

ÜBERSICHTSARBEIT

Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten

Eine Übersicht der internationalen Literatur

Holger Gothe, Ann-Dorothee Köster, Philipp Storz,
Hans-Dieter Nolting, Bertram Häussler

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung: Arztbezogene Faktoren, die die medizinische Versorgung erheblich beeinflussen können, sind bislang in Deutschland kaum erforscht. **Methoden:** Die internationale Literatur zum Thema Arbeits- und Berufszufriedenheit sowie professionelles Selbstverständnis von Ärzten wurde einem Review unterzogen. Außerdem gingen die Autoren der Frage nach, ob Effekte der Arbeitszufriedenheit auf die Versorgung nachweisbar sind. **Ergebnisse:** 77 Publikationen, überwiegend aus dem angloamerikanischen Gesundheitssystem, wurden ausgewertet. Sie befassen sich zumeist mit Auswirkungen von Organisationsformen ärztlicher Tätigkeit – zum Beispiel Managed-Care-Organisationen – sowie ökonomischen Anreizen der Vergütung. So sind beispielsweise restriktive Kopfpauschalen, die Produktivitätsanreize setzen und einen hohen Wirtschaftlichkeitsdruck ausüben, mit niedriger Arbeitszufriedenheit assoziiert. Auswirkungen auf die medizinische Versorgung wurden in 44 % der Studien untersucht. Beschrieben werden vor allem Behandlungsfehler sowie Effekte auf die Arzneimitteltherapie und die Patienten-Compliance. **Diskussion:** Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Unzufriedenheit der Ärzte mit ihrer Arbeits- und Berufssituation ernste Konsequenzen sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite haben kann. Viele Einflussfaktoren wurden allerdings nur in wenigen Studien untersucht. Das erschwert die eindeutige Interpretation.

Dtsch Arztebl 2007; 104(20): A 1394–9.

Schlüsselwörter: arztseitige Faktoren, Arbeits- und Berufszufriedenheit, Arztrolle, Vergütung, Versorgungsforschung

Die Berufsrealität von Ärzten unterliegt einem tiefgreifenden Wandel, der sich voraussichtlich in den kommenden Jahren noch ausweiten wird. Treibende Kräfte dieses Wandels sind die zunehmenden finanziellen Restriktionen im Gesundheitswesen, aber auch die Auswirkungen des medizinischen Fortschritts sowie veränderte Erwartungen an die Leistungserbringung – als Beispiel sei hier die Evidenzbasierung ärztlichen Handelns genannt.

Die wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion folgt dabei einer „mechanistischen“ Konzeption der Steuerung relevanter Ergebnisgrößen in der gesundheitlichen Versorgung wie etwa Arzneimittelausgaben,

SUMMARY

JOB SATISFACTION AMONG DOCTORS

Introduction: Little attention has been paid in Germany to physician factors which might significantly affect health care. **Methods:** Review of international literature on the subject of work and job satisfaction among physicians, and professional self image, focussing on studies of the effects of job satisfaction on health care. **Results:** 77 publications, mainly relating to the Angloamerican health systems, were included. They focus primarily on the effects of organizational models, for example managed care organizations, and of financial incentives within physicians' remuneration structures. For example, restrictive capitation fees exerting economic pressure are associated with low job satisfaction. 44 % of the reviewed studies included analyses of effects on quality of care, with particular reference to error-related reductions in standards of care, medication errors, and patient compliance. **Discussion:** Our findings suggest that physician dissatisfaction has serious consequences for physicians and patients. Many of the variables to which satisfaction has been linked are represented by only a few studies. This makes consistent interpretation difficult.

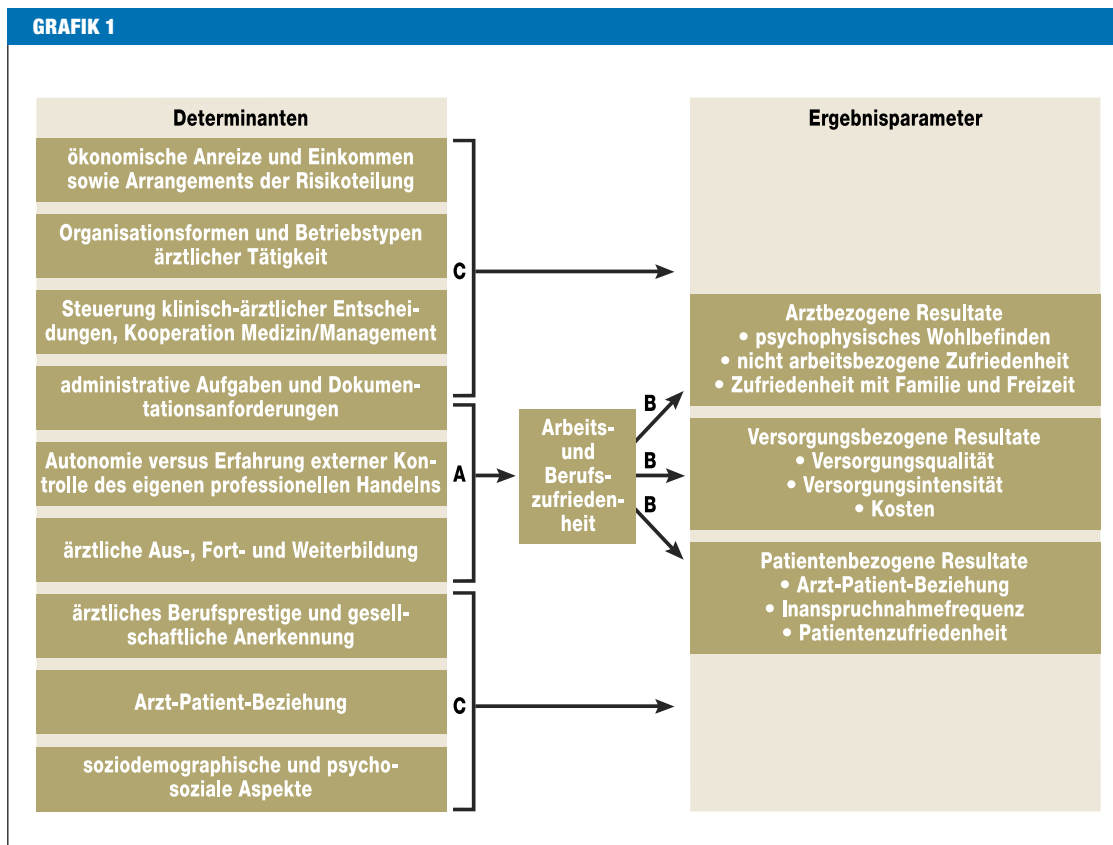
Dtsch Arztebl 2007; 104(20): A 1394–9.

