

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Medizinische Soziologie

Direktoren: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck
Dr. Christopher Kofahl

Arbeitsbedingungen von Pädiatern in Deutschland und Frankreich

Eine qualitative Befragung an den Universitätsklinika Marseille und Hamburg

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Michael Thomas Peine
aus Bielefeld

Hamburg 2015

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 14.07.2015**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:

Prof. Dr. O. v. d. Knesebeck

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:

Prof. Dr. A. Muntau

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	5
1.1 Aktueller Forschungsstand	7
1.1.1 Allgemeine Aspekte der Arbeitsbedingungen von Ärzten	7
1.1.2 Arbeitsbedingungen von Kinderärzten	8
1.1.3 Ländervergleichende Studien	9
1.1.4 Relevanz der Arbeitsbedingungen	10
1.1.5 Arbeitsbedingungen und Ärztemangel	11
1.2 Unterschiede zwischen Frankreich und Deutschland	14
1.3 Fragestellung	17
2 Methode, Konzeption und Umsetzung der Studie.....	18
2.1 Studiendesign	18
2.2 Konzeption des Fragebogens und Pretests	19
2.3 Feldzugang	20
2.4 Durchführung der Studie	21
2.5 Datenmanagement und Auswertung.....	24
3 Ergebnisse der Studie.....	26
3.1 Angaben zur Person.....	27
3.2 Ressourcen.....	28
3.2.1 Autonomie und Verantwortung	28
3.2.2 Hierarchie und Arbeitsklima	31
3.2.3 Honorierung.....	34
3.3 Belastungen	38
3.3.1 Büroarbeit und Digitalisierung	38
3.3.2 Arbeitszeiten	41
3.4 Beruf und Privatleben	43
3.4.1 Kompatibilität des Berufs mit dem Privatleben und allgemeine Zufriedenheit ..	43
3.4.2 Bereitschaft, den Beruf wieder zu ergreifen	47
4 Diskussion.....	50
4.1 Limitationen der Methode	50
4.1.1 Limitationen qualitativer Analytik	50
4.1.2 Limitationen leitfadengestützter Interviews	53

4.2	Interpretation der Ergebnisse.....	53
4.2.1	Angaben zur Person.....	54
4.2.2	Ressourcen.....	55
4.2.3	Belastungen	58
4.2.4	Beruf und Privatleben.....	59
4.3	Praktische Implikationen	61
4.3.1	Berufseinstiegsalter	61
4.3.2	Kritik an der Vergütung.....	62
4.3.3	Einfluss der Arbeitslast auf die wahrgenommene Qualität der Versorgung	62
4.3.4	Dokumentation und Bürokratie	63
4.3.5	Digitalisierung und Entlastungspotenzial.....	63
4.3.6	Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.....	65
4.3.7	Résumé	66
5	Zusammenfassung	67
6	Anhang.....	69
6.1	Literaturverzeichnis	69
6.2	Leitfaden (deutschsprachige Version).....	73
6.3	Kodierungsschema	76
6.4	Danksagung	79
6.5	Lebenslauf	80
6.6	Eidesstattliche Versicherung	81

1 Einleitung

Menschen, die in Gesundheitsberufen arbeiten, tragen eine große Verantwortung in unserer Gesellschaft. Sie kümmern sich um Kranke und Hilfsbedürftige oder sorgen dafür, dass gesunde Menschen gar nicht erst erkranken. In den allermeisten Fällen haben sie eine jahrelange und mit vielen Prüfungen versehene Ausbildung abgeschlossen. Die Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger dauert in Deutschland „in Vollzeitform drei Jahre“ (*Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG)*), die Ausbildung zum Physiotherapeuten ebenso (*Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG)*). Die Regelstudienzeit eines Studiums der Humanmedizin dauert hingegen sechs Jahre und drei Monate (*Approbationsordnung für Ärzte*). „Health workers“, wie im anglophonen Raum vereinfacht gesagt wird, durchleben einen intensiven Arbeitsalltag, in welchem sie einer Vielzahl von Menschen mit verschiedensten Bedürfnissen begegnen. Während Untersuchungen und Gesprächen erleben sie eine Intimität mit ihnen ansonsten fremden Personen.

Ärzten kommt in diesem Zusammenspiel eine zentrale Rolle zu; denn in der Regel sind sie es, die die Behandlung eines Patienten festlegen und durchführen. Außerdem sind sie diejenigen, bei denen der Großteil der Verantwortung für den korrekten Ablauf und den erfolgreichen Abschluss einer Therapie liegt.

In der *UN-Kinderrechtskonvention (1989)* wird die besondere Rolle von Babys, Kindern und Jugendlichen in der Gesellschaft hervorgehoben, insbesondere „ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ Dabei sei die „Gesundheitsfürsorge“ auf „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit [...] sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“ zurückzuführen.

Daraus lässt sich die Bedeutung von Kinderärzten für unser Gesundheitssystem ableiten. Durch das frühzeitige Diagnostizieren von z.B. erblich bedingten Stoffwechselerkrankungen nehmen sie einen erheblichen Einfluss auf das gesamte Leben der noch jungen Patienten. Aber genauso leisten Impfungen, heutzutage eine Selbstverständlichkeit in industrialisierten Nationen, einen immensen Beitrag in der Präventivmedizin. Pädiatern kommt somit eine überdurchschnittlich hohe Verantwortung zu.

Diese Verantwortung birgt auch Belastungen wie Stress in Notfallsituationen sowie den Druck, möglichst präzise und umsichtig bei den kleinen Patienten arbeiten zu müssen, in sich. Diese Probleme bekommen Kinderärzte schon während ihrer langen Ausbildung zu spüren. Die Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie ist sehr umfassend, wenn man bedenkt, dass der normale Kinderarzt in der Lage sein soll, die Pathologien aller Organsysteme des menschlichen Organismus in seiner wechselhaften Entwicklung von der Geburt bis zum jungen Erwachsenenalter zu verstehen. Zwar gibt es auch z.B. Kinderkardiologen und Kinderneurologen, doch sind diese Subspezialisierungen, die weitere Jahre der Ausbildung erfordern. Bei bereits abgeschlossener Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin sollte die „zweijährige neuropädiatrische Weiterbildung [...] ergänzt werden durch mindestens ein weiteres Jahr in Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurochirurgie oder den Grundlagenfächern der Neurologie“, sodass hier mit einer zusätzlichen Weiterbildungszeit von insgesamt drei Jahren gerechnet werden muss (*Gesellschaft für Neuropädiatrie*). Die Weiterbildung zum Kinderkardiologen beispielsweise erfordert ebenfalls „eine Ausbildung über weitere drei Jahre“, die abgeschlossene Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin vorausgesetzt (*Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.*).

Die Vielseitigkeit der Kinderheilkunde bedingt, dass sich Pädiater einem besonderen Zusammenspiel von Therapeuten und Spezialisten ausgesetzt sehen. So gehört es zum Arbeitsalltag sich mit Kinderkrankenschwestern, Physiotherapeuten, Logopäden, Erziehern, Betreuern, Sozialarbeitern, Lehrern und natürlich den Eltern abzustimmen.

Doch wie attraktiv ist der Beruf des Kinderarztes heutzutage noch? Im Fokus der Berichterstattung der Medien ist schon seit einiger Zeit das Phänomen des „Ärztemangels“, bisweilen ist auch die Rede vom „Kinderärztemangel“, worauf weiter unten detaillierter eingegangen werden soll. In der öffentlichen Wahrnehmung wird der Ärztemangel in aller Regel auf die Arbeitsbedingungen und den daraus resultierenden Belastungen der Mediziner zurückgeführt, was im Folgenden ebenfalls Gegenstand der Analyse ist.

Diese Dissertation stellt den Versuch dar eine qualitative Analyse der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten zu erarbeiten. Sie bedient sich dabei eines Vergleichs der Arbeitsbedingungen von Ärzten der Abteilung für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) einerseits und des universitären

Kinderkrankenhauses Marseille andererseits. Es werden Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten, bezüglich der Arbeitsbedingungen der Mediziner der beiden Länder herausgearbeitet. Ziel ist es, mithilfe dieser Gegenüberstellung Rückschlüsse von der alltäglichen Beanspruchung auf die Zufriedenheit der Ärzte zu ziehen und Verbesserungspotenzial für die deutsche Seite aufzudecken. Darauf aufbauend werden Empfehlungen formuliert, um den Alltag der deutschen Mediziner zu erleichtern sowie die Qualität der Versorgung in Deutschland zu verbessern.

1.1 Aktueller Forschungsstand

Da sich bisher wenige Studien mit den Arbeitsbedingungen von Pädiatern im Besonderen auseinandergesetzt haben, werden zunächst einige einleitende Aspekte über die Arbeitsbedingungen von Ärzten allgemein vorgestellt. Es folgt ein Überblick über die Datenlage derjenigen Studien, die ihren Schwerpunkt auf die Arbeit von Kinderärzten legen. Anschließend werden diverse ländervergleichende Studien vorgestellt. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die Relevanz der Arbeitsbedingungen von Ärzten, insbesondere deren Auswirkungen auf den Ärztemangel.

1.1.1 Allgemeine Aspekte der Arbeitsbedingungen von Ärzten

Laut *Blum und Löffert (2010)* sind die entscheidenden Mankos im Arbeitsalltag derjenigen Mediziner, die im Krankenhaus arbeiten, „die hohen Arbeitsbelastungen, die langen Arbeitszeiten sowie die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben“. Nach *Rosta (2007)* arbeiten 52% der Krankenhausärzte mindestens zehn Stunden an einem durchschnittlichen Werktag. Eine derartige Arbeitszeit, Vollzeitbeschäftigung sowie das Ableisten von mindestens sechs Bereitschaftsdiensten pro Monat entsprechen den Kriterien der EU-Definition für die „deutliche Arbeitszeitbelastung“¹. Jeder fünfte Krankenhausarzt in Deutschland falle darunter. Ohne neue Arbeitszeitmodelle sei der aktuelle „brain drain“ in andere Länder und Berufssparten nicht aufzuhalten. Nach der Ansicht von *Gallois et al. (2006)* gibt es jedoch noch weitere Hürden im Arbeitsalltag der Mediziner. Viele Ärzte betrachteten Leitlinien und Empfehlungen als Einschränkung ihrer Autonomie. Besonders Männer fühlten sich durch

¹ Richtlinie 2002/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl. EU L 299/9, Art. 6: 40 Stunden wöchentliche Arbeitszeit.

interdisziplinäre Teams, wie sie in der modernen Medizin zunehmend Anwendung finden, bevormundet. Darüber hinaus spielten Betriebswirte mit ihren Kostensparmodellen zunehmend eine wichtige Rolle im Alltag der Mediziner. Durch ihre Einflussnahme sowie die Kontrollen der Krankenkassen und dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand fühlten sich Ärzte immer mehr in ihrer Arbeit behindert und von ihren eigentlichen Aufgaben abgehalten. Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis habe sich in den letzten Jahren derart gewandelt, dass viele Patienten sich in erster Linie als Kunden mit Ansprüchen auf eine korrekte, zügige und freundliche Behandlung wahrnahmen und bei der Therapie und der Entscheidungsfindung miteinbezogen werden wollten. Werde der Arzt diesen Ansprüchen nicht gerecht, wechselten die Patienten den Behandler. Bei Behandlungsfehlern drohten Medizinern zudem juristische Konsequenzen, die Zahl der Klagen sei in den letzten Jahren stark gestiegen. Dieser Autonomieverlust demotiviere viele Ärzte. Darüber hinaus sähen sie ihre Gehälter nicht mehr als angemessene Entschädigung an.

1.1.2 Arbeitsbedingungen von Kinderärzten

Die Arbeitsbedingungen, denen Pädiater ausgesetzt sind, geraten international eher dann in den Fokus, wenn es sich um pädiatrische Intensivmediziner handelt. Auch hier ist die Anzahl der Studien gering. Aus dem Jahre 1993 stammt eine qualitative Studie von *Jellinek et al. (1993)*, die sich vor allem mit den Gefühlen befasst, die US-amerikanische Kinderintensivmediziner in ihrem Arbeitsalltag durchleben. Auf der einen Seite beflügelt durch ein Gefühl von „Herrschaft über Leben und Tod“, neigten viele der befragten Fachärzte auf der anderen Seite dazu, durch den alltäglichen Druck und die „unausweichliche Fehlbarkeit“ Frustrationen zu entwickeln. Hin- und hergerissen zwischen den Extremen der Emotionen klagten die Teilnehmer über die Unmöglichkeit das Erlebte adäquat zu verarbeiten. *Mandel et al. (2004)* veröffentlichten 2004 eine Studie, in der sie sich mit den Arbeitsbedingungen von französischen Fachärzten für Kinderintensivmedizin auseinandersetzen. Ihnen zufolge betrage die durchschnittliche, wöchentliche Arbeitszeit bei ihren Befragten 76 Stunden. 77% der Studiengruppe schätzten ihre Arbeitszeitbelastung als Problem ein und glaubten, darin auch einen Grund für medizinische Fehleinschätzungen sowie iatrogene Komplikationen zu sehen. Ebenso leide bei 97% die persönliche Freizeit und bei 79% das Familienleben durch die wöchentliche Arbeitszeit. Ein besonderes Augenmerk legen *Mandel et al. (2004)* auf die Tatsache, dass lediglich 24% der Befragten eine Publikation in einer medizinischen

Fachzeitschrift veröffentlicht haben. Dies sei als zusätzlicher Indikator für eine hohe Arbeitslast der Ärzte zu werten, es bleibe neben der klinischen Tätigkeit kaum Raum für wissenschaftliche Forschung. Insgesamt betrieben 55% der Befragten Forschung und investierten im Schnitt 10% ihrer Arbeitszeit in diese Tätigkeit. *Mandel et al. (2004)* sehen in der angegebenen durchschnittlichen Arbeitszeit nicht nur einen Verstoß gegen das Urteil in der Rechtssache C-303/98 des Europäischen Gerichtshofs vom 03.10.2000² (*Arbeitszeitgestaltung (grundlegende Richtlinie)*), sondern auch die Sicherheit der Patienten gefährdet. Außerdem seien die französischen Ärzte im Vergleich zu ihren US-amerikanischen Kollegen benachteiligt, denn letzteren stehe im Gegensatz zu ihren französischen Kollegen deutlich mehr Zeit für Forschung zur Verfügung. *Mandel et al. (2004)* zitieren zur Veranschaulichung eine Studie von *Pownar et al. (1996)*, nach der 98% der befragten US-amerikanischen Kinderintensivmediziner bereits eine oder mehrere Publikationen in einer medizinischen Fachzeitschrift veröffentlicht haben.

1.1.3 Ländervergleichende Studien

Indem sie die Arbeitsbedingungen von Ärzten im Ländervergleich analysieren, sind *Mandel et al. (2004)* in diesem Sinne Pioniere. Die Idee, Gesundheitssysteme zu verbessern, indem man ihre nationalen Eigenheiten in internationalen Studien gegenüberstellt, greifen auch *Siegrist et al. (2010)* auf. So sei das „Level psychosozialen Arbeitsstresses“, gemessen mit dem Effort-Reward-Imbalance Model nach *Siegrist (1996)*, welches später näher erläutert wird, bei deutschen Hausärzten besonders hoch, verglichen mit ihren US-amerikanischen und britischen Kollegen. Als nicht zu unterschätzender Grund gelte die Einführung von „disease management programs“ (DMP), da viele Ärzte in Deutschland diese als „Bedrohung“ ansähen, insbesondere „nach einer längeren Periode von hoher professioneller Autonomie und zufrieden stellender Einkommen.“ Ähnlich sehen es auch *Koch et al. (2011)*, die ihre Ergebnisse ebenfalls in Zusammenhang mit der „Vergütungsreform und [den] befürchtete[n]³ Einnahmeeinbußen“ bewerten, wobei sie offenlassen, auf welche Vergütungsreform sie sich dabei beziehen. „In keinem Land“ seien

² In dem Urteil bekam die Gewerkschaft der Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen der Region Valencia (SIMAP) Recht, nachdem sie Klage auf Einhaltung bestimmter Vorschriften über die Arbeitszeit und die Arbeitszeitgestaltung für das ärztliche Personal erhoben hatte. Es ging u.a. um Mindestruhezeiten sowie die Abgrenzung von Bereitschaftsdiensten gegenüber der eigentlichen Arbeitszeit. Quelle: <http://curia.europa.eu/de/actu/communiques/cp00/aff/cp0070de.htm> Stand: 26.04.2013 16h.

³ Bei den folgenden Zitaten wurden nicht-Sinn-verändernde, syntaktische Veränderungen vorgenommen; Beispiel: [...] = Auslassung aus sprachlichen Gründen, Beispiel: [Abstimmungsproblem] = Hinzufügen eines Wortes ohne den Sinn des Satzes zu verändern.

so viele der befragten Hausärzte „sehr unzufrieden“ wie in Deutschland. 31% der deutschen Hausärzte seien der Ansicht, das „Gesundheitssystem hat so viele Mängel, dass es komplett reformiert werden muss.“ Zum Vergleich, in den USA teilten 15% der Ärzte diese Meinung bzgl. ihres nationalen Gesundheitssystems, in den anderen Ländern seien diese Prozentwerte höchstens einstellig, wie in Frankreich mit 6%. 73% der befragten deutschen Ärzte glaubten „eine verschlechterte medizinische Versorgung durch veränderte Rahmenbedingungen in den letzten drei Jahren“ in Deutschland zu erkennen, was auch in Frankreich zumindest 41% der Ärzte beklagten. Dennoch schätzten die deutschen Ärzte die Qualität der Patientenversorgung „mehrheitlich positiv“ ein. *Koch et al. (2011)* warnen aber auch davor, „dass die derzeitige Unzufriedenheit [...] vor allem der Hausärzte“ sich negativ auf den medizinischen Nachwuchs ausüben könnte.

1.1.4 Relevanz der Arbeitsbedingungen

Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für die Gesundheit des jeweiligen Arbeitnehmers ist ebenfalls von großem medizin-soziologischen Interesse, insbesondere die Auswirkungen verschiedener psychosozialer Faktoren wie Stress, Verantwortung oder auch Lärm sind nicht zu unterschätzen. In den Studien der letzten Jahrzehnte verdichten sich die Hinweise auf deren Pathogenität im Rahmen verschiedenster Erkrankungen. 1983 bestätigen *Bolm-Audorff und Siegrist (1983)* die noch eher vage Vermutung eines Zusammenhangs zwischen „psychosozialen Arbeitsbelastungen“ wie „große Verantwortung, Zeitdruck, [...] und Unbeständigkeit der Ansprüche“ und dem Erstauftreten z.B. eines Myokardinfarktes. 1990 entwickeln *Karasek und Theorell (1990)* das Demand-Control-Model, in dessen Zentrum die besondere Belastung durch das Zusammenspiel aus wenig Kontrolle und hohen Anforderungen am Arbeitsplatz steht, welches in „job strain“ mündet. *Siegrist (1996)* fügt 1996 das Effort-Reward-Imbalance-Model hinzu und führt den Begriff der Gratifikationskrise ein. Darunter sei ein Missverhältnis von Verausgabung bei der Arbeit einerseits und Belohnung andererseits, z.B. in Form von Vergütung, Ansehen, aber auch Arbeitsplatzgarantie, zu verstehen. Damit gelingt es ihm nicht nur die bloße Assoziation von belastenden Arbeitsverhältnissen und dem Erstauftreten einer koronaren Herzkrankheit zu beweisen, sondern er kann auch deren Vermittlung durch beispielsweise Bluthochdruck zeigen. Diesem Konzept zufolge ist ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung einerseits und Belohnung andererseits, sei es durch Anerkennung, Bezahlung oder Aufstiegschancen, kritisch für die Gesundheit eines

Arbeitnehmers. Im Jahre 2010 untersuchen *Chandola et al. (2010)* Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und einzelnen spezifischen physiologischen Reaktionen, insbesondere der Herzfrequenzvariabilität sowie den Blutplasmakonzentrationen von Kortisol und Katecholaminen. Auch wenn die Ergebnisse der aktuellen Forschung über deren Pathogenese noch nicht ganz eindeutig sind: Dass beruflicher Stress die Entwicklung verschiedenster Krankheiten begünstigt, ist mit den Publikationen von *Bolm-Audorff und Siegrist (1983)* und *Karasek und Theorell (1990)* schon seit den 1990er Jahren bewiesen.

Ein weiterer Aspekt, den es im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen von Ärzten zu beachten gilt, ist die Qualität der Patientenversorgung. Ähnlich wie *Mandel et al. (2004)* bei französischen Ärzten zu der Erkenntnis gekommen sind, dass eine erhöhte Arbeitszeitbelastung Fehler in der ärztlichen Behandlung begünstigen können, wird dieses Problem auch in Deutschland zunehmend thematisiert. Laut *v. d. Knesebeck et al. (2010)* ist „gesundheitspolitisch besonders bedeutsam“, dass in den Augen vieler Krankenhausärzte „Faktoren wie Überarbeitung oder Zeitdruck die Qualität der Versorgung häufig beeinträchtigen“.

1.1.5 Arbeitsbedingungen und Ärztemangel

Neben *Rosta (2007)* ordnen auch andere Wissenschaftler die Arbeitsbedingungen deutscher Krankenhausärzte in einen größeren Kontext ein. Laut *Adler und v. d. Knesebeck (2011)* sind die „zeitliche[n] Belastungen, Unvereinbarkeit von Familie und Beruf, Arbeitsbedingungen und Führungskultur“ die wichtigsten Motive in Deutschland ausgebildeter Ärzte, um ins Ausland oder in „alternative[n] nicht-kurative[n] Berufswege[n]“ zu wechseln. Die versorgungstechnische Brisanz dieses „brain drain“ spiegele sich einerseits in einem Mangel an Ärzten wider, auf den weiter unten detaillierter eingegangen werden soll. Andererseits stelle sozioökonomisch gesehen jeder Arzt, der in Deutschland studiert habe und in ein anderes Land auswandere, vor allem einen monetären Verlust von 278.000 EUR für die öffentliche Hand dar, die Schulausbildung miteingerechnet. Da die Kosten für ein Studium in Deutschland größtenteils der Staat übernehme, sei insbesondere der Verlust von Ärzten mit ihrer teuren Ausbildung kritisch.

