

Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten

H. B. Jurkat, C. Reimer

Zusammenfassung

In zwei empirischen Querschnittsuntersuchungen (N = 275) wurde die Lebensqualität von jeweils repräsentativen Stichproben berufstätiger Ärztinnen und Ärzte in Hessen untersucht; diese Studien betreffen zum einen Niedergelassene als auch im Krankenhaus tätige Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen und Positionen.

Als Untersuchungsinstrument diente ein speziell entwickelter Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten [1]. Es wurde dabei die Lebensqualität unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitsverhaltens in Abhängigkeit vom Geschlecht untersucht. Dabei ergab sich, dass die Lebensqualität der berufstätigen Medizinerinnen in der BRD im Durchschnitt über der ihrer männlichen Kollegen liegt – und dies in einem unerwartet hohen Ausmass.

Einleitung

Besonders in der angelsächsischen Literatur wird immer wieder auf eine stark erhöhte Suizidrate bei Medizinerinnen hingewiesen. Vor diesem Hintergrund erscheint die Vermutung plausibel, dass die Lebensqualität von Ärztinnen möglicherweise besonders beeinträchtigt ist, so dass sich nun die Frage stellt, ob diese eventuell niedriger als die ihrer männlichen Kollegen ist.

Fast man die vorliegenden Befunde zur Suizidhäufigkeit bei Ärzten zusammen [2], so ergibt sich eine insgesamt etwa 2,5fach höhere Suizidrate als bei Personen vergleichbarer Berufsgruppen [3]. Als Gründe für die höhere Suizidrate bei Ärzten können u.a. Überanstrengung durch den Beruf, das Burnout-Syndrom [4] und die psychiatrische Morbidität, insbesondere Depressionen sowie Alkohol- und/oder Tablettenmissbrauch angesehen werden. In einer schwedischen Untersuchung wurde für Ärztinnen eine 5,7fach erhöhte Rate im Vergleich zu anderen Frauen ermittelt [5]. Black gab an, dass 6,5% aller Ärztinnen irgendwann im Laufe ihres Lebens Suizid begehen [6].

Nach Sutherland und Cooper zeigen männliche Ärzte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein signifikant höheres Angstniveau und höhere Depressionswerte, wobei sich weniger somatische Symptome zeigen [7]. Weibliche Ärzte schneiden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung besser ab als ihre männlichen Kollegen. Die Arbeitszufriedenheit ist im Vergleich zu 1987 gesunken, wobei Ärztinnen über mehr Zufriedenheit berichteten, und sie gaben an, mehr soziale Unterstützung zu suchen als Ärzte, um mit Stress am Arbeitsplatz fertig zu werden. Geringe soziale Unterstützung korreliert auch mit höheren Depressionswerten. Die Hauptprädiktoren für mangelndes geistiges Wohlbefinden waren die Stressfaktoren durch Arbeitsanforderungen, Erwartungen der Patienten, administrative Arbeiten, Routinearbeiten, Rollenstress und wenig soziale Unterstützung als Coping-Strategie.

Nach Arnetz erhielten Frauen signifikant häufiger positives Feedback als die Männer, Männer signifikant häufiger negatives Feedback, letztere wurden aber besser über die Ziele und Aufgaben ihrer Arbeit informiert [8].

Barnett et al. haben den Zusammenhang zwischen sowohl externen als auch internen motivationalen Karriere Faktoren und akademischen Leistungen (Anzahl der Publikationen) untersucht [9]. Als Hypothese wurde angenommen, dass Frauen eine geringere intrinsische Motivation haben, da sie sich nicht in dem Ausmass wie Männer mit ihrem Beruf identifizieren. Frauen besäßen auch eine geringere extrinsische Motivation, da sie im Berufsleben eher benachteiligt seien und oft familiären Verpflichtungen gerecht werden müssten. Frauen konnten zwar weniger Publikationen vorweisen als ihre männlichen Kollegen, aber dieser Unterschied kann nicht durch Geschlechtsunterschiede in den motivationalen Karriere Faktoren erklärt werden.