Key words: physician factors, job satisfaction, physician role, remuneration, health services research

Krankenhauseinweisungen und leitlinienkonforme Behandlungsprozesse. Regulatorische Maßnahmen – das heißt, Gesetze und Richtlinien – und/oder ökonomische Anreize – wie Budgets und Richtgrößen – sollen gewissermaßen nebenwirkungsfrei zu den gewünschten Veränderungen in der Versorgung führen.

Zwar wird durchaus gesehen, dass diese Veränderungen nur mithilfe der beteiligten Ärzte erreichbar sind, die Person des Arztes wird jedoch auf einen Funktionsträger innerhalb des Versorgungsgeschehens reduziert. Seine individuellen Handlungsmotive werden allenfalls dann berücksichtigt, wenn sie primär ökonomisch konzeptualisiert werden können.

GRAFIK 1



Determinanten und Ergebnisparameter der Arbeits- und Berufszufriedenheit als Teilaspekt des Physician-Factor-Modells

Wenig beachtet wird der Einfluss, den die Veränderung von Arbeitsbedingungen und professionellem Selbstverständnis von Ärzten auf die gesundheitliche Versorgung der Patienten und die Attraktivität des Arztberufes ausübt. Der Begriff „Physician Factor“ fasst solche arztseitigen Faktoren zusammen, die von zentraler Bedeutung für die Arbeits- und Berufszufriedenheit sind. Fraglich ist, welchen Einflüssen diese und gegebenenfalls weitere arztbezogene Faktoren – zum Beispiel die Gesundheit von Ärzten – in traditionellen oder neuen organisatorischen Versorgungsumgebungen ausgesetzt sind.

Dies zu untersuchen, war Ziel der vorliegenden Arbeit. Sie entstand im Zuge der Förderinitiative „Versorgungsforschung“ der Bundesärztekammer, deren Rahmenkonzept einen Problemaufriss zum Themenbereich „Physician Factor“ umfasst (1). Dort werden prioritäre Forschungsthemen genannt, die im Zusammenhang mit Veränderungsprozessen auf der Ebene des Gesundheitssystems beziehungsweise politischer Reformvorhaben bedeutsam sind. Für die Literaturübersicht wurden die angesprochenen Themen zu einer Liste von 9 potenziellen Einflussfaktoren auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit erweitert (Grafik 1). Dabei ist das Konstrukt „Arbeits- und Berufszufriedenheit“ nach Hoppock (2) operational definiert als „eine Kombination psychologischer, physiologischer und situativer Bedingungen, die die Person zu der ehrlichen Äußerung veranlassen: Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden“.

Forschungsfragen

Die empirische Befundlage zu folgenden 2 Fragestellungen wurde untersucht:

- Welchen Einfluss haben diese Faktoren auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten?
- Welche Auswirkungen der Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten auf die Versorgungsrealität – Qualität und gegebenenfalls Kosten der Patientenversorgung betreffend – lassen sich feststellen?

Methodisches Vorgehen

Der Zielsetzung der Literaturübersicht (3, 4) und der zweigeteilten Fragestellung entsprechend wurde ein zweistufiges Modell des Physician-Factor-Konzepts (Grafik 1) zugrunde gelegt. Dieses Konzept befasst sich zunächst mit dem Einfluss einzelner Determinanten auf die Arbeits- und Berufszufriedenheit als einer der zentralen arztseitigen Komponenten (A – Stufe 1), und widmet sich dann deren Auswirkungen auf die Versorgungsrealität (B – Stufe 2). Schließlich können die Determinanten der Arztzufriedenheit auch direkt – also nicht über Arbeits- und Berufszufriedenheit vermittelt – die Ergebnisparameter beeinflussen (C).

Definition der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Studientypen

Für die Recherche wurden empirische Studien aller Evidenzgrade in deutscher und englischer Sprache berücksichtigt. Damit wurden randomisierte, kontrollierte Stu-

dien (RCTs), Beobachtungsstudien, Fallserien und nichtkontrollierte Studien, Befragungen, Querschnitts- oder Longitudinal-Studien integriert. Ausgeschlossen wurden Publikationen, die nur Hintergrundinformationen zu den untersuchten Themen enthielten. Ebenfalls außen vor blieben Editorials, Leserzuschriften, Kommentare, Positionspapiere oder Stellungnahmen.

Beschreibung des Suchvorganges

Die systematische Suche zur Identifikation von Arbeiten zu den beiden Fragestellungen erstreckte sich auf den Publikationszeitraum von 1990 bis 2006 und wurde in verschiedenen nationalen und internationalen bibliographischen Datenbanken durchgeführt (Tabelle 1). Die Suche erfolgte themenübergreifend mittels geeigneter Filter und Suchwörter, wie sie beispielsweise in den Medical Subject Headings (MeSH) verfügbar sind – einem Thesaurus, den die National Library of Medicine (NLM), USA, bereit hält. Die Suchbegriffe lauteten: „physician“, „surgeon“, „practitioner“, „doctor“, „health service“, „health care“, „health outcomes“, „health services research“, „job satisfaction“, „self-image“, „self-perception“, „physician’s role“, „workload“, „income“, „incentives“.