Heutzutage unterliegt selbst die Medizin mehr und mehr internationalen Einflüssen. Einerseits erhält eine steigende Anzahl an Medizinstudenten und angehenden

Pharmazeuten mithilfe diverser Austauschprogramme, wie z.B. dem Erasmus-Programm, einen Einblick in die Krankenhäuser, Labore und Gesundheitssysteme anderer Länder. Andererseits emigrieren immer wieder Mediziner und üben ihren Beruf in ihrer neuen Wahlheimat aus, sei es aus privaten oder familiären Gründen, auf der Suche nach besseren Arbeitsbedingungen oder um überhaupt eine Arbeit zu haben. Das international relativ einheitliche Metier des Arztes sowie die Niederlassungsfreiheit der Europäischen Union erleichtern die Auswanderung zumindest innerhalb der Mitgliedstaaten der EU stark. Nach *Schmidt und Klambauer (2013)* zählen Österreich, die Schweiz, die USA und das Vereinigte Königreich zu den bevorzugten Zielen deutscher Ärzte. Die „Zahl der aus Deutschland emigrierenden Ärzte hat sich zwischen 2000 und 2008 nahezu verdreifacht.“ Während im Jahr 2000 noch 1097 in Deutschland ausgebildete Ärzte der Bundesrepublik den Rücken kehrten, seien es 2008 genau 3065 Mediziner gewesen. In Deutschland wiederum machten ausländische Ärzte „nur 5 bis 6% am gesamten Ärztepersonal aus“. Viele Staaten würden sogar aktiv um medizinisches Personal aus anderen Ländern werben, da sie in diesem Bereich einen Mangel hätten und die Versorgung der Bevölkerung nicht garantieren könnten. Laut einer Studie von *Bouet et al. (2003)*, die 2003 der französischen Regierung Vorschläge für Gesundheitsreformen erarbeiten sollten, ist 25% des medizinischen Fachpersonals von Großbritanniens National Health Service (NHS) ausländischer Herkunft. Außerdem weisen die Autoren auf die langfristigen Auswirkungen demographischer Entwicklungen und ihre Bedeutung für die französischen medizinischen Versorgungsstandards hin. So steige auf lange Sicht nicht nur das Durchschnittsalter der französischen Bevölkerung an, sondern ebenfalls das Alter der Mediziner von durchschnittlich 46,5 Jahren im Jahr 2003 auf über 50 Jahre in 2012, sodass längerfristig mehr Ärzte altersbedingt ausschieden als Medizinstudenten nachrückten. Nicht zu unterschätzen sei ebenfalls der Umstand der zunehmenden Feminisierung der Ärzteschaft. Während 2003 noch 37% der aktiven Mediziner Frankreichs weiblich gewesen seien, würden 2020 bereits 45% der Ärzte Frauen sein. Laut *Bouet et al. (2003)* ist dies insofern relevant, da mehr Frauen als Männer Teilzeit arbeiten wollen bzw. aufgrund von Schwangerschaften temporär wegfallen. Außerdem leisteten selbst Vollzeit angestellte Frauen im Schnitt zehn Wochenstunden weniger ab als ihre männlichen Kollegen. So würden 2012 100.000 Franzosen von 305 Ärzten versorgt, deren tatsächliches Potenzial aufgrund der genannten Veränderungen schwer abzuschätzen sei, während im Jahr 2000 durchschnittlich 338 Mediziner auf 100.000 Einwohner kamen.

Eine vergleichbare Studie gab das Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Auftrag, die *Blum und Löffert (2010)* im Jahre 2010 veröffentlichen. Nach dieser Untersuchung konnten bundesweit „5.500 Vollkraftstellen in deutschen Krankenhäusern nicht besetzt werden.“ Diese Zahl stelle 4,1% der Stellen im Ärztlichen Dienst in Deutschland dar. Besonders betroffen seien kleinere Krankenhäuser bis 300 Betten oder solche in ländlichen Regionen sowie Psychiatrien. Laut der Studie wird zur „Bedarfsdeckung [...] bis zum Jahr 2019 ein Zugang von 139.000 Ärzten benötigt. Diese Zahl setzt sich zusammen aus dem Mehrbedarf von 31.000 Ärzten und dem Ersatzbedarf von 108.000 Ärzten.“ Bei konstanter Schwundquote von ca. 30% der Medizinstudenten „würden bis zum Jahr 2019 somit etwa 37.400 Ärzte fehlen.“ Diese Zahl errechne sich aus „der altersbedingten Berufsaufgabe“ von rund 96.930 Ärzten, dem negativen „Wanderungssaldo ins Ausland“ von etwa 11.330 Ärzten sowie einem Mehrbedarf von 30.830 Ärzten bis 2019. Der Mehrbedarf wiederum setze sich zusammen aus den 2010 bereits fehlenden Ärzten, „demographiebedingte[n] Fallzahlsteigerungen“ sowie einer „Steigerung der Teilzeitquoten“, u.a. bedingt durch die zunehmende Feminisierung der Ärzteschaft. Ebenfalls miteinkalkuliert seien in die Bundesrepublik immigrierende Ärzte mit Blick auf die ökonomische Situation in den südeuropäischen Ländern, 39% der Krankenhäuser akquirierten „gezielt Ärzte aus dem Ausland“. Rund 60% der Kliniken griffen auf die „Beauftragung von Personalagenturen“ und auf die „Beschäftigung von Honorarärzten“ zurück, um ihre vakanten Stellen zu besetzen. Darüber hinaus beschäftigten rund 25% der Kliniken niedergelassene Ärzte. Im Wettbewerb um Ärzte boten darüber hinaus auch 19% der Krankenhäuser Belegplätze in Kitas der Umgebung an, 15% verfügten über eigene Kinderbetreuungseinrichtungen. Auch „schriftliche Einarbeitungskonzepte und strukturierte Mitarbeitergespräche“ sollten in 40% der Krankenhäuser die Attraktivität als Arbeitsplatz steigern. In denjenigen Hospitälern, in denen die Belegschaft die Arbeitsbedingungen eher als positiv bewerte, falle der Ärztemangel geringer aus als in schlechter eingestuften Krankenhäusern.

Was die Kinderheilkunde betrifft, so ist die Datenlage über die stationäre Versorgung sehr dürfzig. Jedoch macht eine traurige Bilanz über die Situation der ambulanten Pädiatrie Schlagzeilen, die im Juni 2013 das Magazin „Der Spiegel“ zieht. „Knapp 60 Jahre“ alt sei im Durchschnitt der niedergelassene Kinderarzt in der Bundesrepublik. Doch nicht nur auf dem Land seien viele „Praxen verwaist“, auch in Großstädten sei die Situation dramatisch. Gerade in Stadtteilen, die „viel soziales Elend“ kennzeichne, herrsche Kinderärztemangel. In Hamburg-Horn kämen auf einen niedergelassenen Pädiater „fast 5000“ Kinder, im

wohlhabenderen Viertel Othmarschen mit seinen vielen Privatpatienten vergleichsweise nur 600 der kleinen Patienten. Eine Untersuchung des Instituts für Community Medicine der Universität Greifswald habe ergeben, dass Eltern in Mecklenburg-Vorpommern „bald bis zu 70 Minuten Auto fahren müssen“ bis zum nächsten niedergelassenen Kinderarzt. Der Sprecher des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte, Ulrich Fegeler, bezeichne sich und seine Kollegen gar als „eine bedrohte Spezies“ (Koch 2013).

Der Beitrag von Kinderärzten zur Gesundheit unserer gesamten Gesellschaft ist jedoch besonders wichtig, da z.B. durch eine Vielzahl von auf dem Markt erhältlichen Impfungen eine nicht zu unterschätzende Zahl potentiell gefährlicher Krankheiten präventiv therapiert werden kann. Da der so aufgebaute Impfschutz je nach Art der Vakzination viele Jahre bestehen bleibt, ist der Geimpfte einerseits nicht nur im Kindes-, sondern auch im Erwachsenenalter geschützt. Andererseits fällt er auch als Vektor des Erregers weg, womit er verhindert, dass die Krankheit durch ihn ausgebreitet wird. Als Beispiel sei hier das „smallpox eradication programme“ angeführt, mit welchem es der WHO gelang die Pockenviren auszurotten (*The Smallpox Eradication Programme – SEP (1966-1980)*). Ein Mangel an Kinderärzten ist also nicht nur extrem kritisch für Heranwachsende, sondern für die gesamte Gesellschaft.

Der Ärztemangel in Deutschland ist also auch durch die Arbeitsbedingungen mitverschuldet. Da diese von Staat zu Staat unterschiedlich sind, ist es von Interesse sie zu vergleichen. Daher geht es im Folgenden um eine vergleichende Analyse der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten in Deutschland und Frankreich im Allgemeinen bzw. der Pädiater in der Abteilung für Kinderheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie des universitären Kinderkrankenhauses Marseille, welches „Centre hospitalier universitaire (CHU) Hôpital de la Timone Enfants“ heißt, im Spezifischen.

1.2 Unterschiede zwischen Frankreich und Deutschland

Um den Vergleich der Arbeitsbedingungen der französischen und deutschen Kinderärzte in einen größeren Rahmen einordnen zu können, soll hier auf einige wesentliche Unterschiede näher eingegangen werden. Sie betreffen sowohl Medizinisches in Bezug auf

Studium und Fortbildung, aber auch administrative Punkte wie Organisation und Aufbau der Krankenhäuser, ferner kulturelle Aspekte.

Hamburg und Marseille sind zwar beide Hafenstädte und ähneln sich in der Anzahl ihrer Einwohner, sind aber ansonsten sehr verschieden. Während die Hansestadt traditionell eher wohlhabend ist, hatte Marseille schon immer den Ruf einer armen Arbeiterstadt inne. Als Tor zu Frankreich und Europa für die Einwanderer aus dem Maghreb und anderen Teilen Afrikas und Arabiens angesehen, zeichnet sich ein so hoher Prozentsatz der Bevölkerung durch einen Migrationshintergrund aus, wie man ihn in Hamburg nicht findet. Laut *Haack Weltatlas Online* entstammen 90% der Einwohner Familien, die nicht aus Frankreich kommen. Dementsprechend entstammen Kinder und Jugendliche meist nicht privilegierten Verhältnissen. Mit diesem sozialen Hintergrund sind Defizite verbunden: Beispielsweise Impfungen fehlen oft ganz oder wurden unvollständig durchgeführt. Infolge einer Masernepidemie im Jahre 2011 waren Patienten mit Masernenzephalitis oder anderen Komplikationen in Marseille keine Seltenheit (*Rougeole : Une situation préoccupante*).

Die Kinderklinik des UKE ist in puncto Patientenbetten wesentlich kleiner als das CHU Hôpital de la Timone Enfants. Während sich in Marseille 276 Betten (*Hôpital de la Timone*) befinden, verfügt Hamburg nur über 99 Patientenbetten in der Kernklinik selbst. Darüber hinaus sind 17 Betten der Onkologie sowie zwölf Betten der Kardiologie der Kinderklinik angegliedert (*Pflegeseite der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin*). Sowohl die Kinderklinik des UKE als auch das Kinderkrankenhaus in Marseille sind Teil des jeweiligen Universitätsklinikums, an das sie lokal und organisatorisch direkt angeschlossen sind.

Jedoch unterscheiden sich die beiden Einrichtungen nicht nur in ihrer Größe. Besonders ins Auge sticht die Tatsache, dass in Marseille zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch keine elektronische Patientenakte verwendet wurde, während sich das UKE ein papierloses Krankenhaus nennt. Zwar werden in Marseille Befunde beispielsweise der Labore oder der Radiologie in ein elektronisches System eingespeist, jedoch wird der Verlauf des Krankenhausaufenthalts an sich in die Akte des Patienten von Hand eingetragen. Untersuchungsergebnisse, Konsiliarbefunde, Vitalparameter oder der geplante Ablauf der Behandlung werden dort dokumentiert, während dies alles im UKE Eingang in die digitale Patientenakte findet. Viel Zeit geht dadurch verloren, innerhalb der Akte Befunde zu

suchen oder einfach die Handschrift zu entziffern. Regelmäßig ist die Akte bei den Schwestern, wenn die Ärzte sie brauchen und vice versa. Manchmal ist eine komplette Akte in einem der riesigen Archive verschollen.

Doch in diesem Punkt helfen die französischen Medizinstudenten aus. Ab dem vierten Studienjahr verbringt jeder Medizinstudent in Frankreich jeden Morgen montags bis freitags ca. vier Stunden auf einer Station, selbst in der vorlesungsfreien Zeit. Nach drei Monaten wird rotiert. Diese Tätigkeit wird auch, je nach dem, in welchem Semester sich der Student befindet, mit ca. einem bis drei Euro pro Stunde vergütet. Während des „stage“ verfolgt der Student den Stationsablauf und bekommt Patienten zugewiesen, deren Behandlungsablauf er observiert und teilweise auch für dessen korrekte Dokumentation verantwortlich ist. Die Studenten schauen den Ärzten bei der Arbeit nicht nur über die Schulter, sondern untersuchen selbstständig ihre Patienten und stellen diese in den Visiten ihren Kollegen vor. In der Realität dienen sie aber ebenfalls der Entlastung der eigentlichen Ärzte, indem sie Akten suchen, Befunde telefonisch anfordern, Haken halten im OP und andere kleinere Tätigkeiten erledigen.

Ein weiterer wichtiger Unterschied im Alltag der französischen und deutschen Krankenhausärzte ist ihre Arbeitszeit. Während in der Kinderklinik des UKE jeder Arzt einen Arbeitsvertrag hat, der in aller Regel eine 40-Stunden-Woche vorsieht, die sich aus Früh-, Spät- und Nachtdiensten sowie teilweise Bereitschaftsdiensten zusammensetzt, wird dies in Marseille anders gehandhabt. Prinzipiell beginnt dort eine normale Schicht dann, wenn der Stationsalltag in einer Abteilung anfängt, und endet dann, wenn die Arbeit erledigt ist. Effektiv ist der Marseiller Kinderarzt also von 8h/08:30h bis 17h/20h in der Klinik. Die Arbeitszeit fluktuiert also stark je nach Tagesanforderung. Hin und wieder ist man „de garde“ und bleibt nach dem Stationsdienst über Nacht in der Klinik bis um 8h des Folgetages, den man dann (zumindest theoretisch) frei hat. Somit sind 24-Stunden-Dienste in Frankreich gängig, auch wenn diese gegen die bereits im Jahre 1993 erschienene Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft 93/104/EG verstößen (*europa.eu*). Sollte man am Wochenende oder an einem Feiertag Dienst haben, lässt sich die anfallende Arbeit meist bis zum Nachmittag erledigen.

1.3 Fragestellung

Es gibt also viele Unterschiede zwischen dem Alltag der französischen und der deutschen Pädiater in Universitätskliniken. Doch wie wirken sich die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte aus? Ziel dieser Dissertation ist es sowohl die Arbeitsbedingungen als auch die Arbeitszufriedenheit der deutschen und französischen Kinderärzte in den Universitätskliniken Hamburg und Marseille anhand einer Stichprobe zu vergleichen. Dabei werden diverse Teilaspekte der Arbeitsbedingungen, z.B. die Einschätzung der eigenen Entscheidungsfreiheit eines jeden Arztes wie auch die Arbeitszeiten, berücksichtigt. Außerdem wird einerseits direkt nach der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Beruf gefragt. Andererseits ist es Ziel, Rückschlüsse von der alltäglichen Beanspruchung auf die Zufriedenheit der Ärzte zu ziehen, anhand derer sich Optimierungspotenzial für die deutsche Versorgung aufdecken lässt, um Empfehlungen zur Verbesserung der Alltagssituation der Mediziner in Deutschland zu formulieren und damit auch die hiesige Qualität der Versorgung zu steigern.

2 Methode, Konzeption und Umsetzung der Studie

Es wurde eine qualitative Analyse mittels leitfadengestützter Interviews durchgeführt. Das erhobene Interviewmaterial wurde zuerst transkribiert und anschließend mithilfe des Computerprogramms MAXQDA ausgewertet.

2.1 Studiendesign

Die Tatsache, dass es wenige ländervergleichende Studien auf diesem Feld gab und somit die Ergebnisse schwer abzuschätzen waren, stellte einen entscheidenden Grund zur Wahl eines qualitativen Vorgehens dar. Da insbesondere nicht absehbar war, welche der vielen Faktoren, die den Krankenhausalltag der Mediziner beeinflussen, am Ende ausschlaggebend für Unterschiede zwischen Deutschland und Frankreich sein würden, erschien der standardisierte Fragebogen als zu wenig individuell und als zu unflexibel. Auch wenn durch eine quantitative Analyse mit weniger Aufwand pro Person insgesamt eine höhere Teilnehmerzahl hätte erreicht werden können, wurde sie trotzdem als zu wenig ergebnisorientiert eingeschätzt im Vergleich zum qualitativen Prozedere. Außerdem ist die Anzahl der ärztlichen Mitglieder einer solchen Abteilung überschaubar, sodass auch die Steigerung der Teilnehmerzahl im Rahmen einer quantitativen Analyse begrenzt gewesen wäre.

Als Methode der Datenerhebung wurde die Interviewform des „problemzentrierte[n] Interview[s]“ nach *Witzel (2000)* gewählt, da sich diese meist leitfadengestützte Befragung als „theoriegenerierendes Verfahren“ eignet, in dem der Dialog ein „Resultat ideenreicher und leitfadengestützter Nachfragen“ ist. Somit sollten sich individuelle Situationen gut durch eine qualitative Analyse und die dabei erhobenen subjektiven Antworten ausleuchten lassen. Während der Konversation solle sich ein Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Befragtem aufbauen. Anschließend würden sich wichtige oder ungewöhnliche Aspekte vertiefen lassen, die in einem standardisierten Fragebogen eventuell gar nicht erst erwähnt worden wären bzw. denen nicht ausreichend Raum gewährt worden wäre. Der Leitfaden dient dem Forscher dabei einerseits als „Gedächtnisstütze“ und andererseits als „Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews“.

Die erhobenen Daten werden dann gemäß der „qualitative[n] Inhaltsanalyse“ nach *Mayring (2000)* ausgewertet. Dabei erfolgt eine „induktive Kategorienentwicklung“ und abschließend eine Typenbildung, die es generell erlauben soll Zusammenhänge zwischen einzelnen Aspekten aufzudecken. Diese Methode eignet sich bei dieser Analyse gut, um beispielsweise einen Zusammenhang zwischen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit zu untersuchen.

Bei der Auswertung zeigen sich die Stärken der qualitativen Forschung, die laut *Wiesinger (ohne Datum)* in der „Subjektbezogenheit“ sowie realistischen „Deskription und Interpretation der Forschungsobjekte“ liegen. Die „Untersuchung in der natürlichen, alltäglichen Umgebung“ sollte zu besonders anschaulichen und konkreten Ergebnissen ohne „Verzerrungen durch Eingriff der Untersuchungsmethoden bzw. durch die wirklichkeitsferne Außenperspektive“ führen.

2.2 Konzeption des Fragebogens und Pretests

Trotz der Offenheit und Variabilität, die ein leitfadengestütztes Interview in sich birgt, erforderte der Entwurf des Leitfadens selbst präzise Vorkenntnisse über den Arbeitsalltag der Mediziner, was *Kelle (1997)* als „kritische Voraussetzung des Fremdverstehens“ bezeichnet. Da jeder Forscher eine „andere Form des Soziallebens“ stets durch seine eigene „Linse“ betrachtet, ist es essentiell sich zunächst mit den Eigenschaften des Gegenstands der Forschung auseinanderzusetzen. Andernfalls würde er „konfrontiert mit chaotischen, bedeutungslosen und zersplitterten Phänomenen“, ohne in der Lage zu sein diese in einen größeren Kontext zu setzen. Daher wurde der Leitfaden (vgl. Anhang) angelehnt an die Erkenntnisse der Studien, die in der Einleitung bereits Erwähnung fanden. Außerdem trug er den ebenfalls in der Einleitung beschriebenen Unterschieden zwischen dem französischen und dem deutschen Krankenhausalltag Rechnung.

Wie bereits erwähnt, dient laut *Witzel (2000)* der Leitfaden dem Forscher als „Gedächtnisstütze“ während des Interviews. Nach den Erkenntnissen von *Wiesinger (ohne Datum)* sind problemzentrierte Interviews derart strukturiert, dass zunächst durch „Sondierungsfragen“ persönliche Daten wie Alter und Geschlecht erhoben werden. In den folgenden „Leitfadenfragen“ soll es um die eigentliche Thematik gehen, also zunächst um die Ressourcen, auf die Ärzte in ihrem Alltag zurückgreifen können. Damit sind z.B.

Details über ihre Ausbildung, die klinische Entscheidungsfreiheit, Unterstützung durch Kollegen, aber auch ihre Vergütung gemeint. Der nächste Abschnitt behandelt die alltäglichen Belastungen, also u.a. den Umfang administrativer Aufgaben, organisatorische Probleme, die Arbeitszeiten sowie die Höhe der Arbeitslast. Abschließend sollen einige offenere Fragen den Interviewpartner dazu anregen, etwas ausführlicher über die Probleme und Zusammenhänge zwischen beruflichem und privatem Alltag zu erzählen. So sollen die direkten Fragen nach der Kompatibilität von Beruf und Sozialleben sowie nach der allgemeinen Arbeitszufriedenheit die Reliabilität der Untersuchung erhöhen, da der Großteil der vorangegangenen Fragen diese Themen indirekt behandelt. Mithilfe des Leitfadens würden „die Befragten zwar auf bestimmte Fragestellungen hingeleitet“. Sie sollten jedoch nicht durch Vorgaben oder Ähnliches in ihren Antworten eingeschränkt werden. Der Leitfaden enthält die Themen sowie „Formulierungsvorschläge“. Zwischen den Leitfadenfragen formuliere der Interviewer „Ad-hoc-Fragen“, um auf die Antworten des Befragten einzugehen und so relevante Aspekte zu vertiefen.

In einer Pilotphase wurde der Leitfaden in Probeinterviews an freiwilligen Kommilitonen bezüglich seiner Länge und Kohärenz getestet. Ein komplettes Interview, in dem alle wichtigen Leitfaden- sowie spontane Zwischenfragen gestellt werden konnten, sollte 15 Minuten nicht überschreiten. Diese 15 Minuten wurden als die Grenze des Entbehrlichen im Arbeitsalltag der Ärzte eingeschätzt. Andernfalls würde es sich schwierig gestalten Teilnehmer für die Befragung zu gewinnen.