Hojat, Gonnella und Xu gaben an, dass in den USA 99,4% der männlichen Ärzte Vollzeit arbeiteten und 84% der Ärztinnen. Ausserdem arbeiteten die vollzeitbeschäftigten Ärztinnen weniger Stunden pro Woche als ihre männlichen Kollegen, und die Männer berichteten über eine höhere Forschungsaktivität als die Frauen. Insgesamt waren die Männer auch zufriedener über die Entscheidung, den Arztberuf gewählt zu haben. Der Anteil von Frauen unter den Be-

Korrespondenz:

Dipl.-Psych. Harald B. Jurkat
 Justus-Liebig-Universität
 Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
 Friedrichstrasse 33
 D-35392 Giessen
 E-mail: harald.b.jurkat@psycho.med.uni-giessen.de

werben um einen Medizinstudienplatz in den USA ist in den vergangenen Jahren stetig angestiegen und erreichte 41,8% im Jahr 1994/95. Von den 15 555 Medizinabsolventen 1994 waren 38% Frauen, im Vergleich hierzu waren 1970 in den USA nur 7,7% der Ärzteschaft weiblich [10].

Dedobbeleer, Contandriopoulos und Desjardins haben untersucht, ob der stetig steigende Frauenanteil unter den Ärzten dazu geführt hat, dass sich Arbeitszeiten und Einkommen von Ärztinnen und Ärzten aneinander angepasst haben. Trotz des steigenden Frauenanteils innerhalb der Ärzteschaft bestehen immer noch Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszeiten und des Einkommens zwischen den Geschlechtern [11]. Bryant, Jennett und Kishinevsky fanden heraus, dass Frauen im Durchschnitt weniger Stunden als ihre männlichen Kollegen mit direktem Patientenkontakt verbrachten [12]. Nach Chambers und Campbell arbeiten Ärztinnen auch in Grossbritannien beruflich weniger als ihre männlichen Kollegen und dafür häufiger Teilzeit [13].

Auch nach Lewis, Carson, Nace, Howard und Barnhart entscheiden sich in den USA immer mehr Frauen für ein Medizinstudium, obwohl viel über Diskriminierung von Ärztinnen berichtet wird. Der Frauenanteil bei den praktizierenden Ärzten liegt gegenwärtig bei 15%. Die Männer waren im Durchschnitt 49,2 Jahre alt, die Frauen 41,3 Jahre. Fast die Hälfte der Ärztinnen arbeitet in der Inneren Medizin, Pädiatrie oder Psychiatrie. Frauen sind in der Allgemein Chirurgie deutlich unterrepräsentiert. Bezüglich der Zufriedenheit mit der Ehe geben Ärztinnen und Ärzte in etwa das gleiche Ausmass an Zufriedenheit an. Betrachtet man die Arbeitszufriedenheit, so lässt sich bei beiden Gruppen eine hohe Arbeitszufriedenheit feststellen. Signifikante Geschlechtsunterschiede treten dabei nicht auf [14].

Spendlove et al. zeigten, dass sich bei Krankenhausärztinnen und Anwältinnen höhere Werte an partnerschaftlicher Zufriedenheit verglichen mit den Männern beider Gruppen ergaben. Die Variable, die am engsten mit der partnerschaftlichen Zufriedenheit in Verbindung stand, war die emotionale Unterstützung für ihre Karriere durch den Ehepartner [15].

Frank et al. haben gesundheitsrelevantes Verhalten von Ärztinnen mit dem anderer Frauen mit hohem und niedrigem sozio-ökonomischen Status verglichen [16]; bereits zu diesem Zeitpunkt gab es mehr als 100 000 praktizierende Ärztinnen in den USA und dennoch existierten nur wenige Studien, die sich speziell mit dieser stetig wachsenden Gruppe beschäftigen. Darüber hinaus fanden De Koninck et al. heraus, dass die Ärztinnen häufiger einen eher gesunden Lebensstil pflegten und seltener Übergewichtig als ihre männlichen Kollegen waren [17].

Fragestellung

Nach kritischer Betrachtung der zum Teil nicht eindeutigen Angaben in der aufgeführten aktuellen Literatur ergeben sich folgende Fragestellungen:

Wie unterscheiden sich berufstätige Ärztinnen von Ärzten bezüglich ihrer Lebensqualität? Sind sie beruflich benachteiligt oder ist dies eher differenzierter zu betrachten? Wie sieht es bezüglich ihrer beruflichen Position im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen aus? Kann aus der ungewöhnlich hohen Selbstmordrate von Ärztinnen abgeleitet werden, dass diese psychisch gefährdeter sind? Leben Medizinerinnen ebenso wie Frauen in der Allgemeinbevölkerung gesundheitsbewusster als ihre männlichen Kollegen?

Methode

In zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen [18, 19] wurde die Lebensqualität von Niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten in Hessen mit dem *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* [1] untersucht. Die repräsentativen Stichproben bestehen zum einen aus Krankenhausärzten, die Positionen vom AiP bis zum Chefarzt unter Einbeziehung aller Fachgebiete innehatten, und zum anderen aus Niedergelassenen, bei denen jeweils auch berufstätige Ärzte aller Fachrichtungen vertreten waren.

