausnutzen.“ 53% aller Ärzte begründen ihre Schlafunzufriedenheit, die v.a. durch Ein-/ Durchschlafstörungen und mangelnde Erholsamkeit bedingt ist. Über **zu viel Schlaf (K9)**, frühabendliche Erschöpfung und fehlende Aktivität klagen einige (9%). Eine 44jährige Zahnärztin: „Schlafe oft im Sessel ein.“

141 von 142 Probanden haben zur Frage **Welche Freizeitaktivitäten/ Hobbies haben Sie?** Angaben gemacht. Drei Aussagen können nicht eindeutig zugeordnet werden.

Die Freizeitgestaltung orientiert sich nach Persönlichkeit, Energiereserve und verfügbarer Zeit. Erstaunlicherweise betreiben gut zwei Drittel (68%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte **Sport (K4)** wie Joggen, Radfahren, Schwimmen, Fitness, Tanzen, Ball-, Wasser-, Winter- oder Flugsport. *Eine 34jährige Ärztin:* „... Sport in der Natur ...“ Gefallen an **Natur und Tieren (K2)** findet nahezu die Hälfte (49%). *Ein 48jähriger Niedergelassener:* „... Spaziergänge mit Frau + Hund ...“ Einige (7%) genießen ein **Zusammensein mit Partner, Familie und Kindern (K5)**. Andere (9%) verbringen die Zeit mit **Haus/ Haushalt (K12)**. **Ausflüge und Reisen (K6)** plant ein Fünftel (20%). *Ein 45jähriger Niedergelassener:* „... Reisen (so weit es die Zeit erlaubt).“ Manche (6%) reparieren, restaurieren oder fahren **Auto und Motorrad (K10)**. **Soziale Kontakte und Geselligkeit (K11)** pflegt nahezu einer von sieben (13%). *Ein 60jähriger Chefarzt:* „... Freunde + Wein ...“ Drei Ärzte (2%) zeigen politisches, kirchliches und **sozialgesellschaftliches Engagement (K13)**. Wert auf **Kultur, Kunst und Musik (K7)** legen gut zwei Fünftel (42%). *Ein 51jähriger Oberarzt:* „... selbst musizieren (Klavier), Theater-, Konzert- u. Museumsbesuche ...“ Fast jeder vierte (23%) ist am **Heim- und Handwerken (K9)**, Fotografieren, Restaurieren, Renovieren, Dekorieren oder beschäftigt sich mit Astronomie. *Eine 44jährige Zahnärztin:* „Handarbeiten ... basteln mit meiner Tochter.“ Nach alleiniger häuslicher **Entspannung und Passivität (K3)** durch Medien, Sauna, Baden oder Meditation sucht gut jeder sechste (17%). *Ein 41jähriger Niedergelassener:* „... Faulenzen ...“ Gut jeder zweite (52%) hat **Literatur (K1)** und Schreiben als Hobby. *Ein 54jähriger Niedergelassener:* „1) Wenn möglich Lesen: Altertum ...“ Für EDV, **Elektronik, Mathematik und Physik (K14)** interessieren sich nur wenige (3%). Ein einziger (1%) favorisiert auch in der Freizeit **Medizinisches (K8)** wie die Akupunktur. Betrachtet man die Variation der Hobbies nahezu aller Ärzte, so fällt v.a. das sportliche Interesse weit vor dem Interesse für Literatur oder Natur auf, gefolgt von Kultur. Die Substanzabhängigkeit steht dabei im zweifelhaften Kontext zur sportlichen Fitness, während die Beschäftigung auf mentaler und emotionaler Ebene nachvollziehbarer erscheint. Gar **keine (K15)** Freizeitaktivitäten/ Hobbies haben elf Ärzte (8%).

Auf die Frage **Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am besten?** (s. Abb. X A) haben 134 von 142 Probanden geantwortet. Sechs Aussagen sind den folgenden Kategorien nicht zuzuordnen.

Wird die arbeitsfreie Zeit zufriedenstellend und erholsam verbracht, werden Gesundheit und

Wohlbefinden gefördert. Eine **körperlich-geistige Entspannung (K1)** in Ruhe und Passivität ohne Zeitdruck oder äußeren Zwang genießen drei Fünftel (60%) der antwortenden substanz-abhängigen Ärzte mit Lebensfreude. Ein 63jähriger Zahnarzt: „Das totale Abschalten, das Gestaltenkönnen, die absolute Freiheit.“ Drei Ärzte (2%) mögen gerne **allein sein (K11)** und nachdenken. Zeit und Ruhe für das **Zusammensein mit Partner, Familie und Kindern (K2)** gefällt gut jedem sechsten (17%). Ein Arzt: „Die Entwicklung meiner Tochter zu verfolgen.“ Wenige (4%) betätigen sich gerne im **Haushalt (K7)**. **Kreatives handwerkliches Gestalten (K12)** favorisieren einige (9%). Eine 42jährige Ärztin: „... neue Möglichkeiten am PC zu entdecken; Stricken.“ Bei gut einem Fünftel (21%) liegt die Vorliebe in **Kultur, Kunst und Musik (K8)**. Ein 62jähriger Niedergelassener: „... die schönen Künste.“

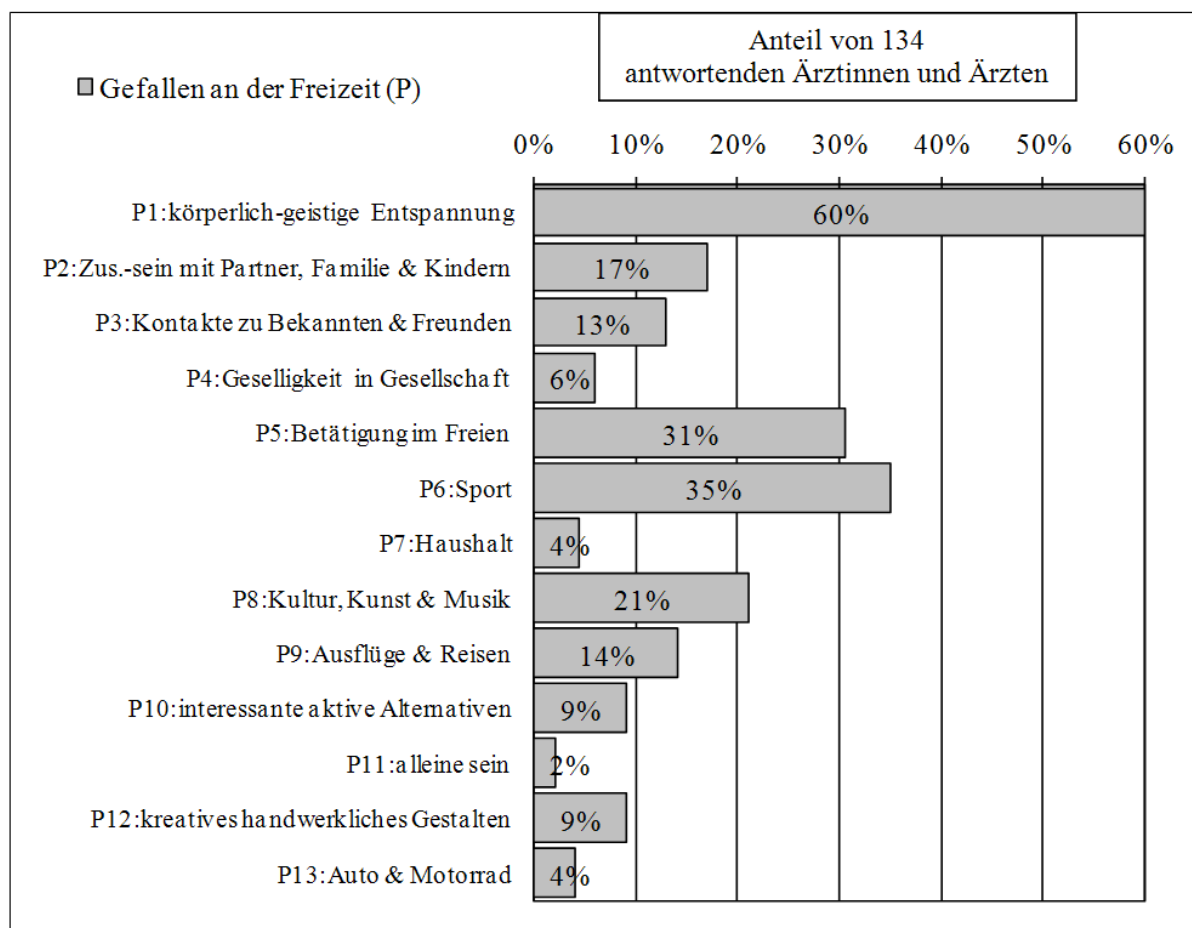


ABB. X A Positive (P) Gegebenheiten in der freien Zeit

Geselligkeit in Gesellschaft (K4) im öffentlichen Rahmen gefällt manchen (6%). Fast jeder siebte (13%) pflegt **Kontakte zu Bekannten und Freunden (K3)** oder Kollegen. Ein 35jähriger Zahnarzt: „... nette Freunde treffen.“ Auf **Ausflüge und Reisen (K9)** freut sich ein Siebtel (14%). Ein 56jähriger Niedergelassener: „... Wochenendreisen in Gebiete, die ich

noch nicht kenne, um neue Eindrücke zu gewinnen.“ Für wenige (4%) sind Fahrten mit dem **Auto und Motorrad (K13)** angenehm. Für **Sport (K6)** und Fitness durch Joggen, Radsport, Tanz, Reiten, Ball-, Wasser-, Winter- oder Flugsport sorgt gut jeder dritte (35%). Ein **Niedergelassener**: „Im Doppelsitzer bei guter Thermik unter „Wolke 7“ zu hängen.“ Gut drei Zehnteln (31%) gefällt eine **Betätigung im Freien (K5)** wie Wandern, Jagen, Angeln, Imkern, Boot- oder Radfahren und Tiere erleben. Ein 39jähriger Zahnarzt: „Möglichst an der freien Luft/ Natur sein ...“ Es wird deutlich, wie gerne die Süchtigen in der Freizeit durch die am häufigsten genannte komplexe Entspannung, ferner auch durch das Eintauchen in (extrem-)sportliche oder freie natürliche Welten nach einer Ausblendung des Alltags, einem Abbau von Aggressionen und erholsamer körperlicher, seelischer und geistiger Vereinigung suchen. Allgemein **interessante aktive Alternativen (K10)**, die zum Ausgleich dienen, beschreiben einige (9%). Eine 45jährige Niedergelassene: „... kann mein Gesichtsfeld erweitern.“

Zur Frage **Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am schlechtesten?** (s. Abb. X B) haben sich 127 von 142 Probanden geäußert. Fünf Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Bei Überlastung und Bedrückung werden negative Freizeitaspekte schwerer ertragen als in ausgeglichener Stimmungslage. Gut drei Zehntel (31%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte ärgern sich über eine zeitverschwendende, **schlechte Ausnutzung (K7)** der Freizeit wegen fehlender Zeiteinteilung, Passivität, Lustlosigkeit und Suchtmittelkonsum. Eine 51jährige Niedergelassene: „Langeweile, kann nichts mit mir anfangen.“ Weiterhin leidet unter **Erschöpfung, Müdigkeit und Körperbeschwerden (K8)**, die Antriebsarmut, Schlafbedürfnis und Schmerz ausdrücken, jeder neunte (11%). Eine 44jährige Oberärztin: „Meine eigene Lustlosigkeit, Unternehmungen, die ich mir vorgenommen hatte, auch tatsächlich auszuführen.“ Einige (9%) beschreiben auch Gefühle der Leere und Depressivität in der **Einsamkeit (K9)**. Eine 43jährige Zahnärztin: „Meine zunehmende Vereinsamung und selbst gewählte Isolation.“ **Zu viel menschliche Nähe (K12)** lehnt dagegen ein Arzt (1%) ab. Zudem beklagt sich ein Achtel (12%) über ein **unruhiges Zuhause ohne Erholungswert (K11)**, Zeit, Ruhe und Freiheit zum Alleinsein infolge Streit oder einer Inanspruchnahme durch Partner, Kinder und andere. Ein 35jähriger Zahnarzt: „Wenn man auf andere Umstände (Kind etc.) Rücksicht nehmen muss.“ Auf eine notwendige monotone, hektische und unliebsame **Haushalts- und Alltagsroutine (K4)** weist nahezu jeder fünfte (19%) hin. Eine 59jährige Zahnärztin: „... Alltäglichkeit, Trott.“ Nur einige wenige (je 8%) bemängeln, eine **unzureichende Freizeit (K1)** und Zeitmangel bzw. **keine Zeit für persönliche Interessen (K6)** zu haben.

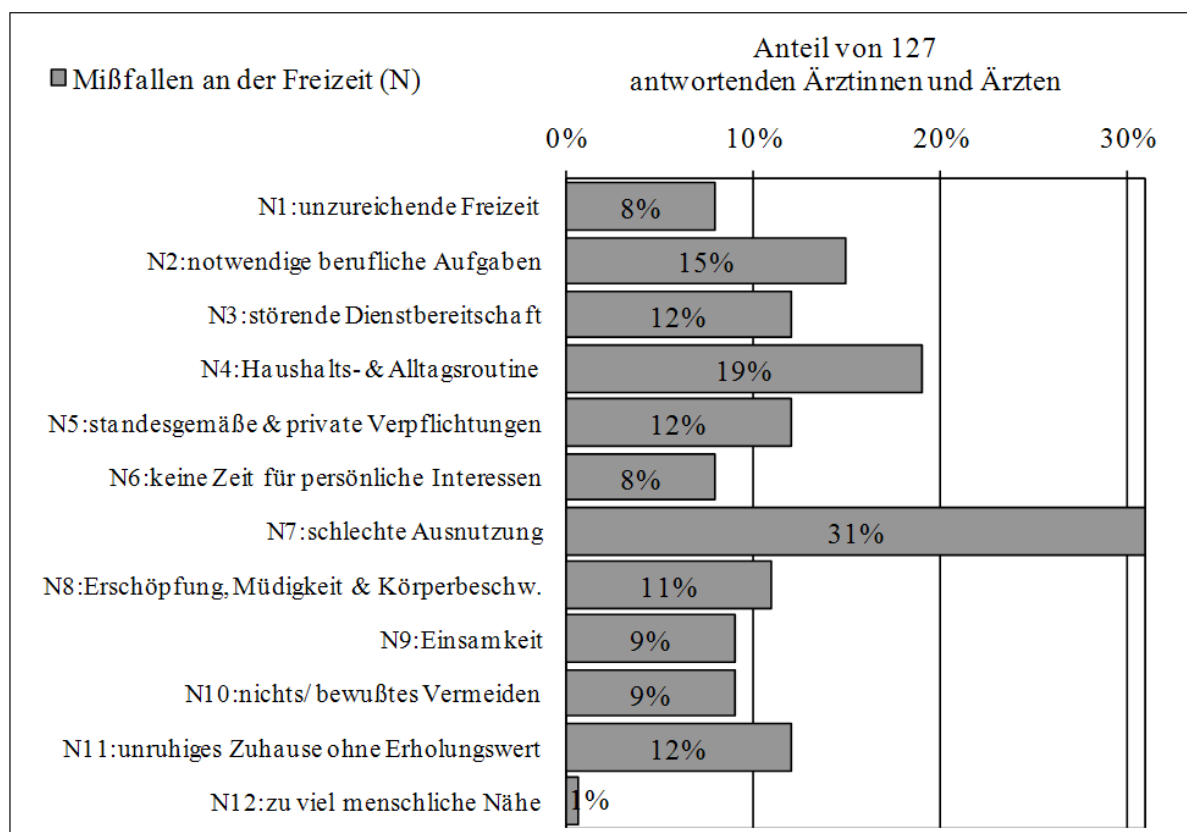


ABB. X B Negative (N) Gegebenheiten in der freien Zeit

Gesellschaftliche, freundschaftliche oder verwandtschaftliche prestige- wie **standesgemäße und private Verpflichtungen (K5)** bei Feierlichkeiten oder beim Golfen missfallen einem Achtel (12%). Ein 60jähriger Chefarzt: „Reg. Pflichteinladungen im großen Rahmen.“ Fast jeder sechste (15%) stört sich an **notwendigen beruflichen Aufgaben (K2)** von Bürokratie über Aufarbeitung und Vorbereitung bis hin zur Fortbildung. Ein 36jähriger Assistenzarzt: „Nötige medizinische Weiterbildung ... Verwaltungs-, Schreibtischarbeit.“ Die häufig unregelmäßig wechselnde und **störende Dienstbereitschaft (K3)**, lange Arbeitstage, den Druck des nächsten Tages und eine kaum planbare Freizeit erwähnt ein Achtel (12%). Eine 47jährige Niedergelassene: „... dauernde Unterbrechung durch Patienten, nicht genug vom Beruf abschalten zu können.“ Den meisten Ärzten missfällt allerdings nachvollziehbar die passive, suchtkranke schlechte Ausnutzung der Freizeit, entfernt gefolgt von häuslichen Alltags- oder Berufspflichten. Manche (9%) geben aber auch **nichts/ bewusstes Vermeiden (K10)** an, da sie Widrigkeiten in der kostbaren Freizeit scheinbar aus dem Weg gehen. Ein 48jähriger Niedergelassener: „Gibt es kaum, da ich mir sonst meine Freizeit falsch einteilen und erleben würde.“

Die Frage **Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welche Art von Sport?** haben 62 von 142 Probanden beantwortet. Vier Aussagen weichen von den folgenden Kategorien ab.

»*Mens sana in corpore sano.*« stellt seit jeher den Zusammenhang zwischen physischer und mental-psychischer Fitness dar. Demnach müsste die Suchtkrankheit umgekehrt das Wohlbefinden beeinträchtigen, jedoch scheinen beeindruckende 44% der Befragten regelmäßige Sportler zu sein. Jeweils gut ein Drittel (je 34%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte gibt **Radfahren und Wandern (K1)** bzw. **Tennis und ähnliche Ballspiele (K5)** wie Badminton oder Squash an. Ein 43jähriger Niedergelassener: „Radfahren zum Dienst.“ Bewegungsausgleich durch **Jogging (K3)** oder intensiven Mountainbike-Radsport findet fast jeder vierte (23%). Ein 39jähriger Niedergelassener: „Wenn ich Zeit habe, Jogging.“ Nur zwei Ärzte (3%) engagieren sich im **Reitsport (K8)**. **Golf (K7)** spielen ein paar (8%). Etwas weniger (6%) betreiben **Mannschafts-/ Ballsport (K6)** wie Fußball oder Volleyball. Im Bereich **Fitness (K4)**, Bodybuilding oder Inline-Skating ist nahezu jeder vierte (24%) aktiv. Ein 48jähriger Niedergelassener: „... Training mit dem Terraband.“ Auch ungefähr ein Viertel (23%) geht regelmäßig **schwimmen (K2)**. Anderen **Wassersport (K9)** wie Segeln üben nur drei Ärzte (5%) aus. Doppelt so viele (10%) mögen den saisonalen **Wintersport (K10)**, v.a. Skilaufen und Eishockey. Ein 35jähriger Zahnarzt: „... viel Skifahren.“ Der häufigste regelmäßige Sport ist jedoch Radfahren und Wandern sowie standesgemäß Tennis u.ä. vor Fitness oder Schwimmen und Joggen. **Asiatische Sportarten (K12)** oder **Tanzen (K11)** geben nur wenige (5%/ 3%) an.

78 von 142 Probanden haben sich zur Frage **Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden? Wenn nein, was möchten Sie ändern?** geäußert. Alle Aussagen sind zuzuordnen.