2.3 Feldzugang

An sich hätte ein qualitatives Vorgehen mit leitfadengestützten Interviews über die Arbeitsbedingungen von Ärzten lediglich am UKE bereits genügend Interviewmaterial ergeben. Durch einen neunmonatigen Erasmus-Aufenthalt am CHU Hôpital de la Timone in Marseille bot sich mir jedoch die Gelegenheit das Studiendesign auf einen länderübergreifenden Vergleich zu erweitern. Als Austauschstudent nahm ich genau wie auch die französischen Studenten am Stationsalltag teil und lernte so die Ärzte kennen, mit denen ich auch die Interviews führte. Aufgrund meines persönlichen Interesses an der Kinderheilkunde absolvierte ich ein dreimonatiges Wahlfach in diesem Bereich, weshalb ich durch verschiedene Abteilungen rotierte. Dieser Zeitraum gab mir die Gelegenheit die Interviews mit den Kinderärzten der verschiedenen Abteilungen zu führen. Wieder nach

Hamburg zurückgekehrt, familierte ich unmittelbar im Anschluss zwei Monate an der Kinderklinik des UKE, in denen ich den dortigen, alltäglichen Stationsablauf ebenfalls mehrerer Stationen selbst erleben konnte. In dieser Zeit führte ich die Interviews mit den deutschen Pädiatern.

Die Erweiterung auf Marseille erforderte einen komplexeren Ansatz, da die Literaturrecherche auf ländervergleichende Studien einerseits und auf Ärztemangel sowie Arbeitsbedingungen in Frankreich andererseits ausgeweitet werden musste. Der Leitfaden wurde nicht nur ins Französische übersetzt, sondern musste auch den in der Einleitung beschriebenen Unterschieden zwischen dem deutschen und dem französischen Krankenhausalltag Rechnung tragen. Auch die Sprachbarriere galt es zu überwinden, kulturelle und organisatorische Unterschiede, wie z.B. die in Deutschland und in Frankreich unterschiedliche Hierarchie der Krankenhausränge, zu erkennen und zu berücksichtigen.

2.4 Durchführung der Studie

Angestrebt war es 24 Kinderärzte zu interviewen, von denen jeweils zwölf französischer und zwölf deutscher Nationalität sein sollten. Die zwölf Ärzte eines Landes setzten sich wiederum aus je zwei männlichen und je zwei weiblichen Assistenzärzten, Oberärzten und Chefärzten zusammen. So sollte eine ausgewogene Verteilung zwischen männlichen und weiblichen sowie jüngeren und älteren Teilnehmern erreicht werden.

Diese Verteilung war insbesondere deshalb wichtig, da nach *Rosta (2007)* „Alter unter 35 Jahre“ sowie „männliches Geschlecht“ „signifikante Prädiktoren deutlicher Arbeitszeitbelastung“ seien. Ebenfalls belegen *Gallois et al. (2006)* und *Bouet et al. (2003)*, dass auch Ärztinnen in Frankreich im Schnitt weniger Wochenstunden ableisten als ihre männlichen Kollegen. Darüber hinaus zeigen *v. d. Knesebeck et al. (2010)*, dass bei „Frauen im Vergleich zu Männern und bei Assistenzärzten im Vergleich zu Chef- und Oberärzten“ häufiger „Job Strain“ im Sinne des Demand-Control-Model von *Karasek und Theorell (1990)* vorliegt. Der Grund hierfür sei, dass „Frauen und Assistenzärzte den Handlungs- und Entscheidungsspielraum (Kontrolle) bei ihrer Arbeit deutlich geringer einschätzen“. Ein weiteres Problem sei, dass Frauen und Assistenzärzte eher zur „Übertragung von beruflichen Belastungen auf das Privatleben“ neigten.

Aufgrund dieser Unterschiede wurde der folgende Stichprobenplan entwickelt, der nach *Jansen (2010)* einer „diversity sample“, also einer „Vielfältigkeitsstichprobe“ entspricht. Laut *Jansen (2010)* soll „eine qualitative Stichprobe die Diversität des zu untersuchenden Phänomens in der Zielgruppe repräsentieren“. Eine „große zufällige Stichprobe [...] wäre nicht sehr effizient“, es sei „sowohl logisch als auch effizient absichtlich eine Vielfältigkeitsstichprobe zu selektieren mit dem Ziel alle relevanten Ausprägungen des Phänomens abzudecken (Sättigung).“ *Guest et al. (2006)* nennen dieses Prozedere „purposive sample“, sprechen also von einer „zielgerichteten Stichprobe“, bei der die „Teilnehmer gemäß vorher festgelegten Kriterien“ ausgesucht werden.

Tabelle 1: Geplante Aufteilung der jeweils zwölf deutschen bzw. französischen Kinderärzte

Geschlecht Rang	männlich	weiblich
Assistenzarzt/-ärztin	2	2
Oberarzt/-ärztin	2	2
Chefarzt/-ärztin	2	2

Die Aufteilung der jeweils zwölf Pädiater wurde zu Beginn der Datenerhebung verändert, um die französischen Krankenhausränge besser in Einklang mit ihren deutschen Pendants zu bringen. Da in Deutschland der Begriff „Assistenzarzt“ sowohl einen Mediziner vor als auch nach der Facharztreife bezeichnet, wird ersterer im Folgenden vereinfachend „Assistenzarzt“ und letzterer „Facharzt“ genannt. So ist der deutsche Assistenzarzt während seiner Ausbildung zum Facharzt weitestgehend konform mit dem französischen „interne“, wohingegen in Deutschland ein examinierter Facharzt in Frankreich am ehesten einem „Chef de Clinique Assistant“ (CCA) entspricht. Die Position eines Oberarztes ist vergleichbar mit einem „Praticien Hospitalier“ (PH). Der „Chef de Service“ ist das Äquivalent zum Chefarzt. Es ergab sich also folgendes modifiziertes Schema:

Tabelle 2: Modifizierte geplante Aufteilung der jeweils zwölf deutschen bzw. französischen Ärzte

Rang \ Geschlecht	männlich	weiblich
Assistenzarzt/-ärztein	2	2
Facharzt/-ärztein	1	1
Oberarzt/-ärztein	1	1
Chefarzt/-ärztein	2	2

Jedoch verfügte die Kinderklinik des UKE zum Zeitpunkt der Datenerhebung über keine weibliche Chefärztein. In Marseille gab es eine Chefärztein, sodass folgendes Muster realisiert wurde:

Tabelle 3: Aufteilung der realisierten Interviews

Rang \ Geschlecht	männlich		weiblich	
	franz.	dt.	franz.	dt.
Assistenzarzt/-ärztein	2	2	2	2
Facharzt/-ärztein	1	1	1	1
Oberarzt/-ärztein	1	1	1	1
Chefarzt/-ärztein	2	2	1	0

Von den ursprünglich geplanten 24 Interviews wurden also insgesamt 21 durchgeführt, elf in Marseille auf französisch und zehn in Hamburg in deutscher Sprache. Alle Befragungen erfolgten in einer ruhigen Atmosphäre, z.B. in Dienstzimmern, und wurden mit einem Mobiltelefon aufgezeichnet. Unter den Befragten befanden sich Allgemeinpädiater, Neonatologen sowie pädiatrische Neurologen, Gastroenterologen, Onkologen und Kardiologen.

Vor jedem Interview wurden die Befragten über den Zweck der Studie und eine voraussichtliche Länge von 15 Minuten aufgeklärt. Außerdem wurden sie darauf hingewiesen, dass die Unterhaltung anonymisiert aufgezeichnet werden würde.

Grundsätzlich wurde bei jedem Gespräch der vorgestellte Leitfaden angewandt. Insbesondere die einleitenden Fragen waren weniger konkret formuliert, um dem Gesprächspartner Erzählanreize zu geben und ihm gleichzeitig die Möglichkeit zu lassen selbst einen Schwerpunkt zu setzen. So sollte vermieden werden, dass der Interviewte nicht auf ihm wichtig erscheinende Aspekte eingehen würde, nur weil sie nicht direkt vom Untersucher angesprochen wurden. Somit unterschieden sich alle Interviews hinsichtlich ihrer Länge, ihrer Ausführlichkeit und ihres Fokus. Einzelheiten, die von einem Befragten minutenlang ausgeführt wurden, wurden von anderen auch auf Nachfrage kaum behandelt. Während das längste deutsche Interview 27:35 min dauerte, war das kürzeste nach 8:59 min bereits beendet. Durchschnittlich dauerten die zehn deutschsprachigen Interviews 17:41 min. Das längste französische Interview belief sich auf 19:55 min, wohingegen das kürzeste 8:40 min dauerte. Der Schnitt der französischsprachigen Befragungen lag bei 14:09 min.

Abgesehen von Geschlecht, Rang und Spezialisierung des Interviewpartners erfolgte die Auswahl der Teilnehmer auch pragmatisch, je nachdem, wer Interesse und Zeit hatte. Diese Auswahl beeinflusste auch den Verlauf der Interviews, gerade wenn es um Ärzte niedrigerer Positionen in der Krankenhaushierarchie ging. Aus einer Vielzahl von Assistenzärzten konnten bereitwillige Teilnehmer ausgesucht werden, die Zeit und Interesse hatten. Da die Kliniken naturgemäß nur über eine begrenzte Anzahl von Chefärzten und Chefärztinnen verfügten, gestalteten sich die Interviews mit ihnen mitunter schwierig. Teilweise wurden die Ärzte eher zur Teilnahme überredet, als dass sie tatsächlich Interesse und Zeit hatten. Aus diesem Grund wurde bei Interviews mit Ober- und Chefärzten der Leitfaden je nach Stimmung und Zeitdruck des Befragten angepasst und es wurden konkretere Fragen gestellt bzw. Fragen ausgelassen. Dies trug zusätzlich zur Variabilität der Interviews bei.

2.5 Datenmanagement und Auswertung

Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert. So weit es die Tonqualität der Aufzeichnungen zuließ, erfolgte die Transkription wortwörtlich. Außerdem wurden diejenigen Zitate, die aus den in französischer Sprache durchgeführten Interviews stammen, vom Verfasser sinngemäß übersetzt. Die Aufzeichnungen von einer Länge von mehr als 5h 32min ergaben rund 138 Seiten Interviewmaterial. Durchführung,

Transkription und Auswertung der Interviews erfolgten ausschließlich durch den Verfasser. Die 21 Transkripte befinden sich im Anhang auf CD.

Als Methode zur Datenauswertung wurde die „qualitative Inhaltsanalyse“ nach *Mayring (2000)* gewählt, da sie sich besonders gut dazu eignet, Zusammenhänge zwischen einzelnen Teilespekten zu untersuchen. Der erste Schritt besteht dabei aus der „induktiven Kategorienentwicklung“. Diese bietet den Vorteil „die Auswertungsaspekte [...] aus dem Material heraus zu entwickeln“. Die Entwicklung eines Kategorienschemas erfolgte vereinfacht gesagt durch „systematische[n] Reduktionsprozesse[n]“, um sie je nach Fragestellung zu überarbeiten und zu Überkategorien bzw. Typen zusammenfassen zu können.

Da es sich bei den Daten um die Ergebnisse eines leitfadengestützten Interviews handelt, handelte es sich konkret um eine subsumtive Kodierung in Anlehnung an den Leitfaden, was bedeutet, dass Kategorien und Unterkategorien gebildet wurden, anhand welcher die Typenbildung erfolgte. Das dabei entstandene Kategorienschema befindet sich im Anhang. Mithilfe des Computerprogramms MAXQDA wurden Textpassagen des transkribierten Interviewmaterials kodiert, also einer oder mehreren Kategorien zugeordnet, je nach dem, wie viele verschiedene Aspekte in diesem Abschnitt angesprochen wurden. Nachdem das gesamte Textmaterial durchgearbeitet war und alle relevanten Passagen entsprechend kodiert waren, erfolgte mithilfe der Kodierung die Typenbildung. Durch „Fall vergleichende und Fall kontrastierende Verfahren“ wurden Typen gebildet, um „komplexe Sinnzusammenhänge und Korrelationen zu erklären und zu verstehen“. Sukzessiv ließen sich „durch das Kombinieren der Kategorien und Subkategorien“ Typen bilden, „wobei sich diese Gruppen bezüglich bestimmter Merkmale gleichen (interne Homogenität) bzw. unterscheiden (externe Heterogenität)“. Am Ende dieses „Gruppierungsprozesses“ wurde jede Typologie durch einen Merkmalsraum aus verschiedenen Kategorien und Subkategorien beschrieben (*Lüdecke 2007*).

Anhand der Verteilung der Typen ließen sich Zusammenhänge zwischen einzelnen Gesichtspunkten, wie beispielsweise zwischen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie einerseits und der generellen Arbeitszufriedenheit der Pädiater andererseits erkennen. Auch wenn sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie Assistenz- und Chefärzten finden ließen, so wurde der Schwerpunkt auf den Ländervergleich Frankreich/Deutschland gelegt.

3 Ergebnisse der Studie

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt. Die Ergebnisse werden analog zur Gliederung des Interviewleitfadens in vier Abschnitten dargelegt. Wie bereits unter 2.2 aufgeführt, erfasst der erste Abschnitt Sondierungsfragen wie persönliche Angaben. Der zweite Teil behandelt die Ressourcen, auf die der Arzt in seinem Alltag zurückgreift. Der dritte Abschnitt bezieht sich auf die verschiedenen Belastungsfaktoren, mit denen sich die Mediziner auseinandersetzen müssen. Die letzte Passage besteht aus allgemeineren Fragen nach den Auswirkungen des Berufs auf das Privatleben, die die Interviews abrunden sollen.

An dieser Stelle werde noch einmal der Hinweis gegeben, dass im Folgenden der Begriff „Assistenzarzt“ nur für den Assistenzarzt vor der Facharztreife verwandt wird. Um Unklarheiten zu vermeiden, wird sich auf den Assistenzarzt mit abgeschlossener Facharztpflicht mit dem Ausdruck „Facharzt“ bezogen.

Es wurde ein Codierungsschema eingesetzt, bei dem jedem Interview ein Kürzel zugeordnet wurde, welches sich aus drei bis vier Teilen zusammensetzt. Der erste Buchstabe ist entweder ein „D“ oder ein „f“, wodurch die Interviews mit den deutschen Ärzten von denjenigen mit den französischen Ärzten abgegrenzt werden. Als zusätzliches, optisches Merkmal werden alle Codes, die deutsche Interviews kennzeichnen, großgeschrieben. Alle diejenigen Kürzel, die sich auf französische Aufzeichnungen beziehen, werden kleingeschrieben. An zweiter Stelle im Code stehen die Buchstaben „A“ bis „D“, wobei mit „A“ ein Assistenz-, mit „B“ ein Fach-, mit „C“ ein Ober- und mit „D“ ein Chefarzt angezeigt wird. Die dritte Stelle des Kürzels ist entweder ein „M“ oder ein „F“, was zwischen maskulinen und femininen Interviewpartnern unterscheidet. Da je nach Rang und Geschlecht mehrere Interviews mit z.B. männlichen Assistenzärzten geführt wurden, werden diese zusätzlich mit einer „I“ oder „II“ am Ende versehen. „D B F“ kodiert also ein Interview mit einer deutschen Fachärztein. „f d m II“ hingegen steht für das zweite der beiden Interviews, die mit französischen männlichen Chefärzten geführt wurden.

3.1 Angaben zur Person

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Sondierungsfragen, bei denen die Teilnehmer ihr Alter, ihr Geschlecht und ihre Position im Krankenhaus angeben sollten.

Tabelle 4: Vergleich von Alter und Rang

Alter Rang \ Rang	23 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 62
A	f a f I f a f II f a m II D A F II D A M I	D A F I D A M II	f a m I	
B	f b f	f b m D B F D B M		
C		f c f f c m D C M	D C F	
D			f d m II	f d f f d m I D D M I D D M II

Zunächst einmal fällt auf, dass die französischen Assistenzärzte bis auf eine Ausnahme alle in die Alterskategorie unter 30 Jahre fallen. Die eine Ausnahme besteht auch nur deshalb, weil es sich dabei um einen zum Zeitpunkt der Datenerhebung 42-jährigen Arzt aus der Demokratischen Republik Kongo handelte, dessen Facharztausbildung in Frankreich nicht anerkannt wurde, sodass er in Marseille als Assistenzarzt angestellt war. Davon abgesehen waren die befragten französischen Assistenzärzte zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 23 und 27 Jahren alt. Außerdem ist eine französische Fachärztein (f b f) mit 28 Jahren ebenfalls relativ jung: „[...] ich habe mein Abi mit 17 gemacht. Und dann habe ich meine vier Jahre Facharztausbildung zur Pädiaterin gemacht und danach meine Facharztstelle bekommen. Ich habe alles aneinandergereiht.“ Im Vergleich dazu sind die deutschen Assistenzärzte zwischen 29 und 33 Jahren alle älter, die beiden interviewten deutschen Fachärzte sind 34 und 35 Jahre alt. Wiederum fällt auf, dass die jüngste französische Oberärztein mit 33 Jahren jünger ist als die interviewten deutschen Fachärzte. Allerdings

war auch einer der deutschen Oberärzte zum Zeitpunkt der Befragung 36 Jahre alt. Die deutschen Chefärzte waren mit 52 und 62 Jahren nicht wesentlich älter als ihre französischen Kollegen im Alter zwischen 46 und 61 Jahren.

Des Weiteren gab es zum Zeitpunkt der Befragung keine Chefärztein in der Kinderklinik am UKE, am CHU Marseille zumindest eine.

3.2 Ressourcen

Dass die Arbeitsbedingungen nicht nur wichtig für die Gesundheit des Arztes sind, sondern auch einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung haben, wurde in der Einleitung bereits ausführlicher dargestellt. Daher folgt an dieser Stelle die Einschätzung der Ressourcen, auf die Mediziner in ihrem Alltag zurückgreifen.

3.2.1 Autonomie und Verantwortung

Im Folgenden ist die Selbsteinschätzung der nach Autonomie und Verantwortung bzgl. ihres klinischen Handelns befragten Ärzte tabellarisch dargestellt. Dieser Abschnitt ist angelehnt an das Demand-Control-Model von *Karasek und Theorell (1990)*, laut welchem grundsätzlich ein Missverhältnis zwischen Beanspruchung und Kontrolle zu „job strain“ führt, was in Kapitel 1.1.4 bereits ausführlich beschrieben wurde. Dabei wurde das Kürzel jedes Arztes bzw. jeder Ärztin einem bestimmten Typ zugeordnet, der die jeweilige Antwortkombination abbildet.

Tabelle 5: Vergleich der Einschätzung von Autonomie und Verantwortung

Autonomie Verantwortung	eher niedrig	eher hoch
eher niedrig	Typ 1 f a f I f a f II D A F II D A M II	Typ 2 f a m I f a m II f b f f c f D A F I D A M I
eher hoch	Typ 3	Typ 4 f b m f d m I f d m II D B M D C F D C M D D M I D D M II

Insgesamt glaubt etwa die Hälfte der Teilnehmer über eine hohe Autonomie und eine hohe Verantwortung zu verfügen. Auffällig ist, dass in dieser Kategorie (Typ 4) kein einziger Assistenzarzt und nur eine einzige Frau vertreten sind. Alle Chefärzte befinden sich in Typ 4. Außerdem ist die Mehrzahl der Ärzte deutscher Herkunft. Insbesondere fällt auf, dass sowohl die deutschen als auch die französischen Chefärzte, auf ihre Entscheidungsfreiheit angesprochen, sich zwar nicht in klinischer Hinsicht, jedoch durch betriebswirtschaftliche Vorgaben von der jeweiligen Klinikleitung beschränkt sehen. Beispielsweise sagt ein französischer Chefarzt (*f d m II*), Einschränkungen durch die Klinikleitung bestehen „in Bezug auf Personal und finanzielle Mittel, aber ansonsten mischt sich die Leitung nicht in [klinische] Entscheidungen zur Behandlung ein“. Auf deutscher Seite beschreibt ein Chefarzt (*D D M I*) seinen Handlungsspielraum folgendermaßen: „In einer Leitungsposition kann ich natürlich meine klinischen Entscheidungen schon, was das Medizinisch-Inhaltliche anbelangt, selber treffen. Was heutzutage sehr dominierend ist, ist die Einflussnahme der Betriebswirtschaft. [...] wir sind [...] wahnsinnig abhängig von betriebswirtschaftlichen Vorgaben.“

Hingegen sind Typ 1 nur Assistenzärzte zugeordnet, die überwiegend weiblich sind, wobei hier keine der beiden Nationen überwiegt. Dies ist die Kategorie, die eine niedrige

Autonomie mit einer niedrigen Verantwortung vereint. Die beiden französischen Assistenzärztinnen beschreiben ihre Arbeit als „sehr spezialisiert, es sind doch Kinder, daher muss man Entscheidungen zur Ernährung treffen und solche Sachen, aber davon abgesehen, weil die Behandlung sehr speziell ist, machen wir die nicht mehr“ (*f a f I*). Ihre Kollegin ergänzt: „Ja, ich glaube die Grenzen setzen wir uns selbst“ (*f a f II*). Am UKE sieht sich eine Assistenzärztin (*D A F II*) in ähnlicher Position: „Freiheit auf klinischer Ebene gibt es nicht. Also ich bin [...] wirklich das unterste Rad eigentlich in diesem ganzen Konstrukt, und das, was ich mache, spreche ich entweder mit meinem ersten Dienst ab oder mit dem Oberarzt. Also es ist ja so, dass es tatsächlich hier sehr viele spezielle Fälle gibt, und auch das, was allgemeinpädiatrisch ist, was vielleicht in anderen Kliniken anders ist, wird trotzdem mit dem Oberarzt besprochen. Und ich kann mir vorstellen, dass es in peripheren Häusern so ist, dass du mehr Entscheidungen alleine treffen kannst, weil es einfach vielleicht unkompliziertere Fälle sind oder man sich schon sehr viel häufiger gesehen hat“ (*D A F II*).

Typ 2 wiederum ist die Kombination einer hohen Autonomie und einer niedrigen Verantwortlichkeit. Bei Typ 2 fällt auf, dass dort einerseits die restlichen, vorwiegend männlichen, französischen und deutschen Assistenzärzte vertreten sind sowie eine französische Fach- und eine französische Oberärztin. Im Gegensatz zu ihren weiblichen Kolleginnen sieht sich der Großteil der männlichen Assistenzärzte beider Nationen „frei genug in unseren Entscheidungen“ (*f a m II*) bzw. können „wie ich möchte selber [...] entscheiden“ (*D A M I*). Die zum Zeitpunkt des Interviews mit 28 Jahren sehr junge französische Fachärztin gibt an, dass, „wenn ich Hilfe brauche, finde ich leicht jemanden, der mir hilft eine Entscheidung zu fällen. [...] Nein, mir werden keine Grenzen gesetzt. Ich setze sie mir selbst, wenn ich nicht weiter weiß.“ Die französische Oberärztin, die sich in dieser Kategorie befindet, erklärt, dass „es immerhin ein sehr spezieller Bereich ist. [...] Für die meisten Patienten treffen wir die Entscheidungen zu zweit mit der Chefärztin. Ich sehe mich immer noch in Ausbildung, deshalb bin es auch nicht ich, die alle Entscheidungen trifft.“

Kein einziger Teilnehmer ließ sich Typ 3 zuordnen, welches, laut dem Demand-Control-Model von *Karasek und Theorell (1990)*, die ungünstigste Kategorie ist.