Tabelle 1

Stichprobenbeschreibung der Niedergelassenen und Krankenhausärzte.

	Gesamt	Ärztinnen	Ärzte
Häufigkeit	N = 275	26,4%	73,6%
Arbeitszeit/Woche	54,3 Std.	44,6 Std.	57,7 Std.
Durchschnittsalter	43 J	39,7 J	44 J
Krankenhaus	45%		
Niedergelassene	53,2%		
Chirurgen	51		
Allgemeinmediziner	64		
Internisten	51		

Der Rücklauf in diesen Untersuchungen war nicht geschlechtsabhängig und auch sonst liessen sich keine Selektionen erkennen. Dies wurde u.a. überprüft, indem die Antworten von Frühantwortern mit denen von Spätantwortern verglichen wurden und keine systematischen Unterschiede festgestellt werden konnten. Ferner war die Rücklaufquote der Niedergelassenen mit der der Krankenhausärzte praktisch identisch. Von den Befragten waren gut ein Viertel weiblich und knapp drei Viertel männlich. Das Durchschnittsalter in der Gesamtstichprobe betrug 43 Jahre, das Durchschnittsalter der Ärzte lag etwas darüber (44 Jahre), das der Ärztinnen darunter (39,7 Jahre). Eine solche Altersstruktur ist in dieser Berufsgruppe zurzeit auch zu erwarten und kann somit als repräsentativ angesehen werden. Erwartungsgemäss lag das Durchschnittsalter bei den Niedergelassenen deutlich höher als bei den Krankenhausärzten. Die meisten Befragten waren verheiratet – insbesondere die Niedergelassenen – und lebten mit ihren Kindern zusammen. Die durchschnittliche Ar-

beitszeit betrug 54,3 Stunden, wobei der Durchschnittswert für die Ärzte mit 57,7 Stunden etwas höher lag und für die Ärztinnen mit 44,6 Stunden hochsignifikant niedriger ausfiel.

Das gesamte umfangreiche Datenmaterial wurde vollständig transkribiert und von zwei unabhängigen Ratern mit einer Interkoderreliabilität von durchweg über 90% kategorisiert und anschliessend ausgewertet. Zumeist konnte davon ausgegangen werden, dass die Daten nicht normalverteilt sind, so dass überwiegend non-parametrische statistische Verfahren verwandt wurden.

Ergebnisse

Die nachfolgende Tabelle 2 beschreibt die Position der Mediziner in Abhängigkeit vom Geschlecht. Assistenzärztinnen sind mit 30,6% häufiger anzutreffen als ihre männlichen Kollegen (21,6%). Umgekehrt sind mehr Oberärzte (M 11,6% vs. W 5,6%) und mehr Chefärzte (M 5% vs. W 2,8%) als Ärztinnen in diesen Positionen vertreten.

Tabelle 2

Position in Abhängigkeit vom Geschlecht.

	Ärztinnen (N = 201)	Ärzte (N = 72)
AiP	6,9%	6,5%
Assistenzarzt/-ärztin	30,6%	21,6%
Oberarzt/-ärztin	5,6%	11,6%
Chefarzt/-ärztin	2,8%	5,0%
in freier Praxis (solo)	33,3%	29,1%
in Gemeinschaftspraxis	20,8%	23,6%
Sonstiges	0%	2,5%

Da die Ärztinnen im Durchschnitt deutlich jünger sind als die Ärzte und das Alter in der Medizin von erheblicher Bedeutung für die jeweilige Position ist, werden in der nachfolgenden Tabelle 3 die Stichproben in drei Altersgruppen aufgeteilt – unter 35 Jahre, 35 bis 49 Jahre und ab 50 Jahre – und in ihrer beruflichen Position verglichen.

Bei Medizinern unter 35 fällt auf, dass AiP's unter den Männern deutlich häufiger anzutreffen sind als bei den Frauen (M 28,2% vs. W 13,6%). Von den Ärz-

tinnen betreiben deutlich mehr eine freie Einzelpraxis (18,2%) im Vergleich zu den Männern (2,6%); allerdings muss einschränkend gesagt werden, dass die absolute Fallzahl hierbei auch recht niedrig ist. Es scheint, dass die jüngeren Ärztinnen tendenziell beruflich eher etwas weiter sind als die jüngeren Ärzte.