Veränderungswünsche lassen auf eine Unzufriedenheit oder Frustration in der Freizeit schließen und sind Ausdruck von Eigeninitiative und Hoffnung. Jeweils gut ein Drittel (je 35%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte hätte gerne **mehr Freizeit (K1)** bzw. diese mit **intensiverer Ausnutzung (K6)** durch mehr Energie, Unternehmungslust, Effektivität, Spontaneität, Kreativität, Suchtmittelabstinenz und weniger Tagesroutine. Ein 56jähriger Niedergelassener: „Ich habe im wesentlichen keine Freizeit, das ist das Grundübel.“ Eine 49jährige Niedergelassene: „Gelegentlich mehr Antrieb für mich das zu tun, von dem ich weiß, dass es mir Spaß macht ...“ Eine **Erweiterung der Freizeitaktivitäten (K3)** als Ausgleich zum Beruf bzw. eine ausgewogene, verlässliche **Regelmäßigkeit von Dienst und Freizeit (K7)** stellen sich manche (je 8%) vor. Für gut jeden vierten (26%) würden so **Kontakte zu Partner, Familie und Mitmenschen (K4)** ermöglicht, um soziale Beziehungen aufzubauen, zu stärken und zu

pflegen. Ein 48jähriger Oberarzt: „Mehr Zeit für Familiengespräche.“ Bei einer **Stressabnahme zu Hause (K9)** wäre die Freizeit für eine einzige (1%) zufriedenstellender. Ein Siebtel (14%) möchte **Ruhe und Entspannung (K5)** durch berufliche Distanz im Sinne von Ausgeglichenheit, Selbstbestimmung und Unabhängigkeit von störenden beruflichen oder familiären Einflüssen erfahren und Gelegenheiten für Literatur und Natur finden. Eine 45jährige Niedergelassene: „Hätte gerne mehr Zeit für mich.“ **Sport und Bewegung (K2)** will immerhin fast jeder fünfte (18%) in die Freizeit integrieren. Ein 42jähriger Oberarzt: „... konsequente sportl. Aktivität (wie in der Jugend) ...“ Den Süchtigen ist vorrangig eine quantitative wie auch qualitative Verbesserung der Freizeit wichtig, um das Leben in sozialer mehr als in sportlicher oder entspannender Hinsicht optimieren zu können. Ein paar (6%) möchten sich auch intensiver mit **Kultur und Kunst (K8)** beschäftigen.

Auf die Frage **Sind Sie mit der Qualität Ihres Bekannten- und Freundeskreises zufrieden? Wenn nein, was würden Sie gerne ändern?** haben 46 von 142 Probanden geantwortet. Zwei Aussagen können den Kategorien nicht eindeutig zugeordnet werden.

Stabile soziale Bindungen bieten Austauschmöglichkeiten und Rückhalt, während ein schlechtes oder fehlendes Umfeld das Sicherheits- und Selbstwertgefühl beeinträchtigt. Jeweils nahezu drei Zehntel (je 28%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte wünschen sich einen **größeren Freundeskreis (K3)** auch gemeinsam mit dem Partner bzw. vermissen, bezogen auf einen engen Freundeskreis, **zuverlässige und intensive Freunde (K4)**. Ein 47jähriger Niedergelassener: „Ich hätte gerne Freunde.“ Ein 48jähriger Oberarzt: „Richtige Freunde, denen man Probleme vortragen kann.“ Auf **gemeinsame Interessen und Aktivitäten (K2)** sowie ähnliche Vorstellungen und Ziele möchte beinahe ein Siebtel (13%) bauen. Eine 47jährige Niedergelassene: „Möglichst nicht mehr nur Essenseinladungen mit Alkohol, sondern auch andere Aktivitäten mit den Freunden/ innen einplanen.“ Jeweils drei Ärzte (je 7%) legen Wert auf ein versiertes und **höheres intellektuelles Niveau (K7)** bzw. **unkomplizierte Freunde (K8)**. Eine 44jährige Zahnärztin: „... zu viel geklatscht (bes. im Verein).“ Ein 50jähriger Oberarzt: „Dass Hilfeleistungen (Geschenke) ohne Schuldgefühle angenommen werden können.“ **Mehr Zeit für Kontakte (K1)** braucht fast jeder vierte (24%). Ein 38jähriger Oberarzt: „Häufigere spontane Treffen, nicht nach dem Dienstplan Freunde zu haben.“ Am häufigsten konzentrieren sich die Überlegungen zur Qualität des Freundeskreises auf Ausweitungen oder überhaupt eine Existenz bzw. im Gegenteil auf wertgeschätzte Eingrenzungen. Vier Ärzte (9%) hätten auch gerne mehr **Kontakte in Wohnortnähe (K6)**. Ein 39jähriger Oberarzt: „Mehr Bekannte am neuen Wohnort (nach 4 Jahren!).“ **Freunde/ Bekannte im**

außermedizinischen Bereich (K5) suchen zwei (4%).

Zur Frage **Worüber sprechen Sie in Ihrem Bekannten- und Freundeskreis?** haben 134 von 142 Probanden Angaben gemacht. Zwölf Aussagen sind nicht eindeutig zuzuordnen.

Ob tiefgründige, persönliche oder nur oberflächliche, allgemeine Thematiken im sozialen Umfeld besprochen werden, hängt von der Art der Beziehung und der Individualität ab. Nachvollziehbar unterhält sich die Hälfte (50%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte wissenschaftlich und politisch über den **Beruf (K2)** und seinen Alltag. *Ein 38jähriger Oberarzt: „Da Freunde zu 50% aus dem Berufskreis: Hauptthemen medizinischer Art ...“* Nur jeweils zwei Ärzte (je 1%) erörtern auch ihre **finanzielle Situation (K11)** bzw. reden bewusst über **Berufsfernes (K10)**. Andere **aktuelle politische und gesellschaftliche Themen (K3)** diskutieren drei Zehntel (30%). *Ein Arzt: „Politik ... Geschichte, aktuelle Situation in verschiedenen Teilen des Auslandes.“* Fast zwei Fünftel (38%) sprechen über **Freizeitgestaltung und Hobbies (K7)** oder Erlebnisse. *Ein 44jähriger Niedergelassener: „... Planung gemeinsamer Aktivitäten.“* Von **Urlaub und Reisen (K8)** erzählt ein Zehntel (10%). *Eine 53jährige Assistenzärztin: „... Reisepläne.“* Gut jeder sechste (17%) beschreibt einen **allgemein alltäglichen Erlebnisaustausch (K6)** bezüglich (situativer) Lebensführung und –qualität oder häuslicher und privater Neuigkeiten. *Ein 49jähriger Arzt: „Über alle Alltagsfreuden und Sorgen.“* Gespräche über **Familie, Partnerschaft und Sexualität (K5)** oder Affären führen mit zunehmender Offenheit gut drei Zehntel (31%). *Eine 35jährige Assistenzärztin: „... persönliche Beziehungen ... Liebe, Sexualität (eher mit den Freundinnen) ...“* Jeder dritte (33%) bespricht auch weitere **persönliche Angelegenheiten (K4)** wie Gefühle, Probleme und Suchtverhalten mit Freunden. *Ein 52jähriger Niedergelassener: „... Neigungen, Lebenserfahrungen, Lebensbewältigungsversuche ...“* **Zukunft und Lebensfragen (K9)**, d.h. persönliche Ziele und Möglichkeiten einer Selbstverwirklichung erwähnen manche (5%). Im Bekannten- und Freundeskreis finden am häufigsten Unterhaltungen beruflicher Art statt, des weiteren ein privater Erlebnisaustausch vor persönlichen oder beziehungsbezogenen Intimgesprächen bzw. tages- und weltaktuellen Diskussionen. Ohne Tabu kann immerhin einer von fünf (20%) **alles/ vielseitige (K1)** lebensrelevante Punkte ansprechen, während einige wenige (7%) nur humorvollen **Smalltalk und Tratsch (K12)** halten. *Ein 45jähriger Niedergelassener: „Es kann alles ohne Bedenken erörtert werden.“*

Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben? Wenn nein, was möchten Sie verändern? haben 73 von 142 Probanden beantwortet. Vier Aussagen sind nicht sicher zuzuordnen.

Das private Leben sollte bestenfalls aus Erholung, Aktivität und sozialen Bindungen bestehen und zur Lebenszufriedenheit beitragen. Doch 51% der Befragten sind konkret unzufrieden. Mehr **Zeit für Privat- und Familienleben (K3)** mit einer harmonisch stabilen familiären Situation als Teil des Lebens, mehr **Intensität und Gemeinsamkeiten in der Partnerschaft (K7)** mit Zuneigung, Offenheit, Verständnis, Zuverlässigkeit und besserer Wohnqualität bzw. mehr **Zeit und Energie für Hobbies (K5)** mit Engagement, Genuss, Spontaneität und Abwechslung wünscht sich jeweils (fast) ein Viertel (25%/ 25%/ 23%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte. Ein 56jähriger Niedergelassener: „Mehr Freizeit für ... meine vernachlässigte Familie.“ Eine 47jährige Niedergelassene: „Wieder mehr Nähe, Geborgenheit und Kommunikation, Zärtlichkeit u. Zuwendung geben und nehmen können.“ Eine 49jährige Niedergelassene: „Mehr Antrieb für die Gestaltung des persönlichen Wohlergehens ...“ Jeder neunte (11%) ist auf der **Suche nach fester Partnerschaft (K6)** und einer stabilen, intakten Beziehung. Ein 46jähriger Niedergelassener: „... die zur Zeit schwer gestörte Frauenbeziehung zu beleben.“ **Gedanken an Scheidung (K8)** haben nur zwei Ärzte (3%). Zur Überwindung der Isolation wünscht sich gut ein Fünftel (21%) **Zeit für Sozialkontakte (K4)** und Kontaktfreudigkeit. Eine 33jährige Assistenzärztin: „Aufgrund Trennung vom Ehemann oft Gefühl der Leere und Einsamkeit - würde gerne Freundes-/ Bekanntenkreis erweitern ...“ Mehr **Zeit für Persönliches (K2)** und ein selbstbestimmtes, geordnetes Leben mit Gelassenheit, Muße, Ausgeglichenheit und innerer Stabilität braucht auch gut jeder fünfte (22%). Ein 28jähriger Arzt im Praktikum: „Mehr Ruhe, mehr in-der-Situation-sein, weniger Hetze.“ Wenige (5%) legen Wert auf **mehr Privatsphäre (K10)**, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit vom Gesellschaftsdruck. Ein 40jähriger Zahnarzt: „... nicht immer „ja“ sagen müssen.“ Mehr **planbare Freizeit (K1)** mit sinnvoller Zeiteinteilung hätte gerne ein Neuntel (11%), um die privat-berufliche Kollision zu verringern. Eine 34jährige Ärztin: „Irgendeine Lösung für Doppelbelastung Beruf - Kind.“ Den Wunsch nach unbefristeten Arbeitsverträgen, besserem Einkommen und existentieller Sicherheit äußern drei Ärzte (4%), die **frei von beruflichen und finanziellen Sorgen (K9)** sein wollen. Die privaten Änderungswünsche beziehen sich auf frei verfügbare Zeit, die primär für die wertgeschätzte Partnerschaft und Familie sowie aktive Freizeitgestaltung, eigene Erholungsbedürftigkeit oder (Re-)Sozialisierung zu nutzen ist. Rein suchtspezifische Bemühungen um **Abstinenz (K11)** von vorwiegend Alkohol und Nikotin erwähnen nur einige wenige (10%). Ein 48jähriger Zahnarzt: „Der Stellenwert der abendlichen Geselligkeit muss sich verändern.“

5.4 Aspekte zur Gesundheit

Auf die Frage **Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?** haben 137 von 142 Probanden geantwortet. Sieben Aussagen sind deskriptiver Art und nicht eindeutig zu quantifizieren; zwei weichen inhaltlich von den folgenden Kategorien ab.

Wirkt die berufliche und private Lebensführung ausgleichend anstatt belastend auf die Gesundheit, kann ein physisch-psychisches Wohlbefinden mit Optimismus erzielt werden. Jedoch beurteilen gut drei Fünftel (61%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte ihre Situation als gesundheitlich **beeinträchtigend (K2)**, nicht förderlich und laut der Frage als »*eher beeinträchtigt*«. Ein 59jähriger Oberarzt: „*Mein Lebensstil beeinträchtigt meine Gesundheit, z.T. erzwungenermaßen.*“ Von **stark beeinträchtigend (K1)** spricht sogar jeder fünfte (20%); die Gesundheit nimmt Schaden. Ein 36jähriger Assistenzarzt: „*Physisch und psychisch in höchstem Maße autodestruktiv.*“ Nur jeweils ein Arzt (je 1%) hält seinen Lebensstil für gesundheitlich **etwas beeinträchtigend (K3)** und weniger förderlich bzw. für **etwas fördernd (K5)** und tolerabel. **Neutral (K4)** äußern sich dagegen manche (4%) und wägen teils fördernde, teils beeinträchtigende oder weder fördernde noch beeinträchtigende Aspekte ab. Ein 48jähriger Niedergelassener: „*Indifferent.*“ Lediglich einige wenige (7%) beschreiben nur **fördernde (K6)** Aspekte, die das (posttherapeutische) Wohlergehen in keiner Weise beeinträchtigen. Ein 48jähriger Zahnarzt: „*Jetzt eher fördernd.*“ Einen gesundheitlich **stark fördernden (K7)** Lebensstil hat (noch) niemand (0%). So erwartungsgemäß wie erschreckend überwiegt zu 82% eine die Gesundheit stark bis leicht beeinträchtigende Lebensführung, wobei die Situation vor der Suchttherapie sicher noch dramatischer aussah.

45 von 142 Probanden nennen ergänzend zur letztgenannten Frage elf verschiedene Kausalitäten für einen gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensstil, aber nur zwei für einen gesundheitsfördernden (s. Abb. XI). Vier Aussagen können kategorisch nicht sicher zugeordnet werden.

Kann das Warum einer Gesundheitsbeeinträchtigung oder -förderung beantwortet werden, ist die Grundlage für ein bewusstes, reflexives und optimierbares Leben geschaffen. Dass sich **Alkohol- und Medikamentenkonsum (K11)** negativ auswirken und dass eine Reduktion oder Abstinenz angestrebt werden sollte, gibt trotz Therapie nur gut die Hälfte (51%) der antwortenden substanzabhängigen Ärzte an. Eine 35jährige Assistenzärztin: „*... lebensgefährlich bei Alkoholkonsum, daher Therapie ...*“ Gut jeder vierte (27%) ist sich seines hohen **Nikotin- und**

Coffeinkonsums (K10) bewusst. Ein 47jähriger Niedergelassener: „Ich rauche zu viel ...“ Ein quantitativ und qualitativ unregelmäßiges, **ungesundes Essverhalten (K5)** oder Übergewicht führt bei fast einem Fünftel (18%) zu Unwohlsein. Ein 48jähriger Chefarzt: „... wenig (kritische) bewusste Esskontrolle ...“ Gut drei Zehntel (31%) beklagen einen **Mangel an sportlich aktivem Ausgleich (K6)** und wünschen sich gesundheitlich fördernde Bewegung. Ein 42jähriger Oberarzt: „... kein Sport, “Stubenhocker“.“ Anstatt von **Ängsten und Sorgen (K7)** geplagt zu sein, ist es vereinzelt (7%) ihr Wille, mit innerer Balance und Unbeschwertheit leben zu können. Ein 36jähriger Assistenzarzt: „... wenn ich mich innerlich ausgeglichener und ruhiger fühlen würde und ein entspannteres und distanzierteres Verhältnis zu den äußeren Gegebenheiten haben könnte.“ Nur wenige (9%) leiden unter chronifizierten Schlafstörungen, **Schlafdefizit (K3)** und Tagesmüdigkeit und sehnen sich nach einem ruhigen, erholsamen Schlaf. Eine 62jährige Ärztin: „... erreichen, dass ich mit Meditation allein schlafe.“

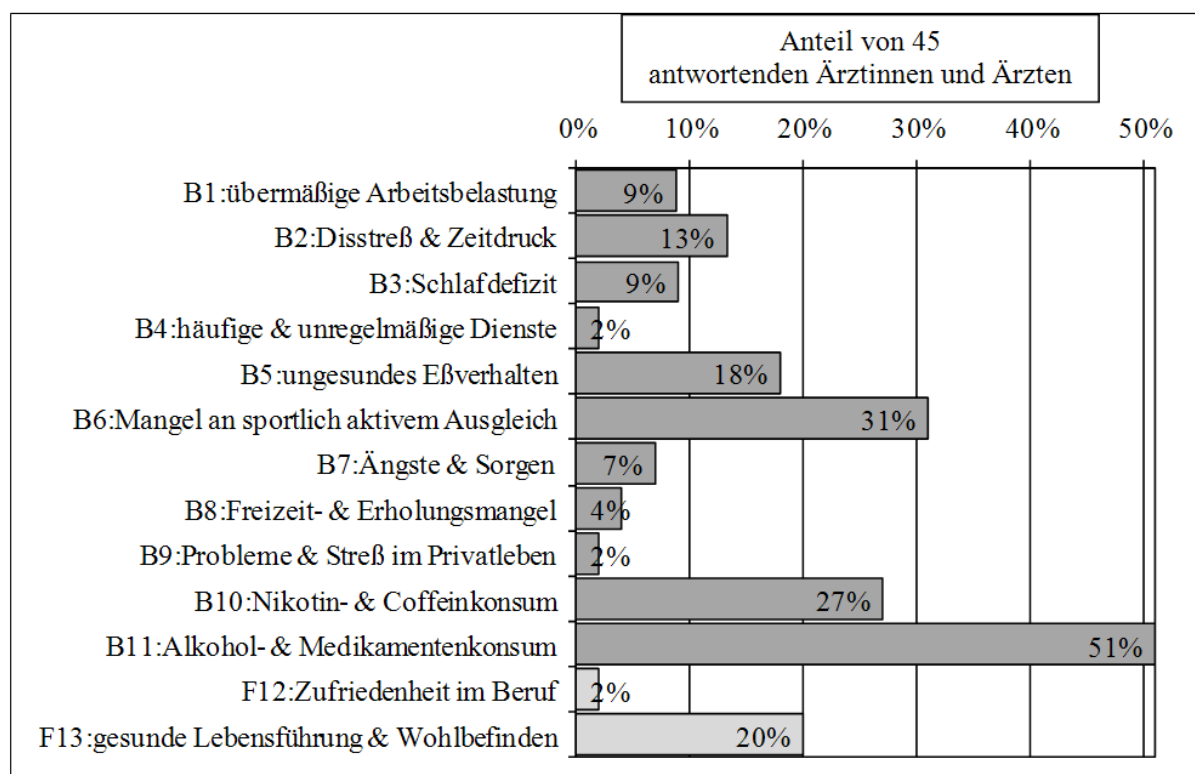


ABB. XI Beeinträchtigende (B) und fördernde (F) Gesundheitsaspekte des Lebensstils

Grundlegend ist die gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt durch **Disstress und Zeitdruck (K2)** bzw. Hektik und Zeitmangel, so fast jeder siebte (13%). Eine 47jährige Niedergelassene: „... Dauerstress, schlechtes Zeitmanagement ...“ Eher wenige (9%) meinen, dass infolge permanent **übermäßiger Arbeitsbelastung (K1)** durch Arbeitsanfall, hierarchische Unterdrückung und zunehmende Berufsunzufriedenheit Burnout droht. Eine 46jährige Oberärztin: „...

oft habe ich nicht mehr die Kraft, ihn grundlegend zu ändern. Ich bin z.B. so erschöpft ...“ Hinzu kommen laut einem Arzt (2%) die **häufigen und unregelmäßigen Dienste (K4)**. Ohne ruhige, persönliche Zeit zur Entspannung gefährden eine Ärztin und ein Arzt (4%) ihre Gesundheit infolge **Freizeit- und Erholungsmangel (K8)**. **Probleme und Stress im Privatleben (K9)** belasten nur einen (2%). Es ist nachzuvollziehen, dass der Therapieschwerpunkt, nämlich der Suchtmittelkonsum mit Abstand am häufigsten die Gesundheit beeinträchtigt mehr als die infolgedessen fehlende sportliche Betätigung oder Nikotin- und Coffeinkonsum, ferner auch Essstörungen oder Disstress mit Zeitdruck im Rahmen eines kräftezehrenden Lebensmanagements.