Resultate der Literatursuche

Die erste Stufe der systematischen Literaturrecherche ergab 2 889 Publikationen (Tabelle 1). Diese wurden von 2 Personen auf der Grundlage von Titeln und Abstracts unter Verwendung spezifischer Ein- und Ausschlusskriterien gefiltert. Filter 1 prüfte folgende Kriterien: Fragestellung nicht untersucht, keine empirische Arbeit, Ausschluss von Doppelpublikationen. Danach blieben 108 Publikationen übrig, die im Volltext bestellt wurden; 5 davon waren nicht zu beschaffen. Filter 2 bedeutete „Ein- beziehungsweise Ausschluss anhand der Lektüre der Volltexte“ und ergab abschließend 71 verfügbare Publikationen (Grafik 2).

Ergänzt wurde die Datenbanksuche um eine Handsuche in den Literaturverzeichnissen der eingeschlossenen Veröffentlichungen, die weitere 6 Treffer ergab, sodass insgesamt 77 Publikationen untersucht werden konnten (e1–e77). Diese Arbeiten wurden inhaltlich ausgewertet und den 9 Themenbereichen zugeordnet (Tabelle 2). Je nach Studiendesign und Ergebnisparametern war eine Zuordnung zu mehreren Kategorien möglich.

Ergebnisse

Der überwiegende Teil der Publikationen befasst sich mit den organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit. So widmen sich 17 Veröffentlichungen den ökonomischen und finanziellen Anreizen im Rahmen der ärztlichen Vergütung; 36 Arbeiten untersuchen die Auswirkungen von Organisationsformen und Betriebstypen ärztlicher Tätigkeit.

Je stärker Ressourcenrestriktionen oder Mengenvorgaben die ärztlichen Handlungsspielräume einschränkten, desto eher ergab sich eine negative Korrelation zur Arbeitszufriedenheit. Es stellten sich um so deutlichere Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Versorgung heraus, je größer die Unterschiede hinsichtlich finanzieller Anreize waren – zum Beispiel Einzelleistungsvergütungen ohne Leistungsvorgaben versus Kopfpauschalen mit Qualitätsvorgaben. Insbesondere finanzielle Arrangements, wie restriktiv formulierte Kopfpauschalen, die einen hohen Produktivitätsanreiz und Wirtschaftlichkeitsdruck auf die Ärzte ausüben, konnten mit einer niedrigeren Arbeitszufriedenheit assoziiert werden und wirken sich erheblich auf die Versorgungsqualität aus.

Auch ein hoher Qualitätsdruck, insbesondere bei zusätzlicher Absicherung durch restriktive Haftungsbedingungen – unter anderem bestimmte Ausprägungen leistungsbasierter Vergütung – korrelierte negativ mit der Arbeitszufriedenheit. Dagegen führten Einzelleistungsvergütungen ohne Leistungsvorgaben oder feste Gehälter mit Bonuszahlungen zu einer Mengenausweitung und einer höheren Kontinuität von Patientenkontakten im Zeitverlauf. Allerdings zog diese Vergütungsform nicht zwangsläufig eine höhere Arbeitszufriedenheit nach sich.

Als positive Einflussfaktoren auf Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität erwiesen sich indessen geringer Leistungs- und Einkommensdruck, gepaart mit einer hohen Arbeitsautonomie. Finanzielle Arrangements, die das Arzteinkommen ansteigen ließen, gingen ebenfalls mit einer positiven Zufriedenheit einher. Zudem gab es Hinweise darauf, dass feste Gehaltsbestandteile (sicheres Einkommen) die Arbeitszufriedenheit positiv beeinflussen. Allerdings zeigte sich auch, dass die Einkommenshöhe nicht allein aus-

TABELLE 1

Durchsuchte Datenbanken und erzielte Treffer

Datenbank	Anzahl Treffer
Medline (PubMed)	2 395
The Cochrane Library, 2005, issue 1 (The Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts or Reviews of Effects, The Cochrane Central Register of Controlled Trials – CENTRAL), Health Technology Assessment Database – HTA, NHS Economic Evaluations Database)	51
EMBASE und PSYINDEX	349
National Research Register (UK) (http://www.nrr.nhs.uk/search.htm)	94 (nicht abgeschlossen 118)
Summe	2 889

schlaggebend für eine positive Arbeitszufriedenheit und eine hohe Versorgungsqualität ist. Erst in Kombination mit weiteren als positiv empfundenen Faktoren, wie einer guten Zusammenarbeit mit Kollegen in größeren Gemeinschaftspraxen, konnte die Einkommenshöhe mit Zufriedenheit bei der Arbeit assoziiert werden.

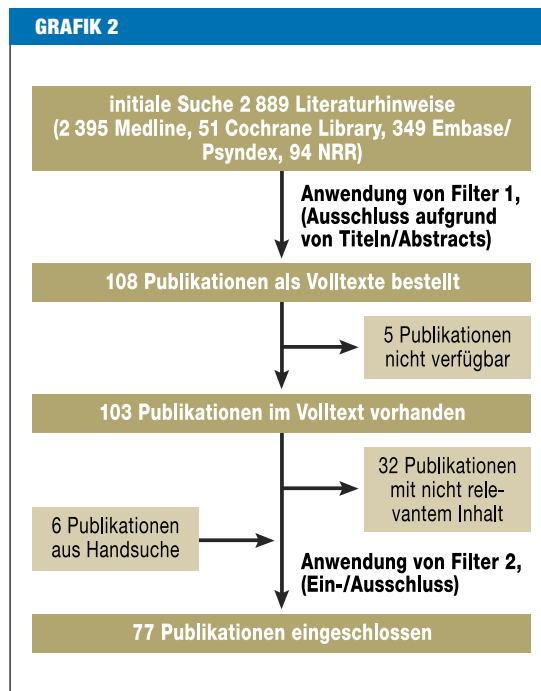
Jedoch lassen sich Auswirkungen auf die Versorgungsrealität und -qualität bei den verschiedenen Betriebstypen ärztlicher Tätigkeit nicht konsistent ableiten. Negative Auswirkungen werden möglicherweise gedämpft durch eine vorherige „Selbstselektion“ der Ärzte. So arbeiteten vor allem Frauen bevorzugt in einer Festanstellung. Sie zeigten sich angesichts der erreichten Sicherheit und Stabilität zufriedener mit ihrer Arbeit und ihrem Familienleben als Selbstständige.