In der Altersgruppe von 35 bis einschliesslich 49 Jahren ist bei den Frauen die Position der Assistenzärztin/des Assistenzarztes etwas stärker vertreten (21,6%) als bei den Männern (16,5%), Oberarzt- und Chefarztpositionen sind hingegen häufiger bei den Männern anzutreffen. Bezogen auf eine Niederlassung – sowohl solo als auch in Gemeinschaftspraxis – sind die jeweiligen Prozentsätze ähnlich. Also ist der Hauptunterschied bei der Verteilung der Krankenhauspositionen zu finden.

Die Gruppe der Älteren musste so gewählt werden, dass sie alle Befragten über 50 Jahre einschliesst, da bereits in dieser Gruppe nur noch 10 Ärztinnen im Vergleich zu 57 Ärzten vertreten sind. Oberarzt- und Chefarztpositionen zusammen können häufiger bei den Männern angetroffen werden (M 22,8% vs. W 10%). Der Gesamtanteil der Niedergelassenen – Einzel- und Gemeinschaftspraxis zusammengenommen – liegt bei beiden Geschlechtern in dieser Altersgruppe bei mehr als zwei Dritteln.

Die offene Frage: *Empfinden Sie, dass Ihr Einkommen Ihrer beruflichen Leistung entspricht?* wurde von nahezu allen Ärztinnen und Ärzten aus beiden Stichproben beantwortet, und mehr als die Hälfte der Befragten vertritt die Ansicht, dass ihr Einkommen nicht ihrer beruflichen Leistung entspricht. Eine 33jährige Assistenzärztin fasst zusammen: *«nein – lange Studienzeit, absolut unterbezahltes AiP – danach ein Einkommen, das vergleichbar dem eines jeden anderen akademischen Berufes ist, ohne Rücksicht auf deutlich höhere Stundenzahl/Überstunden ohne Bezahlung und Freizeitausgleich.»* Etwas mehr als ein Drittel in beiden Stichproben empfindet, dass ihr Einkommen der eigenen beruflichen Leistung entspricht. Die Ansicht eines 35jährigen Oberarztes: *«ja, ich empfinde allerdings die Gehälter in anderen Berufsgruppen zu hoch.»* sowie die Aussage eines 46jährigen Oberarztes: *«ja, aber das Einkommen ist nicht alles, mir wäre lieber: weniger Einkommen, dafür mehr Freizeit und mehr ausgeglichen sein.»* sind typische Antworten, die die berufliche Situation von

Tabelle 3

Position in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter.

Alter Geschlecht	Unter 35		35 bis 49		Ab 50	
	Ärztinnen	Ärzte	Ärztinnen	Ärzte	Ärztinnen	Ärzte
Anzahl	N = 22	N = 39	N = 37	N = 103	N = 10	N = 57
AiP	13,6%	28,2%	0%	1,9%	0%	0%
Assistenzarzt/-ärztin	59,1%	64,1%	21,6%	16,5%	10%	1,8%
Oberarzt/-ärztin	0%	0%	10,8%	16,5%	0%	10,5%
Chefarzt/-ärztin	0%	0%	2,7%	2,9%	10%	12,3%
In freier Praxis (solo)	18,2%	2,6%	37,8%	32%	50%	42,1%
In Gemeinschaftspraxis	9,1%	5,1%	27%	29,1%	30%	26,3%
Sonstiges	0%	0%	0%	1%	0%	7%

Medizinerinnen widerspiegeln. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Zufriedenheit mit dem Einkommen konnten jedoch nicht festgestellt werden. Wie steht es aber um die Arbeitszufriedenheit im allgemeinen? Lassen sich hier Unterschiede feststellen?

Bei beiden Geschlechtern ergibt sich insgesamt eine recht hohe Arbeitszufriedenheit, wobei die Ärztinnen sich noch etwas arbeitszufriedener äussern als ihre männlichen Kollegen. *Im grossen und ganzen* zufrieden äussern sich 58,3% der Ärztinnen im Vergleich zu 51% der Ärzte (Abb. 1).

Bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit handelt es sich um ein Konzept, das dem der Lebensqualität relativ nahekommt. Aus diesem Grunde nimmt sie hier eine herausragende Stellung ein und wird in Abbildung 2 in Abhängigkeit vom Geschlecht dargestellt.

11% der Ärzte im Vergleich zu 4,2% der Ärztinnen sind mit ihrem Leben *wenig* zufrieden. Umgekehrt sind 43,7% der Ärztinnen mit ihrem Leben *sehr* zufrieden, während es bei den Männern mit 37% etwas weniger sind. Es sei angemerkt, dass die Ausprägung *ausserordentlich* gegenüber der Ausprägung *sehr* noch einmal differenziert: So würden diejenigen, die sich in ihrem Leben *ausserordentlich* zufrieden fühlen, alle erneut den Arztberuf wählen. Auch diese Ausprägung ist bei den Ärztinnen häufiger (W 8,5% vs. M 5%) zu finden, so dass festgestellt werden kann, dass die Ärztinnen im Durchschnitt etwas lebenszufriedener als ihre männlichen Kollegen sind.