Ebenfalls bemerkenswert ist die Tatsache, dass Vorgaben wie Leitlinien, wenn sie denn angesprochen wurden, von Männern tendenziell eher als Einschränkung ihrer Autonomie, von Frauen jedoch als Hilfestellung wahrgenommen werden. So bemerkte ein französischer Facharzt (*f b m*), „jeder einzelne ist autonom, man kann um Rat bitten, aber du hast die Leitlinien und trotz allem müsstest du diesem Konsens eigentlich folgen.“ Ein deutscher Kollege ist ähnlicher Meinung: „[...] man ist hier schon letztendlich nicht frei in seinen Entscheidungen. Man fühlt sich schon gerade an der Uni fremdbestimmt. [...] Und es gibt natürlich auch durch die SOPs, das sind unsere Standard Operation Procedures, unsere Leitlinien, natürlich auch eine Einschränkung, man kann nicht alles frei entscheiden.“

3.2.2 Hierarchie und Arbeitsklima

Der nächste Abschnitt geht genauer auf den Stationsalltag eines Kinderarztes ein, insbesondere wie sich der Umgang mit Kollegen und Kolleginnen niedererer und höheren Ranges oder auch mit dem Pflegepersonal gestaltet. Dabei wurden die Befragten gebeten das Klima an ihrem Arbeitsplatz zu beschreiben. Ein weiterer Schwerpunkt wurde darauf gelegt, wie ausgeprägt sie die Hierarchie in der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten sehen.

Tabelle 6: Vergleich der Einschätzung von Arbeitsklima und Hierarchie

Hierarchie \ Arbeitsklima	eher positiv	eher negativ
eher hierarchisch	Typ 1 f a f I D B M D D M II	Typ 2 f d m I D A F II D A M I D A M II
eher kooperativ	Typ 3 f a f II f a m I f a m II f b f f c f f d f D A F I D B F D C F D C M D D M I	Typ 4 f d m II

Die Mehrheit der befragten Ärzte lässt sich Typ 3 zuordnen, da sie das Arbeitsklima als eher positiv und den Umgang mit ihren Kollegen im weitesten Sinne als kooperativ bewerten. Innerhalb dieser Gruppe unterscheiden sich jedoch die Aussagen, Berufsanfänger setzen andere Schwerpunkte als Chefärzte. Ein mit 23 Jahren sehr junger französischer Assistenzarzt (*f a m II*) sagt über die Zusammenarbeit mit den Schwestern, „es läuft ganz okay. Am Anfang ist es schwierig, weil man kaum angefangen hat, tut sich schwer alles zu verstehen und so, aber insgesamt läuft es. Wir arbeiten dennoch ausreichend als Team.“ Einer der deutschen Chefärzte (*D D M I*) beschreibt eine Veränderung, die sich im Lauf der Jahre im Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Pflegekräften entwickelt hat, folgendermaßen: „Also das [Abstimmungsproblem] gibt es insbesondere in meinem Bereich der Intensivmedizin, wo man [...] wirklich essentiell auf die Pflege angewiesen ist, relativ wenig. Natürlich ist es so, dass die Pflege in den letzten Jahren auch eine zunehmende Autonomie beansprucht, sodass [...] es eine ständige Herausforderung ist sich mit der Pflege auch entsprechend abzustimmen und man nicht einfach mehr, wie das früher vielleicht der Fall war, der Pflege etwas anordnen kann, sondern man muss sich natürlich auf Augenhöhe sozusagen mit der Pflege auch über organisatorische oder auch inhaltliche Fragen einigen. Das ist aber gerade in unserem Bereich, wo die Pflege [...] einen ganz wesentlichen Anteil an der Patientenbetreuung hat, im Bereich der Intensivmedizin, auch voll und ganz berechtigt.“ Dies wird auch von französischer Seite bestätigt, z.B. sagt derjenige Assistenzarzt, der ursprünglich aus der Demokratischen Republik Kongo stammt (*f a m I*): „Hier, kann ich festhalten, arbeitet man sogar mit den Schwestern kooperativ zusammen.“ Auch eine französische Fachärztein beschreibt die Arbeit als „Sehr gut, [...] also jeden Morgen machen wir die Übergabe mit den Schwestern zusammen. Und jeden Mittwoch Mittag, da machen wir die Übergabe mit den Schwestern, um ihnen [...] die Behandlung mancher Pathologien zu erklären. Also, die [Zusammenarbeit] ist sehr, sehr gut.“

Was den Umgang der Ärzte untereinander angeht, gibt es einen markanten Unterschied zwischen der deutschen und der französischen Assistentenschaft. Während sich alle französischen Assistenten Typ 1 oder Typ 3 zuordnen lassen, beschreibt der Großteil der deutschen Assistenzärzte ihr Arbeitsklima als eher negativ und hierarchisch strukturiert, was Typ 2 entspricht. So beschreibt eine französische Assistenzärztein (*f a f II*) ihr Verhältnis zu ihren ärztlichen Kollegen folgendermaßen: „Es kommt auf die Situation an, es gibt Momente, da ist es eher professionell, aber beim Mittagessen, wenn wir zusammen

essen, ist es recht freundschaftlich.“ Insbesondere die deutschen Assistenzärzte beklagen untereinander eine „Hierarchie unter den Assistenten“ (*D A M II*), die kumuliert in einem „Konkurrenzdruck innerhalb der Assistentenschaft, wenn es um Vertragsverlängerung geht“ (*D A M I*). Ebenfalls wird das Arbeitsklima auf deutscher Seite bemängelt, „weil man auch einfach neben der Arbeit hier keine Zeit findet sich privat zu treffen“ (*D A M II*). Auch ein deutscher Facharzt (*D B M*) würde es gutheißen, „wenn man mehr Zeit hätte auch privat mal ein Wort zu wechseln.“

Auf der Chefebene wird in Deutschland ebenfalls ein gewisses Konkurrenzdenken, jedoch zwischen den einzelnen Abteilungen, kritisiert. Ein Chefarzt (*D D M I*) bemerkt, dass „es natürlich schon so ist, dass gerade im Bereich der Universität immer so ein gewisser Wettbewerb, immer so eine gewisse Konkurrenzsituation zwischen verschiedenen Abteilungen, verschiedenen Kliniken und so besteht, wo schon der eine den anderen immer irgendwie versucht zu übertreffen in seinen klinischen oder wissenschaftlichen Erfolgen. Das kann mitunter etwas ermüdend sein. [...] mit den Jahren sieht man das immer gelassener, aber das ist schon so. Diese Wettbewerbssituation, finde ich, hat sicher etwas Positives und wirkt anspornend, aber ich bin mir nicht sicher, ob sie nicht manchmal auch kontraproduktiv [ist], ob man nicht in einer entspannteren, ruhigeren, weniger kompetitiven Atmosphäre seine eigenen Stärken und Fähigkeiten eventuell besser entfalten könnte.“

Eine vergleichbare Aussage wird von einem französischen Chefarzt (*f d m II*) geäußert: „Wir haben den Eindruck nicht ganz willkommen im Kinderkrankenhaus zu sein. [...] das Kinderkrankenhaus hat praktisch nichts dafür gemacht, dass sie [die Abteilung] sich entwickelt, und wir mussten sie selbst mit Gewalt vorantreiben.“ Außerdem beklagt er sich darüber, dass „wir leider nicht genügend Kinderkrankenschwestern haben [...] und ein Teil derjenigen, die da sind, nicht notwendigerweise motiviert sind. Wie man weiß, gibt es viel ‚absentéisme‘ (= Arbeitsversäumnis, Abwesenheit) im Krankenhaus.“

Viele der befragten Ärzte, unabhängig davon, ob französischer oder deutscher Herkunft bzw. niederen oder höheren Ranges, betrachten die Krankenhaushierarchie bis zu einem bestimmten Ausmaß als nützlich und sinnvoll. Ein französischer Oberarzt (*f c m*) beschreibt sein Verhältnis zu seinen Kollegen als „kooperativ, aber auch hierarchisch, weil in der Medizin Erfahrung sehr viel zählt [...] Sagen wir mal, es gibt zwei verschiedene

Meinungen, ich denke, ich würde der Meinung meines hierarchischen Vorgesetzten mehr vertrauen, weil er mehr Erfahrung hat.“ Ein deutscher Chefarzt (*D D M II*) gibt sich pragmatisch: „[...] eine Klinik ist immer hierarchisch strukturiert, das ist völlig klar. Und die wird auch immer hierarchisch strukturiert bleiben, die Frage ist, sind das sinnvolle Hierarchien oder sind das Hierarchien, die sich in sich erhalten. Ich behalte mir vor eine Weisungskompetenz zu behalten. Ich führe mit unserem Nephrologen eine nachhaltige Diskussion über irgendwelche Patienten, aber der ist natürlich in diesen Teilbereichen besser, und wenn der mir sagt ‚Pass auf, das ist eben heutzutage so, da ist der Artikel im New England Journal.‘ Dann macht der das so, also [...] die Entscheidungskompetenz muss sachorientiert sein oder inhaltsorientiert sein.“ Krankenhaushierarchie variiert selbst klinikintern, wie sich in den Aussagen eines deutschen Oberarztes widerspiegelt: „[...] wir haben auch da flache Hierarchien, mit der Pflege arbeiten wir in der Regel auf einem Duzen-Niveau [...]“

Einer der Assistenzärzte (*D A M I*) am UKE betrachtet Krankenhaushierarchien noch aus einem anderen Blickwinkel: „Zu den Oberärzten, ich find, dass eine gewisse Hierarchie da notwendig ist und die ist auch da, [...] Aber ich hab nicht das Gefühl, dass es auf eine negative Art und Weise ist. [...] Das sind Respekt Personen natürlich für uns, aber die eigentlich alle einen sehr kollegialen Umgang mit uns pflegen und ja, sind uns halt weisungsbefugt, aber das ist auch in Ordnung. Die tragen auch eine andere Verantwortung.“

3.2.3 Honorierung

Es wurde bei den Interviews auf zwei Formen der Anerkennung näher eingegangen, finanzielle Vergütung einerseits und soziale Wertschätzung andererseits.

Tabelle 7: Vergleich der Einschätzung von Vergütung und sozialer Wertschätzung

Vergütung soziale Wertschätzung	eher zufrieden	eher unzufrieden
eher genügend	Typ 1 f a f II f a m I f a m II f c f f c m f d m II D A F I D A M I D A M II D B F D C M	Typ 2 f d f D A F II D C F D D M II
eher ungenügend	Typ 3 f a f I f b f f b m D B M D D M I	Typ 4 f d m I

Nach ihrem Gehalt befragt, zeigt sich der Großteil der Ärzte eher zufrieden. Es fällt jedoch auf, dass, je höher der Rang, desto kritischer betrachten die Mediziner ihr Gehalt. Während fast alle Assistenz- und Fachärzte beider Nationen im weitesten Sinne zufrieden mit ihrer Vergütung sind, sieht sich die Mehrheit der Chefärzte eher nicht adäquat entschädigt. Unabhängig von Rang oder Nationalität beklagt jedoch kein einziger Teilnehmer die absolute Höhe seiner Vergütung, sondern lediglich die relative. Dabei setzen sich die Mediziner in Relation zu verschiedensten Personen.

Zunächst wird häufig der Vergleich zu den eigenen Kollegen gezogen. Dabei beklagen sich diejenigen Kinderärzte, die im Krankenhaus arbeiten, über niedergelassene Ärzte. Eine französische Oberärztein (*f c f*) sagt, sie sei zwar zufrieden mit ihrem Gehalt, aber „[...] es gibt in Frankreich Unterschiede bei den Gehältern zwischen den Medizinern für die gleiche Arbeit, also zwischen Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten“ trotz „der Verantwortung, die wir im Krankenhaus haben“. Ähnlich sieht es ein deutscher Oberarzt (*D C M*): „Und das ist auch so ein Punkt, wenn man sich niederlässt und als Kinderarzt Husten, Schnupfen, Heiserkeit behandelt, verdient man auch mehr als in der Klinik, obwohl man hier [eine] viel höhere Verantwortung trägt. Und das sind die Dinge,

[...] die mich in unserem Gesundheitssystem stören, dass die Ärzte, die die wichtigen Entscheidungen treffen, weniger Geld bekommen als die, die Massenversorgung machen.“

Derselbe Oberarzt spricht noch einen weiteren Punkt an, nämlich den Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen. Er sagt: „Kinderheilkunde [...] ist ein schlecht bezahlter Bereich, wenn man es vergleicht mit den Teilen der Medizin, die eigentlich nicht, wo es nicht um Leben und Tod geht, z.B. Dermatologie, ja? Also, ein niedergelassener Hautarzt verdient dreimal so viel wie ich und das ist nicht gerechtfertigt.“

Darüber hinaus vergleichen sich viele Ärzte mit Nicht-Medizinern. Ein französischer Facharzt (*f b m*) ist prinzipiell zufrieden mit seinem Gehalt, „auf der anderen Seite, wenn du die Absurditäten siehst, also auf dem Immobilienmarkt oder so...“ Ein deutscher Facharzt (*D B M*) resümiert vergleichsweise: „Alles in allem bin ich zufrieden. Ich komme gut damit zurecht, mehr als gut. Aber wenn man bedenkt, wie viel Überstunden wir machen, wie viel Einbußen wir am Wochenende in der Freizeit haben, wie viel Verantwortung und wir uns mit anderen oder ich mich mit anderen Berufen vergleiche, muss ich doch sagen, ist sie nicht allzu hoch. Also es gibt deutlich besser vergütete Berufe, wo ich mich manchmal frage, warum dem so ist, z.B. Berufe, die mit Geld zu tun haben.“

Eine französische Chefärztein (*f d f*) zieht einen Vergleich zu Deutschland: „Also, ich glaube, wir könnten ein höheres Gehalt bekommen, wenn man das mit den anderen europäischen Ländern vergleicht, besonders mit Deutschland. Die gleiche Stelle in Frankreich ist vier Mal schlechter bezahlt.“

Einer der deutschen Chefärzte (*D D M II*) kritisiert seine pauschale Vergütung, „weil ich noch aus der Zeit stamme, wo wir Festgehälter bekommen haben, das macht man heutzutage nicht mehr, das handelt man aus. Also ich glaube, dass mindestens das Doppelte, was ich aktuell hier verdiene, das Minimum an einer Form der adäquaten Vergütung ist, weil jeder Chefarzt um die Ecke in jedem Portalkrankenhaus per Grundgehalt mehr bekommt.“

Eine andere Form der Entschädigung besteht in sozialer Anerkennung. Hier verhält es sich ähnlich wie bei der finanziellen Entschädigung. Der Großteil der Ärzte sieht sich von der Gesellschaft genügend wertgeschätzt, die Chefärzte jedoch sind geteilter Meinung, sowohl in Deutschland als auch in Frankreich. Denn sie sind diejenigen, die einerseits die

Verantwortung und immer öfter juristische Konsequenzen tragen müssen, was ein deutscher Chefarzt (*D D M I*) so beschreibt: „Leider zunehmend weniger [Wertschätzung], muss man sagen. Also individuell kriegen wir von den Patienten schon oft sehr großen Respekt und große Dankbarkeit entgegengebracht. Es ist aber auch unverkennbar, dass sich ein gewisses Vorurteil in der Gesellschaft aufbaut gegenüber Unzulänglichkeiten in der Medizin, die zum Teil sicher da sind. Und insofern ist dieses Vorurteil in gewissen Bereichen sicherlich nicht unberechtigt. Das führt aber dazu, dass wir uns heutzutage ständig mit irgendwelchen Klagen und Beschwerden und Schlichtungsverfahren und Gerichtsverfahren und so etwas beschäftigen müssen. Das zählt eigentlich, also ich bin [...] Leiter [...] einer Intensivabteilung, [...] zu meinen ständigen Tätigkeiten, dass ich ständig irgendwelche Gerichtsanfragen und Klagen und Beschwerden beantworte, und das ist auf die Dauer schon zermürbend, wenn man auf der einen Seite Tag und Nacht versucht für die Patienten da zu sein und im Umkehrschluss sich ständig mit Klagen und Beschwerden beschäftigen muss. Da verliert man manchmal fast ein bisschen die Lust an seinem Engagement, weil man denkt, wofür macht man das eigentlich alles [...].“ Andererseits beschreibt ein französischer Chefarzt (*f d m II*) eine Veränderung im Arzt-Patienten-Verhältnis, die er im Laufe seiner Karriere erlebt hat: „Früher mal war der Arzt eine angesehene Persönlichkeit in der Gesellschaft. Heute sind wir ein Dienstleister.“

Es wünschen sich aber nicht nur die Chefärzte, sondern auch ein Teil der jungen Mediziner, mehr Respekt und Anerkennung. Eine französische Assistenzärztein (*f a f II*) macht „eine Veränderung, also allgemein vom Niveau der Bildung der Gesellschaft“ für das sich wandelnde Arzt-Patienten-Verhältnis verantwortlich. Eine Kollegin (*f a f I*) beschreibt es anders: „Sie sehen die Medizin als eine Pflicht, als einen Gebrauchsgegenstand an. Also, die kommen in die Notaufnahme wie beim Fast Food. Sie stehen an, sie warten, bis sie dran sind, und wenn es ihnen nicht gefällt, dann werfen sie dir Beleidigungen an den Kopf.“

Ein französischer Facharzt (*f b m*) kritisiert vor allem die Rolle der Medien: „Und die Wahrnehmung, die man durch die Medien hat, ist sehr ambivalent. Da hat man zwei überwiegende Diskussionen. Das ist a) der Arzt, der lügt, der sich weigert sich auf dem leeren Land um Leute zu kümmern, der sich weigert dies oder das zu machen [...]. Dann gibt es immer einen Teil positiver Sichtweisen, die aber eher wortkarg sind und von zwei, drei, also eher von Spezialisten handeln.“

Ein deutscher Oberarzt (*D C M*) resümiert: „Ich glaube, die Arbeit als Arzt in der Gesellschaft wird nicht mehr so wertgeschätzt wie das früher war. Wenn man als Kinderarzt arbeitet, wird es noch wertgeschätzt.“

3.3 Belastungen

Im Folgenden geht es um die Belastungen jeglicher Art, mit denen Ärzte in ihrem Arbeitsalltag konfrontiert werden. Dabei geht es neben administrativen Bürotätigkeiten auch um Arbeitszeiten oder um die Arbeitslast. Einige wichtige Unterschiede bzgl. des deutschen und des französischen Krankenhausalltags wurden in der Einleitung näher erläutert.

3.3.1 Büroarbeit und Digitalisierung

Der nächste Abschnitt befasst sich einerseits mit dem Umfang an Büroarbeit im weitesten Sinne. Das schließt sowohl patientenbezogene Dokumentation als auch rein administrative Tätigkeiten ein. Andererseits geht es darum, wie modern die Mediziner ihren Arbeitsplatz in Bezug auf die Digitalisierung der Krankenhausmedien einschätzen.

Tabelle 8: Vergleich der Belastung durch Büroarbeit und Digitalität des Arbeitsplatzes

Belastung Büroarbeit Digitalität	eher niedrig	eher hoch
modern genug	Typ 1	Typ 2 f a m I D A F I D A F II D A M I D A M II D B F D B M D C F D C M D D M I
nicht modern genug	Typ 3 f c f f c m f d f f d m II	Typ 4 f a f I f a f II f a m II f b f f b m f d m I

An dieser Stelle wird ein eklatanter Unterschied zwischen der Hamburger und der Marseiller Kinderklinik sichtbar. Ausnahmslos schätzen alle deutschen Ärzte das UKE als ausreichend modern ein, im Gegensatz dazu sehen so gut wie alle Franzosen die Digitalisierung ihrer Klinik als nicht ausreichend an. Ein französischer Chefarzt (*f d m I*) bringt es auf den Punkt: „Unser Datensystem ist sehr im Rückstand.“ Ein Marseiller Oberarzt (*f c m*) ergänzt: „Nein, die [Informatik] muss mehr benutzt werden. Wir haben keine digitale Patientenakte. [...] Es gibt nicht mehr viele Krankenhäuser, wo sie die nicht haben. Und das ist sehr ärgerlich, oder? Denn Papierakten, die verloren gehen, mit den Notizen, das ist katastrophal.“

Ganz anders äußern sich die deutschen Teilnehmer, so eine Assistenzärztin (*D A F I*): „Ja, mir ist er [der Arbeitsalltag] manchmal ein bisschen zu modern. Also [...] inzwischen hab ich mich da auch schon dran gewöhnt und sehe auch die Vorteile [...] der digitalen Krankenakte, aber sehe auch die Schwächen. Ich finde, dass [...] viele Informationen durch die rein digitalen Medien auch verloren gehen.“ Ähnliche Probleme sieht ein anderer Assistenzarzt (*D A M I*): „Ich glaube, dass das [...] ein notwendiger Fortschritt ist, der

technisch noch nicht optimal umgesetzt ist bislang.“ Einer der deutschen Chefärzte (*D D M I*) fasst es so zusammen: „Man muss sicher einräumen, dass diese Vernetzung etwas ist, was [...] ein großes Potenzial der Arbeitserleichterung beinhaltet. Allerdings gibt es im Moment also zwei Punkte, die einen erheblich stören. Ich bin nach wie vor der Überzeugung, dass die kurze handschriftliche Notiz in der Patientenakte wesentlich müheloser machbar war als das umständliche Aufrufen eines Patienten mit fünf verschiedenen Kennwörtern, um dann, nachdem die Akte endlich geladen ist, da drei Worte irgendwo reinschreiben zu können. Also im Moment ist die Digitalisierung mit einem erheblichen Zeitverschleiß noch vergesellschaftet und zum anderen besteht natürlich auch eine unwahrscheinliche Abhängigkeit von dieser Elektronisierung, indem, wenn [...] mal der Strom ausfällt, sozusagen, nichts mehr geht, was früher selbstverständlich in der Akte natürlich weiter gegangen wäre.“

Danach gebeten, den Umfang der Büroarbeit zu beschreiben, zeichnen die befragten Deutschen ebenfalls ausnahmslos das gleiche Bild. Alle siedeln die Belastung durch derartige Tätigkeiten als eher hoch an. Eine Assistenzärztin (*D A F I*) am UKE kritisiert: „Ja, ich find, das ist zu viel. Ich find, dass sozusagen für administrativen Papierkram definitiv der klinische oder auch die Gespräche mit den Familien oder auch die klinische Untersuchung dadurch ein bisschen in den Hintergrund gerät.“ Einer der Fachärzte (*D B M*) beschreibt seinen Alltag folgendermaßen: „Jetzt ist es natürlich hier, das weißt du, [...] ein besonderer Fall, wir haben wenig Papier und viel Elektronik. Also wenn ich davon ausgehe, dass du das meinst, dass also nicht [...] zwangsläufig das Papier gemeint ist, ist es sehr viel Verwaltungsarbeit, definitiv. Wir telefonieren sehr viel, wir schreiben sehr viel, wir koordinieren sehr viel, ich würde sagen, 70% der Arbeit.“ Ein deutscher Chefarzt (*D D M II*) sieht sich durch den Umfang administrativer Tätigkeiten in seinen „wissenschaftlichen Aktivitäten [...]“ eingeschränkt.“ Etwas positiver sieht es ein Assistenzarzt (*D A M II*): „Das ist natürlich schon, also das ist schon patientenbezogen. Also es sind [...] Arztbriefe, QRS, also Qualitätsmanagementsachen, die dienen dem Patienten natürlich auch indirekt, also hat es ja schon damit was zu tun, solche Sachen. Es [...] geht schon in die richtige Richtung.“

In Frankreich sind die Meinungen geteilter. Auf der einen Seite sehen sich ebenfalls alle Assistenz- und Fachärzte eher stark durch Büroarbeit belastet. Die französischen Ober- und Chefärzte hingegen sehen mehrheitlich keinen Grund sich deshalb zu beklagen. Ein

Marseiller Oberarzt (*f c m*) beschreibt es so: „Weißt du, der Papierkram, ich rede von Briefen, Antworten auf Emails von Patienten, also Papierkram für mich, das ist hauptsächlich Papierkram mit den Patienten. [...] Daher behindert das auch nicht die Behandlung der Patienten, das ist für die Patienten. Denn rein administrativen Papierkram hab ich quasi nicht.“ Seine jüngeren Landsmänner sehen das aber durchaus anders. Eine französische Assistenzärztin (*f a f I*) sieht sich tatsächlich von der Arbeit am Patienten abgehalten, „denn wenn wir da unsere Zettelchen machen, verbringen wir keine Zeit am Krankenbett.“ Einer der Marseiller Fachärzte (*f b m*) scherzt: „Na ja, Papierkram ist das ja gar nicht, wenn du mal wieder eine Akte suchst, die verloren gegangen ist, was wahnsinnig ist.“

3.3.2 Arbeitszeiten

Der folgende Abschnitt behandelt die Arbeitszeiten. Die Befragten sollten angeben, wie zufrieden sie mit ihrem Pensum sind. Dabei ging es auch um die Spät-, Nacht- und Wochenenddienste sowie Hintergrunddienste im Sinne von Bereitschaft.