Von den beschriebenen Effekten ökonomischer Anreize sowie den Auswirkungen der Organisationsform lässt sich der Einfluss von Steuerungsmechanismen und Kooperation zwischen Medizinern und Management auf die Arbeitszufriedenheit nur schwer isolieren. Ähnliches gilt für die Wahrnehmung administrativer Aufgaben: Einerseits wird Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand in den Studien, in denen er untersucht wurde, zwar durchweg eher als Belastung denn als Erleichterung der praktischen Tätigkeit empfunden. Die Intensität der wahrgenommenen Belastung scheint andererseits jedoch vom Ausmaß der Unterstützung abhängig zu sein, das den Ärzten bei der Bewältigung dieser Aufgaben seitens ihrer Organisation zuteil wird.

Wie Ärzte ihre professionelle Autonomie wahrnehmen, hat wesentlichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit. Professionelle Autonomie wird in den eingeschlossenen Arbeiten definiert als ärztliche Freiheit, diagnostische beziehungsweise therapeutische Entscheidungen zu treffen oder Überweisungen und Konsile zu veranlassen. Versorgungssteuernde Maßnahmen und externe Kontrolle führen gemeinhin dazu, dass Ärzte ihre Autonomie als beeinträchtigt empfinden. Dies gilt insbesondere für starke und direkte Beschränkungen der Handlungsfreiheit, beispielsweise wenn die Verpflichtung zur Vorabautorisierung von Verordnungen besteht. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass andere potenziell versorgungssteuernde Maßnahmen wie etwa die Einführung von Leitlinien, Fortbildungs- und Zertifizierungsangeboten keine ungünstigen, sondern eventuell sogar die Autonomie beziehungsweise Kompetenzwahrnehmung stärkende Wirkungen haben können. Die Literaturbefunde zu diesem Aspekt der ärztlichen Arbeitszufriedenheit sind insofern inkonsistent.

In der Literatur wird die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung nur am Rande behandelt. Wenn aber Effekte von Fort- und Weiterbildungsangeboten berichtet werden, dann gehören sie einvernehmlich zu den zufriedenheitsfördernden arztseitigen Faktoren.

Prestige und gesellschaftliche Anerkennung sind bedeutsame Kriterien für die Berufswahl. Gleichwohl werden diese Determinanten nicht zum primären For-



Ablauf der Suche und Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien

schungsgegenstand erhoben, sondern allenfalls kurssrisch in 4 Publikationen behandelt. Zieht man die ausgewerteten Literaturstellen zurate, so scheint die kompensatorisch wirkende gesellschaftliche Anerkennung, die der Arztberuf einst genoss, im Ringen mit wirtschaftlicher und organisatorischer Reglementierung, finanziellen Einbußen auf Vergütungsseite und dem Erstarken der Patientenposition in Informations- und Entscheidungsbelangen inzwischen an Ausstrahlung verloren zu haben. Prestige und gesellschaftliche Anerkennung sind allerdings in den identifizierten Studien recht unterschiedlich operationalisiert, sodass sich kein prägnantes Bild zeichnen lässt.

Nachdem die Arzt-Patient-Beziehung in den vergangenen Jahrzehnten in viele empirische Untersuchungen einging, überrascht, dass sich nur 5 Publikationen zu diesem Themenkomplex äußern. Zumindest wird darin übereinstimmend ein hoher Stellenwert der Arzt-Patient-Beziehung für die Arbeitszufriedenheit und das professionelle Selbstverständnis von Ärzten konstatiert.

Soziodemographische und psychosoziale Aspekte spielen ebenfalls eine bedeutsame Rolle unter den arztseitigen Faktoren; 23 Publikationen zu diesem Themenkomplex wurden gefunden. Das Spektrum reicht von soziodemographischen Merkmalen über Aspekte aus dem privaten Lebensumfeld der Ärzte bis hin zu gesundheitlichen Belangen. So fand Arnetz (e46) Evidenz dafür, dass das Zusammenspiel von individuellen, beruflichen und organisationalen Faktoren die Morbidität und Mortalität von Ärzten erhöht. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen scheint in der Ärzteschaft höher zu sein als in den meisten anderen Berufsgruppen: In einer Untersuchung (e59) erreichten 27 % der befragten Ärzte Score-Werte im General

Health Questionnaire (GHQ), die auf eine psychische Erkrankung hindeuteten. In einer anderen Studie (5) waren nur 46 % der Untersuchten frei von Angstsymptomen, wohingegen 27 % Anzeichen einer Depression aufwiesen. Dies verleitet zu der Schlussfolgerung, dass die über verschiedene Länder hinweg (6–8) konsistent zu beobachtenden erhöhten Suizidraten bei Ärzten einer tatsächlich ausgeprägteren Suizidalität und nicht einem besseren Wissen um mutmaßlich erfolgreiche Suizidmethoden zuzuschreiben seien.