Depressivitätswerte, die u. a. von der Beantwortung der Frage: *Möchten Sie manchmal einschlafen und nicht wieder aufwachen?* abgeleitet werden können, werden in Abbildung 3 dargestellt. Überraschend dabei ist, dass die Ausprägung *selten bis oft* mit 15,2% häufiger von den Ärzten als den Ärztinnen (7%) angegeben wird, so dass diese bedenkliche Ausprägung von depressiven Gedanken häufiger bei den Männern zu finden ist.

Bezüglich anderer Aspekte zum Gesundheitsverhalten wie z.B. der durchschnittlichen Schlafdauer ist zu erwähnen, dass die Frauen mit durchschnittlich 6,9 Stunden erwartungsgemäss geringfügig länger als die Männer (6,7 Stunden) schlafen. Analysiert man die Ergebnisse zur Medikamenteneinnahme ergibt sich, dass die Ärztinnen geringfügig häufiger als die Männer Medikamente einnehmen. Die Frauen sind seltener den Rauchenden zuzuordnen als die Männer (22,2% vs. 28,4%).

Eine besondere Bedeutung kommt den gesundheitlichen Auswirkungen des arzt-spezifischen Lebensstils zu.

Bezüglich der Ergebnisse zu der offenen Frage: *Wenn Sie Ihren Lebensstil einmal kritisch überdenken: Denken Sie, dass er Ihre Gesundheit eher fördert oder eher beeinträchtigt?* ergeben sich hochsignifikante Unterschiede ($p < 0,001$) zugunsten der Ärztinnen (Abb. 4). 58,3% der Ärzte fühlen sich durch ihren Lebensstil *beeinträchtigt* im Vergleich zu 46,6% der Ärztinnen. Hinzu kommen weitere 7,4% der Ärzte, die sich *stark beeinträchtigt* fühlen, eine Ausprägung, die bei den Ärztinnen gar nicht angegeben wird. Umgekehrt fühlen sich 41,6% der Ärztinnen in ihrer Gesundheit aufgrund ihres Lebensstils gefördert im Vergleich zu nur 21,7% ihrer männlichen Kollegen. Es bleibt aber festzuhalten, dass auch bei den Ärztinnen die relativen Häufigkeiten für die Ausprägung *beeinträchtigt* noch bemerkenswert hoch sind, da auch bei ihnen die Antworten insgesamt seltener der positiven Kategorie *fördernd* zugeordnet werden können. Ferner ist zu erwähnen, dass sich niemand in der gesamten Stichprobe in seiner Gesundheit *stark gefördert* fühlt.

Abbildung 1

Sind Sie mit Ihrer jetzigen Arbeitssituation zufrieden?

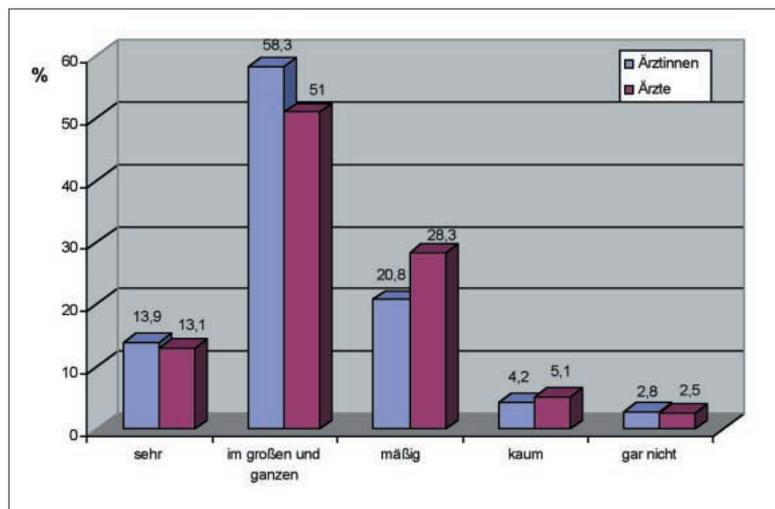


Abbildung 2

Fühlen Sie sich in Ihrem Leben generell zufrieden?