Tabelle 9: Vergleich von Rang und der Zufriedenheit mit den Arbeitszeiten

Rang Arbeitszeiten	A	B	C	D
eher unzufrieden	f a f I f a f II f a m I f a m II	D B M	f c f D C F	f d m II D D M I D D M II
eher zufrieden	D A F I D A F II D A M I D A M II	f b f D B F	f c m D C M	f d f f d m I

Im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen sind die französischen Assistenzärzte recht unzufrieden mit ihren Arbeitszeiten. Einer von ihnen (*f a m II*) sagt: „Pro Monat macht man so drei bis vier Nachschichten. Plus ein Wochenende pro Monat. [...] Das ist anstrengend.“ Eine französische Besonderheit wird hier deutlich. Auf die Frage, ob sie Überstunden leiste, antwortet eine Marseiller Assistenzärztin (*f a f II*): „Unser Vertrag enthält diesen Begriff nicht. Wir müssen mehr als 120 Stunden pro Monat arbeiten. So

steht es in unseren Abrechnungen. [...] Mehr als 120 Stunden pro Monat, die wir in nicht mal zwei Wochen zusammen haben.“ Ebenfalls auf Überstunden angesprochen, antwortet auch ein französischer Oberarzt: „In meinem Vertrag sind keine Stunden angegeben.“ Es sind jedoch nicht nur die Assistenzärzte, die über die Arbeitszeiten klagen. Auch eine Oberärztin (*f c f*) äußert sich kritisch: „Die Arbeitszeiten vor allem, das, was mir schwer fällt, ist [...] zu arbeiten am Tag nach der Nachschicht, wenn man nicht geschlafen hat. Genau, das ist es, was eher schwer ist. [...] Und na ja, ich hab zwei Kinder und... Tatsächlich finde ich, dass... [es] zu viel Zeit im Krankenhaus [ist], verstehst du? Wenn es nur die Woche wäre, aber dazu kommen noch Nachtdienste und Wochenenden, das finde ich recht hart. [...] Aber es liegt eher an der Zeit außerhalb der normalen Werkzeit. Aber das ist nun mal die Medizin, oder? [...] Was mich am meisten belastet, ist, dass man die Tage sich so aneinanderreihen sieht, [...] mit den Nächten in der Notaufnahme, in denen man nicht schläft, und man reiht wieder einen Tag ran und dann ist Wochenende, da musst du arbeiten und das ist es.“

Die Mehrheit der deutschen Ärzte hingegen ist eher zufrieden mit den Arbeitszeiten, so z.B. eine Assistenzärztin (*D A F II*): „Ja, ich bin mit dem Schichtdienstmodell, was wir hier haben, sehr zufrieden. [...] [Es] gibt es einen Früh-, einen Spät- und einen Nachtdienst. Und es gibt immer wieder Wochen, in denen man nur Nachtdienst hat oder nur Spätdienst, und das heißt, man hat einen ganzen Vormittag Zeit, um was anderes zu machen.“ Trotzdem sieht sie noch Raum für Verbesserung: „Was mich am meisten stört, sind die Überstunden am Tagdienst, also wenn man um 8h kommt und dann manchmal auch erst um 20h gehen kann, also die Überstunden [...] am Nachmittag und Abend. Ich find, das muss irgendwie noch besser geregelt werden.“ Ähnlich äußert sich ein Facharzt (*D B M*) am UKE: „Ich habe einen 40-Stunden-Vertrag, aber den noch nie gelebt, das heißt, ich werde schon eigentlich von vornherein überplant im Soll, weil wir zu wenig Leute sind, und dazu kommen noch Überstunden, die eigentlich abgebaut werden sollen, aber eigentlich, [...] das ist der Witz an der ganzen Sache, immer mehr werden. Und daher ist daran eigentlich nicht zu denken. Der Nachteil an unserem Beruf ist sicherlich, dass wir auch in der Nacht und an Feiertagen, an Wochenenden arbeiten müssen, somit soziale Kontakte häufiger mal leiden oder die Familie. Aber würde man sich da streng an das Arbeitszeitgesetz halten, könnte man, denke ich, damit ganz gut auskommen, weil man an anderen Stellen wieder entlastet werden würde.“

Sowohl die deutschen als auch die französischen Chefärzte geben überwiegend an im Durchschnitt „zwischen zwölf und 14 Stunden“ am Tag zu arbeiten (*f d f, f d m II, D D M I*). *f d m I* gibt an „zwischen elf und zwölf Stunden“ pro Tag zu arbeiten, *D D M II* geht von „mindestens zwölf“ bzw. „ganz oft 15 Stunden“ aus. Diejenigen französischen Chefärzte, die sich noch eher zufrieden mit ihren Arbeitszeiten zeigen, haben keine Wochenend- oder Nachtdienste mehr (*f d m I*) bzw. nur noch „Telefonbereitschaft“ (*f d f*). Alle anderen Chefärzte partizipieren immer noch an Wochenend- oder Nachtdiensten, was sie einerseits in Form von Hintergrunddienst machen, „was aber auch im Intensivbereich eben nicht wenige Stunden [sind], die ich dann da zusätzlich noch in der Klinik verbringe.“ (*D D M I*) Andererseits geschieht dies aber auch durch regelmäßige Anwesenheit an Tagen wie „Samstag, Sonntag, [...] vier bis acht Stunden, die sitz ich da auch noch und mach was.“ (*D D M II*) Letztere Chefärzte zeigen sich auch deutlich unzufriedener mit ihren Arbeitszeiten als diejenigen, die nachts und am Wochenende zwar telefonisch erreichbar, aber kaum mehr noch zu diesen Zeiten in der Klinik anwesend sind.

3.4 Beruf und Privatleben

Am Ende des Leitfadens sollen einige sehr allgemein gehaltene Fragen das Vorangegangene wieder aufgreifen und abrunden. Viele der Befragten stellen hier Verknüpfungen zwischen einzelnen Punkten her und nutzen so die Offenheit der Fragen, um inhaltliche Zusammenhänge darzulegen.

3.4.1 Kompatibilität des Berufs mit dem Privatleben und allgemeine Zufriedenheit

Die Teilnehmer verbinden häufig inhaltlich die Frage nach der Vereinbarkeit des Arbeits- mit dem Familien- und Sozialleben sowie ob sie mit ihrem Beruf allgemein zufrieden sind.

Tabelle 10: Vergleich von Kompatibilität des
Berufs mit dem Privatleben und der allgemeinen Zufriedenheit

Allgemeine Zufriedenheit	Kompatibilität Beruf und Privatleben	
	erher nicht kompatibel	erher kompatibel
erher allgemein unzufrieden	Typ 1 D A M II D B M D C F D D M I	Typ 2 f d m II D A F II D D M II
erher allgemein zufrieden	Typ 3 f a f II f b f f b m f c f D B F	Typ 4 f a f I f a m I f a m II f c m f d f D A F I D A M I D C M

Bei dieser Aufteilung ist Typ 4 diejenige Kategorie mit den meisten Teilnehmern, nämlich mit fast der Hälfte der Befragten. Daraus folgt, dass nicht einmal die Hälfte der Teilnehmer ihren Beruf als „erher kompatibel“ mit ihrem Privatleben und sich selbst als „erher allgemein zufrieden“ mit eben diesem Berufsleben einschätzt. Alle anderen sehen deutliche Kritikpunkte in zumindest einem oder gar beiden Bereichen. In dieser Kategorie sind besonders französische und deutsche Assistenzärzte vertreten. Eine französische Assistenzärztein (*f a f I*) äußert sich folgendermaßen: „Na ja, im Moment habe ich nur meine Katze und meinen Freund, also geht es. Das bekomme ich geregt. Aber klar, sicher ist, [...] wenn ich die ganze Zeit hier wäre, könnte ich kein Kind bekommen.“ Ähnlich äußert sich ein deutscher Assistenzarzt (*D A M I*): „Ja, [...] das ist möglich so, weil wir ein ziemlich gutes Team sind zu Hause. Aber es gibt oft, also oft Reibungspunkte.“ Außerdem fügt er hinzu: „Was jetzt momentan sicherlich noch überwiegt, ist die Freude, das überhaupt machen zu dürfen, diesen Job ausüben zu können, in der Kinderklinik arbeiten zu können, auch in Hamburg zu sein. Wenn ich mit älteren Assistenten spreche, dann werden natürlich so diese ganzen alltäglichen Probleme und Unzulänglichkeiten in der Dienstplanung, im Anfall von Überstunden [diskutiert], ich glaub, dass das irgendwann noch mehr dominiert, weil natürlich die Freude an der alltäglichen Routine nicht mehr so

groß ist wie das bei einem Berufsanfänger der Fall ist. Aber das lass ich mal auf mich zukommen.“ Jedoch sehen nicht nur Berufsanfänger ihren Beruf nur deshalb noch als kompatibel an, weil sie noch keine Kinder haben. Ein deutscher Oberarzt (*D C M*) sieht sich in vergleichbarer Position: „Ich hab keine Familie, insofern, das ist so ein Punkt, wo man sagen kann, jetzt geht es alles, wenn ich Kinder habe, wird es schwieriger. Also dann so viel Hintergrund und nachts herfahren, weil Probleme bestehen in der Klinik, wird dann deutlich schwieriger.“

Typ 3 ist diejenige Kategorie, in der sich die Befragten eher zufrieden mit ihrer Arbeit zeigen, obwohl sie diese als inkompatibel mit ihrem Privatleben betrachten. Die Teilnehmer dieses Typs sind einerseits fast alle weiblich, andererseits bis auf eine Ausnahme alle französischer Herkunft. Der einzige Mann (*f b m*) in dieser Kategorie greift ebenfalls das Thema Kinder auf, führt den Gedanken aber noch weiter: „Im Moment geht es, im Moment habe ich keine Kinder. [...] Danach [nach der Arbeit], na ja, es ist der Druck, es ist überwiegend die Tatsache, dass du das Krankenhaus niemals wirklich hinter dir lässt, weil man dich immer anrufen kann, weil... Also, das ist es, was einen nicht zur Ruhe kommen lässt.“ Dennoch sagt er: „Aber davon abgesehen, den Großteil der Zeit bin ich zufrieden [mit der Arbeit].“ Eine ähnliche Problematik beschreibt die einzige deutsche Ärztin (*D B F*) dieses Typs: „Also jetzt nimmt der [Beruf] unheimlich viel in Anspruch, insbesondere weil man zu Hause ja auch nicht gleich abschaltet, sondern [...] man [muss] sich erst mal eine Stunde über irgendjemanden aufregen oder so. Und [...] das [...] schwappt bis ins Privatleben.“ Dennoch sei sie allgemein zufrieden mit ihrem Beruf. Eine französische Fachärztin (*f b f*) ergänzt: „Manchmal ist es schwierig. Ich habe keine Kinder, doch manchmal ist es schwierig Leuten begreiflich zu machen, dass man zwölf Stunden am Tag arbeitet“.

Typ 1 enthält diejenigen Teilnehmer, die sowohl allgemein unzufrieden mit ihrem Beruf sind als auch ihre Arbeit als unvereinbar mit ihrem Privatleben einschätzen. In dieser Kategorie befinden sich ausschließlich deutsche Ärzte, vom Assistenz- bis zum Chefarzt ist alles vertreten. Auffällig ist, dass sich hauptsächlich Männer in dieser Gruppe befinden. Als Hauptkritikpunkt werden von allen die Arbeitszeiten angeführt. Ein deutscher Facharzt (*D B M*) sieht seine Arbeit nur „unter großen Entbehrungen“ mit der Familie vereinbar. Er beschreibt „Entbehrungen durch meine Familie, die mich einfach spät sieht, meine Tochter häufig schläft, wenn ich nach Hause komme, meine Frau häufig alleine zu irgendwelchen

Vereinen, [...] Einladungen geht, am Wochenende oder am Abend. Und ja, wir sind gespannt, wenn die Elternzeit vorbei ist, [wie] es [...] weitergeht, wenn sie auch arbeitet.“ Er resümiert: „Nee, ich glaub mit dem, was ich alles gesagt hab, kann ich nicht zufrieden sein. Das ist noch nicht das, was ich mir vorstellen kann bis [...] zum 67. Lebensjahr. [...] Aber ich halte mir natürlich immer noch auch [...] die Option offen mich irgendwann auch in ‚ruhigere Gewässer‘ zu begeben und vielleicht in kleineren Häusern oder weniger akuten Häusern oder in einer Niedergelassenheit weiter zu arbeiten.“ Ein deutscher Chefarzt (*D D M I*) beschreibt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie folgendermaßen: „Das ist extrem schwierig, muss man sagen, und viele Familien von Kollegen [...], die in ähnlicher Position sind wie ich, haben, ebenso wie ich selbst, da ganz besondere Konstruktionen geschaffen, um das möglich zu machen, und das hinterlässt aber bei der Familie oft doch Unzufriedenheit, weil einfach die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zumindest in den Leitungspositionen oder verantwortlicheren Positionen wirklich grenzwertig [ist]“. Außerdem beschreibt er „dieses Überhandnehmen des administrativen Drucks schon [als] eine Quelle von Unzufriedenheit“. Vergleichbar äußert sich eine deutsche Oberärztin (*D C F*): „Also, einfach die Zeit. Die Zeit und [...] dass man das nie alles schaffen kann, so dieser Druck.“ Sie ergänzt: „[...] also ich nehm‘ die Probleme mit nach Hause, aber nicht die Arbeit, weil ich zu Hause das auch nicht machen kann.“ Darüber hinaus gibt sie an in Teilzeit zu arbeiten: „[...] also eigentlich hab ich eine 30-Stunden-Stelle in der Woche, aber ich hab jede Woche mindestens 40 bis 60 Stunden. Es variiert, je nach dem, ob am Wochenende und Hintergrunddienste und Nacht[dienste anfallen]“.

Typ 2 ist dadurch gekennzeichnet, dass die Ärzte in dieser Gruppe zwar ihren Beruf als kompatibel mit ihrem Privatleben beurteilen, dennoch unzufrieden mit ihrer Arbeit sind. Diesem Typ lassen sich nur vereinzelt Teilnehmer zuordnen. Beispielsweise führt ein deutscher Chefarzt (*D D M II*) folgende Probleme im Umgang mit der Krankenhausleitung aus: „Und also diese Dinge, weil dadurch ein kontinuierlich ökonomischer, eine bleibende ökonomische Auseinandersetzung sich ergibt, die auch zum Teil gewollt ist, die ist lästig, das muss man ganz klipp und klar sagen. Und zweitens die Entwicklung, dass man natürlich nach den Analysen, wenn es geht, nur noch das macht, was, wenn es geht, viel Geld bringt. Egal, ob es intellektuell gescheit ist oder nicht. Das finde ich in Bezug auf Unikliniken eben auch falsch. [...] Also wenn hier noch der universitäre Aspekt mit Forschung [...] gewahrt werden soll, dann müsste man diese Entwicklung, dass es eben

nur nach der reinen Ökonomisierung [...] geht, das also in ein gutes Verhältnis zu berechtigten ökonomischen Anforderungen bringen.“

Derselbe deutsche Chefarzt (*D D M II*) denkt bei der Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben aber nicht nur an sich, sondern sieht auch die Probleme der Arbeitszeiten in Bezug auf die zunehmende Feminisierung seiner Abteilung: „Also es geht ja, aber ist natürlich logisch, wer viel weg ist, ist weniger im Sozialleben der Familie integriert. Und ich glaube, das ist und wird auch sonst ein Problem sein, also die Modelle, dass in meiner Altersgruppierung im Grunde genommen noch die Jungs die Karrieren gemacht haben und die Mädels zurückgetreten sind, die Zeiten sind vorbei, auch berechtigt vorbei. Und wie das dann ist in Zukunft, wenn beide im universitären Bereich bleiben wollen, sich habilitieren wollen, das geht wahrscheinlich nur, indem [...] für beide Teilzeitmodelle erstellt werden. Und wir werden den Bedarf an Teilzeitstellen in diesen Kliniken erhöhen müssen und zwar gar nicht mal unter diesem Wissenschaftsaspekt, sondern in Anbetracht dessen, dass wir zu 80% Frauenanteil jetzt schon erreichen. Und ich hab gerade die Befragung noch unserer Fachgesellschaft gesehen, aber eigentlich ist die so ausgefallen wie man sich hätte gleich denken können bei dem hohen Frauenanteil. Also diese jungen Damen, die befragt wurden, also junge Assistenzärztinnen, die wollen alle im Angestelltenverhältnis sein, also die wollen alle keine eigene Praxis aufmachen, also nicht [...] [mit den] betriebswirtschaftlichen Unebenheiten sich täglich auseinandersetzen müssen und die wollen alle keinen Vollzeitjob, also 80% ungefähr so in den Befragungen. Nicht? Das wird uns ja auch betreffen. Wir werden [...] das System so umstellen müssen, dass [es] den Bedürfnissen dieser jungen Frauen [...] entspricht, sonst gehen sie woanders hin.“

3.4.2 Bereitschaft, den Beruf wieder zu ergreifen

Die letzte Frage des Leitfadens ist rein hypothetischer Natur, nämlich ob der bzw. die Befragte wieder Arzt bzw. Ärztin werden wollen würde, wenn dies zur Debatte stünde.

Tabelle 11: Vergleich von Rang und Bereitschaft, den Beruf wieder zu ergreifen

Rang Beruf wie- der ergreifen	A	B	C	D
eher nein	f a f II	D B M	f c f D C F	
eher ja	f a f I f a m I f a m II D A F I D A F II D A M I D A M II	f b f f b m D B F	f c m D C M	f d f f d m I f d m II D D M I D D M II

Der Großteil der Befragten würde wieder der ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Insgesamt fällt jedoch auf, dass es eher Frauen sind, die sich gegen den Arztberuf entscheiden würden, wobei sich alle ausschließlich auf die schlechten Arbeitsbedingungen berufen, so auch beide Oberärztinnen. Die französische Oberärztin (*f c f*) sagt: „[...] aber ich glaube, dass es wirklich ein großes Opfer an Zeit, an Privatleben ist... [...] Ich glaube, ich würde meinem Privatleben den Vorzug geben. Und vielleicht ist das nicht gut, aber meinen Hobbys, meiner Freizeit, die ich haben könnte. [...] manchmal, da ruhst du dich aus und du sagst dir: „Aber ich mache nur das!““ Ein deutscher Facharzt (*D B M*) schätzt seine Situation ähnlich ein: „[...] dass es doch immer wieder das ist, was ich gerne mache, nämlich Naturwissenschaften, Umgang mit Menschen, was Gutes bewirken, was Sinnvolles bewirken und man... ich denke da trifft die Medizin schon viele Punkte, die mich interessieren und die mir wichtig sind, aber die Arbeitsbedingungen sind definitiv schon etwas, was es mir sehr verleidet.“

Lediglich bei den Chefärzten spricht sich keiner der Befragten gegen das Wiederergreifen seines Berufs aus. Die Aussage eines der deutschen Chefärzte (*D D M I*) spiegelt dies wider. Er beschreibt einerseits, was er faszinierend an dem Beruf findet, doch auch was er als störend empfindet: „Also, es ist nach wie vor so, dass ich das einen außerordentlich interessanten Beruf deshalb finde, weil er so viele unterschiedliche Facetten aus unterschiedlichen Bereichen, also nicht nur dem biologisch-medizinisch-wissenschaftlichen Bereich, sondern auch psychologische und andere Faktoren beinhaltet. Das find ich nach wie vor eine sehr große Herausforderung, es ist wirklich kein Tag wie

der andere. Und das ist das, was ich an meiner Berufstätigkeit nach wie vor schätze. Aber ich kann es niemandem verdenken, wenn er sagt, dass er [...] diese derzeitige berufliche Struktur und die Mühen und [...] den Druck, der damit verbunden ist, lieber nicht auf sich nehmen möchte und sich deswegen für andere Tätigkeiten interessiert, auch gerade aus einer medizinischen Qualifikation heraus sich dazu entschließt, nicht als Arzt tätig zu sein, sondern mit dieser [...] sehr breiten Qualifikation irgendwas anderes macht. Das kann ich sehr gut verstehen und das halte ich für eine zwangsläufige Entwicklung, wenn man sieht, was den Ärzten heutzutage für Arbeitsbedingungen angeboten werden [...]“.