Breiten Raum nehmen Studien zum Themenkomplex Schlafverlust – Müdigkeit – Erschöpfung – Arbeitsbelastung – Stress – Burnout ein. Übereinstimmend kommen sie zu dem Ergebnis, dass Stress einen ausgeprägten Einfluss sowohl auf das Arbeits- als auch auf das Privatleben hat. Stress und Ermüdung können auch zu höherer klinischer Entscheidungsunsicherheit führen und sich nachteilig auf die Fähigkeit auswirken, ärztliche Verrichtungen adäquat, verantwortungsvoll und fehlerfrei auszuführen. Firth-Cozens und Greenhalgh (e54) untersuchen in ihrer anonym gehaltenen Befragung von Krankenhaus- und Allgemeinärzten, welchen Stellenwert dieser Zusammenhang aus Arztsicht hat. Von 225 befragten Ärzten berichteten 82 von Zwischenfällen, bei denen sie die Ursache für das Eintreten des Ereignisses in Stresssymptomen gesehen hätten. 50 % dieser Zwischenfälle führten dazu, dass Standards der Behandlung nicht gehalten werden konnten; 7,4 % äußerten sich in ernststen Behandlungsfehlern, bei denen Todesfälle jedoch vermieden werden konnten, und in 2,4 % der Fälle beschrieben die befragten Ärzte Versäumnisse, die zum Tode der Patienten führten. Die Autoren vermuten, dass sowohl die Zwischenfälle selbst als auch deren Attribuierung zu Stress, Müdigkeit und Überarbeitung zuvor im Verbor-

genen gehalten worden waren, was wiederum die emotionale Verfassung der Ärzte zusätzlich beeinträchtigt haben könnte.

Ärztliche Arbeitszufriedenheit und das Ausmaß, in dem Ärzte beruflichen Stressoren ausgesetzt sind, wirken sich nicht nur auf das psychophysische Wohlbefinden und die mentale Verfassung des Arztes aus, sie prägen auch die Beziehungen zwischen Arzt und Patient einerseits und zwischen Arzt und Arbeitsumgebung andererseits. Dies stützt die These, dass das Arbeitsumfeld eine der zentralen Determinanten des ärztlichen Wohlbefindens ist. Belastende Arbeitsbedingungen können sich in unzureichenden Arbeitsergebnissen und negativen Resultaten auf Patientenseite ausdrücken. Dadurch kann die Versorgungsqualität erodieren und sich letztlich als „teurer“ Bilanzposten erweisen – für den einzelnen Arzt, für die Institution, in der er tätig ist, und für das Gesundheitswesen insgesamt.

Diskussion und Ausblick

In einer Literaturstudie mit internationaler Perspektive können kulturelle Einflüsse nicht ausgeschlossen werden, weil gerade das ärztliche Selbstverständnis ein hochgradig kulturell geprägtes und wertebasiertes Konstrukt sein dürfte. Aus diesem Grund, aber auch wegen der Unterschiede in den diversen Gesundheitssystemen und der Andersartigkeit der Organisationsstrukturen, sind die Ergebnisse der vorliegenden Übersicht in ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland mit Vorsicht zu interpretieren. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Literatursuche nur eine einzige deutschsprachige Arbeit (e36) zu arztseitigen Determinanten der Arbeits- und Berufszufriedenheit gefunden wurde.

TABELLE 2

Thematische Zuordnung der 77 gefundenen Publikationen zu den Kategorien (Mehrfachnennungen möglich)

Themenkategorie	zugeordnete Publikationen		
	Literaturzitat	n	%
Ökonomische und finanzielle Anreize sowie Einkommen	e1–e17	17	22
Organisation und Betriebstypen ärztlicher Tätigkeit	e1, e7, e9, e11, e43	36	47
Steuerung klinisch-ärztlicher Entscheidungen, Kooperation zwischen Medizinem und Management	e10, e19, e25, e28, e38, e44, e45	7	9
Administrative Aufgaben und Dokumentationsanforderungen	e10, e11, e46, e47	4	5
Autonomie versus Erfahrung externer Kontrolle des eigenen professionellen Handelns	e2, e3, e7, e8, e10–e13, e16, e18, e19, e21–e24, e37, e38, e44, e46, e48–e50	22	29
Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung	e10, e47, e48, e51	4	5
Ärztliches Berufsprestige und gesellschaftliche Anerkennung	e2, e46, e47, e49	4	5
Arzt-Patient-Beziehung	e31, e35, e41, e44, e48	5	7
Soziodemographische und psychosoziale Aspekte	e2, e18, e20, e21, e31, e37, e39, e41, e43, e46–e50, e52–e59	23	30

Eine weitere Begrenzung liegt in der Messung der Arbeits- und Berufszufriedenheit: Verschiedene Messinstrumente sind in der Literatur beschrieben (9, 10), dennoch werden in vielen der hier berichteten Untersuchungen Zufriedenheitsskalen eingesetzt, die „hausgemacht“ und nicht formell validiert sind. Zudem werden häufig Einzel-Item-Rating-Skalen („Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?“) verwendet, die in der jeweiligen Studiensituation sinnvoll sein mögen, jedoch der Validität und Reliabilität entbehren. Künftige Untersuchungen könnten davon profitieren, standardisierte Messinstrumente zu bevorzugen. Dies käme auch der Vergleichbarkeit von Studienergebnissen zugute.

Es überrascht kaum, dass die internationale Forschung zum Themenbereich „Arbeits- und Berufszufriedenheit und professionelles Selbstverständnis“ einen so deutlichen Akzent auf die Implikationen moderner Versorgungskonzepte, organisatorischer Veränderungen und finanzieller Inzentivierungen setzt. Für die Ausübung des ärztlichen Berufes liegen die besonderen Herausforderungen in Bereichen wie dem Management von Stressoren, dem Umgang mit Arbeitsbelastung und der Prävention von Burnout. Derartige Probleme sind nicht nur für die betroffenen Ärzte selbst, sondern auch für die Organisationen, in denen sie tätig sind, hoch relevant. Diesem Zusammenhang scheinen auch strukturierte Organisationsformen der Versorgung und Krankenhausträger inzwischen verstärkte Aufmerksamkeit zu schenken. Allerdings fehlt es an empirischen Untersuchungen zu den Effekten, die ein individuell abgestimmtes Personalmanagement erzielen kann, so es denn in Gesundheitseinrichtungen überhaupt existiert und umgesetzt wird.

Nur knapp die Hälfte der Studien (n = 34; 44 %) befasst sich mit den unmittelbaren Auswirkungen der Arbeits- und Berufszufriedenheit oder der sie beeinflussenden Faktoren (e3–e4, e11, e15, e17–e18, e25, e28, e29–e31, e34–e35, e45, e48, e54, e60–e77) auf die Versorgungsrealität, die Behandlungsqualität oder die Kosten. Die Ergebnisse sind – teils bedingt durch unterschiedlich große Untersuchungsstichproben, teils bedingt durch methodische Probleme in der Operationalisierung der Hypothesen oder der Verfügbarkeit von Ergebnisparametern – äußerst heterogen. Am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen ärztlicher Arbeitszufriedenheit und der Therapie-Adhärenz der Patienten (e77). Im vorliegenden Beitrag beziehen die wenigsten Arbeiten Patienten- oder Versorgungsdaten in die Analyse mit ein. In künftigen Forschungsansätzen sollten Ergebnis-orientierte Fragestellungen priorisiert und dabei nach Möglichkeit auch Daten aus dem Behandlungsalltag wie beispielsweise Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einbezogen werden.

Methodisch gesehen dominieren bisher Beobachtungsstudien mit Querschnittscharakter, vor allem in Form schriftlicher oder telefonischer Befragungen. Längsschnittliche Betrachtungen sind selten, kontrollierte Studiendesigns wie Fall-Kontroll-Studien oder

RCTs liegen so gut wie gar nicht vor. Dieser Befund sollte als Herausforderung verstanden werden, derartige Untersuchungsansätze in Zukunft verstärkt anzuwenden, auch wenn sich dies nur mit höherem Aufwand realisieren lässt.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Die Studie wurde finanziell unterstützt durch die Bundesärztekammer im Rahmen der Förderinitiative „Versorgungsforschung“.

Manuskriptdaten

eingereicht: 21. 3. 2007, revidierte Fassung angenommen: 20. 4. 2007

LITERATUR

1. Bundesärztekammer (Hrsg.): Rahmenkonzept zur Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer – IV Physician factor. (Berichtersteller Prof. Dr. Schwartz und Frau Prof. Dr. Stoppe). 2006.URL: <http://www.baek.de>
2. Hoppock R: Job satisfaction. New York: 1935. In: Fischer L: Strukturen der Arbeitszufriedenheit – Zur Analyse individueller Bezugssysteme. Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, 1989; 22.
3. Egger M, Davey-Smith G, Altman D: Systematic reviews in health care. London: BMJ Books 2001.
4. Weed DL: Methodological guidelines for review papers. J Natl Cancer Inst 1997; 89: 6–7.
5. Caplan RP: Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. BMJ 1994; 309: 1261–3.
6. 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. Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. Acta Psychiatr Scand 1987; 75(2): 139–43.
7. Rimpelä AH, Nurminen MM, Pulkkinen PO, Rimpelä MK, Valkonen T: Mortality of doctors: do doctors benefit from their medical knowledge? Lancet 1987; 8524: 84–6.
8. Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J: A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996; 168(3): 274–9.
9. Lichtenstein R: Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. Med Care 1984; 22(1): 56–68.
10. Stamps PL, Cruz NTB: Issues of physician satisfaction: New perspectives. Ann Arbor, MI: Health Administration Press 1994.

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Holger Gothe
IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstraße 5
10787 Berlin
E-Mail: gt@iges.de



The English version of this article is available online:
www.aerzteblatt.de/english

Mit „e“ gekennzeichnete Literatur:
www.aerzteblatt.de/lit2007

ÜBERSICHTSARBEIT

Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten

Eine Übersicht der internationalen Literatur

Holger Gothe, Ann-Dorothee Köster, Philipp Storz,
Hans-Dieter Nolting, Bertram Häussler

LITERATUR INTERNET

- e1. Buchbinder SB, Melick CF, Powe NR: Managed care and primary care physicians overall career satisfaction. *J Health Care Finance* 2001; 28(2): 35–44.
- e2. Buciniene I, Blazeviciene A, Bludziute E: Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Fam Pract* 2005; 6(1): 105.
- e3. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B: Effects of performance-based reimbursement on the professional autonomy and power of physicians and the quality of care. *Int J Health Plann Manage* 2001; 16(4): 297–310.
- e4. Forsberg E, Axelsson R, Arnetz B: Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physicians' cost awareness and work environment. *Eur J Public Health* 2002; 12(1): 44–50.
- e5. Grembowski D, Ulrich CM, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick D L, Velicer C: Managed care and primary physician satisfaction. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16(5): 383–93.
- e6. Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman AB: Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med* 1998; 339(21): 1516–21.
- e7. Hadley J, Mitchell JM: The growth of managed care and changes in physicians' incomes, autonomy, and satisfaction, 1991–1997. *Int J Health Care Finance Econ* 2002; 2(1): 37–50.
- e8. Hadley J, Mitchell JM, Sulmasy DP, Bloche MG: Perceived financial incentives, HMO market penetration, and physicians' practice styles and satisfaction. *Health Serv Res* 1999; 34(1 Pt 2): 307–21.
- e9. Keating NL, Landon BE, Ayanian JZ, Borbas C, Guadagnoli E: Practice, clinical management, and financial arrangements of practicing generalists. *J Gen Intern Med* 2004; 19(5 Pt 1): 410–8.
- e10. Kerr EA, Mittman BS, Hays RD, Zemencuk JK, Pitts J, Brook RH: Associations between primary care physician satisfaction and self-reported aspects of utilization management. *Health Serv Res* 2000; 35(1 Pt 2): 333–49.
- e11. Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA, Sage WM: Caring for patients in a malpractice crisis: physician satisfaction and quality of care. *Health Aff* 2004; 23(4): 42–53.
- e12. Schulz R, Scheckler WE, Moberg DP, Johnson PR: Changing nature of physician satisfaction with health maintenance organization and fee-for-service practices. *J Fam Pract* 1997; 45(4): 321–30.
- e13. Stoddard JJ, Hargraves JL, Reed M, Vratil A: Managed care, professional autonomy, and income: effects on physician career satisfaction. *J Gen Intern Med* 2001; 16(10): 675–84.
- e14. Sturm R: Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. *J Am Board Fam Pract* 2002; 15(5): 367–77.
- e15. Sturm R: The impact of practice setting and financial incentives on career satisfaction and perceived practice limitations among surgeons. *Am J Surg* 2002; 183(3): 222–5.
- e16. Warren MG, Weitz R, Kulis S: Physician satisfaction in a changing health care environment: the impact of challenges to professional autonomy, authority, and dominance. *J Health Soc Behav* 1998; 39(4): 356–67.
- e17. Williams ES, Skinner AC: Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 2003; 28(2): 119–39.
- e18. Bachman KH, Freeborn DK: HMO physicians' use of referrals. *Soc Sci Med* 1999; 48(4): 547–57.
- e19. Bates AS, Harris LE, Tierney WM, Wolinsky FD: Dimensions and correlates of physician work satisfaction in a midwestern city. *Med Care* 1998; 36(4): 610–7.
- e20. Beach MC, Meredith LS, Halpern J, Wells KB, Ford DE: Physician conceptions of responsibility to individual patients and distributive justice in health care. *Ann Fam Med* 2005; 3(1): 53–9.
- e21. Beasley JW, Karsh BT, Hagenauer ME, Marchand L, Sainfort F: Quality of work life of independent vs employed family physicians in Wisconsin: a WReN study. *Ann Fam Med* 2005; 3(6): 500–6.
- e22. Burdi MD, Baker LC: Market-level health maintenance organization activity and physician autonomy and satisfaction. *Am J Manag Care* 1997; 3(9): 1357–66.
- e23. Burns LR, Andersen RM, Shortell SM: The effect of hospital control strategies on physician satisfaction and physician-hospital conflict. *Health Serv Res* 1990; 25(3): 527–60.
- e24. Cashman SB, Parks CL, Ash A, Hemenway D, Bicknell WJ: Physician satisfaction in a major chain of investor-owned walk-in centers. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(3): 47–57.
- e25. Chehab EL, Panicker N, Alper PR, Baker LC, Wilson SR, Raffin TA: The impact of practice setting on physician perceptions of the quality of practice and patient care in the managed care era. *Arch Intern Med* 2001; 161(2): 202–11.
- e26. Garcia Pena C, Reyes Frausto S, Reyes Lagunes I, Munoz Hernandez O: Family physician job satisfaction in different medical care organization models. *Fam Pract* 2000; 17(4): 309–13.
- e27. Goldacre MJ, Lambert TW, Parkhouse J: Views of doctors in the United Kingdom about their own professional position and the National Health Service reforms. *J Public Health Med* 1998; 20(1): 86–92.
- e28. Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL: Managed care, physician job satisfaction, and the quality of primary care. *J Gen Intern Med* 2005; 20(3): 271–7.
- e29. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA: Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000; 15: 122–8.
- e30. Hadley J, Mitchell JM: Effects of HMO market penetration on physicians' work effort and satisfaction. *Health Aff* 1997; 16(6): 99–111.
- e31. Kikano GE, Goodwin MA, Stange KC: Physician employment status and practice patterns. *J Fam Pract* 1998; 46(6): 499–505.

- e32. LePore P, Tooker J: The influence of organizational structure on physician satisfaction: findings from a national survey. *Eff Clin Pract* 2000; 3(2): 62–8.
- e33. Linzer M, Konrad TR, Douglas J, McMurray JE, Pathman DE, Williams ES, Schwartz MD, Gerrity M, Scheckler W, Bigby JA, Rhodes E: Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen Intern Med* 2000; 15(7): 441–50.
- e34. Magee M, Hojat M: Impact of health care system on physicians' discontent. *J Community Health* 2001; 26(5): 357–65.
- e35. McMurray JE, Williams E, Schwartz MD, Douglas J, Kirk JV, Konrad TR, Gerrity M, Bigby JA, Linzer M: Physician job satisfaction: Developing a model using qualitative data. *J Gen Intern Med* 1997; 12(11): 711–4.
- e36. Meyer PC, Denz MD: Sozialer Wandel der Arztrolle und der Ärzteschaft durch Managed Care in der Schweiz. [Social change in the physician's role and medical practice caused by managed care in Switzerland]. *Gesundheitswesen* 2000; 62(3): 138–42.
- e37. Murray A, Montgomery JE, Chang H, Rogers WH, Inui T, Safran DG: Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. *J Gen Intern Med* 2001; 16(7): 452–9.
- e38. Nixon RL, Jaramillo F: Impact of practice arrangements on physicians' satisfaction. *Hosp Top* 2003; 81(4): 19–25.
- e39. Ozyurt A, Hayran O, Sur H: Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM* 2006; 99(3): 161–9.
- e40. Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TC 3rd: The National Health Service Corps experience for rural physicians in the late 1980s. *JAMA* 1994; 272(17): 1341–8.
- e41. Pathman DE, Williams ES, Konrad TR: Rural physician satisfaction: its sources and relationship to retention. *J Rural Health* 1996; 12(5): 366–77.
- e42. Rondeau KV, Francescutti LH: Emergency department overcrowding: The impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Health Manage* 2005; 50(5): 327–40.
- e43. Williams ES, Konrad TR, Linzer M, McMurray J, Pathman DE, Gerrity M, Schwartz MD, Scheckler WE, Douglas J: Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: results from the Physician Worklife Study. *Health Serv Res* 2002; 37(1): 121–43.
- e44. Mechanic D, Schlesinger M: The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 1996; 275(21): 1693–7.
- e45. Zemencuk JK, Hofer TP, Hayward RA, Moseley RH, Saint S: What effect does physician „profiling“ have on inpatient physician satisfaction and hospital length of stay? *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 452.
- e46. Arnetz BB: Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52(2): 203–13.
- e47. Bovier PA, Perneger TV: Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003; 13(4): 299–305.
- e48. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA: Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 2002; 51(3): 223–8.
- e49. Frank E, McMurray JE, Linzer M, Elon L: Career satisfaction of US women physicians: results from the Women Physicians' Health Study. *Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group. Arch Intern Med* 1999; 159(13): 1417–26.
- e50. Khuwaja AK, Qureshi R, Andrades M, Fatmi Z, Khuwaja NK: Comparison of job satisfaction and stress among male and female doctors in teaching hospitals of Karachi. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2004; 16(1): 23–7.
- e51. Morris AL, Phillips RL, Fryer GE Jr., Green LA, Mullan F: International medical graduates in family medicine in the United States of America: an exploration of professional characteristics and attitudes. *Hum Resour Health* 2006; 4: 17–24.
- e52. Bergin E, Johansson H, Bergin R: Are doctors unhappy? A study of residents with an open interview form. *Qual Manag Health Care* 2004; 13(1): 81–7.
- e53. Burke RJ: Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation. *Soc Sci Med* 1996; 43(4): 517–24.
- e54. Firth-Cozens J, Greenhalgh J: Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med* 1997; 44(7): 1017–22.
- e55. Murray A, Safran DG, Rogers WH, Inui T, Chang H, Montgomery JE: Part-time physicians. Physician workload and patient-based assessments of primary care performance. *Arch Fam Med* 2000; 9(4): 327–32.
- e56. Orozco P, Garcia E: The influence of workload on the mental state of the primary health care physician. *Fam Pract* 1993; 10(3): 277–82.
- e57. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A: Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists. *Eur J Intern Med* 2006; 17(3): 195–200.
- e58. Papp KK, Stoller EP, Sage P, Aikens JE, Owens J, Avidan A, Phillips B, Rosen R, Strohl KP: The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. *Acad Med* 2004; 79(5): 394–406.
- e59. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724–8.
- e60. Armour BS, Pitts MM: Physician financial incentives in managed care: Resource use, quality and cost implications. *Dis Manage Health Outcomes* 2003; 11(3): 139–47.
- e61. Armour BS, Melinda Pitts M, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, Etchason J: The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med* 2001; 161(10): 1261–6.
- e62. Blanc PD, Trupin L, Earnest G, San Pedro M, Katz PP, Yelin EH, Eisner MD: Effects of physician-related factors on adult asthma care, health status, and quality of life. *Am J Med* 2003; 114(7): 581–7.
- e63. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P: Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(2): 133–42.
- e64. Conrad DA, Maynard C, Cheadle A, Ramsey S, Marcus-Smith M, Kirz H, Mad-den CA, Martin D, Perrin EB, Wickizer T, Zierler B, Ross A, Noren J, Liang SY: Primary care physician compensation method in medical groups: Does it influence the use and cost of health services for enrollees in managed care organizations? *J Am Med Assoc* 1998; 279(11): 853–8.
- e65. DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Orday L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH: Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol* 1993; 12(2): 93–102.
- e66. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D: How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM* 1999; 92(1): 47–55.
- e67. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L: Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database* 2000; Syst Rev 3, CD002215.
- e68. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Weiner J, Nuamah I, Lusk E: The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics* 1999; 104(4 Pt 1): 931–5.
- e69. Madison K: Hospital-physician affiliations and patient treatments, expenditures, and outcomes. *Health Serv Res* 2004; 39(2): 257–78.
- e70. McCleary K, Asubonteng P, Munchus G: The effect of financial incentives on physicians' behaviour in health maintenance organizations. *J Manag Med* 1995; 9(1): 8–26.

- e71. Meyer CM, Ladenson PW, Scharfstein JA, Danese MD, Powe NR: Evaluation of common problems in primary care: effects of physician, practice, and financial characteristics. *Am J Manag Care* 2000; 6(4): 457–69.
- e72. Mitchell JM, Hadley J, Sulmasy DP, Bloche JG: Measuring the effects of managed care on physicians' perceptions of their personal financial incentives. *Inquiry* 2000; 37(2): 134–45.
- e73. Pourat N, Rice T, Tai Seale M, Bolan G, Nihalani J: Association between physician compensation methods and delivery of guideline-concordant STD care: Is there a link? *Am J Managed Care* 2005; 11(7): 426–32.
- e74. Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B: Physicians' assessments of their ability to provide high-quality care in a changing health care system. *Med Care* 2001; 39(3): 254–69.
- e75. Reschovsky JD, Hadley J, Landon BE: Effects of compensation methods and physician group structure on physicians' perceived incentives to alter services to patients. *Health Serv Res* 2006; 41 (4 Pt 1): 1200–20.
- e76. Rice T: Physician payment policies: impacts and implications. *Annu Rev Public Health* 1997; 18: 549–65.
- e77. Shen J, Andersen R, Brook R, Kominski G, Albert PS, Wenger N: The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Med Care* 2004; 42(3): 297–302.