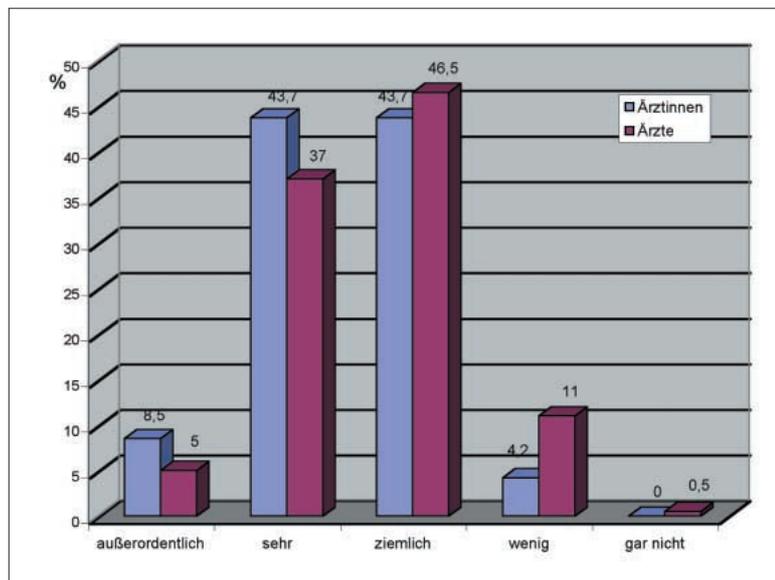


Abbildung 3

Möchten Sie manchmal einschlafen und nicht wieder aufwachen?

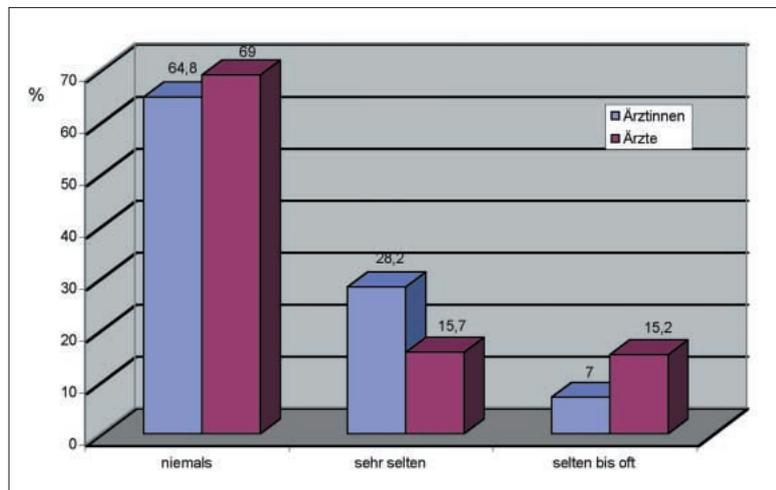
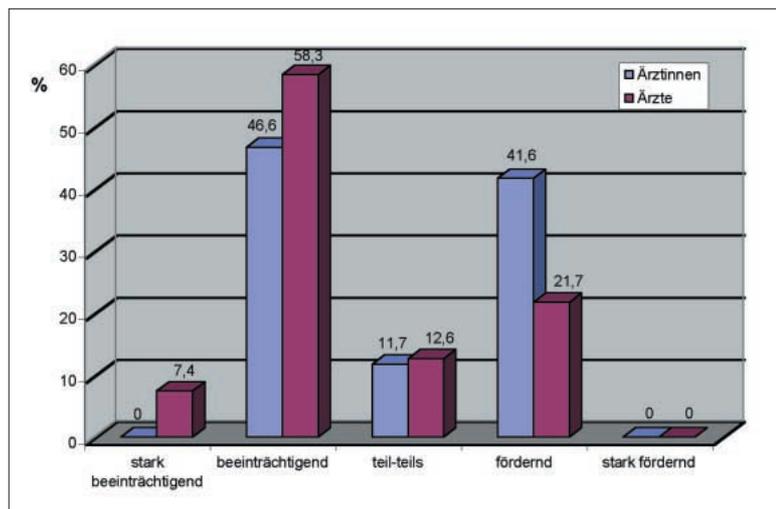


Abbildung 4

Auswirkung des Lebensstils auf die Gesundheit.



Insgesamt ergibt sich bei Zusammenfassung aller Variablen unseres Messinstrumentes, dass die Ärztinnen in beiden Stichproben über eine etwas höhere Lebensqualität als die Ärzte verfügen. Hinzuzufügen wäre, dass in keiner einzigen Variablen des Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten die Ergebnisse zugunsten der Männer ausfielen; nur gelegentlich waren Werte in ähnlicher Ausprägung bei beiden Geschlechtern zu finden.