Etwas einfacher formuliert es ein französischer Assistenzarzt (*f a m II*): „[...] es [der Beruf] ist sehr anstrengend, aber trotzdem gefällt es mir. [...] Es macht auch Spaß. Man klagt viel, zumindest ich klage viel [...], aber am Ende würde ich nichts anderes machen.“

4 Diskussion

Diese Studie unternimmt den Versuch die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit deutscher und französischer Kinderärzte an den Universitätskliniken Marseille und Hamburg zu vergleichen.

Das folgende Kapitel umfasst einerseits die Diskussion der Grenzen der angewandten Methode und andererseits die Interpretation der im eigenen Feldversuch gefundenen Ergebnisse. Letztere werden dabei in Bezug zu den in der Literatur genannten Erkenntnissen gesetzt. Abschließend werden aus der Diskussion praktische Implikationen abgeleitet, um eine Verbesserung der hiesigen Situation in der Zukunft zu ermöglichen.

4.1 Limitationen der Methode

Wie in Kapitel 2 bereits erwähnt, haben sowohl qualitative Analytik allgemein als auch leitfadengestützte Interviews im Speziellen Vor- und Nachteile. Dieser Abschnitt befasst sich vor allem mit den sich aus der Methodik ergebenden Problemen.

4.1.1 Limitationen qualitativer Analytik

Die Aussagekraft qualitativer Forschung wird durch verschiedene Einschränkungen beeinflusst, die bei der Interpretation der erhobenen Daten zu berücksichtigen sind. So beschreibt *Wiesinger (ohne Datum)* ein allgemeines Problem der „Humanwissenschaften“: „Der Untersuchungsgegenstand [...] liegt nie völlig offen, er muß immer auch durch Interpretation erschlossen werden.“ So spricht *Wiesinger (ohne Datum)* in diesem Zusammenhang nicht nur von „subjektiven Intentionen“ menschlicher Äußerungen, sondern auch von einer „Forscher-Gegenstands-Interaktion“. Die Daten würden durch „Kommunikationsprozesse“ erhoben, deren „subjektive Deutungen“ zu Verzerrungen führen könnten. Demzufolge sei „vorurteilsfreie Forschung so gut wie unmöglich“ und insbesondere auch in höchstem Maße vom „Vorverständnis des Forschers“ abhängig. Meines Erachtens nach war mein Feldzugang inklusive meines Vorwissens nahe an den Optimalbedingungen, die *Wiesinger (ohne Datum)* als folgenden Prozess beschreibt: „[...] der Forscher [wird] für die Beteiligten - idealtypisch - vom Eindringling zum Mitglied und schließlich zum Anwalt ihrer Probleme“. Als forschender Medizinstudent arbeitete ich mit

denjenigen Ärzten, die ich auch befragte, direkt zusammen, mit den allermeisten pflegte ich einen vertrauensvollen, teils auch freundschaftlichen Umgang. So war mir „das Feld ohne große Störungen zugänglich“. Außerdem war ich als Forscher „auf die Probleme eingestellt“ und es war „ein Engagement für die Beteiligten ersichtlich“. Daher glaube ich in der Lage gewesen zu sein, das „Vertrauen“ der Befragten zu gewinnen und hege auch keinerlei Zweifel an ihrer Glaubwürdigkeit, was deutlich als Vorteil dieser Methode hervorzuheben ist.

Jedoch könnte aus dem beschriebenen Feldzugang eine andere Problematik resultieren. Nach *Liidecke* (2007) führt ein „zu enge[r] Bezug zur Alltagssprache und zur Lebenswelt der Akteure“ dazu, dass der Forscher „möglicherweise bedeutende Phänomene“ nicht wahrnimmt, da sie „zu den dem Forscher selbstverständlichen Handlungsmuster[n] oder sozialen Vorgänge[n] gehören.“ Ihm fehle in diesem Fall die Distanz, um das Forschungsobjekt angemessen beurteilen zu können.

Darüber hinaus geben auch *Siegrist et al.* (2010) zu bedenken, dass die „interkulturelle Vergleichbarkeit“ von Angaben, z.B. zum Thema Arbeitsstress, noch „nicht hinreichend untersucht wurde“. Soll heißen, dass evtl. Franzosen und Deutsche ihre Arbeitsbedingungen allein aus ihrem verschiedenen kulturellen Verständnis heraus abweichend bewerten könnten, was für meinen Vergleich von besonderer Relevanz ist.

Auch *Wiesinger* (*ohne Datum*) diskutiert die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten. Ihr zufolge hat qualitative Forschung „Probleme mit der Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse“, nicht nur „wegen der geringen Fallzahlen“, sondern auch da „[m]enschliches Handeln [...] situativ gebunden, historisch geprägt und mit subjektiven Bedeutungen behaftet“ sei. Daher gelte vorrangig „Einzelfallbezogenheit“. Eine Verallgemeinerung müsse unbedingt „explizit, argumentativ abgesichert begründet werden“. Laut *Mayring* (2000) besteht ein weiteres Problem qualitativer Forschung darin, dass die Datenauswertung „sich an systematischen Reduktionsprozessen orientiert“, was einen Transfer der Ergebnisse ebenfalls erschwere.

Bezogen auf das Problem „niedriger Fallzahlen“, nach *Liidecke* (2007) erfolgt die „Stichprobenziehung nicht per Zufallsauswahl“, da sonst der „zufällige Stichprobenfehler [...] viel deutlicher ins Gewicht fallen“ würde. Daher „muss das Verfahren der

Stichprobenziehung kriteriengesteuert sein“, um zu „gewährleisten, dass tatsächlich alle interessanten Merkmale in der Stichprobe auftreten“. In diesem Sinne wurde gemäß *Jansen (2010)* dem Stichprobenplan eine „Vielfältigkeitsstichprobe“ zugrunde gelegt, die nach *Guest et al. (2006)* einer „zielgerichteten Stichprobe“ entspricht.

Dennoch lässt sich nicht darüber hinwiegäuschen, dass jeweils nur eine weibliche bzw. ein männlicher Fachärztin/-arzt sowie Oberärztin/-arzt von Frankreich einerseits und von Deutschland andererseits im Stichprobenplan vertreten sind. Außerdem gab es in Marseille zum Zeitpunkt der Datenerhebung nur eine einzige Chefärztin, in Hamburg gar keine. Ob die Befragung weiterer Ärzte mehr relevante Kategorien hervorgebracht hätte, ist fraglich. In diesem Zusammenhang analysieren *Guest et al. (2006)* in der Retrospektive die Sättigung ihrer eigenen, auf Interviews basierenden, qualitativen Studie in einer weiteren Studie. Von den 109 Kodierungen, die sie aus 30 Interviews abgeleitet hätten, seien bereits „nach zwölf Interviews [...] 92% (100) der gesamten Anzahl der Codes entwickelt“ gewesen. Sie resümieren: „Eindeutigerweise war die volle Bandbreite thematischer Entdeckungen bereits innerhalb der ersten zwölf Interviews so gut wie aufgedeckt“. Von „Datensättigung“ könne gesprochen werden, „wenn neue Informationen keine oder geringfügige Veränderungen des Kodierungsschemas produzieren.“ *Guest et al. (2006)* geben jedoch zu bedenken, dass ihre Studie eine „relativ homogene Population und [...] ziemlich eng abgesteckte Ziele“ hatte. Ihre Ergebnisse seien „nicht übertragbar auf unstrukturierte und höchst explorative Interviewtechniken.“

Die Frage, inwiefern meine Studienpopulation homo- oder heterogen ist, wurde in der Einleitung bereits aufgeworfen. Zumindest die Tatsache, dass sowohl Männer als auch Frauen bzw. Ärzte niederen und höheren Ranges ihre Arbeitsbedingungen durchaus unterschiedlich bewerten, wurde erläutert. (vgl. Abschnitt 2.4). Ebenso wurde in diesem Abschnitt bereits angesprochen, dass laut *Siegrist et al. (2010)* die Möglichkeit besteht, dass Franzosen und Deutsche ihre Arbeitsbedingungen vor ihren verschiedenen kulturellen Hintergründen abweichend bewerten könnten. Dennoch ist die Studienpopulation mit Kinderärzten an den Universitätsklinika Marseille und Hamburg recht genau umrissen. Um allzu große Unterschiede in der Arbeitszeitbelastung zu vermeiden, wurden gemäß *Rosta (2007)* pädiatrische Chirurgen nicht in die Studie eingeschlossen (vgl. Abschnitt 2.4). Außerdem betont *Mason (2010)*, dass „mehr Daten nicht zwangsläufig zu mehr Informationen führen.“ Ein „einmaliges Auftreten [...] eines Codes“ führe bereits zu seiner

Verwertung, da „Häufigkeiten selten wichtig sind in qualitativer Forschung“. Der Grund dafür sei, dass „qualitative Forschung sich mit Bedeutung und nicht mit dem Aufstellen generalisierbarer Hypothesen“ befasse. In Anlehnung an *Guest et al. (2006)* ist es wenig wahrscheinlich, dass weitere Interviews meinem Datensatz neue relevante Informationen hinzufügen würden. Somit kann von Sättigung gesprochen werden.

4.1.2 Limitationen leitfadengestützter Interviews

Auf das Auswahlverfahren der Teilnehmer bin ich in Abschnitt 2.4 bereits näher eingegangen. An dieser Stelle sei noch einmal erwähnt, dass Krankenhäuser naturgemäß nur über eine begrenzte Anzahl von ranghöheren Ärzten verfügen. Aus diesem Grund wurden einzelne Teilnehmer eher zu den Interviews überredet, als dass sie tatsächlich Interesse und Zeit mitbrachten. So zeigten sich sehr vereinzelt Interviewpartner eher desinteressiert, die womöglich mit dem Thema nicht vertraut waren und die insbesondere die offener gestellten Fragen überforderten. Aus diesem Grund wurde bei den darauf folgenden Interviews mit Ober- und Chefärzten der Leitfaden je nach Stimmung und Zeitdruck des Befragten angepasst, sodass konkretere Fragen gestellt bzw. einzelne Fragen ausgelassen wurden. Dies trug zusätzlich zur Variabilität der Interviews bei. Dadurch, dass bei einzelnen Interviews, z.B. aus Zeitdruck, nicht alle Fragen gestellt werden konnten, ist nicht jeder Teilnehmer in jeder Tabelle vertreten.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt wird die Diskussion der Ergebnisse dem Leitfaden analog dargestellt, ein Verfahren, das bereits im Ergebnisteil praktiziert wurde. Die Antworten auf die vier Themen „Angaben zur Person“, „Ressourcen“, „Belastungen“ und „Beruf und Privatleben“ werden nacheinander analysiert. Wie in den vorangegangenen Kapiteln wird dem Ländervergleich Frankreich/Deutschland Priorität gegenüber geschlechter- bzw. rängevergleichenden Aspekten eingeräumt.

4.2.1 Angaben zur Person

Es wird sehr deutlich, dass die französischen Ärzte bis auf wenige Ausnahmen um einige Jahre jünger sind als ihre deutschen Kollegen. Das lässt sich auf mehrere Gründe zurückführen. Zum einen liegt dies an der im Vergleich zu Frankreich längeren Dauer der Schulzeit in Deutschland, zumindest was die interviewten Ärzte anbetrifft. Denn bis auf die Freistaaten Sachsen und Thüringen führten die anderen deutschen Bundesländer das Abitur nach zwölf Jahren erst nach dem Jahr 2001 sukzessiv ein (bzw. in Rheinland-Pfalz ist die Einführung noch nicht beschlossen, es läuft lediglich ein G8-Modellversuch). Die ersten G8-Schulabschlüsse gab es dann 2007 in Sachsen-Anhalt, während in Schleswig-Holstein keine Schüler vor 2016 davon profitieren werden (*Vereinbarung zur Gestaltung der gymnasialen Oberstufe in der Sekundarstufe II*). Daher ist davon auszugehen, dass die deutschen Teilnehmer mit 13 Jahren Schulzeit ein Jahr länger in der Schule verbrachten als ihre französischen Kollegen, die diese zwölf Jahre lang besucht haben dürften.

Ein weiteres Jahr dürften zumindest die deutschen Männer mit ihrem Wehr- oder Zivildienst verbracht haben, da die Wehrpflicht in Deutschland erst im Juli 2011 ausgesetzt wurde (*Pressemitteilung Bundesministerium für Verteidigung – Von der Wehrpflichtarmee zur Freiwilligenarmee*). In Frankreich hingegen wurde die Wehrpflicht Ende 2001 endgültig ausgesetzt (*Loi no 97-1019 du 28 octobre 1997 portant réforme du service national (1)*). Der jüngste französische Assistenzarzt *f a m II* war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 23 Jahre alt, was bedeutet, dass er im Alter von 17 Jahren sein baccalauréat erworben und das Medizinstudium in der (in Frankreich und in Deutschland identischen) Regelstudienzeit von sechs Jahren beendet haben muss. Da die Datenerhebung im Jahr 2011 durchgeführt wurde, hätte das theoretische Mindestalter für einen männlichen deutschen Assistenzarzt bei 25 Jahren gelegen (vorausgesetzt, er besuchte die Schule weder in Sachsen noch in Thüringen und leistete Wehr- bzw. Zivildienst).

Die Facharztausbildung für Kinder- und Jugendmedizin dauert in Deutschland mindestens fünf Jahre (*Wasner 2003*), während in Frankreich mindestens vier Jahre dafür veranschlagt sind. Allerdings gibt es auch in Frankreich Stimmen, die fordern die Facharztausbildung des Pädiaters von vier auf fünf Jahre zu verlängern (*Sommelet 2007*). Daraus resultiert das ebenfalls recht junge Alter der 28-jährigen französischen Fachärztein *f b f*, was in Deutschland, insbesondere zum Zeitpunkt der Datenerhebung, nahezu unmöglich war und immer noch ist.

4.2.2 Ressourcen

In vielen Punkten entsprechen die Ergebnisse des Abschnitts „Autonomie und Verantwortung“ den Erkenntnissen der in Kapitel 2.4 bereits erwähnten und im Vorfeld ausgewerteten Literatur. Darüber hinaus gibt es auch einen Erkenntnisgewinn z.B. in Bezug auf Unterschiede zwischen den deutschen und französischen Arbeitsbedingungen. Grundsätzlich wird die These bestätigt, dass Frauen im Vergleich zu Männern weniger dazu neigen, sich Verantwortung und Autorität zuzuschreiben. In Marseille gibt es sowohl eine Fach- als sogar auch eine Oberärztein, die deutlich Verantwortung von sich weg- und ihren ranghöheren Kollegen zuweisen. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von *v. d. Knesebeck et al. (2010)*. Ebenfalls werden *Gallois et al. (2006)* in ihrem Ergebnis bestätigt, dass Männer im Gegensatz zu Frauen eher dazu tendieren, Leitlinien und Vorgaben als Beschränkung ihrer klinischen Entscheidungsfreiheit zu interpretieren. Interessant ist auch die Tatsache, dass sowohl in Deutschland als auch in Frankreich Chefärzte sich durch die Krankenhausleitung zwar nicht oder nur geringfügig in ihren klinischen Entscheidungen beeinflusst sehen, wohl aber einen teils massiven ökonomisch-administrativen Druck von letzterer beklagen, was *Gallois et al. (2006)* ebenfalls feststellen. Positiv anzumerken ist, dass kein Teilnehmer der laut dem Demand-Control-Model nach *Karasek und Theorell (1990)* stärksten psychosozialen Belastung einer größeren Verantwortung ohne den entsprechenden Entscheidungsspielraum ausgesetzt ist.

Deutliche Diskrepanzen zwischen Deutschland und Frankreich gibt es hinsichtlich der Hierarchie innerhalb der Ärzteschaft. Dabei beklagen besonders deutsche Assistenzärzte eine stark ausgeprägte Rangordnung, die bereits innerhalb der Assistentenschaft beginnt. Ein Grund hierfür könnte die in den beiden Ländern vollkommen unterschiedlich geregelte Facharztweiterbildung sein. Während sich in Deutschland jeder Arzt nach dem Studium an jedem Klinikum, welches zu seiner Fortbildung berechtigt ist, bewerben kann, werden in Frankreich die Fortbildungsplätze und damit einhergehend die Assistenizarztstellen zentralisiert vergeben (*Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales*). Je besser man am Ende des Medizinstudiums bei den „Épreuves classantes nationales“ (ECN, = nationale einstufende Prüfungen) abschneidet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man das gewünschte Fachgebiet am präferierten Ort ausüben darf. Hat man einmal die zugewiesene Stelle angetreten, bleibt danach wenig Spielraum vom vorgegebenen Weiterbildungsweg abzuweichen. Das bedeutet zwar einen enormen

Druck bei den ECN bestmöglich abzuschneiden, doch mag dies der Grund dafür sein, dass sich die französischen Assistenten im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen kaum über Konkurrenzdruck und Hierarchie beklagen. Letztere hingegen müssen sich vor ihrem Arbeitgeber kontinuierlich beweisen, eine Vertragsverlängerung ist keine Selbstverständlichkeit. Eben diese deutschen Assistenten sind es, die das Arbeitsklima an ihrem Arbeitsplatz als eher negativ einschätzen. Zu dieser deutlich negativen Bewertung gelangt sonst kaum jemand. Aufgrund dieser Korrelation liegt es nahe, dass sich Konkurrenzdenken und Wettbewerb einerseits und das wahrgenommene Klima in einer Abteilung andererseits wechselseitig beeinflussen, was in der ausgewerteten Forschung bisher noch nicht an einem derart deutlichen Beispiel veranschaulicht wird.

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass, während sich (insbesondere deutsche) rangniedrigere Ärzte in Konkurrenz zueinander setzen, Chefärzte eine gewisse Kompetition zwischen Abteilungen oder Kliniken beschreiben, was wissenschaftliche Leistungen oder klinische Erfolge betrifft. Diese letztere Form des Wettbewerbs existiert sowohl in Frankreich als auch in Deutschland und wird in der Literatur in dieser Form bisher noch nicht beschrieben.

Tendenziell sind es eher Männer, die über bestehende Hierarchien klagen. Frauen neigen dazu, die Arbeit als Team leichter zu akzeptieren als ihre männlichen Kollegen, was auch *Gallois et al. (2006)* feststellen. Allgemein beklagen sich aber die wenigsten Ärzte über Krankenhaushierarchien. Insbesondere Assistenzärzten ist bewusst, dass mit dem Aufsteigen in der Rangordnung auch eine größere Verantwortung verknüpft ist, daher erachten sie hierarchische Strukturen grundsätzlich als sinnvoll und notwendig.

Ein Detail der Arbeitsbedingungen, das in der Literatur wenig Beachtung findet, ist die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften. Mehrere Ärzte französischer und deutscher Herkunft bestätigen, dass sich das professionelle Verhältnis zwischen Pflege und Ärzteschaft in den letzten Jahrzehnten gewandelt hat. Eine Hierarchie ist in diesem Punkt nicht mehr in der Weise ausgeprägt, wie das früher der Fall war. Vielen Ärzten zufolge wird die Pflege mit ihrer Erfahrung und ihren Kompetenzen in die Behandlung miteinbezogen, anstatt ihr einfach Anweisungen zu geben.

Bezüglich ihrer Vergütung und der ihnen entgegengebrachten sozialen Wertschätzung liegen die Meinungen der französischen und deutschen Mediziner recht nah beieinander. Es lassen sich einige allgemeine Aussagen festhalten. Zum einen beklagt sich kaum ein Teilnehmer über die absolute Höhe des Gehalts. Andererseits lässt auch nahezu kein Arzt die Frage nach der Vergütung dahingehend unkommentiert, dass seiner Meinung nach die relative Höhe des Gehalts zu wünschen übrig lässt. Dabei vergleichen sich die befragten, im Krankenhaus tätigen Kinderärzte mit niedergelassenen Kollegen, insbesondere auch mit Ärzten anderer Fachdisziplinen. Der Großteil der Befragten ist der Meinung, dass die Höhe der Gehälter sich nicht an der übertragenen Verantwortung orientiert. Darüber hinaus kritisieren viele Teilnehmer, dass in Branchen, die mit Geld und Wirtschaft zu tun haben, deutlich höhere Einkommen üblich sind.

Sowohl die Ärzte aus Marseille als auch diejenigen aus Hamburg beschreiben eine veränderte Stellung des Arztes in der Gesellschaft, für die teilweise auch die Medien verantwortlich gemacht werden. Ihrer Meinung nach führt eine ausführliche Berichterstattung über das Fehlverhalten und die Behandlungsfehler Einzelner dazu, dass das Gesamtbild aller Ärzte unberechtigterweise Schaden nimmt. Außerdem glauben einige Teilnehmer, dass sich viele Patienten mithilfe der Informationsmöglichkeiten, die z.B. das Internet bietet, über ihr Krankheitsbild erkundigen und somit die Diskrepanz zwischen ihrem Wissen und demjenigen des behandelnden Arztes zu reduzieren versuchen. Auch beklagen sich insbesondere Chefärzte über ein Zunehmen juristischer Interventionen und Klagen der Patienten, was auch *Gallois et al. (2006)* beschreiben. Der Arzberuf hat also im Laufe der letzten Jahre nicht nur an Ansehen eingebüßt, sondern eindeutig auch an Vertrauen, was sich auch in einem Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses widerspiegelt. Dem Großteil der Befragten zufolge erfahren Ärzte individuell immer noch Respekt und Dankbarkeit der Patienten, doch möchten letztere stärker als früher in den Behandlungsprozess und seine Entscheidungsfindungen miteinbezogen werden. Es werden also nicht mehr alle Entscheidungen einfach dem Arzt überlassen, was *Gallois et al. (2006)* ebenfalls feststellen.

4.2.3 Belastungen

Die Mehrheit der französischen und deutschen Teilnehmer sieht sich durch Bürotätigkeiten, ganz gleich welcher Art, von ihrer Arbeit am Patienten abgehalten. Zwar klagen rangniedrigere Ärzte tendenziell über patientenbezogene Aufgaben und ihre ranghöheren Kollegen eher über administrative Tätigkeiten, doch scheint dies auf Frankreich nur bedingt zuzutreffen. Denn während die französischen Oberärzte kaum über reine Verwaltungsaufgaben klagen, neigen die französischen Chefärzte auch weniger als ihre deutschen Kollegen dazu, eine Belastung durch diese zu kritisieren. Auch wenn eine direkte Gegenüberstellung an dieser Stelle schon auf methodische Limitationen trifft, so errechnen jedoch auch *Blum und Müller (2003)*, dass „der durchschnittliche Dokumentationsaufwand je Arzt und Arbeitstag [...] rund 3:15 Stunden“ im Falle eines in einem deutschen Krankenhaus tätigen Internisten beträgt. Davon fielen ca. 39 min auf rein administrative Tätigkeiten und ca. 156 min auf „patientenbezogene Dokumentation“. Vor diesem Hintergrund scheinen die Klagen der deutschen Ärzte nicht verwunderlich. Demgegenüber präsentieren *Mandel et al. (2004)* eine Umfrage, in der französische Fachärzte für Kinderintensivmedizin angeben, „die Betreuung am Krankenbett der Patienten repräsentierte rund 80% der Arbeitszeit“.