Im Gegensatz dazu ist einer von fünf (20%) von einer **gesunden Lebensführung und Wohlbefinden (K13)** überzeugt, da Aspekte wie Freizeitgestaltung, Stressbewältigung, Psyche, Schlafverhalten, Ernährungsgewohnheiten und Suchtmittelabstinenz, die sicher als Therapieerfolge zu werten sind, die Gesundheit fördern. *Eine 33jährige Assistenzärztin: „Seit mehreren Wochen achte ich auf gesunde Ernährung (vorher starker Alkoholkonsum) und ausreichend Bewegung ...“* Eine gesundheitlich stärkende **Zufriedenheit im Beruf (K12)** empfindet lediglich ein einzelner (2%).

Differenziert man die Angaben von 133 der 142 substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf die Diagnose ihrer Suchtkrankheit, so lassen sich im wesentlichen drei Klassifizierungen aufstellen: 56,4% befinden sich aufgrund einer Alkoholabhängigkeit in Therapie, dagegen nur 14,3% aufgrund einer Medikamentenabhängigkeit. Eine kombinierte Suchterkrankung, d.h. Alkohol- plus Medikamentenabusus, betrifft 26,3%. Ferner leiden 3,0% unter psychischen Störungen ohne Substanzabhängigkeit. Bei neun Ärzten ist die Diagnosestellung unklar.

Geschlechtsspezifisch betrachtet, ergeben sich entgegen der wissenschaftlichen Literatur relevante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der Suchtdiagnosen. Alkoholabhängig sind von 36 weiblichen Ärzten 61,1% und von 96 männlichen Ärzten nur 55,2%. Eine Medikamentensucht wird dementsprechend bei 15,6% der Ärzte im Gegensatz zu nur 8,3% der Ärztinnen nachgewiesen. Prozentual ähnlich verteilt ist der kombinierte Alkohol- und Medikamentenabusus, wobei die Männer mit 27,1% die Frauen mit 25,0% geringfügig übertreffen. Psychische Störungen ohne Substanzabhängigkeit sind unter den Ärztinnen (5,6%) verhältnismäßig häufiger vertreten als unter den Ärzten (2,1%). Sieben männliche und zwei weibliche Ärzte können diagnostisch nicht gewertet werden.

Im Hinblick auf die in Kapitel 3.2 dargestellten Hypothesen und Vermutungen kann somit

alleinig die siebte Hypothese bei den in Therapie befindlichen substanzabhängigen Ärzten nicht bestätigt werden; sie verhält sich kontrovers.

Dass die Prävalenz von Nikotinkonsum neben Alkohol- und/ oder Medikamentenabusus hoch ist, bestätigt sich im folgenden. 90 substanzabhängige Ärztinnen und Ärzte (63,4%) haben die Frage **Rauchen Sie?** bejaht. Von 84 Probanden sind die weiteren Suchtdiagnosen bekannt, sechs rauchende Ärzte entfallen dieser Zuordnung. So wird bei 56,0% der betreffenden Raucher eine Alkoholerkrankung angegeben, bei 14,3% eine Medikamentenabhängigkeit und bei 29,8% ein kombiniertes Suchtverhalten. In der relativen Häufigkeitsverteilung der diagnostizierten Substanzabhängigkeiten in bezug auf Alkohol oder Medikamente gleichen die rauchenden Ärzte der Gesamtgruppe. Lediglich eine kombinierte Alkohol- und Medikamentensucht belastet den Raucherkreis prozentual etwas stärker, auch bedingt durch die hier nicht existenten psychischen Störungen ohne Substanzabhängigkeit.

Als Nichtraucher haben sich dementsprechend nur 52 substanzabhängige Ärztinnen und Ärzte (36,6%) bezeichnet. 49 Probanden können den Kategorien der diagnostizierten und therapierten Suchterkrankungen zugeordnet werden, während bei dreien diese Einteilung fehlt. Die Betroffenen sind zu 57,1% alkoholkrank, zu 14,3% medikamentensüchtig und zu 20,4% kombiniert abhängig. Unter psychischen Störungen ohne jegliche Substanzabhängigkeit leiden 8,2% (4 Ärzte), die auch in der Gesamtgruppe gezählt werden. Die Prozentverteilung der Suchtdiagnosen verhält sich bei den Nichtrauchern zum Teil gegenläufig zu den Rauchern: Der Anteil an Alkohol- oder Medikamentenabhängigen entspricht wiederum dem der Gesamtstichprobe, während die relative Häufigkeit der kombinierten Sucht im Nichtraucherkreis geringer ist, auch bedingt durch den hier höheren Anteil an psychischen Störungen ohne jegliche Substanzabhängigkeit.

Nikotinkonsum und einfache Substanzabhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten stehen somit in einem irrelevanten, unauffälligen Zusammenhang. Eine Suchtneigung bezüglich Alkohol plus Medikamente kann allerdings bei rauchenden Ärzten etwas häufiger beobachtet werden als bei nichtrauchenden.

Die Anzahl der Zigaretten, die am Tag von den substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten geraucht wird, ist hoch und variiert hinsichtlich der Hypothese (s. Kap. 3.2) geschlechtsbezogen. 21,1% der Frauen zeigen einen Modalwert von 20 Zigaretten täglich. Der minimale Konsum der Raucherinnen beläuft sich auf 2 und der maximale auf 40 Zigaretten. Bis zu einer halben Packung pro Tag (10 Z.) rauchen 13,0%, bis zu einer Packung (20 Z.) 31,7%, 30 Ziga-

retten noch 7,9% und 40 Zigaretten 5,3%. Immerhin 42,1% geben an, Nichtraucherinnen zu sein.

16,2% der Männer bilden ebenfalls einen Modalwert von 20 Zigaretten am Tag. Des weiteren gibt es kleinere Peaks bei 30 Zigaretten (10,1%), 40 Zigaretten (8,1%) und 10 Zigaretten (6,1%). Minimal werden auch 2, maximal sogar 60 Zigaretten täglich konsumiert. 13,1% verbrauchen bis zu einer halben Packung pro Tag, 22,2% bis zu einer Packung, noch 18,2% 24 bis 30 Zigaretten, 9,1% 35 oder 40 Zigaretten und 2% sagenhafte 50 oder 60 Zigaretten. Als Nichtraucher bezeichnen sich lediglich 35,4%.

Somit rauchen die substanzabhängigen Ärztinnen nicht nur etwas seltener, sondern insgesamt auch bedeutend weniger als die Ärzte, obwohl bei beiden Geschlechtern unter den Rauchern 20 Zigaretten täglich vorrangig sind und prozentual gleich viele Frauen wie Männer bis zu einer halben Packung am Tag konsumieren. Verhältnismäßig mehr Frauen als Männer rauchen bis zu einer Packung Zigaretten, dagegen übertreffen die Ärzte ihre weiblichen Kollegen bei einem höheren Verbrauch deutlich.

6 DISKUSSION

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Ärzteschaft hat sich, wie mehrfach bestätigt, aufgrund berufsspezifischer Belastungen deutlich verschlechtert, so dass Suchtrisiken nicht abwegig sind. Psychische Gefährdungen scheinen sogar größer als in der Gesamtbevölkerung zu sein, obwohl Ärzte auf dem Gebiet der Gesundheit und Prävention Fachleute sind. Entgegen dem unerschütterlichen Arztideal zeigen sich v.a. Depressionen, Partnerschafts- und Familienprobleme sowie beachtliche Sucht- und Suizidtendenzen, wobei der Anteil an Alkoholumismus den der Allgemeinbevölkerung übersteigt (Reimer & Jurkat, 2000; Myers, 1997; Mäulen et al., 1995; Leesemann, 1995; Blondell, 1993). Den süchtig gewordenen Ärzten konnte im Vergleich zu nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) u.a. gerade in den Bereichen Wohlbefinden gemäß WHO, allgemeine Lebenszufriedenheit und Nikotin- plus weiterer Substanzabusus eine Verschlechterung mit sehr hoher Signifikanz nachgewiesen werden, was den *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) dazu prädestiniert, Lebensqualität, Psychohygiene und Suchtverhalten zu differenzieren und präventive Ansätze für (substanzabhängige) Ärzte im Hinblick auf eine zukünftige adäquate Bewältigung beruflicher und privater Stressoren zu schaffen.

Mit Unterstützung der Oberbergkliniken ist die Stichprobe von 142 substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten durch PD Dr. H.B. Jurkat und Prof. Dr. Ch. Reimer erhoben worden, deren Lebensqualität separat und gezielt anhand des *Fragebogens zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) in den Bereichen Arbeits(un)zufriedenheit, Berufswahl, Lebens(un)zufriedenheit und Gesundheit in bisher einzigartiger, qualitativ-deskriptiver Form untersucht wird, wobei ein Vergleich mit den nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) teilweise als orientierender, präzisierender Maßstab dient. Bemerkenswert ist die größtenteils positiv beurteilte **Arbeitszufriedenheit**, die zwar niedriger ist als bei nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000), aber aufgrund von Entspannung, Stabilität, Sicherheit und Leistungsstärke die Suchtkrankheit auf Dauer nicht erklären würde. Eher scheint sie im Rahmen nur kurzzeitiger Entlastung - auch als Folge von Substanzabusus und Verdrängung - zu sehen zu sein, in der die süchtigen Ärzte durch ein erfülltes Helfersyndrom und bestätigte Gefühle des Gebrauchtwerdens - ihr wichtigstes Berufsideal - ein mangelndes Selbstwertgefühl zu kompensieren versuchen. Das Fliehen in Traumwelten ist aber nur so lange möglich, wie Erwartungen erfüllt und Belastungen ausbleiben. Da der reale ärztliche Alltag jedoch geprägt ist durch Stressoren - man beachte ihre signifikant stärkere Überlastung durch Arbeitsanfall bei ähnlicher Arbeitszeit und Zufriedenheit mit dem Einkommen verglichen mit nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat,

2000), wird intuitiv infolge mangelnder Copingstrategien auch ein tiefes Unwohlsein in der teils negativen Beantwortung der Frage nach den Auswirkungen von Arbeitszufriedenheit deutlich. Erlangen die Ärzte dagegen individuelle Fähigkeiten, weg von narzisstischer Berufsidentifikation, Arbeit, Liebe und Persönlichkeit in Einklang zu bringen, korreliere die Arbeitszufriedenheit negativ mit psychiatrischen Symptomen und positiv mit Partnerschaftszufriedenheit (Lewis et al., 1993a, 1993b, 1993c; Sotile & Sotile, 1997), was die Lebensqualität durch innere Balance und ein stabiles Rückgrat verbessern würde.

Auffällig ist, dass sich nahezu alle substanzabhängigen Ärzte zur Arbeitszufriedenheit äußern und in erster Linie – entsprechend dem sozial erwünschten und mit einer ausgesprochenen Berufszufriedenheit korrelierenden Helfersyndrom (Jurkat et al., 1997) sowie dem (sehr) geringen Stress durch klinische Kompetenz und Patientenprobleme – den intensiven Patientenkontakt loben, was bedeutet, dass das Altruismusmotiv für eine Überzeugung und Erfüllung im Arztberuf sorgen kann. Die Sucht scheint sich daher eher durch vielfältige karriereorientierte und egozentrische Aspekte wie Herausforderung und Prestige oder äußere stressreiche Zwänge wie die arbeiterschwerende, reglementierende und demontierende Berufspolitik zu begründen, zumal das Einkommen auch im Vergleich zu nicht-süchtigen Ärzten eher nur mittelmäßig zufrieden stellt mit hochsignifikanter Korrelation zur Arbeits- und Lebenszufriedenheit und suchtspezifischer hochsignifikanter negativer Korrelation zur Depressivität (Jurkat, 2000), begründet durch die mehrheitliche Einschätzung der Süchtigen, dass das Gehalt nicht ihrer beruflichen (Mehr)Leistung entspricht. Ein zunehmendes Missfallen an der Arbeit durch Reglementierung, Zeit- und Arbeitsdruck, schlechte Arbeitsatmosphäre und lange Arbeitszeiten ohne Möglichkeiten, den Berufsidealismus leben zu können, erschwert den süchtigen Ärzten ein adäquates Stressmanagement und drängt sie in den selbstzerstörerischen Teufelskreis des Burnouts. Zudem wirken suchtspezifisch betriebsinterne Gefühle der Abhängigkeit im Hierarchiesystem (Jurkat et al., 2006), wie sie dem genetopsychopathologischen Muster entsprechen, verstärkt suchtkritisch. Um dem Sog in Arbeitsunzufriedenheit, Burnout und Sucht entgegenwirken zu können, ist eine auf adäquate Lebensansichten und Verhaltensweisen ausgerichtete frühzeitige, stetige berufsbegleitende Psychohygiene für Ärzte entscheidend wichtig.

Ärzte sind entgegen ihrem hohen Sozialstatus und gesellschaftlichen Ansehen immer stärkeren Realitätskonflikten ausgesetzt, indem sie entmündigt in einem fremdgesteuerten Hamster rad ihren Berufsidealen hinterherhetzen. Diese Krise, die durch Existenzängste, Frustration und Pessimismus gekennzeichnet ist, belastet und gefährdet gerade psychisch labile, zu reaktiver Substanzabhängigkeit neigende Ärzte – man beachte die mit langer Arbeitszeit hochsig-

nifikant korrelierende körperlich aktive Stressbewältigung nur bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) und die erwartungsgemäß vorwiegend beschriebene frustrane Berufsstressbewältigung durch Ersatzmittel wie Nikotin, Alkohol und Psychotropika, v.a. Opiate und Benzodiazepine bei den süchtigen, die ihre Dysbalance und Arbeitsunzufriedenheit analog mehr psychisch als körperlich ausführlich zum Ausdruck bringen. Dass psychiatrische Erkrankungen außer Essstörungen im Gegensatz zu Körperleiden in einem signifikanten Zusammenhang mit Arbeitsstress stehen (Lewis et al., 1993b), belegen die süchtigen Ärzte mit ihren regressiv depressiven, ängstlichen bzw. aggressiv ärgerlichen Gefühlen bis hin zu Suizidgedanken, womit im- bzw. explosiv eine berufliche Desillusionierung beschrieben wird, getragen durch Psychotropika im Circulus vitiosus ihres Unwohlseins. Gerade Ärzte mit Neigung zu übermäßiger Besorgnis und Gewissenhaftigkeit leiden bei unbewältigter Arbeit an Erschöpfung, Entmutigung, Schlafstörungen, Depressionen oder Reizbarkeit (Wise, 1991; Loevenich et al., 1996) und sind suchtfährdet, aber prinzipiell aufgrund ihrer Emotionalität auch zugänglich für zeitnahe Hilfe und Prävention. Da bei den Süchtigen selbst körperliche Auswirkungen von Arbeitsunzufriedenheit wie Burnout(tendenzen) eher psychosomatischer Natur sind und Intuitionen zur inhaltlich psychischen Beantwortung der Frage nach physischer Manifestation der Arbeitsunzufriedenheit auffallen, erscheint eine seelische Unterstützung der Ärzte unabdingbar, insbesondere vor dem Hintergrund der süchtig gewordenen, die anderenfalls zu langjährigen Verleugnungen, Therapieverweigerungen und suizidalen Krisen aus Angst vor Approbationsentzug und Existenzruin neigen. Der enorme psychische, physische und ethische Anspruch und Druck, unter dem die Süchtigen infolge von Sorgen und Zukunftsängsten v.a. durch die finanziell-berufliche Unsicherheit, überfordernde Arbeits(zeit)belastung und Reglementierung gesundheitlich leiden, wäre durch Supervisionen, Einzel- und Gruppengespräche zu reduzieren und in vernünftige, menschliche Bahnen zu lenken, um zukünftig weder bei Patienten, noch bei der eigenen Person in der Verantwortung über Leben und Tod zu versagen. Die vulnerablen (jetzt süchtigen) Persönlichkeiten, die vordergründig infolge von (durch Selbstprojektion ausgerichteten) Helfermotiven von der Medizin angezogen werden und sich auch im Gegensatz zu eher fachlich interessierten nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) vorrangig hierin weiterhin selbstverwirklicht sehen, stellen ein Kernproblem für die ärztliche Stressbewältigung dar und werden bereits im Studium durch gesteigerte Alkoholmengen während der klinischen Semester offenbar (Firth, 1986), was die Frühzeitigkeit von psychohygienischer Unterstützung nahe legt.

Bei den süchtigen Ärzten entwickelt sich ein aussichtsloser und lebenskritischer Teufelskreis durch eine sich zuspitzende Psychopathologie infolge Berufsüberlastung mit zunehmender

finanziell-beruflicher Unsicherheit, die es verbietet, die Notbremse zu ziehen. Leider erst im Rahmen einer tertiärprophylaktischen Suchttherapie lernen sie, trotz berufspolitischer Beeinträchtigung und Burnoutgefahren optimistisch zu bleiben, auf Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit zu achten und zu hoffen, mit Existenzängsten, Insuffizienzgefühlen, Entmutigungen und Melancholie, die mit unausweichlicher, pathologischer und unkollegialer Berufsabhängigkeit einhergehen, adäquat umgehen zu können. Nicht zu unterschätzen ist dabei der Realitätskonflikt bezüglich Einkommen und gesellschaftlichem Ansehen (Füessl, 1999). Wenn auch süchtige und nicht-süchtige Ärzte in nur mäßiger Zufriedenheit mit dem Einkommen vergleichbar sind und mehrheitlich Enttäuschung über ein keinesfalls leistungsgerechtes Honorar bekunden (Jurkat, 2000) analog zu deutschen Allgemeinärzten (Weber, 1996), steht dieses in keinem Vergleich zu entsprechenden Berufsgruppen. Bedeutet Unterbezahlung nicht Erfolglosigkeit, die gerade bei labilen, suchtgefährdeten Ärzten eine nicht zu bewältigende Demütigung auslösen kann, zumal Existenzsicherheit und Sozialprestige bedeutende berufliche Entschlussgründe für die süchtigen Ärzte waren? Da Nettoeinkommen und Arbeitszufriedenheit korrelieren (Lewis et al., 1993a), der ärztliche Einsatz aber weitaus größer ist als sein Maximalertrag, ist für sekundärprophylaktische Ansätze wichtig, die Arbeitszufriedenheit auf individuell angepasste Weise zu erhalten, indem bereits im Medizinstudium Berufs- und Lebenseinstellungen thematisiert werden. Ähnlich sind die von den meisten substanzabhängigen Ärzten geäußerten und überall im Berufsalltag routinemäßig vorhandenen Zeitdruckgefühle nicht nur ein Übel der Berufspolitik, sondern auch neurotische Eigenarten von Workaholics mit ungebrochenem Enthusiasmus bei gleichzeitigem Leidensdruck, wodurch eine dringliche Burnout- und Suchtprävention nur mühsam, aber letztlich um so effektiver Akzeptanz finden wird. Da die Berufszufriedenheit negative Korrelationen zeigt zu quantitativen Faktoren wie Arbeitszeit oder Patientenzahl (Weber, 1996), ist entscheidend, langfristig auf eine ausgeglichene Arbeitsweise und Freizeit zu achten, die dem Wunsch der süchtigen Ärzte nach geregelten Arbeitszeiten ohne zeitlichen oder politischen Druck mit besserem Einkommen entspricht. Um ihre zerbrochene Lebensqualität in physisch-psychischer, privater und beruflicher Hinsicht neu aufzubauen, kann die im Ansatz zum Ausdruck gebrachte, nicht verlorengegangene oder therapeutisch zurückgewonnene Hoffnung auf zukünftige Besserung genutzt werden, um (kranke) Ärzte im Rahmen der äußerst riskant eingeschätzten Berufsperspektive psychohygienisch zu unterstützen.

Stellt man die von deutschen Allgemeinärzten noch mittelmäßig eingeschätzte ärztliche Berufszufriedenheit in europäischen Vergleich, so wird deutlich, dass die ärztliche Krise einen bereits moderaten Schweregrad aufweist (Weber, 1996) wie er auch von den substanzabhän-

gigen Ärzten in der zum Ausdruck gebrachten Arbeitszufriedenheit bzw. psychischen mehr als physischen Arbeitsunzufriedenheit in etwa gleichermaßen mit sehr differenzierten Empfindungen beschrieben wird. Da hinter der Arbeitszufriedenheit vorwiegend altruistische (selbstprojizierte) Bedürfnisse und hinter der Arbeitsunzufriedenheit eher berufspolitische Einschränkungen stecken, ist sekundär- bzw.- tertiärprophylaktisch frühzeitig auf die - anderenfalls belastenden und desillusionierenden - Diskrepanzen einzugehen und ein erfolgreiches, beruflich, privat und persönlich stabilisierendes Copingmanagement für Ärzte anzubieten, um von Anfang an Illusionen sowie Burnout- und Suchtgefährdungen zu vermeiden, die Attraktivität des Arztberufes gerade in einer Zeit des drohenden Ärztemangels zu erhalten und nicht zuletzt eine optimale Patientenversorgung, wie sie noch heute mehr von den emotional bedürftigen Süchtigen als Nicht-Süchtigen (Jurkat, 2000) idealisiert wird und einer Hilfe für das Helfersyndrom bedarf, durch gesunde, leistungsfähige Ärzte sicherzustellen.

Betrachtet man die Einstellung der substanzabhängigen Ärzte zu ihrer **Berufswahl**, so überrascht nicht die Desillusionierung, dass sich nur jeder zweite im Gegensatz zu fast zwei Dritteln der nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) wieder für den Arztberuf entscheiden würde. Die bereits erwähnte und auch hier zum Ausdruck kommende moderate berufliche Krise sollte ein Warnsignal für die Berufspolitik sein, entscheidende Verbesserungen bei ärztlichen Arbeitsbedingungen herbeizuführen und berufsbegleitende Präventionskonzepte ernstzunehmen. Die am häufigsten bestätigende Berufung und Selbstverwirklichung der positiv zum Arztberuf eingestellten süchtigen wie auch nicht-süchtigen Ärzte (Jurkat, 2000) sollte nicht überschätzt werden, zumal die andere Hälfte der süchtigen im Vergleich zu gut ein Drittel der nicht-süchtigen Ärzte (Jurkat, 2000) den Arztberuf v.a. aufgrund nur mäßiger Berufszufriedenheit bzw. -unzufriedenheit, schlechter Zukunftsperspektive und physisch-psychischer und demotivierender Überlastung unsicher oder eindeutig nicht wiederwählen würde. Sozialpolitische und psychohygienische Unterstützungen sind somit insbesondere im Hinblick auf die von der Medizin angezogenen, labilen, suchtgefährdeten Ärzte unerlässlich, um einem absehbaren Ärztemangel – sei es aufgrund von burnoutbedingter Berufsunfähigkeit oder Abwanderung in andere Berufsfelder - entgegenzuwirken. Da nur noch sehr wenige süchtige Ärzte wie auch nicht-süchtige (Jurkat, 2000) aufgrund schlechter Perspektive und hohem Lern-, Arbeits- und Zeitaufwand ihren Kindern zum Arztberuf raten würden und einige süchtige sich soweit vom Arztberuf distanzieren, dass sie lieber einen expressiveren oder rationaleren Beruf – entgegen dem Arztberuf, bei dem sich beide Adjektive im Hinblick auf die emotionale Kunst des Helfens und die sachliche Bürokratie gegenseitig stören - ausüben würden, wird auch angesichts ihrer nicht verwirklichten Traumvorstellung eines befriedigenden Familienlebens in einem

aufwendigen, zeit- und kräftezehrenden Beruf mit ständig größer werdender Sucht- und Lebenskrisengefährdung die Dringlichkeit der Arztberufs- und Ärztepflge deutlich. So sind gerade diejenigen Medizinstudenten, die wie die nun süchtigen Ärzte das Berufsklischee des Helfersyndroms oder Sozialprestiges haben, frühzeitig auf ärztliche Stressoren, lebensqualitative Gefahrenquellen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen vorzubereiten – die fiktive, auf Zufriedenheit basierende Berufswiederwahl süchtiger wie nicht-süchtiger Ärzte korreliert mit gesundheitlichem Wohlbefinden und allgemeiner Lebenszufriedenheit sowie negativ mit Zukunftsängsten (Jurkat, 2000) –, zumal die erwartete ärztliche Arbeitszufriedenheit bei Studenten höherer Semester bereits abnehmende Tendenz zeigt (Jurkat et al., 2000). Dass sich die mit ihrer Berufswahl zufriedenen süchtigen Ärzte besonders aus humanistisch-altruistischen Gründen weiterhin in ihrer Entscheidung bestärkt sehen, bestätigt die bereits erwähnte Korrelation von Berufszufriedenheit und Helfersyndrom (Jurkat et al., 1997) in der Art, dass dieses Motiv scheinbar die Zufriedenheit im Arztberuf – die Berufung – trotz Lebenskrise bewahren kann. Andererseits sind die labilen Süchtigen gerade durch ihre narzisstische Identifikation als Helfer und Arzt (Mäulen, 1998; Fayne & Silvan, 1999) auch in Hinsicht auf ihr projiziertes Hilfebedürfnis infolge berufspolitischer und belastender Störfaktoren sehr vulnerabel. Tertiär- und sekundärprophylaktisch müssen die (süchtigen) Ärzte somit zunächst lernen, das Zusammenspiel von Helfersyndrom, Hilfebedürfnis und Hilfsangeboten anzunehmen, damit ein gesundes, differenziertes Stresscoping zu Gunsten einer stabilen Berufs- und Lebenszufriedenheit überhaupt möglich werden kann.

Angesichts der ärztlichen Arbeit wird bei einigen süchtigen Ärzten auf der Suche nach persönlich geeigneteren Aufgabenfeldern deutlich, dass der Druck und die psychisch-physische Belastung scheinbar so groß geworden sind, dass das alleinige Helfersyndrom diesen nicht mehr gewachsen ist und die Ärzte sich lieber nonkurativen Fachgebieten widmen würden. Die hier erkennbare und auch aktuell zu beobachtende ärztliche Berufsfeldverschiebung aus dem kurativen Bereich heraus könnte in Zukunft bei weiterer politischer Ignoranz dramatische Auswirkungen auf unsere Gesundheitsversorgung haben. Präventiv ist daher frühzeitig und individuell mit den Ärzten ein Stressmanagement in Hinsicht auf die Erhaltung eines ärztlichen Berufsbildes mit Idealen und menschenmöglichen Anforderungen zu erarbeiten. Um dem Arztberuf aus der Krise zu helfen, sind die indirekten Hilfescheie der süchtigen, am System erkrankten Ärzte ernstzunehmen, insbesondere wenn sie sich beruflich nun teilweise eher zu ganzheitlichen, psychotherapeutischen Fachgebieten zwecks Eigentherapie hingezogen fühlen in der verzweifelten Hoffnung und Suche nach ärztlicher Zufriedenheit. Es ist also nichts naheliegender, als die negativen Beweggründe der (süchtigen) Ärzte, die aus der man-

gelanden Bewältigung chronischer Stressoren resultieren, tertiär- bzw. besser sekundärprophylaktisch aufzufangen und die (angehenden) Ärzte von Anfang an berufsbegleitend in Richtung bewusster Wahrnehmung zu unterstützen, um berufliche, private und gesundheitliche Verzweiflungstaten oder Fehlentscheidungen aufgrund von Insuffizienzgefühlen, Überlastungen und sich entwickelnden Burnouts zu vermeiden und adäquat reagieren zu können. Im Mittelpunkt der Supervisionen sollten nicht nur zeitliche Freiräume stehen gemäß der Veränderungswünsche der süchtigen Ärzte sowie der hochsignifikanten Korrelation von den Auswirkungen des Lebensstils auf die Gesundheit und dem gesundheitlichen Wohlbefinden nach WHO (Jurkat, 2000), sondern vielmehr zu erlernende Fähigkeiten der Grenzziehung und introspektiven Pflege, um durch persönliche Weiterentwicklung und Zufriedenheit eine ausgeglichene Lebensweise erzielen zu können, die einer Vereinnahmung durch das Umfeld entgegensteuert.

Trotz der beachtlichen Berufsunzufriedenheit halten viele substanzabhängig gewordene Ärzte heute noch im weitesten Sinne an ihren einstigen Idealen fest, die sich mit zunehmender beruflicher Erfahrung auch in Anbetracht sozialer Erwünschtheit vom damaligen Altruismusmotiv hin zur heutigen optimalen Patientenversorgung bzw. vom Ideal des Sozialprestiges und Erfolges oder medizinischen Interesses hin zur Fachkompetenz und Anerkennung konkretisiert bzw. relativiert haben – nur ein Teil von ihnen hat eine nunmehr entidealisierte, realistische Einstellung -, womit deutlich wird, dass präventiv gerade beim (selbstprojizierten) Helfersyndrom und im neurotischen Persönlichkeitsverhalten der Ärzte angesetzt werden muss. In diesen Bereichen zeigen sich überdauernde, daher bedeutsame, doch oft unerfüllte, möglicherweise nicht menschenmögliche Träume und Erwartungen, die ohne die nötige professionelle Unterstützung im ständigen Drang nach Verwirklichung schnell zur Arbeitsunzufriedenheit in hochsignifikanter Korrelation mit emotionaler Erschöpfung (Winefield & Anstey, 1991; Jurkat et al., 1999), Verzweiflung und Resignation führen können. Um einem solchen beruflichen Ende süchtig gewordener Ärzte vorzubeugen, die gefangen in ihrer starren narzisstischen Identifikation als Arzt zudem weder ein befriedigendes Familienleben noch persönliche Zufriedenheit oder beruflichen Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand erreichen konnten, ist als erster wichtiger und schwieriger Schritt das Bewusstsein für das Hilfebedürfnis ärztlicher Helfer zu schaffen, was entgegen dem konventionellen Ärztebild und akademischen Gesundheitswissen gerade bei labilen, auf Souveränität und Selbstbestätigung hoffenden Ärzten (zunächst) paradox und anmaßend klingen wird. Es ist daher angezeigt, sekundärprophylaktische Maßnahmen bereits im Studium einzuführen, wenn sich die ärztliche Persönlichkeit zu entwickeln beginnt, gemäß der Süchtigen oftmals kritisch beeinflusst durch Arztidole aus

Bekanntenkreisen und Medien oder die familiäre Ärztetradition v.a. durch den dominanten Vater, die die ursprüngliche Motivation zum Arztberuf gaben. Nicht erst tertiärprophylaktisch bei Suchtkrankheit, sondern bereits im Studium sind reflexive Werkzeuge für Ausgeglichenheit und persönliche Stabilität zu vermitteln, die zufriedene Ärzte benötigen, um mit den aktuellen Belastungen, Anforderungen und Zielen adäquat umgehen und erstrebenswerte Ideale gemäß der Erfüllbarkeit vernünftig einschätzen zu können. Nur so kann der Arztberuf auf Dauer trotz erschwerender Berufspolitik seine Attraktivität und die Ärzte ihre Bewunderung behalten, die nicht mehr im Konflikt steht mit selbstzerstörerischen Erfolgscharakteristiken der Selbstaufopferung, Zwanghaftigkeit, Überarbeitung und Unterdrückung persönlicher Bedürfnisse mit Depressions-, Sucht- und Suizidrisiken.

Damit nicht wie bei den substanzabhängigen Ärzten initiale, emotionale Utopien eines (selbsttherapeutischen) Helfermotivs oder sogar nur eine zufällige, alternative Arztberufswahl ohne entsprechende Neigungen auf Dauer zur Berufsunzufriedenheit und Suchtgefährdung beitragen, weil Realität und Erwartungen oftmals weit divergieren und gerade labile Ärzte im Kampf um die Erfüllung eigener Ideale häufig erst zu spät in physisch-psychischen Erschöpfungs- und Krisensituationen (Wilkes, 1998) erwachen und ihr Hilfebedürfnis anerkennen, ist bereits im Studium eine auf Wahrnehmung, Stressmanagement und persönlichkeitsformen-dem Verhalten ausgelegte, psychohygienisch qualifizierte Vorbereitung auf den Arztberuf unumgänglich geworden wie sie im Universitätsklinikum Gießen und Marburg (Reimer & Jurkat, 2000; Jurkat et al., 2000) als Vorreiter praktiziert wird. Da von den nunmehr süchtigen Ärzten vorrangig Helfermotive und Fachinteressen als wichtigste wie auch als zweitwichtigste Gründe für den Entschluss zum Medizinstudium angegeben wurden und Existenzsicherheit und Sozialprestige als drittwichtigste, ist offensichtlich, dass insbesondere labile, suchtgefährdete Personen in der Medizin nach Hilfe, Gebrauchtwerden, Anerkennung und Erklärungen suchen und damit nicht zuletzt auch – man beachte die Rangfolge sozialer Erwünschtheit – nach Unabhängigkeit, Souveränität, Ansehen und starkem Selbstwertgefühl. Diese auf Unsicherheit beruhenden Motive und Neurosen sind zum Nutzen des Arztberufes, der (süchtigen) Ärzte und der Patientenversorgung ernstzunehmen und berufsbegleitend in externen Supervisionen kritisch zu thematisieren, um die ärztliche Berufung zukünftig zu erhalten, reflexive Fähigkeiten der Ärzte zu schulen und eine gesunde, ausgeglichene Lebensweise mit Berufszufriedenheit im Sinne ärztlicher Lebensqualität zu erzielen.

Lebenszufriedenheit, die der Lebensqualität sehr ähnelt, ist erwartungsgemäß bei den meisten substanzabhängigen Ärzten kaum vorhanden; nur wenige bejahen sie (Reimer & Jurkat, 2000). Um jedoch den beruflichen Anforderungen als Arzt gewachsen zu sein, ist ein privater

Ausgleich elementar wichtig. Auf dem Boden dieser Verzahnung von Arbeits-, Berufs-, Lebenszufriedenheit und Gesundheit sind sekundärprophylaktisch besser als erst in der Suchttherapie Lebensziele und Wege zu diskutieren, die bei den süchtigen Ärzten aufgrund jahrelanger konditionierter Vernachlässigung von Privatem bei rein beruflicher Identifikation heute wie auch rückblickend in die dysfunktionale, leistungsorientierte und nach Anerkennung strebende Kindheit vorrangig auf persönlich stabilisierender innerer und äußerer Ruhe mehr als bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) sowie einem glücklichen, Rückhalt gewährenden Privat- und Familienleben beruhen. So erschreckend wie nachvollziehbar ist, dass die verdrängenden, suchterkrankten Ärzte mehr als nicht-süchtige (Jurkat, 2000) eine familiäre Zufriedenheit häufig auf Kosten beruflicher Zufriedenheit nicht verwirklichen konnten, was die Dringlichkeit des Aspektes Lebenszufriedenheit im Kontext zur Arbeitszufriedenheit bei der Vorbereitung der Studenten auf den Arztberuf verdeutlicht. Nur durch geschulte Introspektion und Reflexion können unsichere Ärzte mit hohen Idealen den aktuellen Arbeits(zeit)belastungen und Erwartungen von Allzeit-Verfügbarkeit adäquat begegnen, indem sie das Lebensglück eines zufriedenen Privat- und Familienlebens, wie es die süchtigen Ärzte mehr als nicht-süchtige (Jurkat, 2000) mehrheitlich benennen und welches zum vollen Wohlbefinden und damit zum Vermeiden von Suchtentwicklungen beitragen könnte/ würde, nie aus den Augen verlieren.

Betrachtet man speziell den lebensqualitativen Aspekt der Partnerschaft, so werden bei den substanzabhängigen Ärzten gravierende Defizite und ein hoher Grad an Konflikten (Ziegler, 1992; Hall, 1988) deutlich, die auch quantitativ in der geringeren Häufigkeit von fester Partnerschaft bzw. Ehe und größerer Häufigkeit von Scheidung bzw. Leben in Trennung als bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) zum Ausdruck kommen. Die resultierende Instabilität der Lebenssituation bei gleichzeitig bestehender ärztlicher Berufsüberlastung beinhaltet ein hohes Krisen- und Suchtpotential, dieses zu reduzieren, die Kernaufgabe einer auf multidimensionale Lebensqualität ausgerichteten berufsvorbereitenden und permanent berufsbegleitenden Psychohygiene sein sollte. Da die Trennungsgedanken der süchtigen Ärzte sich oft aus diversen allgemeinen Auseinandersetzungen ergeben, die auf Kommunikations-, Persönlichkeits- und Suchtprobleme zurückzuführen sind, und die durchschnittliche Gesprächsdauer, die dem Partner gewidmet wird, insgesamt deutlich geringer ist als bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000), wird wieder deutlich, dass gerade die labilen, unsicheren Ärzte mit Drang zu rein beruflicher Identifikation, Selbstbestätigung, privater Unterordnung und ärztlicher Dominanz insbesondere bei unglücklicher Partnerschaft ohne professionelle Unterstützung an einem gesunden Einklang von Beruf und Privatleben zu scheitern drohen. Duale Ärztepartnerschaften, die bei

süchtigen wie nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) gleichermaßen sehr häufig zu beobachten sind, nehmen hierauf trotz doppelt erschwerender beruflicher Rahmenbedingungen bei aber möglicherweise größerem gegenseitigem Verständnis keinen suchtv Verstärkenden Einfluss, bestätigen jedoch die starke berufliche Fixierung der Ärzte, die das Hauptproblem für sekundär- bzw. tertiärprophylaktische, auf divergente Lebensansichten ausgerichtete Maßnahmen darstellt. So unternehmen die süchtigen Ärzte auch nur gelegentliche und zeitlich ins Berufsleben eingeplante Reisen, Besuche oder Ausflüge mit dem Partner, was eher den Anschein einer partnerschaftlichen Verpflichtung und Distanz anstatt einer wohlfühlenden Zweisamkeit trägt, deren Mangel auch in einer deutlichen Abnahme des partnerschaftlichen Sexualverhaltens und dem inneren Wunsch nach Zunahme im Sinne eines zufriedenen Privat- und Familienlebens zum Ausdruck kommt. Der Fokus präventiver Bestrebungen ist somit auf einen gesunden Ausgleich von Beruf und Privatleben zu richten, wobei die Schwierigkeit darin besteht, dass die Ärzte ihr praktiziertes Wissen um gesundheitliches Wohlbefinden von nun an entgegen ihrem Helfersyndrom auch auf sich selbst anwenden sollten, was eine langwierige und daher möglichst frühzeitige Schulung sensibler persönlicher Wahrnehmungsfähigkeit erfordert, so dass wie bei den stark identifizierten, suchterkrankten Ärzten die inneren Wünsche nach mehr Zeit für Privat- und Familienleben, mehr Intensität und Gemeinsamkeiten in der Partnerschaft und mehr Zeit und Energie für Hobbies im Berufsstress überhaupt realisiert und gesundheitsfördernd, erholsam und resozialisierend umgesetzt werden können.