Diskussion

Insgesamt kann die Vermutung bestätigt werden, dass die Ärztinnen etwas gesundheitsbewusster leben als die Ärzte, d.h., die Unterschiede im Gesundheitsverhalten der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte bilden in etwa die Unterschiede in der Gesamtgesellschaft ab.

Es kann nicht nachgewiesen werden, dass die Ärztinnen psychisch gefährdeter sind als die Ärzte, da die Frauen insgesamt eher über eine höhere Lebensqualität verfügen und im Vergleich zu den Männern auch keine höheren Depressivitätswerte aufweisen. Somit kann die Hypothese, dass die Depressivitätswerte bei den Ärztinnen höher sind als bei den Ärzten, nicht bestätigt werden. Dies bedeutet möglicherweise, dass Ärztinnen nicht generell deutlich stärker gefährdet sind, an Depressionen zu erkranken, obwohl die Suizidrate bei Ärztinnen im Vergleich zu anderen Frauen extrem erhöht ist [2, 5]. Es könnte ja auch sein, dass es sich bei den Ärztinnen, die sich suizidiert haben, um ein spezielles Cluster von Ärztinnen handelt, die ihre Berufstätigkeit unangemessen bewältigen, während die übrigen Ärztinnen nicht häufiger als ihre männlichen Kollegen an einer Depression erkranken. Betrachtet man zusätzlich die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Wahl der Suizidart – bei den Männern eher harte Methoden, die meistens zum Erfolg führen, und bei den Frauen eher eine unzureichende Einnahme von Medikamenten [20, 21], könnten folgende Überlegungen aufgestellt werden: Ihr Selbstbild als Angehörige eines helfenden Berufes könnte sie daran hindern, selber Hilfe aufzusuchen. Zusätzlich könnte es sein, dass suizidgefährdete Ärztinnen aufgrund ihres medizinischen Fachwissens tendenziell die richtigen Medikamente in der richtigen Dosierung wählen und somit die bei suizidalen Frauen übliche, im Vergleich zu den Männern grössere Differenz zwischen Suizidversuch und ausgeführtem Suizid deutlich verringern. Hinzu kommt die relativ leichte Verfügbarkeit für entsprechende Medikamente, die in suizidaler Absicht eingesetzt werden können. Dies könnte dann erklären, warum trotz der vorliegenden Ergebnisse die erhöhte Suizidrate statistisch gesichert ist. Demzufolge müssen bei solchen Überlegungen die vorliegenden Ergebnisse nicht notwendigerweise der bestehenden Literatur zur Suizidhäufigkeit von Ärzten widersprechen, vielmehr könnte die Interpretation von solchen Befunden modifiziert werden.

Die Ursachen für die etwas erhöhte Lebensqualität der Ärztinnen müssten qualitativ eingehender untersucht werden. Da die vorliegenden Ergebnisse in dieser Richtung nicht die gängige angelsächsische Literatur unterstützen – dies betrifft besonders die Variablen zur Arbeitszufriedenheit –, würde es sich ausserdem lohnen, mit dem gleichen Messinstrument auch in den USA eine Untersuchung durchzuführen. Eine entsprechende umfangreiche Datenerhebung wurde kürzlich von den Autoren selbst durchgeführt, so dass sich demnächst Schlussfolgerungen dazu ableiten lassen werden, welche Unterschiede zwischen den Geschlechtern durch die Eigenheiten der gesellschaftlichen bzw. berufspolitischen Situation in Deutschland bedingt sind.

Die Hypothese, dass die Frauen im Durchschnitt eine schlechtere Berufsposition als die Männer haben, kann nur für die Gruppen mit höherem Lebensalter bestätigt werden. Ursache hierfür könnte eine mögliche Doppelbelastung der Frauen (Beruf/Familie) über

Jahrzehnte hinweg sein sowie die durchschnittlich niedrigeren Arbeitszeiten – beides Faktoren, die für eine Karriere hemmend wirken. Bei den jüngeren Ärztinnen liegt bei gleichem Alter im allgemeinen eine vergleichbare oder gar eine höhere Position als bei den männlichen Kollegen vor. Eine Ursache hierfür könnte ein möglicher Wehr- oder Zivildienst sein, der den Berufseintritt der männlichen Ärzte verzögert, des weiteren die Tatsache, dass gesellschaftspolitische Veränderungen bereits eine Wirkung zeigen, wie z. B. bei der Reduzierung von beruflichen Benachteiligungen bei Frauen.

Eine weitere Ursache für die im Vergleich zu den Frauen reduzierte Lebensqualität der Männer ist die sozioökonomische Talfahrt in der BRD bei den Medizinern, die sich auf das Selbstwertgefühl der Ärzte möglicherweise stärker auswirkt als auf das der Ärztinnen. Eventuell empfinden eher die Männer durch sinkendes Einkommen auch ihre soziale Attraktivität verringert, während dies bei den Frauen seltener der Fall ist. Zudem fühlen sich Männer häufig bedroht, wenn ihre Partnerin einen Beruf mit einem höheren Sozialprestige ausübt; dies ist nach Schröder sogar in der jüngeren Generation von Medizinstudenten immer noch der Fall, was durch die Autorin in einer empirischen Untersuchung festgestellt werden konnte [22].

Danksagung

Wir möchten der grossen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten danken, die trotz hoher Arbeitszeitbelastung an der Untersuchung teilnahmen; ohne diese hätte die Datenerhebung nicht stattfinden können. Last but not least möchten wir Frau cand. med. Ricarda Boden für ihre engagierte und sehr sorgfältige Mitarbeit – insbesondere bezüglich der umfangreichen Kategorisierung der offenen Fragen unseres *Fragebogen zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten* einschliesslich ihrer Mitwirkung bei der inhaltlichen Aufarbeitung der vorliegenden Fragestellung – herzlich danken.

Literatur

- 1 Reimer C, Jurkat H. Lebensqualität von Ärzten. Pessimismus macht sich breit. Dtsch Ärzteblatt 1996;93:A-1022-4.
- 2 Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psych 1996;168, 274-9.
- 3 Reimer C. «Ich werde mehr gebraucht denn je!» – Bemerkungen zur Lebensqualität von Medizinern. In: Katholische Ärztearbeit Deutschlands (Hrsg.). Wenn Helfer Hilfe brauchen – Das Burnout-Syndrom. Melle: Knoth; 1997. S. 13-36.
- 4 Sonneck G, Wagner R. Suicide and Burnout of Physicians. Omega, Journal of Death and Dying 1996;33(3):255-63.
- 5 Arnetz BB, Hörte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. Acta Psych Scand 1987;75:139-43.
- 6 Black D. When physicians commit suicide. Iowa Med 1992;2:58-62.
- 7 Sutherland VJ, Cooper CL. Identifying distress among general practitioners: Predictors of psychological ill-health and job dissatisfaction. Soc Sci Med 1993;37:575-81.
- 8 Arnetz BB. Physicians' view of their work environment and organisation. Psychother Psychosom 1997;66:155-62.
- 9 Barnett RC, Carr P, Boissier AD, Ash A, Friedman RH, Moskowitz MA, Szalacha L. Relationships of gender and career motivation to medical faculty members' production of academic publications. Acad Med 1998;73:180-6.
- 10 Hojat M, Gonnella JS, Xu G. Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow-up study of Jefferson Medical College graduates. Acad Med 1995;70:305-12.
- 11 Dedobbeleer N, Contandriopoulos A-P, Desjardins S. Convergence or divergence of male and female physicians' hours of work and income. Med Care 1995;33:796-805.
- 12 Bryant HE, Jennett PA, Kishinevsky M. Gender, family status, and career patterns of graduates of the University of Calgary Faculty of Medicine. Acad Med 1991;66:483-5.
- 13 Chambers R, Campbell I. Gender differences in general practitioners at work. Br J Gen Practice 1996;46:291-3.
- 14 Lewis JM, Carson DI, Nace EP, Howard BL, Barnhart FD. The lives of female physicians. Tex Med 1994;90(3):56-61.
- 15 Spendlove DC, Reed BD, Whitman N, Slattery ML, French TK, Horwood K. Marital adjustment among housestaff and new attorneys. Acad Med 1990;65:599-603.
- 16 Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. Arch Intern Med 1998;158:342-8.
- 17 De Koninck M, Guay H, Bourbonnais R, Bergeron P. Physical, mental, and reproductive health of Quebec women physicians. J Am Med Womens Assoc 1995;50(2):59-63.
- 18 Jurkat H, Weimann S, Reimer C. Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten. Internist 1997;4:381-6.
- 19 Reimer C, Jurkat H. Lebensqualität und berufliche Belastung von Allgemeinärzten. Allgemeinarzt 1997;13:1224-8.
- 20 Lester D. Preventing suicide in women and men. Crisis 1995;16(2):79-84.
- 21 Lester D. Gender differences in methods for suicide. Percept Mot Skills 1996;82:1154.
- 22 Schröder K. Einstellungen und Erwartungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. Dissertation. Giessen; 1998.