Ein markanter Unterschied zwischen der Marseiller und der Hamburger Kinderklinik spiegelt sich in den Aussagen der Befragten bzgl. der Modernität ihres Arbeitsplatzes wider. Einerseits stufen ausnahmslos alle Deutschen die digitale Ausstattung des UKE als angemessen ein, andererseits sind so gut wie alle Franzosen der Meinung, das CHU Hôpital de la Timone Enfants entspreche nicht aktuellen Standards der Informationstechnologie. Dies ist insofern interessant, da mehr Deutsche als Franzosen eine hohe Belastung durch Bürotätigkeiten angeben, obwohl sie das UKE als einen modernen Arbeitsplatz beschreiben und die Franzosen das Gegenteil von der Marseiller Kinderklinik behaupten. Auch wenn über den absoluten Umfang der geleisteten Arbeit keine Daten erhoben wurden, kann hier kaum ein Anhalt dafür gefunden werden, dass der elektronische, digital vernetzte Krankenhausarbeitsplatz gegenüber der von Hand geführten Krankenakte eine offensichtliche Reduktion der Arbeitslast herbeiführt.

In Bezug auf die Arbeitszeiten bestehen deutliche Differenzen zwischen Frankreich und Deutschland, die nicht nur in der Einleitung bereits ausführlich beschrieben wurden, sondern sich auch in den bereits dargestellten Aussagen der Teilnehmer wiederfinden.

Insgesamt sind die Hamburger Kinderärzte, insbesondere die Assistenzärzte, mit ihrem Schichtdienstmodell zufriedener als ihre französischen Kollegen mit ihren Arbeitszeiten je nach Tagesanforderung. Da die französischen Arbeitsverträge keine Regelung zu Überstunden enthalten bzw. nicht einmal die reguläre Arbeitszeit definieren, geben gerade französische Assistenzärzte zum Teil deutlich längere Arbeitszeiten als ihre deutschen Kollegen an. Die in Frankreich gängigen 24-Stunden-Dienste werden von einigen Teilnehmern als besondere Belastung empfunden. Jedoch nehmen sowohl die Deutschen als auch die Franzosen generell jegliche Arbeit außerhalb der normalen Werkzeit als überdurchschnittlich anstrengend wahr, was in dieser Deutlichkeit in der Literatur bisher noch nicht beschrieben wurde.

4.2.4 Beruf und Privatleben

Wie in Kapitel 3.4.1 bereits erwähnt, ist nicht einmal die Hälfte der Befragten „eher allgemein zufrieden“ mit ihrem Berufsleben und schätzt dieses gleichzeitig als „eher kompatibel“ mit ihrem Familien- und Sozialleben ein. Somit äußert sich die Mehrheit der Befragten entweder zu einem oder sogar zu beiden Teilbereichen deutlich unzufrieden.

Auffällig ist, dass in beiden Ländern besonders diejenigen Ärzte weniger Kritik üben, die angeben keine Kinder zu haben. Darunter fallen viele junge Ärzte, doch gibt es auch Fach- und Oberärzte, die aufgrund ihrer Kinderlosigkeit ihren Beruf noch als kompatibel mit ihrem Privatleben einschätzen. Von den meisten dieser Teilnehmer wird diese Vereinbarkeit bewusst vor dem Hintergrund eingeschränkt, dass sie sich nicht vorstellen können, wie sie ihren Beruf weiterhin in dieser Form ausüben sollen, sobald sie Kinder haben. Davon abgesehen sagen einige männliche Ober- und Chefärzte in beiden Ländern, dass sie noch in der Generation aufgewachsen sind, in der die Männer gearbeitet und die Frauen auf die Kinder aufgepasst haben. Daher geben sich ältere Männer auch weniger kritisch gegenüber der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Auch wenn diese Ergebnisse leicht nachvollziehbar erscheinen, so stellen sie ebenfalls einen wichtigen Erkenntnisgewinn dar.

Dabei sticht hervor, dass sich diejenigen Deutschen, die ihren Beruf als inkompatibel mit dem Privatleben betrachten, auch unzufrieden mit ihrem Beruf insgesamt zeigen. Hier besteht hier also durchaus ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Aspekten, der sich auf französischer Seite zumindest abgeschwächt auch bei den männlichen Teilnehmern

zeigt. Insbesondere Französinnen neigen dazu, die Inkompatibilität ihres Berufs mit ihrem Privatleben zu akzeptieren und darin weniger einen Grund zur Unzufriedenheit zu sehen. Dies widerspricht den Erkenntnissen von *Gallois et al. (2006)*, die in Frankreich „die Suche nach einem besseren Verhältnis zwischen Arbeitsleben und Privatleben“ vor allem Frauen zuschreiben, „aber auch mehr und mehr den Männern“. Dieser Widerspruch kann z.B. auf die kleine Fallzahl meiner Studie zurückgeführt werden.

Dies spiegelt sich auch in den Angaben des deutschen Chefarztes *D D M II* wider, der aus einer Umfrage zitiert, laut welcher in der Kinderheilkunde in Deutschland bis zu 80% Frauenanteil erreicht werde, die in aller Regel lieber in Teilzeit arbeiten würden. Doch dies auch in die Praxis umzusetzen, gestaltet sich z.B. im Fall der deutschen Oberärztein *D C F* schwierig. Ihr zufolge existiert ihre 30-Stunden-Stelle nur auf dem Papier, sie gibt an in der Realität 40 bis 60 Stunden pro Woche zu arbeiten.

In Marseille gibt kein Teilnehmer an in Teilzeit zu arbeiten, was nicht verwunderlich ist, da die französischen Arbeitsverträge keine Arbeitszeiten definieren. So ist das Thema Arbeitszeiten den Ärzten dort zwar durchaus wichtig, doch Schichtdienstmodelle, Teilzeitstellen oder Überstundenausgleich scheinen dort unbekannt zu sein. Darin könnte auch ein Grund dafür liegen, dass die langen Arbeitszeiten in Frankreich eher akzeptiert werden und an ihnen nicht in dem Ausmaß Kritik geübt wird, wie das in Deutschland der Fall ist.

Nicht nur die langen und oftmals außerhalb der regulären Werkzeit liegenden Arbeitszeiten belasten die Ärzte. Besonders Ober- und Chefärzte beschreiben in diesem Zusammenhang nicht nur einen Zeitdruck, sondern auch administrativ-ökonomische Forderungen seitens der Krankenhausleitung nach Einsparungen sowie die Notwendigkeit sich regelmäßig mit juristischen Angelegenheiten auseinanderzusetzen zu müssen. Das deckt sich mit den Erkenntnissen von *Gallois et al. (2006)*.

Trotz all der beschriebenen Nachteile und Einschränkungen würde die überwiegende Mehrheit der Ärzte ihren Beruf wieder ergreifen. Dies deckt sich mit einer Umfrage von *Mandel et al. (2004)*, laut welcher 85% der befragten französischen Fachärzte für Kinderintensivmedizin ihren Beruf auch mindestens noch fünf weitere Jahre ausüben wollen. Zwar nutzt so gut wie jeder Teilnehmer die Gelegenheit an dieser Stelle noch

einmal die Arbeitsbedingungen zu kritisieren, doch betonen auch viele die Vielseitigkeit und die Faszination, die von diesem Beruf ausgehen. Diejenigen, die sich gegen ihn aussprechen würden, begründen dies sowohl in Marseille als auch in Hamburg ausnahmslos mit den schlechten Arbeitsbedingungen, die auch *Gallois et al. (2006)* sowie *Blum und Löffert (2010)* als größtes Manko des Arztberufs identifizieren. Unterschiedliche Bewertungen ließen sich u.a. auf die verschiedenen Lebenslagen der einzelnen Teilnehmer zurückführen, wobei an dieser Stelle noch einmal auf drei Punkte eingegangen werden soll. Zum einen besitzt, wie oben bereits erwähnt, die Tatsache, ob die Teilnehmer Kinder haben, die versorgt werden müssen, einen entscheidenden Einfluss darauf, ob sie ihre Arbeit als kompatibel mit ihrem Privatleben einschätzen. Zum anderen wird eine berufliche Einbindung außerhalb der regulären Arbeitszeiten von allen betroffenen Teilnehmern als starke Belastung bewertet. Darüber hinaus überwiegt bei Berufsanfängern mitunter noch eine besondere Motivation, die sie über schwierige Arbeitsbedingungen eher hinwegsehen lässt. So begründen individuell verschiedene Situationen die durchaus unterschiedlichen Bewertungen der Arbeitsbedingungen durch die einzelnen Teilnehmer.

4.3 Praktische Implikationen

Sofern es methodische Limitationen zulassen, lassen sich aus dieser Studie und der genannten Literatur einige Optimierungsmöglichkeiten für das deutsche Gesundheitssystem herausfiltern, um langfristig die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland zu verbessern.

4.3.1 Berufseinstiegsalter

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung lag das Berufseinstiegsalter eines Arztes in Frankreich bei frühestens 23 Jahren, in Deutschland bei 24 Jahren für Frauen (13 Jahre Schulzeit vorausgesetzt) und bei 25 Jahren für Männer (Wehr-/Zivildienst und 13 Jahre Schulzeit vorausgesetzt). Wie in Kapitel 4.2.1 bereits angeführt, wurde die Wehrpflicht in Deutschland im Jahr 2011, wie auch in Frankreich einige Jahre zuvor, endgültig ausgesetzt. Jedoch gibt es durchaus Bestrebungen die G8-Schulreform wieder rückgängig zu machen, sodass sich das Berufseinstiegsalter der zukünftigen Ärzte wieder um ein Jahr erhöhen dürfte (*Jacobsen und Buhse 2013*). Somit stünden diese werdenden Mediziner

dem Arbeitsmarkt bis zu ihrem Renteneintritt mit 67 Jahren ein Jahr weniger zur Verfügung, was in Zeiten des Ärztemangels nicht unbedenklich ist und negative Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung haben könnte. In der Literatur wird dieser Altersunterschied von bis zu zwei Jahren zwischen deutschen und französischen Berufsanfängern am Arbeitsmarkt nicht beachtet. Entsprechende Reformen wurden, wie oben beschrieben, bereits initiiert. Vor dem Hintergrund dieser Studie erscheint es jedoch umso wichtiger, die bereits eingeleiteten Reformen nicht wieder rückgängig zu machen.

4.3.2 Kritik an der Vergütung

Viele Teilnehmer bemängeln eine Verhältnislosigkeit der Gehälter innerhalb der Ärzteschaft. Diese Studie kristallisiert zwei Kritikpunkte der Mehrheit der befragten Krankenhausärzte heraus. Zum einen sind viele von ihnen der Meinung, dass niedergelassene Mediziner deutlich mehr verdienen als diejenigen, die im Krankenhaus arbeiten, obwohl letztere von sich behaupten mehr Verantwortung tragen und schwierigere Entscheidungen treffen zu müssen. Zum anderen wünschen sich viele geringere Diskrepanzen zwischen den Gehältern der Ärzte verschiedener Fachdisziplinen. Oft wird gefordert, das Gehalt soll sich an der Verantwortung eines Mediziners orientieren. Daher sehen nahezu ausnahmslos alle Teilnehmer der Untersuchung hier politischen Handlungsbedarf. Eine Reform des Vergütungssystems ist anzustreben, um ausgeglichene Gehälter innerhalb der Ärzteschaft zu erzielen.

4.3.3 Einfluss der Arbeitslast auf die wahrgenommene Qualität der Versorgung

Laut *v. d. Knesebeck et al. (2010)* ist „der Befund eines Zusammenhangs zwischen psychosozialer Arbeitsbelastung und der subjektiv wahrgenommen Qualität der Patientenversorgung“ gesundheitspolitisch überaus relevant. Die Äußerungen einiger Teilnehmer aus Marseille und auch aus Hamburg gehen tatsächlich in diese Richtung. Eine deutsche Oberärztin (*D C F*) sagt ganz klar, dass sie eine bessere Versorgung anbieten könnte, wenn sie mehr Zeit für den einzelnen Patienten hätte. Ebenfalls kritisiert ein deutscher Chefarzt (*D D M I*), dass die Ärzte „ständig in Hetze sind“, was sich dringend ändern müsse, „sonst geht auch der Kontakt zum Patienten kaputt“. Auch auf französischer Seite (*f a f II*) gibt es Unmut über den Umfang von Dokumentationsarbeiten, der von der

Arbeit am Krankenbett ablenke. Ein französischer Chefarzt (*f d m II*) kritisiert „den Mangel an Mitteln und die Unzulänglichkeit des Personals“.

Dies entspricht im Allgemeinen den Erkenntnissen von *v. d. Knesebeck et al. (2010)*. Die in dieser Studie befragten deutschen Krankenhausärzte geben ebenfalls an, dass „Faktoren wie Überarbeitung oder Zeitdruck die Qualität der Versorgung häufig beeinträchtigen.“ Eine „Verbesserung der Arbeitsbedingungen“ könnte in einer „stärkere[n] Patientenorientierung und eine[r] optimalere[n] Versorgungsqualität“ resultieren. Dazu würden „Veränderungen der Arbeitsorganisation“ wie z.B. „innovative Arbeitszeitmodelle, Entlastung von Dokumentation und Administration sowie Delegation ausgewählter ärztlicher Tätigkeiten an anderes Personal“ erheblich beitragen.

4.3.4 Dokumentation und Bürokratie

Den Dokumentationsaufwand prangern auch *Blum und Müller (2003)* an. Insbesondere „mit Blick auf das DRG-System“ (diagnosis related groups, bezeichnet das Fallpauschalsystem, das seit 2003 den deutschen Krankenhäusern als Abrechnungsgrundlage dient) sei „eine weitere Ausuferung von Dokumentationsvorschriften unbedingt zu verhindern.“ Es sei aber auch „die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit bestehender Dokumentationsanforderungen“ zu hinterfragen. Außerdem sollten „Kostenträger und der MDK“ die Ärzte nicht übermäßig „durch Anfragen und Prüfungen [...] belasten.“ Die Wichtigkeit dieser Kritik bestätigen auch *Blum und Löffert (2010)*. Ihrer Studie zufolge halten 92% der befragten Krankenhäuser „Bürokratieabbau im Ärztlichen Dienst“ für sehr wichtig bis wichtig. Insbesondere „halten 85% der Einrichtungen die Senkung von MDK-Anfragen und -Prüfungen für sehr wichtig oder wichtig.“ Darüber hinaus seien *Blum und Müller (2003)* kaum in der Lage gewesen „die großen Varianzen zwischen Ärzten“ in Bezug auf den Dokumentationsaufwand durch die „im Rahmen der Studie erfassten Strukturmerkmale“, wie dem Vorhandensein von Stationssekretären, Medizincontrollern oder einem Krankenhausinformationssystem, zu erklären.

4.3.5 Digitalisierung und Entlastungspotenzial

Ob eine derartige Ausstattung und Digitalisierung den Hamburgern gegenüber den Marseillern einen Vorteil verschaffte, bleibt auch nach dieser Studie fraglich, auch da das

Design der Studie keine kausalen Rückschlüsse zulässt. Dennoch kann diese Studie veranschaulichen, dass sich der französische Krankenhausalltag durchaus unkoordinierter gestaltet als der deutsche, was nicht zuletzt daran liegt, dass Papierakten verloren gehen können und auch nicht den gleichzeitigen Zugriff auf sie durch mehrere Personen an verschiedenen Orten erlauben. Andererseits ist ein weiteres Ergebnis dieser Studie, dass viele der Hamburger Ärzte darüber klagen, dass auch die im UKE angewandte Technik noch nicht ausgereift und ihr gesamtes Potenzial daher noch nicht vollständig ausgeschöpft sei. Ähnlich sehen das auch *Blum und Müller (2003)*. Ihrer Meinung nach lassen sich die „Entlastungspotenziale“ dieser „Strukturmerkmale“ tatsächlich „[a]nsatzweise [...] verifizieren.“ Das Problem liege aber im „unzureichenden Einsatz des vorhandenen Unterstützungspersonals bzw. der gegebenen technischen Ausrüstung.“ Eine „merkliche Absenkung der Dokumentationszeiten“ sei langfristig jedoch „durchaus realistisch.“ Insgesamt dürfte eine „deutliche Reduktion“ des täglichen, ärztlichen Dokumentationsaufwand „auch die Arbeitszeiten wie die Arbeitsbelastungen im ärztlichen Dienst spürbar senken.“ Insofern sei eine „optimierte Dokumentation“ ein „aktiver Beitrag zur Einhaltung von Arbeitszeit- und Arbeitsschutzbestimmungen sowie zur Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterzufriedenheit im Krankenhaus.“ Um Klarheit darüber zu gewinnen, wie den Ärzten effektiv geholfen werden könnte, verlangen *Blum und Müller (2003)* „ein gezieltes Benchmarking“ anstelle einer „pauschale[n] oder unkritische[n] Forderung nach einem Ausbau der personellen oder technischen Infrastruktur.“ Laut *Blum und Löffert (2010)* findet die „Delegation von Dokumentation und Administration“ auf andere Fachkräfte bereits in 57% der Krankenhäuser häufig statt, eine „Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an Pflegekräfte“ geschieht immerhin noch in 34,7% der befragten Hospitäler auf regelmäßiger Basis. Lediglich in 13,1% der Krankenhäuser werde versucht die Ärzte durch „Einstellen/Qualifizierung neuer Berufsgruppen“ zu entlasten.

Vor dem Hintergrund dieser Studie ist ebenfalls die Delegation verschiedener ärztlicher oder auch administrativer Tätigkeiten von Ärzten auf nicht-ärztliches Personal besonders interessant, da in Frankreich den Medizinern eine Vielzahl von Medizinstudenten zur Seite steht, die insbesondere Assistenz- und Fachärzte in ihrem Alltag entlasten. In Deutschland unterstützen zwar auch vereinzelt PJ-Studenten und Famulanten die Ärzte, doch ist dies in Relation zu Frankreich, wo viele Studenten tagtäglich den Stationsablauf begleiten, zu vernachlässigen. Darüber hinaus werden in Marseille Blutentnahmen von der Pflege

durchgeführt, in Hamburg ist dies Aufgabe der Assistenzärzte. Diese Punkte veranschaulichen in dieser Studie, dass eine systematische, jedoch gezielte Entlastung der Mediziner durch Studenten und Pflegekräften von konkreten ärztlichen oder auch koordinativen und administrativen Aufgaben (Telefonate, Botengänge und Blutentnahmen) sinnvoll und nur mit wenig bis gar keinem zusätzlichem Personal realisierbar ist.

4.3.6 Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben

Blum und Müller (2003) postulieren, dass eine Entlastung der Ärzte zur Senkung der Arbeitszeiten insgesamt und letzten Endes sogar die Zufriedenheit der Mediziner mit ihrem Beruf erhöhen könnte, was sich auch in den Angaben der Teilnehmer dieser Studie widerspiegelt. Meinen Erkenntnissen zufolge führten kürzere Arbeitszeiten auch zu einer Verbesserung der Kompatibilität von Beruf und Privatleben, was ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Zufriedenheit der Ärzte hätte. Denn diese Studie kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass von der überwältigenden Mehrheit der Teilnehmer die mangelnde Vereinbarkeit von Arbeit und Familie als eine der Hauptkritikpunkte angeführt wird, die nach *Schmidt und Klambauer (2013)* als „wichtigster Push-Faktor“ direkten Anteil an der Abwanderung in Deutschland ausgebildeter Mediziner ins Ausland hat. So trage eine schlechte „Work-Life-Balance“ der hiesigen Ärzte unmittelbar zum Ärztemangel bei.

Um die Arbeit als Arzt familienfreundlicher zu gestalten, gibt es noch weitere Ansätze. Eine Hamburger Assistenzärztin (*D A F I*) erwähnt, dass ihre Kinder im „UKE Kindergarten“ seien, der „sehr, sehr viel Geld kostet“ und sie „durch den Schichtdienst [...] zusätzlich auch regelmäßig einen Babysitter“ benötige, „was die ganze Sache sehr teuer macht.“ Welchen Einfluss die Kinderbetreuung hat, spiegelt sich insbesondere in der Tatsache wider, dass diejenigen Ärzte, die die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben gewährleistet sehen, meistens keine Kinder haben. Daher lässt sich aus den Ergebnissen dieser Studie folgern, dass eine adäquate Kinderbetreuung nicht vorhanden ist. So kommt diese Studie zu dem Ergebnis, dass eine krankenhausinterne Kita zwar ein Plus mit Blick auf die Familienfreundlichkeit ist, doch nur einen Faktor von vielen darstellt. Konkret fordern die betroffenen Ärzte dieser Studie flexible Öffnungszeiten und bezahlbare Preise einer krankenhausinternen oder in der Nähe des Arbeitsplatzes befindlichen Kinderbetreuungseinrichtung. Für *Blum und Löffert (2010)* stellen „familienfreundliche[n]

Arbeitsbedingungen einen wesentlichen Standort- und Wettbewerbsfaktor“ dar. Neben einer „bedarfsgerechte[n] betriebliche[n] Kinderbetreuung“ seien auch „flexible Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Weiterbildung in Teilzeit oder Kontakthalte- und Wiedereinstiegsprogramme während der Elternzeit“ von großer Bedeutung. Aus den Interviews lässt sich ebenfalls der Wunsch nach besser geregelten Arbeitszeiten ableiten, insbesondere Überstunden und Dienste außerhalb der regulären Arbeitszeiten werden als besondere Belastung empfunden. Auf deutscher Seite besteht ebenfalls das Bedürfnis nach Teilzeitstellen, eine Forderung, die zunehmend auch von Männern vertreten wird.