Die substanzabhängig gewordenen Ärzte behandeln ihr Privatleben vor der Therapie sehr defizitär mit vielen Auffälligkeiten im Freizeitverhalten. Überraschenderweise scheint der Sport zwar ihr größtes Hobby zu sein, jedoch bleibt die Regelmäßigkeit im Gegensatz zu nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) eher aus, was auch durch die weniger häufig getroffene Wahl von frequentierten Ballsportarten mit Partner oder in der Mannschaft im Vergleich zu nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) zum Ausdruck kommt und was die Unfähigkeit der labilen, süchtigen Ärzte verdeutlicht, ihre Wünsche und Bedürfnisse stringent in die Tat umzusetzen und ihr Wohlbefinden und ihre Teilnahme am Sozialleben regelmäßig zu fördern anstatt unausgeglichen an täglichen Belastungen zu zerbrechen. Zum Nutzen von Ärzten und Patienten können hier psychohygienische Unterstützungen in Hinsicht auf physisch, kognitiv, mental und psychisch ausgleichende, offensichtlich beliebte sportliche Betätigungen sehr hilfreich sein. Dass die süchtigen Ärzte auf der einen Seite in ihrer Freizeit am liebsten auf passive Weise relaxen, auf der anderen Seite jedoch gerade diese Passivität aufgrund schlechter Freizeitausnutzung beklagen, zeigt, wie groß ihre Erschöpfung bzw. ihr Burnout und ihr blockierter Drang bzw. ihre Unzufriedenheit hinsichtlich unerfüllter Sehnsüchte ist. Dieser sich infolge hoher berufli-

cher Ideale und zwanghafter beruflicher Kompensationen zuspitzende, nicht regenerierende und nicht stressbewältigende Lebensstil, der durch deutlich häufigere anspannungs- und stressbedingte Schlafstörungen als bei nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) gekennzeichnet ist und hohe Depressions- und Suchtpotentiale birgt, gilt es, früh sekundärprophylaktisch durch Supervisionen zu durchbrechen, um auf die Wichtigkeit eines gesunden Ausgleichs von Beruf- und Privatleben gerade bei ärztlichen, auf Leistung fixierten, labilen Persönlichkeiten aufmerksam zu machen. Gefährdete, labile Ärzte werden diese Hilfe nach einem Prozess der Abwehr auf Dauer dankbar annehmen, da sie sich durch das Ansprechen ihrer Bedürfnisse, Unsicherheiten und Psychodynamiken erleichtert und verstanden fühlen werden.

Die Akzeptanz und der Nutzen präventiver Maßnahmen für Ärzte wird insbesondere bei den in Therapie befindlichen suchterkrankten in der Weise deutlich, dass sie - wenn auch nun leider erst tertiärprophylaktisch – die Relevanz notwendiger Veränderungen gerade im Privatleben erkennen. Mehr Freizeit, eine intensivere Ausnutzung eben dieser und regelmäßige Kontakte zu Partner, Familie und Mitmenschen sind vorrangige Veränderungsaspekte der süchtigen Ärzte, die eine Abkehr von der beruflichen Dominanz und eine Entwicklung neuer, gesunder Lebensinhalte und Lebensenergien mit dem Ziel der inneren Zufriedenheit und Resozialisierung signalisieren. Gerade im zwischenmenschlichen Bereich kommt der bisher infolge Berufsstress und Suchterkrankung verdrängte Wunsch nach einem größeren bzw. überhaupt erst existenten, zuverlässigen, intensiven und persönlichen, nicht mehr nur oberflächlichen, beruflich orientierten Freundeskreis auf, der im Rahmen der Stressprophylaxe und Problembewältigung soziale Sicherheits- und Selbstwertgefühle vermitteln und hinsichtlich des Abstinenzverhaltens als wertvolle Stütze dienen kann. Doch nur mit berufsbegleitender psychohygienischer Unterstützung sind auch die introvertierten, isoliert lebenden und arbeitenden, vulnerablen und suchtgefährdeten, berufsidentifizierten ärztlichen Persönlichkeiten erfolgreich in Richtung Wohlbefinden zu lenken mit dem Ziel, ihre Ängste abzubauen, die Belastbarkeit zu steigern, die Abstinenz zu festigen und die Lebensqualität zu fördern.

Aus der Betrachtung der Häufigkeiten und Inhalte der Kategorien im Bereich Lebens(un)zufriedenheit heraus, die im Vergleich zu nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000; Reimer et al., 2001) neben dem Aspekt Gesundheit hochsignifikante Unterschiede aufweist, wird eben diese maßgeblich beeinflusst durch unreflektierte berufliche Identifikationen und grenzenlosen Berufsidealismus, wodurch das ärztliche Ich zwar primär bzw. kompensatorisch bestätigt, doch infolge Arbeits(zeit)überlastung und psychosozialen Burnouts letztlich privat und persönlich zerstört wird. Der durch ärztlich konditionierte Dominanz zu verantwortende Zeitmangel führt unweigerlich in körperlich und emotional distanzierte Partnerschaftskrisen

bis hin zu globalen Lebenskrisen, welche sich durch ein insuffizientes Suchtverhalten noch verstärken. Dysphorie, Depressionen, Ängste, Schlafstörungen und Suchterkrankungen, die zusätzlich zu den arbeitspolitischen Belastungen die Leistungsfähigkeit mindern und die Einsamkeit und gesundheitliche Gefährdung erhöhen, bestimmen das negative Freizeiterleben und die Regenerationsunfähigkeit. Daher sei vorbeugend auf das rechtzeitig zu erlernende und begleitende psychohygienische Stresscoping hingewiesen, das hilft, die ärztliche Lebenszufriedenheit zu erhalten und auch zu präsentieren. Die nun erst tertiärprophylaktischen, lebensqualitätssteigernden Bemühungen der substanzabhängigen Ärzte um Selbstwahrnehmung, Gesundheit, Wohlbefinden, Hobbies und Kontaktpflege sollten allen angehenden Ärzten bereits frühzeitig im Sinne einer ärztlich konformen Lebens- und Berufseinstellung vermittelt werden.

Erwartungsgemäß weist auch der Aspekt **Gesundheit** hochsignifikante Unterschiede zwischen süchtigen und nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000; Reimer et al., 2001) auf. Dass sich die im Vergleich zu nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000; Reimer & Jurkat, 2000; Jurkat & Reimer, 2001b) überdurchschnittliche und weit überwiegende Mehrheit der suchterkrankten Ärzte durch ihren Lebensstil gesundheitlich beeinträchtigt bis stark beeinträchtigt sieht, ist ein alarmierendes Zeichen dafür, dass sich der beruflich dominierende und gestresste Lebenswandel gerade bei den labilen, suchtgefährdeten Ärzten so erheblich auf die Gesundheit niederschlägt, dass die ursächlichen Probleme im Berufs- und Privatleben geradezu überlagert und verschleiert werden. Im Gegensatz zu den nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) fühlen sich die süchtigen demnach vielmehr durch Alkohol- und Medikamentenkonsum, Mangel an sportlich aktivem Ausgleich, Nikotin- und Coffeinkonsum, ungesundes Essverhalten sowie Ängste und Sorgen in ihrer Gesundheit (stark) beeinträchtigt als durch die vielmehr von den nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) genannten, unmittelbar beruflichen Folgen wie Distress und Zeitdruck, übermäßige Arbeitsbelastung, Freizeit- und Erholungsmangel, häufige und unregelmäßige Dienste, Schlafdefizit oder Probleme und Stress im Privatleben. Infolge des Burnouts und der anfänglichen Therapiesituation scheinen die suchterkrankten Ärzte ihre Wahrnehmung nur noch zu zentralisieren und die Schuld für den gesundheitsbeeinträchtigenden Lebensstil eher dem eigenen Unvermögen zuzuweisen als durch die Erkenntnis beruflicher und privater kräftezehrender Überlastungen die Voraussetzung für ein erfolgreiches Stress- und Ich-Management zu schaffen. Es ist daher elementar wichtig, die angehenden und praktizierenden Ärzte – insbesondere die suchtgefährdeten – nicht nur frühzeitig, sondern auch berufsbegleitend psychohygienisch zu unterstützen und ihnen die möglichen lebensqualitativen Gefahrenquellen aufzuzeigen (Jurkat, 2008), damit sie durch das Erlernen von Refle-

xion (und Abstinenz) nicht nur die gesundheitlichen Beeinträchtigungen rechtzeitig wahrnehmen, sondern auch die Ursachen erkennen und langfristig mit einem gesunden, adäquaten Stresscoping reagieren können.

Mit der Analyse des größten gesundheitsbeeinträchtigenden Faktors, den die Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit bei den substanzabhängigen Ärzten darstellt, ist erwartungsgemäß bezogen auf die wissenschaftliche Literatur (Alpern et al., 1992; Brooke, 1997; Dilling & Reimer, 1995; Gathmann & Semrau-Lininger, 1996; Hüllinghorst et al., 2003; Hughes et al., 1992; Leesemann, 1995; Lindemeyer, 1999; Loevenich et al., 1996; Mäulen et al., 1995; Reimer & Jurkat, 2000; Siegmund-Schultze, 1999; Wittchen et al., 1992) auch ein klares Übergewicht hinsichtlich reiner Alkoholabhängigkeit (56,4%) erkennbar, wobei der Anteil der reinen Medikamentenabhängigkeit (14,3%) auch von dem der kombinierten Abhängigkeit (26,3%) übertroffen wird. Die suchtkranken Ärzte sind somit wie auch andere Gruppen in erster Linie alkoholabhängig trotz des leichteren Medikamentenzugriffs bei allerdings größerem fachlichen Wissen um medikamentöse Wirkungen und möglicherweise größerer diesbezüglicher Hemmungen. Der Alkohol ist damit auch in Ärztekreisen das psychotrope, nicht-medikamentöse und gesellschaftlich akzeptierte Mittel der ersten Wahl, bei dem der Übergang von Konsum zu Abusus und Sucht so fließend ist, insbesondere noch verschleiert durch das ärztliche, eigentherapeutische Wissen, dass die Lebensqualität der Ärzte vor dem Hintergrund berufspolitischer Mehrbelastungen und hoher psychosomatischer, krisenhafter Suchtgefährdungen infolge Burnout nicht zu schützen ist ohne eine ständige, auf ärztliche Anforderungen spezifizierte Psychohygiene. Der höhere Anteil an alkoholabhängigen Ärzten kann auch bedingt sein durch die leichtere Identifizierung von Alkoholismus als von Drogenabhängigkeit, was umso mehr die Notwendigkeit von frühzeitigen sowie dauerhaften, intervenierenden Präventionen unterstreicht. Dass sich mehr alkoholabhängige Ärztinnen (61,1%) als Ärzte (55,2%) und entsprechend weniger medikamentenabhängige Ärztinnen (8,3%) als Ärzte (15,6%) sowie nahezu gleich viele kombiniert abhängige Ärztinnen (25,0%) und Ärzte (27,1%) in der Suchttherapie befinden, verhält sich zwar entgegen der wissenschaftlichen Literatur (Amodei et al., 1996; Batra & Buchkremer, 2001; Dilling & Reimer, 1995; Hüllinghorst et al., 2003; Lindemeyer, 1999; Nadelson, 1998; Siegmund-Schultze, 1999; Wittchen et al., 1992), kann aber einerseits im Zusammenhang stehen mit der leichteren Alkoholismusedifizierung in Verbindung mit einem größeren weiblichen Gesundheitsbewusstsein oder behandlungswilligen Leidensdruck und andererseits mit der sehr lange verdeckten Medikamentenabhängigkeit, die noch erschwert wird durch die häusliche Unabkömmlichkeit der Frau bzw. die letztendlich durch das Fürsorgebewusstsein der (Ehe)Partnerin eher aufgedeckt

wird als durch den (Ehe)Partner. Die sekundär- bzw. tertiärprophylaktischen Maßnahmen sind daher nicht nur auf den Beruf, sondern auch auf die Gesundheit, das Privatleben und Sozialgefüge der Ärztinnen und Ärzte zu richten.

Da der Nikotinabusus bei der Suchtprophylaxe/-therapie oft noch nicht als zusätzlicher suchstverstärkender und abstinenzerschwerender Faktor erkannt und mitbehandelt wird (Mäulen, 1998), sind bei der ärztlichen Psychohygiene bezüglich der überdurchschnittlich häufigen Suchtmittel wie Alkohol und Medikamente (Reimer & Jurkat, 2000; Hughes et al., 1992) die eher unterdurchschnittlich häufigen, dennoch relevanten Suchtmittel wie Nikotin und illegale Drogen oder auch psychische Störungen (bislang) ohne Substanzabhängigkeit nicht zu unterschätzen. Dass die rauchenden, suchtkranken Ärzte ausschließlich etwas häufiger (29,8%) kombiniert alkohol- und medikamentenabhängig sind als die nicht-rauchenden (20,4%), verdeutlicht den Zusammenhang von Nikotin- und anderem ungehemmten, multiplen Suchtmittelkonsum und die Gefahr der Polytoxikomanie und krisenhaften Entgleisung suchtgefährdeter Ärzte, die rechtzeitige Hilfe benötigen, um den Teufelskreis der kognitiven Dissonanz von ärztlichem, gesundheitsbewussten Verhalten und irrationaler, emotionaler und unbewusster Suchterkrankung wahrzunehmen und zu unterbrechen. Die substanzabhängigen Ärzte rauchen nicht nur etwas häufiger als die Ärztinnen, sondern konsumieren auch durchschnittlich bedeutend mehr Nikotin, möglicherweise auch stärker und abhängiger als andere Raucher (Batra & Buchkremer, 2001), was die Relevanz einer frühzeitig erlernten und berufsbegleitend unterstützten, adäquaten Stressbewältigung im multidimensionalen Rahmen unterstreicht. Suchtprotektiv, allein bezogen auf den zusätzlichen Nikotinabusus, wirkt somit eher das weibliche Geschlecht, was wiederum durch eine gesundheitsbewusstere Lebensweise oder stärkere geschlechtstypische Dosiswirkung erklärt werden kann.

Generell bestätigt sich die Tatsache, dass die **Lebensqualität der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte** erschreckend gering ist. Im Vergleich zu nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000; Reimer et al., 2001; Jurkat, 2008) ergeben sich besonders in den privaten Bereichen Gesundheit und Lebenszufriedenheit hochsignifikante Unterschiede, während das Berufsleben bezüglich Arbeitszufriedenheit und Berufswahl zwar weniger, aber noch deutlich beschwerlich erscheint. Somit gelten die Variablen Lebenszufriedenheit, Nikotinkonsum, Schlafstörungen, Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum, gesundheitliche Auswirkungen des Lebensstils und Depressionen, die hochsignifikant zwischen substanzabhängigen und nicht-süchtigen Ärzten (Jurkat, 2000) trennen, als Prädiktoren für Sucht. Alle suchtkranken Mediziner befinden sich demnach - egal ob mit idealistisch-narzisstischer, eher realistischer oder sogar bereits desillusionierter Berufseinstellung - aufgrund unmenschlichen beruflichen Distresses mit

einhergehender Enttäuschung in einer tief frustrierten, psychiatrischen Krise. Das paradoxe Bild einer vorgehaltenen Arbeitszufriedenheit mit beruflicher Leistungs- und Ich-Stärke bei ausgesprochenem Unwohlsein entspricht durchaus dem ständigen inneren Kampf ihres Helfersyndroms und Idealismus gegen die beruflich, finanziell und gesellschaftlich empfundene Erfolglosigkeit infolge Fehleinschätzung. Diese Gefühle des Zwanges und der Entmündigung führen auf Dauer besonders bei vulnerablen Persönlichkeiten, die sich aus projiziertem Hilfebedürfnis und Selbstbestätigungstrieben heraus häufig dem Arztberuf widmen, zum psychischen mehr als physischen Burnout und damit zur Sucht- und Suizidgefahr. Unabhängig von dem Wunsch nach zumutbarer Arbeits(zeit)belastung und adäquatem Profit hilft frühzeitige Psychohygiene effizienter als erst akute Suchttherapie, die Lebensqualität in physisch-psychischer, privater und beruflicher Hinsicht zu stabilisieren, indem Belastungen, Anforderungen und Ziele zeitnah behandelt werden. Doch nun leider erst tertiär- anstatt sekundärprophylaktisch wird den suchtkranken Ärzten diese Einsicht in ein gesundes egozentrisches, introspektiv-reflexives und reelles Ich-Management für ein erfolgreiches Stresscoping und eine zufriedene ausgeglichene Lebensweise zuteil. Die gerade bei Ärzten vermutete Lebenszufriedenheit im Sinne von Lebensqualität ist besonders bei suchtkranken äußerst gering, weshalb diese ihr Bewusstsein nun auf balancebetonte neue Lebensziele richten wie Selbstwahrnehmung, Gesundheit und Wohlbefinden sowie den Kindheitstraum eines intakten, Rückhalt gewährenden Privat- und Familienlebens. Das oft aus einer psychiatrisch dysfunktionalen Familie heraus konditionierte, beruflich identifizierte Anerkennungsstreben kann mit ärztlichen Sozialprestigemotiven nur in einen sympathikotonen, belastenden Lebensstil führen, der die Gefahr der Unsicherheit, Angst, Depression, Schlafstörung, Sucht und Lebensunzufriedenheit birgt. Die Krise der privaten und beruflichen Zusammenhanglosigkeit wird verstärkt durch die Isolation und eine konfliktreiche, disharmonische Partnerschaft, die gekennzeichnet ist durch körperliche und emotionale Distanz und Fremde sowie reaktiven Zeitmangel und insuffizientes Suchtverhalten. Auf dem Boden ärztlicher Dominanz und privater Unterordnung entstehen gestörte zwischenmenschliche Interaktionen mit der Tendenz eines psychosozialen Burnouts und abnehmender Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Ohne Psychohygiene gewinnt der Prozess rasante Eigendynamik, wobei die Freizeit schlecht ausgenutzt, passiv, dysphorisch und einsam in den Circulus vitiosus der Erschöpfung, Sucht und Selbstzerstörung führt, anstatt quantitativ und qualitativ mit der nötigen Suchtakzeptanz gesund, erholsam, aktiv, resozialisierend und perspektivisch zu wirken. Es kann somit aus der beschriebenen Literatur und der qualitativen Untersuchung der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte eine neue Hypothese dahingehend abgeleitet werden, dass eine frühzeitig und berufsbegleitend erlernte, ärz-

tliche Selbstdisziplin im Rahmen von Psychohygiene und Sekundärprävention die Suchtgefährdung deutlich reduzieren kann.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Der *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat), den 142 substanzabhängige Ärztinnen und Ärzte während ihrer Suchttherapie in den Oberbergkliniken ausgefüllt haben, beinhaltet Variablen (s. S. 23 und S. 110), die als Prädiktoren für Suchtverhalten bzw. Suchtgefahr mit zum Teil hochsignifikanten Ergebnissen (Jurkat, 2000) eingesetzt werden können. Dabei ist die Lebensqualität der substanzabhängigen Ärzte in den Bereichen *Gesundheit* und *Lebenszufriedenheit* im Vergleich zu nicht-süchtigen (Jurkat, 2000) noch weitaus stärker reduziert als in den Bereichen *Arbeitszufriedenheit* und *Berufswahl*. Nur wenige sind außerordentlich zufrieden mit ihrem Leben, während die meisten noch große Unzufriedenheit äußern. Völlig unreflektiert mit beruflicher Identifikation dominiert die *Arbeitszufriedenheit* vor der *Lebenszufriedenheit*. Diese Zusammenhanglosigkeit führt in die Isolation, Unruhe und Sucht, und ihre Partnerschaft leidet nicht nur berufsbedingt, sondern auch aufgrund insuffizienten, introvertierten Suchtverhaltens bei unterdurchschnittlicher Scheidungsrate unter Disharmonie, Zeitmangel und fehlenden Interaktionsfähigkeiten sowie körperlicher und emotionaler Distanz und Fremde. Ausgebrannt schließt sich der Teufelskreis der Sucht, der die eigene Person und das Privatleben eigendynamisch zerstört. Da diese Krise eigenmächtig kaum bewältigt werden kann, ergeben sich hieraus präventive Überlegungen hinsichtlich eines frühzeitigen, berufsbegleitenden Stresscopings in Form multidimensionaler Psychohygiene, die das Wohlbefinden durch Erlernen von Psychoexploration und Bahnen eines beispielhaften Lebensweges neben der Einstellungsfrage zu Beruf und Freizeit sichert. Das neue Lebensbewusstsein der süchtigen Ärzte sollte Moral jeder ärztlich konformen Lebens- und Berufseinstellung sein, das mit dem Ziel »back to basics« die hohen Ideale zeitnah anpasst und die Selbstwahrnehmung, Psychodynamik und Distanzfähigkeit entgegen der selbst maskierenden beruflichen Wiedererkennung fördert. Dies erfordert nicht nur Suchtakzeptanz, sondern auch einen völlig divergenten Denkansatz.

Vulnerable Persönlichkeiten scheinen in der Medizin ein Kernproblem bei der Stressbewältigung darzustellen, womit die Sekundärprophylaxe ärztlicher Fehleinschätzung sehr bedeutend wird. Anstatt infolge einer auf Erfolg, Ehrgeiz, Vereinnahmung und altruistischer Selbstaufopferung basierenden, zwanghaften, begrenzt erfüllenden Berufung überarbeitet zu resignieren und sich zermürbenden Restgefühlen einer einst idealistischen Berufung bewusst zu werden, schaffen sich die süchtigen Ärzte nunmehr zeitliche Freiräume für positive Gefühle und Ideen, die zu einer persönlichen Entwicklung, ausgeglichenen Lebensweise, einem neuen beruflichen Enthusiasmus und einer verbesserten Attraktivität des Arztberufes beitragen.

8 SUMMARY

The *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* (Reimer & Jurkat) that 142 substance-dependent physicians completed during their addiction therapy at the Oberberg Clinics includes variables (cf. p. 23 and p. 110) which may be applied as predictors for addictive behaviour or risk of addiction with to some extent highly significant results (Jurkat, 2000). In the process, the quality of life of the addicted physicians in the areas of *health* and *life satisfaction* in comparison with the non-addicted (Jurkat, 2000) is very much less than in the areas of *work satisfaction* and *choice of occupation*. Only a few are extremely satisfied with their lives whereas most still express great dissatisfaction. With no consideration whatsoever of professional identification, *work satisfaction* predominates over *life satisfaction*. This lack of coherence leads to isolation, anxiety and addiction and their partnership suffers not only for professional reasons but also due to insufficient, introvert addiction behaviour, with a below-average rate of divorce from disharmony, lack of time and absent interactive skills as well as from physical and emotional distance and alienation. The vicious circle of addiction burns itself out, destroying through self-reinforcement the subject's own persona and personal life. Since this crisis can scarcely be overcome alone, preventive considerations of how to cope with stress at work emerge in the form of multidimensional psycho-hygiene, which ensures a sense of well-being by learning psycho-exploration and the way to an exemplary life in addition to the issue of attitudes to work and leisure time. The new life awareness of addicted physicians should be the ethic of every medically conforming attitude towards life and profession, which adjusts the current high ideals to the aim of getting "*back to basics*" and promotes self-perception, psychodynamics and the ability to distance oneself against self-masking professional recognition. This not only requires acceptance of the addiction but also a completely divergent approach.

Vulnerable personalities appear to be a core problem in medicine where stress management is concerned, whereby secondary prophylaxis of medical error in judgment becomes very important. Instead of resigning and becoming aware of demoralising residual sentiments about a once idealistic vocation as a result of an obsessive vocation based on success, ambition, engrossment and altruistic self-sacrifice of limited fulfilment, addicted physicians are now creating free spaces in time for positive feelings and ideas that contribute to personal development, a balanced lifestyle, renewed professional enthusiasm and an improved appeal of the medical profession.

9 LITERATURVERZEICHNIS

- a'Brook, M.F., Hailstone, J.D. & McLauchlan, I.E.J. (1967). Psychiatric illness in the medical profession. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1013-1023.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1997). Sport in der Primärprävention: Langfristige Auswirkungen auf psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 91-108.
- Alpern, F., Correnti, C.E., Dolan, T.E., Llufrío, M.C. & Sill, A. (1992). A survey of recovering Maryland physicians. *Maryland Medical Journal*, 41 (4), 301-303.
- AMA (1973). American Medical Association Council on Mental Health: The sick physician. *Journal of the American Medical Association*, 223, 684-687.
- Amodei, N., Williams, J.F., Seale, J.P. & Alvarado, M.L. (1996). Gender differences in medical presentation and detection of patients with a history of alcohol abuse or dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 15 (1), 19-31.
- 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 psychiatrica Scandinavica*, 75, 139-143.
- Baier, T. (1998). Der Doktor als Problempatient. *Süddeutsche Zeitung*, 04.08.1998 (177).
- Baldwin, P.J., Dodd, M. & Wrate, R.W. (1997). Young doctors' health – II. Health and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 45, 41-44.
- Bardé, B. (1987). Psycho- und soziodynamische Aspekte von Stresssituationen in der Klinik. *Wege zum Menschen*, 39 (8), 483-503.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (2001). Beziehung von Alkoholismus, Drogen- und Tabakkonsum. *Deutsches Ärzteblatt*, 98 (40), A-2590-2593.

- Beiser, C. & Roberts, J. (1994). Medical marriages (editorial). *British Medical Journal*, 309 (6970), 1673.
- Bener, A., Gomes, J. & Anderson, J.A.D. (1993). Smoking habits among physicians in two Gulf Countries. *Journal of the Royal Society of Health*, 113 (6), 298-301.
- Bergner, T. (2004). Burn-out bei Ärzten. Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*, 101, A-2232-2234.
- Blachly, P.H., Disher, W. & Roduner, G. (1968). Suicide by physicians. *Bull Suicidol*, 1-18.
- Black, D. (1992). When physicians commit suicide. *Iowa Medicine*, 2, 58-62.
- Blondell, R.D. (1993). Impaired Physicians. *Primary Care*, 20 (1), 209-219.
- Bohigian, G.M., Croughan, J.L. & Sanders, K. (1994). Substance abuse and dependence in physicians: An overview of the effects of alcohol and drug abuse. *Missouri Medicine*, 91 (5), 233-239.
- Brooke, D. (1995). The addicted Doctor – Caring Professionals? *British Journal of Psychiatry*, 166, 149-153.
- Brooke, D. (1997). Impairment in the medical and legal professions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 27-34.
- 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.
- Bullinger, M. (1991). Quality of life: definition, conceptualization and implications – a methodologist's view. *Theoretical Surgery*, 6, 143-148.
- Bullinger, M. & Hasford, J. (1991). Evaluating Quality-of-Life measures for clinical trials in Germany. *Controlled Clinical Trials*, 12, 91-105.

- Bullinger, M., Kirchberger, I. & Ware, J. (1995). Der Deutsche SF-36 Health Survey. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 1, 21-36.
- Bullinger, M. & Pöppel, E. (1988). Lebensqualität in der Medizin: Schlagwort oder Forschungsansatz. *Deutsches Ärzteblatt*, 85, B-504-505.
- Cadman, M. & Bell, J. (1998). Doctors detected self-administering opioids in New South Wales, 1985-1994: characteristics and outcomes. *Medical Journal of Australia*, 169, 419-421.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 3. Aufl.. Bern: Huber.
- Dilling, H. & Reimer, C. (1995). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Endres, A. (2000). Alkoholranke Ärzte: Die Existenz steht auf dem Spiel. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (1-2), A-28.
- Fayne, M. & Silvan, M. (1999). Treatment issues in the group psychotherapy of addicted physicians. *Psychiatric Quarterly*, 70 (2), 123-135.
- Fengler, J. (1992). Helfende Berufe – Umgang mit Medikamenten und Medikamentenabhängigen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Medikamentenabhängigkeit* (S.202-207). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Fengler, J. (1994). *Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen*. München: Pfeiffer.
- Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal*, 292, 1177-1180.
- Füessl, H.S. (1999). Weißer Kittel ohne Flecken. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 23, 6-8.

- Gabbard, G.B., Menninger, M.D. & Coyne, L. (1987). Sources of conflict in the medical marriage. *American Journal of Psychiatry*, 144, 567-572.
- Gathmann, P. & Semrau-Lininger, C. (1996). *Der verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilberufes*. München: Kösel.
- Gottschaldt, M., Stärk, C. & Stetter, F. (1997). *Therapiekonzept der Oberbergkliniken für Psychosomatische Medizin, Neurologie, Innere Medizin*. Klinische Betriebsgesellschaft Oberberg.
- Green, R.C., Carroll, G.J. & Buxton, W.D. (1976). Drug addiction amongst physicians. *Jama*, 236, 1372.
- Hall, A. (1988). A medical marriage: no bed of roses. *British Medical Journal*, 296, 152-153.
- Hawthorne, G., Richardson, J. & Osborne, R. (1999). The Assessment of Quality of Life (AQoL) instrument: a psychometric measure of Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 8, 209-224.
- Hüllinghorst, R., Kaldewei, D., Lindemann, F. & Merfert-Diete, C. (2003). *Jahrbuch Sucht 2003. Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.*. Geesthacht: Neuland.
- Hughes, P.H., Brandenburg, N., Baldwin, D.C., Storr, C.L., Williams, K.M., Anthony, J.C. & Sheehan, D.V. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *Jama*, 267 (17), 2333-2339.
- Hyde, G.L. & Wolf, J. (1995). Alcohol and drug use by surgery residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 181 (1), 1-5.
- Jung, C.G. (1969). *Seelenprobleme der Gegenwart, Mit einem Beitrag von Dr. med. W.M. Kranefeldt*, 6., rev. Aufl.. Zürich und Stuttgart: Rascher.

- Jurkat, H.B. (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit*. Humanbiologische Dissertation, Justus-Liebig-Universität, Gießen.
- Jurkat, H.B. (2008). Lebensqualität bei Ärztinnen und Ärzten. Erfahrungen aus der empirischen Forschung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 14-16.
- Jurkat, H.B., Raskin, K. & Cramer, M. (2006). German medical hierarchy: the ladder to quality of life? *The Lancet*, 368, 985-986.
- Jurkat, H. & Reimer, C. (1995). Zur Problematik der Lebensqualität von Ärztinnen/ Ärzten. In C. Brown & C. Reimer (Hrsg.), *Psychohygiene im Krankenhaus - Belastungen bei Pflegenden und Medizinern* (S.89-109). Gießen: Focus.
- Jurkat, H. & Reimer, C. (1998). Buchbesprechung: Der verwundete Arzt – Ein Psychogramm des Heilberufes. *Psychotherapeut*, 2, 138-139.
- Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2001a). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1745-1750.
- Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2001b). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1739-1744.
- Jurkat, H.B., Reimer, C. & Plewnia, C.G. (1999). Arztideal und der ideale Arzt. Ärztliche Wunsch- und Leitbilder in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. *Der Allgemeinarzt*, 11, 969-972.
- Jurkat, H., Reimer, C. & Schröder, K. (2000). Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 5, 215-221.
- 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., Weimann, S. & Reimer, C. (1997). Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten. *Der Internist*, 4, 381-386.
- Kawakami, M., Nakamura, S., Fumimoto, H., Takizawa, J. & Baba, M. (1997). Relation between smoking status of physicians and their enthusiasm to offer smoking cessation advice. *Internal Medicine*, 36, 162-165.
- König, F. (2001). Suizidalität bei Ärzten. Kein Tabuthema mehr? *Deutsches Ärzteblatt*, 98, C-2447-2448.
- Korzilius, H. (2003). Berufsreport Ärzte 2003. Reformpolitik stößt auf breite Skepsis. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (21), C 1102-1104.
- Langegger, F. (1983). *Doktor, Tod und Teufel. Vom Wahnsinn und von der Psychiatrie in einer vernünftigen Welt*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leesemann, S. (1995). Suchtkrankheiten bei Ärztinnen und Ärzten – Berufsstress und hohe Drogenakzeptanz. *Deutsches Ärzteblatt*, 92, C-2080-2083.
- 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*, 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*, 89 (2), 62-67.
- Lewis, J.M., Barnhart, F.D., Nace, E.P., Carson, D.I. & Howard, B.L. (1993c). Marital satisfaction in the lives of physicians. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (4), 458-465.
- Lindeman, S., Läärä, E., Hakko, H. & Lönnqvist, J. (1996). A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. *British Journal of Psychiatry*, 168, 274-279.
- Lindemeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Lischka, K. (2000). *Eine Line zum Menschenpark*. Hannover: Heise.

- Loevenich, A., Schmidt, R. & Schifferdecker, M. (1996). Ärzte als Patienten – zur Problematik des psychisch kranken Arztes. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 64, 344-352.
- Mäulen, B. (1998). Besondere Lebensumstände, Medizinisches Personal, Ärzte und Ärztinnen. In *Moderne Suchtmedizin* (Kap. B7.4.3.1). Gölz.
- Mäulen, B., Gottschaldt, M. & Damm, K. (1995). Hilfsmöglichkeiten für abhängige Ärzte – Unterstützung durch die Ärztekammern. *Deutsches Ärzteblatt*, 47, C-2083-2084.
- Maslach, G. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Morrison, J. & Wickersham, P. (1998). Physicians disciplined by a State Medical Board. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1889-1893.
- Müller-Jung, J. (2003). Ende der Ausschweifungen. Die grenzenlose Gesundheit war einmal, jetzt kommen Normen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 01.10.2003.
- Mundle, G., Jurkat, H.B., Reimer, C., Beelmann, K., Kaufmann, M. & Cimander, K.F. (2007). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten. Strategien der Prävention und Therapie. *Psychotherapeut*, 4, 273-279.
- Myers, M.F. (1997). Treatment of the mentally ill physician. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42 (Suppl. 6).
- Nadelson, C.C. (1998). Gender and Health Policy. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 340-343.
- Paris, R.T. & Canavan, D.I. (1999). Physician substance abuse impairment: Anesthesiologists vs. other specialties. *Journal of Addictive Diseases*, 18 (1), 1-7.
- Pepper, T.H. (1982). Physician Burn-Out: Avoiding Being Your Own Worst Arsonist. *The West Virginia Medical Journal*, 78 (8), 184-186.

- Peseschkian, N., Deidenbach, H. & Hofmann, I. (1988). Psychohygiene des Arztes. Vier Dimensionen der Arzt-Patient-Beziehung. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 130 (11), 191-195.
- Polyzos, A., Gennatas, C., Veslemes, M., Daskalopoulou, E., Stamatiadis, D. & Katsilambros, N. (1995). The Smoking-cessation Promotion Practices of physician smokers in Greece. *Journal of Cancer Education*, 10, 78-81.
- Porzsolt, F. (1996). Messung von Lebensqualität. Wie und wozu Sie das Wohlbefinden Ihrer Patienten quantifizieren sollten. *Der Allgemeinarzt*, 18 (6), 610-624.
- Pschyrembel (1994). *Klinisches Wörterbuch*, 257. Aufl.. Berlin: de Gruyter.
- Rahe (1995). Skala »life changes«. In G. Reinhardt, H.-J. Seidel, H.-G. Sonntag, W. Gaus, V. Hingst & R. Mattern (Hrsg.), *MLP Duale Reihe, Ökologisches Stoffgebiet*, 2. Aufl. (S.161, Tab. 9). Stuttgart: Hippokrates.
- Ramirez, A.J., Graham, J., Richards, M.A., Cull, A. & Gregory, W.M. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347, 724-728.
- Reimer, C. (1997). „Ich werde mehr gebraucht denn je!“ - Bemerkungen zur Lebensqualität von Medizinerinnen. In Katholische Ärztarbeit Deutschlands (Hrsg.), *Wenn Helfer Hilfe brauchen - Das Burn-out-Syndrom* (S.13-36). Melle: Knoth.
- Reimer, C. & Jurkat, H. (1996). Lebensqualität von Ärzten. Pessimismus macht sich breit. *Deutsches Ärzteblatt*, 16, A-1022-1024.
- Reimer, C. & Jurkat, H. (1997a). Lebensqualität von Chirurgen. In L. Braun (Hrsg.), *Chirurgie zwischen Illusion und Realität* (S.67-78). Detmold: Lippischer Blindenverein e.V..
- Reimer, C. & Jurkat, H. (1997b). Lebensqualität und berufliche Belastung von Allgemeinärzten. *Der Allgemeinarzt*, 13, 1224-1228.

- Reimer, C. & Jurkat, H.B. (2000). Zur Problematik der Lebensqualität und Suchtgefährdung von Ärztinnen und Ärzten. In F. Stetter (Hrsg.), *Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende* (S.11-23). Geesthacht: Neuland.
- Reimer, C. & Jurkat, H.B. (2001). Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1733-1738.
- Reimer, C., Jurkat, H.B., Mäulen, B. & Stetter, F. (2001). Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen Mediziner. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 46, 376-385.
- Reimer, C., Trinkaus, S. & Jurkat, H.B. (2005). Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzten. *Psychiatr Prax*, 32, 381-385.
- Remschmidt, H. (2002). Alkoholabhängigkeit bei jungen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A-787-792.
- Ringel, E. (1984). Der Arzt und seine Depressionen. In W. Pödlinger (Hrsg.), *Somatisierte Angst und Depressivität* (S.109-136). Basel: Karger.
- Rosenbaum, E.E. (1992). *Der Doktor – Ein Arzt wird Patient*. Zürich: Kreuz.
- Rucinski, J. & Cybulska, E. (1985). Mentally ill doctors. *British Journal of Hospital Medicine*, 90-94.
- Schönberger, A. (1995). *Patient Arzt. Der kranke Stand*. Wien: Ueberreuter.
- Schüffel, W. & Pauli, H.G. (1996). Die Ausbildung zum Arzt. In T. von Uexküll, *Psychosomatische Medizin* (S.73-92, Kap. 4). München: Urban & Schwarzenberg.
- Scutchfield, F.D. & Benjamin, R. (1998). The role of the medical profession in physician discipline. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1915-1916.
- Siegmund-Schultze, N. (1999). Die Sucht hat viele Vorboten. *Deutsches Ärzteblatt*, 96, B-328-332.

- Sonneck, G. (1994). Selbstmorde und Burnout von Ärzten. *Psychotherapie Forum*, 2, 1-5.
- Sotile, W.M. & Sotile, M.O. (1997). Today's medical marriage, Part 1. *Journal of the American Medical Association*, 277, 1187.
- Stern, K. (1995). Lebensqualität und Belastungen von Ärztinnen und Ärzten. Erste Ergebnisse einer Berliner Studie. *Berliner Ärzte*, 10, 13-16.
- Szymaniak, P. (2003). Das Chefarzt-Prinzip. *Westdeutsche Allgemeine Zeitung*, 23.06.2003.
- Thust, W. (1997). Ärztliche Versorgung in Deutschland. Jetzt 343556 Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 1996. *Deutsches Ärzteblatt, Supplement*, 19, 3-19.
- Vaillant, G.E., Sobowale, N.C. & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 287 (8), 372-375.
- Waalkens, H.J., Schotanus, J.C., Adriaanse, H. & Knol, K. (1992). Smoking habits in medical students and physicians in Groningen, The Netherlands. *European Respiratory Journal*, 5 (1), 49-52.
- Walker, J.I. (1981). Coping with the Stress of Medical Practice. *Connecticut Medicine*, 45, 593-596.
- Weber, I. (1996). Hohe quantitative Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinärzte. *Deutsches Ärzteblatt*, 7, C-268-270.
- Wilkes, J. (1998). 100. Todestag Theodor Fontanes: Depression und Heilung. *Deutsches Ärzteblatt*, 38, A-2335.
- Winefield, H.R. & Anstey, T.J. (1991). Job stress in general practice: Practitioner age, sex and attitudes as predictors. *Family Practice*, 8 (2), 140-144.

- Wise, T.N. (1991). Depression and Fatigue in the Primary Care Physician. *Primary Care, Depression and Chronic Fatigue*, 18 (2), 451-464.
- Wittchen, H.U., Essau, C.A., Zerssen, D. v., Krieg, J.C. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wright, C. (1990). Physician addiction to pharmaceuticals: Personal history, practice setting, access to drugs, and recovery. *Maryland Medical Journal*, 39 (11), 1021-1025.
- Ziegler, P.P. (1992). Dealing with Stress in the Physician's Marriage. *Pennsylvania Medicine*, 38-41.
- Zigmond, D. (1984). Physician Heal Thyself: The Paradox of the Wounded Healer. *British Journal of Holistic Healing*, 1, 63-71.

ANHANG

A Untersuchungsinstrument

Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten

© Ch. Reimer, H. Jurkat

***Fragebogen
zur Lebensqualität
von Ärztinnen und Ärzten***

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 ~~Zeit~~druck?

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 Ärztinnen und Ärzte 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 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 ☐ nein ☐ unsicher ☐

Wenn ja, warum?

.....

Wenn nein, warum nicht?

.....

Wenn unsicher, warum?

.....

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen?

ja ☐ nein ☐ nur bedingt ☐

Wenn nein, warum nicht?

.....

Wenn ja, warum?

.....

Wenn nur bedingt, warum?

.....

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 Medizin 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, Medizin zu studieren.

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

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

ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

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

Mutter: ja ☐ nein ☐

Vater: ja ☐ nein ☐

Welche Vorstellungen, Phantasien und Ideale hatten Sie früher (vor Aufnahme des Medizin-Studiums) vom Arztberuf?

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

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

.....
.....

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

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

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

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

1.
2.
3.

Lebenszufriedenheit/-unzufriedenheit:

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?

außerordentlich O sehr O ziemlich O wenig O gar nicht O

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 ☐ nein ☐ gelegentlich ☐

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 ☐ nein ☐ ~~gelegentlich~~ ☐

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, häufig ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein ☐

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

Aufputschmittel: 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 ☐ | |
| | weiblich ☐ | |
| 2. Alter | Jahre __ __ | |
| 3. Lebenssituation
(mehrere Antworten möglich) | alleinlebend | ☐ |
| | in fester Partnerschaft lebend | ☐ |
| | in WG/mit Freunden lebend | ☐ |
| | verheiratet | ☐ |
| | geschieden | ☐ |
| | mit Kindern | ☐ |
| | ohne Kinder | ☐ |
| 4. Berufstätigkeit: | | |
| Ausbildung: | Arzt/Ärztin in Weiterbildung | ☐ |
| | Arzt/Ärztin mit abgeschlossener Weiterbildung | ☐ |
| Position: | AiP | ☐ |
| | Assistenzarzt/-ärztin | ☐ |
| | Oberarzt/-ärztin | ☐ |
| | Chefarzt/-ärztin | ☐ |
| | in freier Praxis (solo) | ☐ |
| | in Gemeinschaftspraxis | ☐ |
| Anzahl der Berufsjahre: | Jahre: __ __ | |
| Jahre in der jetzigen Abteilung: | __ __ | |
| Anstellung : | ganztags beschäftigt | ☐ |
| | halbtags beschäftigt | ☐ |

5. In welchem Fachgebiet der Medizin arbeiten Sie?

.....

**B Prägnante Labels für die Kategorien zu den offenen Fragen –
Codierplan vom 05.10.1999**

Fühlen Sie sich unter Zeitdruck?

- Kategorie 1 Hohe Patientenfrequenz
- Kategorie 2 Zusätzliches und Unvorhersehbares
- Kategorie 3 Termindruck
- Kategorie 4 Zeitgleiches
- Kategorie 5 Aufwendige Patientenversorgung
- Kategorie 6 Dienste
- Kategorie 7 Personalmangel
- Kategorie 8 Organisatorisches
- Kategorie 9 Tages- bzw. jahreszeitabhängig
- Kategorie 10 Ständig
- Kategorie 11 Kollision von Beruflichem und Privatem
- Kategorie 40 Sonstiges

Was gefällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?

- Kategorie 1 Patienten- und Menschenkontakt
- Kategorie 2 Selbstbestätigung
- Kategorie 3 Selbständigkeit
- Kategorie 4 Gute Arbeitsatmosphäre
- Kategorie 5 Fachspezifität
- Kategorie 6 Intellektuelle Herausforderung und Kreativität
- Kategorie 7 Arbeitszeit
- Kategorie 8 Fort-, Weiterbildung und Lehre
- Kategorie 9 Einkommen
- Kategorie 40 Sonstiges

Was missfällt Ihnen besonders in Ihrer Arbeit?

- Kategorie 1 Reglementierung und Bürokratie
- Kategorie 2 Arbeitszeit
- Kategorie 3 Zeit- und Arbeitsdruck
- Kategorie 4 Schlechte Arbeitsatmosphäre

- Kategorie 5 Einkommen
- Kategorie 6 Schwierige Patienten
- Kategorie 7 Mangelnde Patientenversorgung
- Kategorie 8 Mangelnde Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Kategorie 9 Routine
- Kategorie 10 *Suchtspezifisch*: Interne Abhängigkeit
- Kategorie 40 Sonstiges

Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihrer Arbeit?

- Kategorie 1 Reglementierung und Bürokratie
- Kategorie 2 Finanzielle Unsicherheit
- Kategorie 3 Berufliche Unsicherheit
- Kategorie 4 Mangelnde Fort- und Weiterbildung
- Kategorie 5 Schlechte Arbeitsatmosphäre
- Kategorie 6 Hohe Arbeits(zeit)belastung
- Kategorie 7 Versagensängste bei hoher Verantwortung
- Kategorie 8 Mangelnde Patientenversorgung
- Kategorie 9 Eigene Krankheit
- Kategorie 10 Kollision von Beruflichem und Privatem
- Kategorie 11 Allgemeine Zukunftsängste
- Kategorie 12 Keine
- Kategorie 40 Sonstiges

Haben Sie im Hinblick auf Ihren Beruf Zukunftsängste?

- Kategorie 1 Zunahme von Bürokratie und Reglementierung
- Kategorie 2 Unsichere finanzielle Zukunft
- Kategorie 3 Unsichere berufliche Zukunft
- Kategorie 4 Starke Überforderung
- Kategorie 5 Eigene Gesundheit
- Kategorie 6 Enttäuschter Idealismus
- Kategorie 7 Zunehmendes Anspruchsdenken der Patienten
- Kategorie 8 Status- und Prestigeverlust
- Kategorie 9 Kollision von Beruf und Privatleben
- Kategorie 10 Keine Zukunftsperspektive

Kategorie 40 Sonstiges

Welche Wünsche nach Veränderung haben Sie?

- Kategorie 1 Reduktion der Reglementierung
- Kategorie 2 Reduktion der Bürokratie und Administration
- Kategorie 3 Geregeltere Arbeitszeiten bei weniger Zeitdruck
- Kategorie 4 Bessere Vergütung
- Kategorie 5 Zeit für Fort- und Weiterbildung
- Kategorie 6 Bessere Kooperation und Kollegialität
- Kategorie 7 Zeit für patientenorientierte Medizin
- Kategorie 8 Neue berufliche Herausforderung bzw. Veränderung
- Kategorie 9 Gesicherte Zukunft
- Kategorie 10 Zunahme der Arbeitszufriedenheit
- Kategorie 11 Zeit für Privates
- Kategorie 12 Keine
- Kategorie 40 Sonstiges

Glauben Sie, dass die berufliche Perspektive für Ärztinnen und Ärzte sich ändert?

- Kategorie 1 Verstärkung der Reglementierung und Bürokratisierung
- Kategorie 2 Drohende Arbeitslosigkeit
- Kategorie 3 Sinkendes Einkommen
- Kategorie 4 Weniger Zeit für Medizin und Patienten
- Kategorie 5 Sinken von Idealismus und Motivation
- Kategorie 6 Steigende Ansprüche und Anforderungen
- Kategorie 7 N.N.
- Kategorie 8 Status- und Prestigeverlust
- Kategorie 9 Schlechtere Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Kategorie 10 Langfristig positive Wende
- Kategorie 11 Allgemein schlechtere Zukunftsperspektive
- Kategorie 40 Sonstiges

Empfinden Sie, dass Ihr Einkommen Ihrer beruflichen Leistung entspricht?

- Kategorie 1 Ja
- Kategorie 2 Nein

Kategorie 3 Differenziert

Kategorie 40 Sonstiges

Wie macht sich Arbeitszufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

Kategorie 1 Allgemeine Ausgeglichenheit

Kategorie 2 Positive Ausstrahlung

Kategorie 3 Selbstbestätigung und allgemeine Anerkennung

Kategorie 4 Zufriedenheit im Privatleben

Kategorie 5 Außerberufliche Aktivitäten

Kategorie 6 Erhöhte Leistungsfähigkeit und Motivation

Kategorie 7 Freude am intensiven Patientenkontakt

Kategorie 8 Orientierung am finanziellen Erfolg

Kategorie 9 Im Sinne der Arbeitsunzufriedenheit geantwortet

Kategorie 10 Wenig Arbeitszufriedenheit

Kategorie 11 Gute Arbeitsatmosphäre

Kategorie 40 Sonstiges

Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

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

Kategorie 1 Erschöpfbarkeit und Ermüdung

Kategorie 2 Konzentrationsstörungen

Kategorie 3 Schlafstörungen

Kategorie 4 Krankheitsanfälligkeit

Kategorie 5 Appetitlosigkeit

Kategorie 6 Ersatzgenuss

Kategorie 7 Psychische Unzufriedenheit

Kategorie 8 Mehr körperlich

Kategorie 9 Weniger körperlich

Kategorie 10 Antriebslosigkeit

Kategorie 11 Körperlich wie psychisch

Kategorie 40 Sonstiges

Wie macht sich Arbeitsunzufriedenheit bei Ihnen bemerkbar?

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

- Kategorie 1 Depression
- Kategorie 2 Lustlosigkeit und Antriebsarmut
- Kategorie 3 Wut und Reizbarkeit
- Kategorie 4 Ärger und Intoleranz
- Kategorie 5 Innere Spannung und Unruhe
- Kategorie 6 Ängste
- Kategorie 7 Konzentrationsstörungen
- Kategorie 8 Burnout-Gefühl
- Kategorie 9 Ersatzgenuss
- Kategorie 10 Weniger psychisch
- Kategorie 11 Psychisch wie körperlich
- Kategorie 12 Mehr psychisch
- Kategorie 40 Sonstiges

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

– **durch aggressive Phantasien?/ – Sonstiges?**

- Kategorie 1 Gespräche mit Partner und Familie
- Kategorie 2 Gespräche mit Freunden
- Kategorie 3 Geistige Ablenkung durch Interessenverlagerung
- Kategorie 4 Körperlich-aktiver Ausgleich
- Kategorie 5 Ruhe und Passivität
- Kategorie 6 Natur
- Kategorie 7 Bewusstes Gönnen und Genießen
- Kategorie 8 Entspannungsübungen
- Kategorie 9 Ersatzmittel
- Kategorie 10 Wunsch nach prompter Beendigung der Arbeit
- Kategorie 11 Beseitigung der Umstände
- Kategorie 12 Aggressive Phantasien und Verhaltensweisen
- Kategorie 13 Negative Auswirkungen
- Kategorie 14 Vertiefen in medizinische Themen
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Menschenkontakt
- Kategorie 2 Helfen/ Patientenkontakt
- Kategorie 3 Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Kategorie 4 Finanzielle und berufliche Sicherheit
- Kategorie 5 Prestige und Erfolg
- Kategorie 6 Interesse und Vielfältigkeit
- Kategorie 7 Berufung und Selbstverwirklichung
- Kategorie 8 Herausforderung und hohe Verantwortung
- Kategorie 9 Trotz negativer Aspekte
- Kategorie 10 Talent und Neigung
- Kategorie 40 Sonstiges

Würden Sie den Beruf wieder wählen, wenn Sie erneut vor die Entscheidung gestellt würden? Wenn nein, warum nicht?

- Kategorie 1 Allgemeine Unzufriedenheit und unerfüllte Erwartungen
- Kategorie 2 Enorme physische Arbeitsbelastung
- Kategorie 3 Unzureichende und inadäquate Vergütung
- Kategorie 4 Schlechte politische Zukunftsperspektive
- Kategorie 5 Hohe gesellschaftliche Ansprüche und Zwänge
- Kategorie 6 Wenig Anerkennung
- Kategorie 7 Viele interessante Berufsalternativen
- Kategorie 8 Enorme psychische Arbeitsbelastung
- Kategorie 9 Arbeitszeitbelastung und Freizeitmangel
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Allgemeine Unzufriedenheit und unerfüllte Erwartungen
- Kategorie 2 Enorme physische Arbeitsbelastung
- Kategorie 3 Unzureichendes Einkommen
- Kategorie 4 Schlechte politische Zukunftsperspektive
- Kategorie 5 Viele interessante Berufsalternativen

- Kategorie 6 Enorme psychische Arbeitsbelastung
- Kategorie 7 Interessanter Beruf mit Einschränkungen
- Kategorie 8 Arbeitszeitbelastung und Freizeitmangel
- Kategorie 9 *Suchtspezifisch*: Veränderung der Bewältigungsstrategien
- Kategorie 40 Sonstiges

Würden Sie ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn nein, warum nicht?

- Kategorie 1 Schlechte Zukunftsperspektive
- Kategorie 2 Erhöhter Lern-, Arbeits- und Zeitaufwand
- Kategorie 3 Ablehnende Ratschläge
- Kategorie 4 Unzureichendes Einkommen
- Kategorie 5 Eigene Unzufriedenheit mit dem Arztberuf
- Kategorie 6 Entscheidung der Kinder
- Kategorie 40 Sonstiges

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn ja, warum?

- Kategorie 1 Selbstverwirklichung
- Kategorie 2 Vielfältigkeit
- Kategorie 3 Sozialprestige
- Kategorie 4 Entscheidung der Kinder
- Kategorie 40 Sonstiges

Würden Sie Ihren Kindern raten, den Arztberuf zu ergreifen? Wenn nur bedingt, warum?

- Kategorie 1 Unsichere Berufsaussichten
- Kategorie 2 Erhöhter Lern-, Arbeits- und Zeitaufwand
- Kategorie 3 Entscheidung der Kinder
- Kategorie 4 Enttäuschte Idealvorstellungen
- Kategorie 5 Unzureichendes Einkommen
- Kategorie 6 Eigene positive Erfahrungen mit dem Arztberuf
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Allgemeinmedizin
- Kategorie 2 Innere Medizin
- Kategorie 3 Chirurgie
- Kategorie 4 Gynäkologie und Geburtshilfe
- Kategorie 5 Pädiatrie
- Kategorie 6 Psychiatrie und Neurologie
- Kategorie 7 Psychosomatik und Psychotherapie
- Kategorie 8 Dermatologie
- Kategorie 9 Orthopädie
- Kategorie 10 Ophthalmologie und HNO
- Kategorie 11 Anästhesie
- Kategorie 12 Radiologie
- Kategorie 13 Pathologie
- Kategorie 14 Umwelt- und Betriebsmedizin
- Kategorie 15 Forschung, Labor und Lehrtätigkeit
- Kategorie 16 Alternativmedizin
- Kategorie 17 Kur-/ Privatklinik
- Kategorie 18 Zahnmedizin
- Kategorie 19 Veterinärmedizin
- Kategorie 40 Sonstiges

Würden Sie lieber in einem anderen Beruf arbeiten?

- Kategorie 1 Künstlerisch-kreativer Beruf
- Kategorie 2 Naturverbundener Beruf
- Kategorie 3 Elektronik und Management
- Kategorie 4 Lehramt/ Germanistik
- Kategorie 5 Beruf des öffentlichen Dienstes
- Kategorie 6 Beruf im sportlichen Bereich
- Kategorie 7 Medizinischer Hilfsberuf
- Kategorie 8 Medizinische Technik, Wissenschaft und Forschung
- Kategorie 9 Beruf des Historikers
- Kategorie 10 Jura und Politik

Kategorie 11 Soziologie und Psychologie

Kategorie 40 Sonstiges

... beschreiben Sie bitte die Situation bzw. die Motivation, als Sie erstmals den Wunsch verspürten, Medizin zu studieren.

Kategorie 1 Familiäre Tradition

Kategorie 2 Einblick in den Arztberuf

Kategorie 3 Eigene Krankheit

Kategorie 4 Medizinische Praktika

Kategorie 5 Erkrankung und Tod nahestehender Personen

Kategorie 6 Altruismusmotiv

Kategorie 7 Schlechte Erfahrung

Kategorie 8 Psychologie und Philosophie

Kategorie 9 Medizinisches Interesse

Kategorie 10 Status- und Prestigegewinn

Kategorie 11 Unspezifische Motivation

Kategorie 12 Direktive der Eltern

Kategorie 40 Sonstiges

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

Kategorie 1 Mutter

Kategorie 2 Vater

Kategorie 3 Beide Elternteile

Kategorie 4 Großeltern

Kategorie 5 Geschwister

Kategorie 6 Tante/ Onkel

Kategorie 7 Cousin/ e

Kategorie 8 Schwägerin/ Schwager

Kategorie 9 Ehefrau/ -mann

Kategorie 10 Nachfolgende Generation

Kategorie 40 Sonstiges

Welche Vorstellungen, Phantasien und Ideale hatten Sie früher (vor Aufnahme des Medizinstudiums) vom Arztberuf?

- Kategorie 1 Menschenkontakt
- Kategorie 2 Altruismusmotiv
- Kategorie 3 Erfüllung und sinnvolles Handeln
- Kategorie 4 Übersteigter Idealismus
- Kategorie 5 Sozialprestige und Erfolg
- Kategorie 6 Existenzsicherheit
- Kategorie 7 Freiheit und Eigenverantwortung
- Kategorie 8 Gute Arbeitsatmosphäre
- Kategorie 9 Interesse an Medizin und Vielseitigkeit
- Kategorie 10 Viel Zeit und Ruhe
- Kategorie 11 Realistische und pragmatische Vorstellungen
- Kategorie 12 Anspruchsvolle Tätigkeit
- Kategorie 13 Keine
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Optimale Patientenversorgung
- Kategorie 2 Fachliche Kompetenz und Anerkennung
- Kategorie 3 Reduktion der Fremdeinflüsse und Eigenverantwortung
- Kategorie 4 Stressfreies Arbeiten
- Kategorie 5 Kollegialität und Teamarbeit
- Kategorie 6 Arbeitszufriedenheit
- Kategorie 7 Berufliche Veränderung
- Kategorie 8 Berufliche und finanzielle Zukunftssicherung
- Kategorie 9 Gedanken an baldigen Berufsausstieg
- Kategorie 10 Keine Träume/ realistische Einstellung
- Kategorie 11 Zeit für das Privatleben
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Helfermotiv

- Kategorie 2 Menschenkontakt
- Kategorie 3 Interesse am Fach
- Kategorie 4 Breites Berufsspektrum
- Kategorie 5 Berufliche und finanzielle Zukunftssicherheit
- Kategorie 6 Erfahrungen mit Krankheit und Tod
- Kategorie 7 Medizinische/ soziale Praktika
- Kategorie 8 Sozialprestige
- Kategorie 9 Elterliche Beeinflussung
- Kategorie 10 Wunschberuf und Idealismus
- Kategorie 11 Herausforderung und Eigenständigkeit
- Kategorie 12 Alternative Berufswahl
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Helfermotiv
- Kategorie 2 Kontakte mit Menschen
- Kategorie 3 Interesse am Fach
- Kategorie 4 Vielfältigkeit und Abwechslung
- Kategorie 5 Gesicherte Existenz
- Kategorie 6 Erfahrungen mit Krankheit und Tod
- Kategorie 7 N.N.
- Kategorie 8 Sozialprestige
- Kategorie 9 Familiäre Tradition
- Kategorie 10 Wunsch- und Traumberuf
- Kategorie 11 Herausforderung und Eigenverantwortung
- Kategorie 12 Alternative Berufswahl
- Kategorie 40 Sonstiges

Welche Lebensziele haben Sie heute?

- Kategorie 1 Glückliches Privat- und Familienleben
- Kategorie 2 Zukunft der Kinder
- Kategorie 3 Soziale Kontakte
- Kategorie 4 Koordination von Beruf und Freizeit

- Kategorie 5 Intensive Freizeitgestaltung
- Kategorie 6 Zufriedenheit im Beruf
- Kategorie 7 Verwirklichung beruflicher Pläne
- Kategorie 8 Berufliche und finanzielle Sicherheit
- Kategorie 9 Gedanken an Berufsausstieg
- Kategorie 10 Erhalten des Status quo
- Kategorie 11 Gesundheit und Lebensqualität
- Kategorie 12 Innere und äußere Ruhe
- Kategorie 13 Keine
- Kategorie 14 Einfluss in Welt- und Berufspolitik
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Persönliche Zufriedenheit
- Kategorie 2 Zufriedenheit in Partnerschaft und Familie
- Kategorie 3 Arztberuf
- Kategorie 4 Humanismus und Altruismus
- Kategorie 5 Bildung und Lebens-/ Selbsterfahrung
- Kategorie 6 Hobbies und private Interessen
- Kategorie 7 Ungebundenheit und Eigenverantwortung
- Kategorie 8 Reisen und Auslandstätigkeit
- Kategorie 9 Beruflicher Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand
- Kategorie 10 Berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit
- Kategorie 11 Gesellschaftspolitische Idealvorstellungen
- Kategorie 12 Allgemeine unspezifische Berufszufriedenheit
- Kategorie 13 Wunsch nach diversen Berufsbildern
- Kategorie 14 Keine Erinnerung
- Kategorie 15 Keine Ideale/ Träume
- Kategorie 40 Sonstiges

Was haben Sie davon verwirklicht und was nicht? verwirklicht:

- Kategorie 1 Persönliche Zufriedenheit
- Kategorie 2 Glückliche Partnerschaft

Kategorie 3	Zufriedenheit im Arztberuf
Kategorie 4	Humanismus und Altruismus
Kategorie 5	Bildung und Lebens-/ Selbsterfahrung
Kategorie 6	Zeit für Hobbies und private Interessen
Kategorie 7	Ungebundenheit und Eigenverantwortung
Kategorie 8	Reisen und Auslandstätigkeit
Kategorie 9	Beruflicher Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand
Kategorie 10	Berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit
Kategorie 11	Gesellschaftspolitische Idealvorstellungen
Kategorie 12	Parallelität von Beruf und Privatleben
Kategorie 13	Ausübung anderer Tätigkeiten
Kategorie 14	Familiäre Zufriedenheit
Kategorie 15	Viel/ alles
Kategorie 16	Wenig/ (noch) nichts
Kategorie 40	Sonstiges

Was haben Sie davon verwirklicht und was nicht? nicht verwirklicht:

Kategorie 1	Persönliche Unzufriedenheit
Kategorie 2	Unglückliche Partnerschaft
Kategorie 3	Unzufriedenheit im Arztberuf
Kategorie 4	Unerfüllter Humanismus und Altruismus
Kategorie 5	Unzureichende Lebens-/ Selbsterfahrung und Bildung
Kategorie 6	Keine Zeit für Hobbies und private Interessen
Kategorie 7	Fehlende Ungebundenheit und Eigenverantwortung
Kategorie 8	Keine Reisen und Auslandstätigkeit
Kategorie 9	Kein beruflicher Erfolg, Sozialprestige und Wohlstand
Kategorie 10	Keine berühmte, ehrenhafte Persönlichkeit
Kategorie 11	Keine gesellschaftspolitischen Veränderungen
Kategorie 12	Kollision von Beruf und Privatleben
Kategorie 13	Keine Ausübung früherer Wunschberufe
Kategorie 14	Unbefriedigendes Familienleben
Kategorie 15	Viel/ alles
Kategorie 16	Wenig/ nichts
Kategorie 40	Sonstiges

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

- Kategorie 1 Nichts/ Zustand von Glück und Zufriedenheit
- Kategorie 2 Zufriedenheit im Beruf
- Kategorie 3 Zeit für das Privatleben
- Kategorie 4 Veränderungen der Gesundheitspolitik
- Kategorie 5 Sichere berufliche und finanzielle Zukunft
- Kategorie 6 Freundeskreis
- Kategorie 7 Gesundheit und physisch-psychisches Wohlbefinden
- Kategorie 8 Zufriedenheit im Privat- und Familienleben
- Kategorie 9 Wohlergehen der Kinder
- Kategorie 10 Gesteigertes Selbstbewusstsein
- Kategorie 11 Weltpolitische Veränderungen
- Kategorie 12 Ausweichende Antwort
- Kategorie 13 Gesellschaftliche Unabhängigkeit
- Kategorie 14 Starten eines Neuanfangs
- Kategorie 40 Sonstiges

Welche gemeinsamen Unternehmungen führen Sie durch?

- Kategorie 1 Urlaub/ Reisen
- Kategorie 2 Kurzausflüge
- Kategorie 3 Häuslicher Alltag
- Kategorie 4 Gespräche
- Kategorie 5 Soziale Kontakte und Geselligkeit
- Kategorie 6 Kultur, Literatur, Kunst und Musik
- Kategorie 7 Sport
- Kategorie 8 Gemütliche Zweisamkeit
- Kategorie 9 Berufliches
- Kategorie 10 (Fast) alles
- Kategorie 11 Wenige/ keine
- Kategorie 12 Unterschiedliche Freizeitgestaltung
- Kategorie 40 Sonstiges

Sind Sie mit diesem Ausmaß zufrieden? Wenn nein, welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?

- Kategorie 1 Häufiger
- Kategorie 2 Freizeit und Ruhe
- Kategorie 3 Nähe und Zärtlichkeit
- Kategorie 4 Leidenschaft und Freizügigkeit
- Kategorie 5 Sexuell aktivere Frau
- Kategorie 6 Gesteigerte Fitness und Aktivität
- Kategorie 7 Weniger räumliche Distanz
- Kategorie 8 Mentale Freiheit
- Kategorie 9 Erhöhte Qualität der Beziehung
- Kategorie 10 Ambitionen außerhalb der Ehe
- Kategorie 11 Seltener
- Kategorie 40 Sonstiges

Hat sich die Häufigkeit im Vergleich zu Beginn der Partnerschaft geändert? Wenn ja, in welcher Art?

- Kategorie 1 Abnahme
- Kategorie 2 Mehr Qualität und weniger Quantität
- Kategorie 3 Zunahme
- Kategorie 4 Kein Geschlechtsverkehr
- Kategorie 5 Weniger Leidenschaft
- Kategorie 6 Leichte Abnahme
- Kategorie 7 Deutliche Abnahme
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Bis zu 15 Minuten
- Kategorie 2 16-30 Minuten
- Kategorie 3 31-45 Minuten
- Kategorie 4 46-60 Minuten
- Kategorie 5 1-2 Stunden
- Kategorie 6 2 Stunden

- Kategorie 7 2-4 Stunden
- Kategorie 8 Wenig
- Kategorie 9 Nie
- Kategorie 10 Per Telefon
- Kategorie 11 Über 5 Stunden
- Kategorie 40 Sonstiges

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

- Kategorie 1 Ärztin/ Arzt
- Kategorie 2 Medizinische Hilfsberufe/ Apotheker
- Kategorie 3 Psychologe/ Psychotherapeut
- Kategorie 4 Heilpraktiker
- Kategorie 5 Lehrer/ Pädagoge
- Kategorie 6 Kaufmännische Berufe
- Kategorie 7 Technische Berufe
- Kategorie 8 Jurist/ Steuerberater
- Kategorie 9 Kreativer Bereich
- Kategorie 10 Student
- Kategorie 11 Hausfrau und Mutter
- Kategorie 12 Praxismithilfe
- Kategorie 40 Sonstiges

Haben Sie Gedanken an Trennung oder Scheidung? Wenn ja, bei welchen Anlässen?

- Kategorie 1 Diverse Auseinandersetzungen
- Kategorie 2 Überlastung und Stress
- Kategorie 3 Sexueller Frust
- Kategorie 4 Ärger über den Partner
- Kategorie 5 Fehlende Übereinstimmung und Gemeinsamkeiten
- Kategorie 6 Zurückweisung durch den Partner
- Kategorie 7 Unterschiedliche Meinung über Kindererziehung
- Kategorie 8 In Trennung lebend/ geschieden
- Kategorie 9 Verschieden
- Kategorie 10 Außereheliche Beziehungen
- Kategorie 11 *Suchtspezifisch*: Ständig

Kategorie 12 *Suchtspezifisch: Alkoholkonsum und Rückfälle*

Kategorie 40 Sonstiges

Sind Sie mit Ihren Schlafgewohnheiten zufrieden? Wenn nein, warum nicht?

Kategorie 1 Einschlafstörungen

Kategorie 2 Durchschlafstörungen

Kategorie 3 Zu frühes Erwachen

Kategorie 4 Schlafmangel

Kategorie 5 Zu spät ins Bett

Kategorie 6 Zu frühes Aufstehen

Kategorie 7 Nicht erholsamer Schlaf

Kategorie 8 Unregelmäßiger Schlaf

Kategorie 9 Zu viel Schlaf

Kategorie 10 Quälendes Gedankenkreisen

Kategorie 40 Sonstiges

Welche Freizeitaktivitäten/ Hobbies haben Sie?

Kategorie 1 Literatur

Kategorie 2 Natur und Tiere

Kategorie 3 Entspannung und Passivität

Kategorie 4 Sport

Kategorie 5 Zusammensein mit Partner, Familie und Kindern

Kategorie 6 Ausflüge und Reisen

Kategorie 7 Kultur, Kunst und Musik

Kategorie 8 Medizinisches

Kategorie 9 Heim- und Handwerken

Kategorie 10 Auto und Motorrad

Kategorie 11 Soziale Kontakte und Geselligkeit

Kategorie 12 Haus/ Haushalt

Kategorie 13 Sozialgesellschaftliches Engagement

Kategorie 14 Elektronik, Mathematik und Physik

Kategorie 15 Keine

Kategorie 40 Sonstiges

Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am besten?

- Kategorie 1 Körperlich-geistige Entspannung
- Kategorie 2 Zusammensein mit Partner, Familie und Kindern
- Kategorie 3 Kontakte zu Bekannten und Freunden
- Kategorie 4 Geselligkeit in Gesellschaft
- Kategorie 5 Betätigung im Freien
- Kategorie 6 Sport
- Kategorie 7 Haushalt
- Kategorie 8 Kultur, Kunst und Musik
- Kategorie 9 Ausflüge und Reisen
- Kategorie 10 Interessante aktive Alternativen
- Kategorie 11 Alleinsein
- Kategorie 12 Kreatives handwerkliches Gestalten
- Kategorie 13 Auto und Motorrad
- Kategorie 40 Sonstiges

Was gefällt Ihnen in Ihrer Freizeit am schlechtesten?

- Kategorie 1 Unzureichende Freizeit
- Kategorie 2 Notwendige berufliche Aufgaben
- Kategorie 3 Störende Dienstbereitschaft
- Kategorie 4 Haushalts- und Alltagsroutine
- Kategorie 5 Standesgemäße und private Verpflichtungen
- Kategorie 6 Keine Zeit für persönliche Interessen
- Kategorie 7 Schlechte Ausnutzung
- Kategorie 8 Erschöpfung, Müdigkeit und Körperbeschwerden
- Kategorie 9 Einsamkeit
- Kategorie 10 Nichts/ bewusstes Vermeiden
- Kategorie 11 Unruhiges Zuhause ohne Erholungswert
- Kategorie 12 Zu viel menschliche Nähe
- Kategorie 40 Sonstiges

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welche Art von Sport?

- Kategorie 1 Radfahren und Wandern
- Kategorie 2 Schwimmen

- Kategorie 3 Jogging
- Kategorie 4 Fitness
- Kategorie 5 Tennis und ähnliche Ballspiele
- Kategorie 6 Mannschafts-/ Ballsport
- Kategorie 7 Golf
- Kategorie 8 Reitsport
- Kategorie 9 Wassersport
- Kategorie 10 Wintersport
- Kategorie 11 Tanzen
- Kategorie 12 Asiatische Sportarten
- Kategorie 40 Sonstiges

Sind Sie mit Ihrer Freizeit zufrieden? Wenn nein, was möchten Sie ändern?

- Kategorie 1 Mehr Freizeit
- Kategorie 2 Sport und Bewegung
- Kategorie 3 Erweiterung der Freizeitaktivitäten
- Kategorie 4 Kontakte zu Partner, Familie und Mitmenschen
- Kategorie 5 Ruhe und Entspannung
- Kategorie 6 Intensivere Ausnutzung
- Kategorie 7 Regelmäßigkeit von Dienst und Freizeit
- Kategorie 8 Kultur und Kunst
- Kategorie 9 Stressabnahme zu Hause
- Kategorie 40 Sonstiges

Sind Sie mit der Qualität Ihres Bekannten- und Freundeskreises zufrieden? Wenn nein, was würden Sie gerne ändern?

- Kategorie 1 Mehr Zeit für Kontakte
- Kategorie 2 Gemeinsame Interessen und Aktivitäten
- Kategorie 3 Größerer Freundeskreis
- Kategorie 4 Zuverlässige und intensive Freunde
- Kategorie 5 Freunde/ Bekannte im außermedizinischen Bereich
- Kategorie 6 Kontakte in Wohnortnähe
- Kategorie 7 Höheres intellektuelles Niveau
- Kategorie 8 Unkomplizierte Freunde

Kategorie 40 Sonstiges

Worüber sprechen Sie in Ihrem Bekannten- und Freundeskreis?

Kategorie 1 Alles/ vielseitig

Kategorie 2 Beruf

Kategorie 3 Aktuelle politische und gesellschaftliche Themen

Kategorie 4 Persönliche Angelegenheiten

Kategorie 5 Familie, Partnerschaft und Sexualität

Kategorie 6 Allgemein alltäglicher Erlebnisaustausch

Kategorie 7 Freizeitgestaltung und Hobbies

Kategorie 8 Urlaub und Reisen

Kategorie 9 Zukunft und Lebensfragen

Kategorie 10 Berufsfernes

Kategorie 11 Finanzielle Situation

Kategorie 12 Smalltalk und Tratsch

Kategorie 40 Sonstiges

Fühlen Sie sich wohl in Ihrem Privatleben? Wenn nein, was möchten Sie verändern?

Kategorie 1 Mehr planbare Freizeit

Kategorie 2 Zeit für Persönliches

Kategorie 3 Zeit für Privat- und Familienleben

Kategorie 4 Zeit für Sozialkontakte

Kategorie 5 Zeit und Energie für Hobbies

Kategorie 6 Suche nach fester Partnerschaft

Kategorie 7 Intensität und Gemeinsamkeiten in der Partnerschaft

Kategorie 8 Gedanken an Scheidung

Kategorie 9 Frei von beruflichen und finanziellen Sorgen

Kategorie 10 Mehr Privatsphäre

Kategorie 11 *Suchtspezifisch*: Abstinenz

Kategorie 40 Sonstiges

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

Kategorie 1 Stark beeinträchtigend

Kategorie 2	Beeinträchtigend
Kategorie 3	Etwas beeinträchtigend
Kategorie 4	Neutral
Kategorie 5	Etwas fördernd
Kategorie 6	Fördernd
Kategorie 7	Stark fördernd
Kategorie 8	Nicht quantifizierbar
Kategorie 40	Sonstiges

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

Kategorie 1	Übermäßige Arbeitsbelastung
Kategorie 2	Disstress und Zeitdruck
Kategorie 3	Schlafdefizit
Kategorie 4	Häufige und unregelmäßige Dienste
Kategorie 5	Ungesundes Essverhalten
Kategorie 6	Mangel an sportlich aktivem Ausgleich
Kategorie 7	Ängste und Sorgen
Kategorie 8	Freizeit- und Erholungsmangel
Kategorie 9	Probleme und Stress im Privatleben
Kategorie 10	Nikotin- und Coffeinkonsum
Kategorie 11	Alkohol- und Medikamentenkonsum
Kategorie 12	Zufriedenheit im Beruf
Kategorie 13	Gesunde Lebensführung und Wohlbefinden
Kategorie 40	Sonstiges

C Danksagung

Das Thema meiner Dissertation ist im Rahmen des ehemaligen Forschungsprojektes *Lebensqualität und Psychohygiene von Ärztinnen und Ärzten* in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg entstanden. Dieses Projekt wurde damals gemeinsam geleitet von Herrn Prof. Dr. med. Ch. Reimer i. R., ehemaliger Gf. Direktor des Zentrums für Psychosomatische Medizin, und Herrn PD Dr. biol. hom. Harald B. Jurkat, Dipl.-Psych., B.Sc., wissenschaftlicher Dauerbediensteter (WiD).

Meinem Betreuer und Doktorvater, Herrn PD Dr. Jurkat, danke ich explizit für die umfassende Betreuung meiner Doktorarbeit und seine stetige Präsenz und Hilfsbereitschaft über die Jahre. Neben vielen Entscheidungen und Berechnungen übernahm er hinsichtlich der Organisation auch die Prüfung und Festsetzung der Kategorien zu den qualitativen Fragen und eine statistische Auswertung der quantitativen.

Die beiden damaligen Projektleiter führten in Kooperation mit der Leitung der Oberbergkliniken die Datenerhebung für die Stichprobe der substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzte durch. Hierfür geht ein Danke an alle Projektinitiatoren sowie in besonderem Maße auch an die bereitwilligen 142 Arztpatienten, welche die Fragebögen umfangreich ausfüllten und durch ihr Mitteilungsbedürfnis ein gewichtiges Datenmaterial lieferten. Ich bedanke mich zudem für die allseitige Zustimmung zur Auswertung des Materials.

Mit Frau cand. med. Ricarda Boden entstanden in sehr angenehmer und dankenswerter Zusammenarbeit nach oftmals tiefgründigen Diskussionen die zahlreichen Kategorien zu den qualitativen Fragen, die wir gemeinsam in Rücksprache mit Herrn PD Dr. Jurkat auf beeindruckend hohe Intercoderreliabilität prüften.

Abschließend bedanke ich mich für die intensive und enge Teamarbeit und das Gelingen bei Herrn PD Dr. Jurkat und allen Projektmitarbeitern, die mich während meiner Promotionsarbeit stets tatkräftig unterstützt haben, und last but not least auch bei meiner Familie für die uneingeschränkte Rücksichtnahme und Geduld.

D Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation „Lebensqualität von substanzabhängigen Ärztinnen und Ärzten“ 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 des Universitätsklinikums Gießen und Marburg zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Gießen, im Dezember 2008