4.3.7 Résumé

Würde all den genannten Ansätzen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten in Deutschland konsequent nachgegangen, so führte dies tatsächlich, direkt und indirekt, zu einer Steigerung der Versorgungsqualität. Eine Entlastung der Ärzte in ihrem Arbeitsalltag mündete in einer effizienteren Arbeit, die mit einer geringeren Arbeitslast und weniger Arbeitsstunden einherginge. Bessere Arbeitsbedingungen würden weniger Krankschreibungen zur Folge haben und erwiesen sich als attraktiver für die hier ausgebildeten Ärzte einerseits und für ausländische Mediziner anderseits, was insgesamt einen positiven Effekt auf den Abbau des hiesigen Ärztemangels hätte. Langfristig könnten so Versorgungslücken geschlossen und das vorhandene Personal effektiver genutzt werden, was sich letzten Endes positiv auf die Qualität der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern auswirken würde.

5 Zusammenfassung

Zahlreiche Studien der letzten Jahrzehnte untersuchten die Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf die Arbeitnehmerschaft allgemein. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels und der langfristig drohenden Gefährdung der medizinischen Versorgung in Deutschland rückten die Zusammenhänge zwischen den Arbeitsbedingungen von Ärzten und deren Arbeitszufriedenheit mehr und mehr in den Fokus der aktuellen Diskussion. Auch länderübergreifende Studien verglichen die Vor- und Nachteile verschiedener nationaler Gesundheitssysteme.

In dieser Studie wurden anhand einer Vielfältigkeitsstichprobe gemäß *Jansen (2010)* die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit von Kinderärzten des Hamburger und des Marseiller Universitätsklinikums verglichen. Die qualitative Untersuchung erfolgte mittels problemzentrierter Interviews nach *Witzel (2000)*, die erhobenen Daten wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring (2000)* ausgewertet.

Die Tendenz, dass die französischen Ärzte jünger als ihre jeweiligen deutschen Kollegen vergleichbaren Ranges sind, ließ sich auf nationale Eigenheiten, wie der Dauer der Schulzeit und der Wehrpflicht, zurückführen. Die Tatsache, dass in Marseille die Einschätzung von Hierarchie und Stationsklima im Arbeitsalltag deutlich positiver ausfällt, lässt sich durch die in Deutschland und Frankreich unterschiedlich geregelten Weiterbildungscurrícula erklären. Außerdem klagen die französischen Ärzte tendenziell weniger über den Umfang bürokratischer Tätigkeiten, obwohl sie, im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen, ihren Arbeitsplatz als nicht ausreichend digitalisiert beschreiben. Dies ist insofern bemerkenswert, da laut *Blum und Müller (2003)* ein moderner Arbeitsplatz eine Reduktion der Arbeitslast ermöglichen sollte.

Bezüglich der Arbeitszeiten sind bei den französischen Teilnehmern besonders 24-Stunden-Dienste Grund zur Klage. Allgemein bedeutet das in Marseille praktizierte Arbeitszeitmodell nach Tagesanforderung eine deutliche Mehrbelastung im Vergleich zum Hamburger Schichtdienstmodell, wobei in französischen Arbeitsverträgen nicht einmal die Arbeitszeiten genau vorgegeben werden. Generell wird von allen Befragten Arbeitszeit außerhalb der normalen Werkzeit als besonders anstrengend empfunden, da mit ihr übermäßig Einbußen im Sozialleben und somit in der Lebensqualität einhergehen.

Außerdem wurden die Ärzte gebeten ihre allgemeine Zufriedenheit mit ihrem Berufsleben sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben einzuschätzen. Es kristallisierte sich heraus, dass insbesondere für die deutschen Teilnehmer die Kompatibilität von Arbeit und Familie einen erheblichen Stellenwert für die allgemeine Zufriedenheit mit dem Arbeitsalltag hat. Ausschlaggebend für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist dabei die Umsetzung der Kinderbetreuung.

Soweit es das methodische Design dieser Studie zulässt, wurden aus den gefundenen Zusammenhängen und der bereits existierenden Studienlage Optimierungsmöglichkeiten für die Arbeitsbedingungen von deutschen Krankenhausärzten abgeleitet. Von hoher Priorität ist demnach die Entlastung der Ärzte in ihrem Arbeitsalltag mit Blick auf administrative Tätigkeiten. Einerseits muss die starke Belastung der Ärzte durch Anfragen der Kostenträger und des MDK hinterfragt, andererseits sollten Administration und auch ausgewählte ärztliche Tätigkeiten auf anderes Personal übertragen werden. Außerdem muss weiter gezielt untersucht werden, welche technischen Möglichkeiten ein besonderes Entlastungspotenzial im Alltag der Mediziner beinhalten. Auf diese Art und Weise soll auch dafür gesorgt werden, dass die bereits vorhandenen personellen und technischen Ressourcen effizienter genutzt werden können. Ein Ausbau sowie flexiblere Öffnungszeiten der Kinderbetreuungseinrichtungen und individuellere Arbeits- und Teilzeitmodelle werden nicht nur unter Berücksichtigung der zunehmenden Feminisierung der Ärzteschaft, sondern auch mit Blick auf die Bedürfnisse des medizinischen Nachwuchses allgemein, mehr und mehr an Bedeutung gewinnen.

Die Verbesserung des Arbeitsalltags der Krankenhausärzte sollte auch mit der Absicht geschehen die Attraktivität der deutschen Krankenhäuser auf dem internationalen Arbeitsmarkt zu erhöhen. Denn viele in Deutschland ausgebildete Ärzte zieht es wegen geregelterer Arbeitszeiten, höherer Gehälter und besserer Kinderbetreuungseinrichtungen zwar weniger in französische, aber besonders in österreichische, schweizerische und britische Krankenhäuser oder auch in nicht-klinische Tätigkeiten. Außerdem soll das Interesse ausländischer Mediziner für deutsche Krankenhäuser geweckt werden. All diese Maßnahmen stellen wichtige Beiträge dar, um langfristig den Ärztemangel in Deutschland zu bekämpfen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

6 Anhang

6.1 Literaturverzeichnis

Adler, G., und v. d. Knesebeck, J.-H.; 2011; Ärztemangel und Ärztebedarf in Deutschland? Fragen an die Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsblatt 54:228 – 237.

Approbationsordnung für Ärzte; 2002; In:
http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/appro_2002/gesamt.pdf Stand 27.01.2015

Arbeitszeitgestaltung (grundlegende Richtlinie); 2000; In:
http://europa.eu/legislation_summaries/other/c10405_de.htm Stand 27.01.2015

Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales; 2004; In: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781548&dateTexte=&categorieLien=cid> Stand 27.01.2015

Blum, K., und Löffert, S.; 2010; Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhaus Institut. In:
http://www.vpkbb.org/uploads/media/DKG-Studie_Aerztemangel_Endbericht.pdf
Stand 27.01.2015

Blum, K. und Müller, U.; 2003; Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Repräsentativerhebung des Deutschen Krankenhausinstituts. In: Das Krankenhaus 2003(7):544-548

Bolm-Audorff, U., und Siegrist, J.; 1983; Occupational Morbidity Data in Myocardial Infarction. In: Journal of Occupational Medicine Vol. 25(5):367-371

Bouet, P., et al.; 2003; Rapport de la Commission nationale permanente : Liberté d'installation, liberté d'exercice – Quelle médecine pour quels médecins ?
In: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportdudr.bouet.pdf>
Stand 27.01.2015

Chandola, T., et al.; 2010; Psychophysiological biomarkers of workplace stressors. In: Neuroscience & Biobehavioral Reviews Vol. 35(1):51-57

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.; 2014; In:
http://www.dgkj.de/eltern/spezialisten_portraits/kinderkardiologie/ Stand 27.01.2015

Gallois, P., et al.; 2006; Médecine générale en crise : faits et questions. In: Médecine Vol. 2(5):223-228

Gesellschaft für Neuropädiatrie; 2014; In:
http://www.neuropaediatrie.com/ueber_uns/weiterbildung.html Stand 27.01.2015

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG); 2003; In: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf Stand 27.01.2015

Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG); 1994; In: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/mpgh/gesamt.pdf> Stand 27.01.2015

Guest, G., et al.; 2006; How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. In: *Field Methods* Vol. 18(1):59-82

Haack Weltatlas-Online; 2010; In:

http://www2.klett.de/sixcms/list.php?page=infothek_artikel&extra=Haack%20Weltatlas-Online&artikel_id=186374&inhalt=klett71prod_1.c.164537.de Stand 27.01.2015

Hôpital de la Timone; 2014; In: <http://fr.ap-hm.fr/nos-hopitaux/hopital-de-la-timone> Stand 27.01.2015

Jacobsen, L. und Buhse, M.; 2013; In: <http://www.zeit.de/2013/12/G8-Entscheidung-Eltern> Stand 27.01.2015

Jansen, H.; 2010; The Logic of Qualitative Research and its Position in the Field of Social Research Methods. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* Vol. 11(2), Art. 11

Jellinek, M., et al.; 1993; Pediatric intensive care training: Confronting the dark side. In: *Critical Care Medicine* Vol. 21(5):775-779

Karasek, R., und Theorell, T.; 1990; Healthy work: Stress, productivity and reconstruction of working life. In: Basic Books; New York.

Kelle, U., 1997; Theory Building in Qualitative Research and Computer Programs for the Management of Textual Data. In: *Sociological Research Online* Vol. 2(2), Art. 4.2; <http://www.socresonline.org.uk/2/2/1> Stand 27.01.2015

von dem Knesebeck, O., et al.; 2010; Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: *Deutsches Ärzteblatt International* Vol. 107(14):248–253

Koch, J.; 2013; Nirgendwo ist überall. In: *Der Spiegel* 2013(24):108-110

Koch, K., et al.; 2011; Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Die Perspektive der Hausärzte. In: *Deutsches Ärzteblatt* Vol. 108(15):255-261

Loi no 97-1019 du 28 octobre 1997 portant réforme du service national (1); 1997; In: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000368950&dateTexte=&categorieLien=id> Stand 27.01.2015

Lüdecke, D.; 2007; Häusliche Pflegearrangements. Eine qualitative Studie protektiver und destabilisierender Faktoren; In: Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.

Mandel, R., et al.; 2004; Organisation et charge de travail des chefs de clinique-assistants des unités de réanimation pédiatrique françaises. Comparaison avec l'expérience des « fellowships » nord-américains. In: Elsevier; Archives de pédiatrie 11:1419-1424

Mason, M.; 2010; Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung Vol. 11(3), Art. 8

Mayring, P.; 2000; Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung Vol. 1(2), Art. 20.

Pflegeseite der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin; 2011; In: http://www.uke.de/kliniken/kinderklinik/index_16187.php?id=18_0_0&as_link=http%3A//www.uke.de/kliniken/kinderklinik/index_16187.php&id_link=17_0_0&as_breadcrumb=%3Ca%20href%3D%22/index.php%22%3E%7C%20Home%3C/a%3E%20%3E%20%3Ca%20href%3D%22/zentren/index.php%22%3EZentren%3C/a%3E%20%3E%20%3Ca%20href%3D%22/zentren/frauen-kinder-jugendmedizin/index.php%22%3EZentrum%20f%FCr%20Geburtshilfe%2C%20Kinder-%20und%20Jugendmedizin%3C/a%3E%20%3E%20%3Ca%20href%3D%22/kliniken/kinderklinik/index.php%22%3EKlinik%20und%20Poliklinik%20f%FCr%20Kinder-%20und%20Jugendmedizin%3C/a%3E%20%3E%20%20%20Geschichte

Powner, D., et al.; 1996; Research curricula in critical care fellowships--A survey. In: Critical Care Medicine Vol. 24(6):1079-1082

Rosta, J.; 2007; Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt Vol. 104(36):2417-2424

Rougeole : Une situation préoccupante; 2011; In:
http://www.marseille.fr/sitevdm/document?id=10730&id_attribute=48 Stand 27.01.2015

Schmidt, A., und Klambauer, E.; 2013; Zwischen Ökonomisierung und Work-Life-Balance – Perspektiven zur Abwanderung von deutschem Gesundheitspersonal nach Österreich. In: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1347260> Online-Publikation Gesundheitswesen © Georg Thieme Verlag KG Stand 27.01.2015

Siegrist, J.; 1996; Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. In: Journal of Occupational Health Psychology Vol. 1(1):27-41

Siegrist, J., et al.; 2010; Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. In: Social Sciene & Medicine Vol. 71:298-304

Sommelet, D.; 2007; L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. In: Elsevier; Archives de pédiatrie 14:1011-1019

The Smallpox Eradication Programme – SEP (1966-1980); 2010; In: <http://www.who.int/features/2010/smallpox/en/> Stand 27.01.2015

UN-Kinderrechtskonvention; 1989; In: <http://www.kid-verlag.de/kiko.htm#Artikel24> Stand 27.01.2015

Vereinbarung zur Gestaltung der gymnasialen Oberstufe in der Sekundarstufe II; 2013; In: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1972/1972_07_07-Vereinbarung-Gestaltung-Sek2.pdf Stand 27.01.2015

Wasner, T.; 2003; Weiterbildung Pädiatrie – Kein Kinderspiel; In: <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-weiterbildungs-coach-fachaerzte-1571/a/weiterbildung-facharzt-paediatrie.htm> Stand 27.01.2015

Wiesinger, H.; ohne Datum; Qualitative Methoden nach Mayring. In: http://www.uni-koeln.de/phil-fak/fs-psych/serv_pro/mayring.html Stand 27.01.2014

Witzel, A.; 2000; Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Sozialforschung Vol. 1(1), Art. 22

6.2 Leitfaden (deutschsprachige Version)

I Angaben zur Person

Wie alt sind Sie?

Männlich oder weiblich?

Welche Position haben Sie inne?

II Ressourcen

Sind Sie mit Ihrer Ausbildung zufrieden?

- Fühlen Sie sich auf den Krankenhausalltag gut vorbereitet?
- Gibt es etwas, was Sie an der medizinischen Ausbildung ändern würden?

Was für Erwartungen haben Sie bezüglich Ihrer beruflichen Perspektive?

- Wie schätzen Sie Ihre Aufstiegschancen ein?
- Haben Sie die Möglichkeit sich fortzubilden?

Lässt man Ihnen genug Freiheit bei Ihren Entscheidungen?

- Schränken Ihre Vorgesetzten Sie in Ihren Entscheidungen ein?
- Schränken vorgeschriebene Behandlungsabläufe oder die Krankenhausleitung Sie in Ihrer Arbeit ein?

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen?

- Erhalten Sie Unterstützung von Ihren Kollegen?
- Ist das Verhältnis zu Ihren Vorgesetzten eher kooperativ oder hierarchisch?
- Wie funktioniert die Arbeit im Team mit den anderen Berufsgruppen, z.B. der Pflege?
- Gibt es Abstimmungsprobleme zwischen den Berufsgruppen?

Sind Sie mit Ihrer Vergütung zufrieden?

Sehen Sie Ihre Arbeit als Arzt/Ärztin in der Gesellschaft genügend wertgeschätzt?

III Belastungen

Wie viel Zeit verbringen Sie mit Papierarbeit?

- Fühlen Sie sich durch Papierarbeit von Ihrer Arbeit am Patienten abgehalten?
- Wovon handelt die Papierarbeit? (eher administrative oder patientenbezogene Dokumentation)
- Finden Sie, dass in Ihrem Krankenhausalltag genug digitale Medien eingesetzt werden?

Haben Sie das Gefühl bei Ihrer Arbeit unter Druck zu stehen?

- Was für Faktoren setzen Sie unter Druck?
- Stehen Sie unter Zeitdruck?
- Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?

Beeinflussen organisatorische Probleme Ihren Arbeitsalltag?

- Gibt es manchmal Probleme durch Überbelegung?
- Gibt es manchmal Kommunikationsprobleme (z.B. mit anderen Stationen, der Krankenhausleitung)?
- Gibt es manchmal Probleme durch Personalmangel?
- Entstehen Probleme durch Einsparungen allgemein?

Empfinden Sie die Arbeit als anstrengend?

- Inwiefern ist die Arbeit anstrengend?
- Ist die Arbeit körperlich anstrengend?
- Belastet Sie die Arbeit mental (z.B. Hilflosigkeit gegenüber unheilbar kranken Kindern, permanente Konzentration)?
- Ist die Arbeit monoton?
- Finden Sie genug Zeit sich von der Arbeit zu erholen?

Sind Sie mit Ihren Arbeitszeiten zufrieden?

- Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Tag?
- Was für Schichten schieben Sie außerhalb der regulären Arbeitszeit? (z.B. Wochenenddienste, 24-Stunden-Schichten, Nachtdienste, Bereitschaftsdienste)
- Wie viele Stunden arbeiten Sie pro Woche?
- Machen Sie Überstunden, werde Ihnen diese vergütet?

IV Beruf und Privatleben

Glauben Sie, dass Sie eine gute Versorgung leisten?

Können Sie Ihren Beruf mit ihrer Familie und Ihrem Sozialleben vereinbaren?

Sind Sie allgemein zufrieden mit Ihrem Arbeitsleben?

Würden Sie Ihren Beruf wieder ergreifen?

6.3 Kodierungsschema

I Angaben zur Person

→ Alter in Jahren

- 23 bis 29
- 30 bis 39
- 40 bis 49
- 50 bis 62

→ Geschlecht

- feminin
- maskulin

→ Rang in der Krankenhaushierarchie

- 1. Rang
- 2. Rang
- 3. Rang
- 4. Rang

II Ressourcen

→ Zufriedenheit mit der Ausbildung

- niedrig
- mittel
- hoch

→ Erwartungen bzgl. der beruflichen Perspektive

- pessimistisch
- optimistisch
- keine Entsprechung

→ Autonomie

- eher niedrig
- eher hoch

→ Verantwortungsgefühl

- eher niedrig
- eher hoch

→ Arbeitsklima

- eher negativ
- eher positiv

→ Arbeitsstruktur im Krankenhaus

- eher hierarchisch
- eher kooperativ

→ Vergütung

- eher zufrieden stellend
- eher nicht zufrieden stellend

→ soziale Wertschätzung

- eher zufrieden stellend
- eher nicht zufrieden stellend

III Belastungen

→ Art der Büroarbeit

- eher patientenbezogene Belastung
- eher administrative Belastung

→ Belastung durch Büroarbeit

- eher niedrige Belastung
- eher hohe Belastung

→ Modernität des Krankenhauses

- ausreichend digitaler Krankenhausalltag
- ungenügend digitaler Krankenhausalltag

→ Arbeitsdruck

- niedrig
- mittel
- hoch

→ Organisatorische Probleme

- niedrige Belastung
- mittlere Belastung
- hohe Belastung

→ Verausgabung

- wenig Belastung
- eher mentale Belastung
- eher psychische Belastung
- mentale und psychische Belastung

→ Zeit zur Erholung

- ausreichend Zeit zur Erholung
- ungenügend Zeit zur Erholung

→ Arbeitszeiten

- eher nicht zufrieden stellend
- eher zufrieden stellend

→ Einbindung außerhalb regulärer Arbeitszeiten

- eher geringe Einbindung
- eher starke Einbindung

IV Arbeitszufriedenheit

→ Einschätzung der eigenen Leistung

- eher negativ
- eher positiv

→ Kompatibilität von Beruf und Privatleben

- eher inkompatibel
- eher kompatibel

→ Allgemeine Arbeitszufriedenheit

- eher allgemein zufrieden
- eher allgemein unzufrieden

→ „Würden Sie ihren Beruf wieder ergreifen?“

- eher ja
- eher nein

6.4 Danksagung

Zu allererst möchte ich meinem Doktorvater, dem Leiter des Instituts für Medizinische Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Herrn Prof. Dr. Olaf v. d. Knesebeck danken. Seine kontinuierlichen Ermutigungen und Ratschläge erleichterten mir die Arbeit sehr. Ich bin ihm insbesondere dafür dankbar, dass er mich bei der Festlegung des Themas nicht nur inspirierte, sondern mir auch stets den Rahmen des Realisierbaren vor Augen führte. Ohne seine wissenschaftlichen Erfahrungen wäre diese Arbeit nicht das geworden, was sie ist.

Außerdem bedanke mich ganz besonders bei Herrn Dipl.-Gerontologen Daniel Lüdecke, der mir als Betreuer viele Male mit Rat und Tat zur Seite stand. Er brachte mir qualitative Forschung näher und las geduldig Entwurf für Entwurf. Dank seiner Vorschläge und Hilfestellungen war ich in der Lage die Grundzüge des qualitativen Forschens zu begreifen und anzuwenden. Ich bin ihm sehr dankbar für seine intensive Unterstützung.

Ein besonderer Dank meinerseits gebührt den Teilnehmern dieser Studie, den elf Ärzten aus Marseille und ihren zehn deutschen Kollegen am UKE. Es war für mich eine ganz besondere Erfahrung diese Interviews mit ihnen zu führen, in denen es auch sehr persönliche Momente gab. An jedes einzelne Gespräch kann ich mich detailliert erinnern und werde sie hoffentlich nie vergessen. Ich bedanke mich an dieser Stelle auch für ihre Offenheit und das Vertrauen, das sie mir und meiner Forschung entgegenbrachten.

Von Herzen möchte ich mich zu guter Letzt bei meiner Familie und meinen Freunden bedanken, deren Unterstützung und Rückhalt mir stets gewiss war. Ganz besonders herzlich danke ich meinen Eltern, die mich nicht nur über die Jahre angespornt, sondern mir auch beim Redigieren meiner Entwürfe zur Seite standen. Ohne ihr großzügiges Engagement und ihre liebevolle Fürsorge wäre diese Arbeit nie entstanden.

6.5 Lebenslauf

23.02.1988	geboren in Bielefeld als dritter Sohn der Eheleute Hannelore und Franz-Joseph Peine, Brüder Jan Matthias (geb. 1982), Christopher (geb. 1985)
1994 – 1998	Besuch der Grundschule am Ritterfeld in Berlin Spandau
1998 – 2006	Besuch der Freiherr-vom-Stein-Oberschule in Berlin Spandau; Erwerb des Abiturs im Jahr 2006
2003 – 2004	7-monatiger Schulaufenthalt in Royal Tunbridge Wells, England; Besuch der Skinners' Grammar School
09/2006 – 08/2007	12-monatiges FSJ in Tel Aviv, Israel, mit Aktion Sühnezeichen Friedensdienste; Tätigkeiten in der Alfred-Wiener-Sammlung der Tel Aviv University und dem Pinchas-Rosen-Elternheim
2007 – 2013	Studium der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
08/2009	Erfolgreiches Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung
09/2010 – 06/2011	9-monatiger ERASMUS-Studienaufenthalt in Marseille, Frankreich, an der Universität Aix-Marseille II
08/2012 – 12/2012	4-monatiger Studienaufenthalt im Rahmen des chirurgischen PJ-Tertials im Royal Hallamshire Hospital bzw. im Sheffield Children's Hospital in Sheffield, England
10/2013	Erfolgreiches Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung
06/2014	Beginn der klinischen Tätigkeit als Assistenzarzt im Fachbereich Neurologie/Epileptologie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf, Hamburg

6.6 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: