

Studie zu ärztlichen Werthaltungen unter aktuellen Herausforderungen

Ergebnisse einer Befragung unter Ärzten(innen) in Schleswig-Holstein

Teil II: Wem fühlen sich Ärzte(innen) „verpflichtet“? Ärztliche Aufgaben im Lichte zentraler Grundwerte. Bedeutung von Individualwohl und Gemeinwohl.

In der März-Ausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes stellten wir Grundlagen und erste (Teil-)Ergebnisse unserer Ärztebefragung vor. Wir identifizierten vier für die Ärzteschaft bedeutsame Belastungsfelder: externe Kontrollen und administrative Anforderungen, (moderne) fachliche Anforderungen, Wettbewerbs- und Kostendruck sowie externe Motivatoren. Zahlreiche Herausforderungen wurden von den befragten Ärzten als belastend und unvereinbar mit ihrer Auffassung vom Arztberuf wahrgenommen; einige Herausforderungen wirkten sich nach Aussage der Befragten aber auch überwiegend positiv auf Behandlung und Gesundheitszustand ihrer Patienten aus, so z. B. die „Fortbildungspflicht“ oder die „Leitlinien und evidenz-basierte-Medizin“. Allerdings wurden das CME-„Punktesammeln“ und die damit verbundene Administration und Kontrolle in einigen freien Kommentaren kritisiert.

Viele der im (ärztlichen) Arbeitsalltag gelebten Werthaltungen und Maximen ärztlichen Handelns basieren auf grundlegenden Prinzipien. Erinnerung sei z. B. an die vier von Beauchamp und Childress formulierten „Prinzipien mittlerer Reichweite“: Autonomie (autonomy), Wohltun (beneficence), Nichtschädigung (nonmaleficence) und Gerechtigkeit (justice) („Principles of Biomedical Ethics“, 1979). Zahlreiche nationale wie internationale Gelöbnisse, Deklarationen, Leit- und Richtlinien sowie Gesetze geben dem handelnden Arzt ein „rechtethisches Stützkorsett“, wie von Bauer 2005 in einem Artikel zur Themenreihe „der „gute“ Arzt“ angeführt (vgl. ÄBW, Januar 2005, S. 23-26). Dieses könne den Arzt aber nicht vor inneren Konflikten im

Hinblick auf sein ärztliches Selbstverständnis bewahren, so Bauer.

Welche Werte Bestandteil eines möglicherweise heterogenen ärztlichen Selbstverständnisses sind und welche Gewichtung diesen Werten beigemessen wird, ist unklar; empirische Befunde sind rar. Die British Medical Association sowie weitere englische Institutionen hielten bereits 1994 eine Konferenz zum Thema „Core Values for the Medical Profession in the 21st Century“ ab. Sie gaben neun „Tugenden“ („ancient virtues distilled over time“) den Vorrang¹. Auf welche Weise diese Tugenden „destilliert“ und wie sie ins 21. Jahrhundert tradiert wurden, blieb unerwähnt.

Unsere (Muster-)Berufsordnung in der Fassung von 2004 konstatiert in § 1: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen wie der Bevölkerung“. Hier werden also Gemeinwohlaspekte auf eine annähernd gleiche Stufe wie Individualwohlaspekte (des Patienten) gestellt. Nebenbei wird noch einmal ausgedrückt, dass grundlegende ärztliche Wertorientierungen unterschiedliche Nutznießer haben können, hier neben dem einzelnen Patienten auch „die Bevölkerung“. Entsprechend werden sich Teilleistungen der ärztlichen Tätigkeit ebenso unterschiedlichen Benefiziarer zuordnen lassen. „Nutznießer, Benefiziar“ meint: um wessentwillen machen wir etwas? Wer profitiert vom ärztlichen Handeln?

Ergebnisse: ärztliche Grundwerte und Nutznießer („ärztliche Verantwortungsbereiche“):

In zwei separaten Fragen hatten wir die eventuell abgestufte Bedeutung verschiedener Grundwerte einerseits und die ggf. unterschiedliche Bedeutung verschiedener „Nutznießer“ andererseits erhoben. Wir untersuchten in einer Frage vier in der Literatur als zentral gewichtete Grundwerte, darunter die „Klassiker“ von Beauchamp und Childress, sowie den zunehmend relevanten „Wirtschaftlichkeitsaspekt“. Im Einzelnen: Patientenwohl (und Abwendung von Schaden), Patientenselbstbestimmung, soziale Gerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die befragten Ärzte sollten jedem einzelnen Grund-

Grundwert	Rang 1		Rang 2		Rang 3		Rang 4		MW	Gesamt N
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Patientenwohl (und Abwendung von Schaden)	2247	83,3	353	13,1	86	3,2	11	0,4	1,21	2697
Soziale Gerechtigkeit (gleicher Zugang, gleiche Behandlung bei gleichem Bedarf)	226	8,4	1247	46,2	909	33,7	315	11,7	2,49	2697
Patientenselbstbestimmung	185	6,9	808	30,0	962	35,7	742	27,5	2,84	2697
Wirtschaftlichkeit (sparsamer Umgang mit knappen Ressourcen)	40	1,5	287	10,6	741	27,5	1629	60,4	3,47	2697

Tab. 1: Ärztliche Grundwerte und deren Bedeutung. Je Grundwert ist die prozentuale Aufteilung nach Rang angegeben. Grau hinterlegt ist jeweils der am häufigsten gewählte Rang. Nicht einbezogen sind Antworten mit Mehrfachbesetzungen von Rängen (insgesamt N = 103). MW gibt den mittleren Rang an (auch ohne Mehrfachbesetzung von Rängen).

wert einen Rang von 1 bis 4 zuordnen. Mehrfachbesetzungen von Rängen sollten vermieden werden. Tabelle 1 gibt die Anteile der auf die einzelnen Grundwerte entfallenden Ränge sowie jeweils den mittleren Rangplatz an. Ein differenzierteres Bild erhält man, wenn neben diesen Grundwerten auch mögliche „Nutznießer“ betrachtet werden, also Personen(-gruppen), die von den ärztlichen Grundwerten profitieren. Die befragten Ärzte sollten hierzu in einer zweiten Frage jedem der acht von uns vorgegebenen Benefiziere einen Rang von eins (größte Bedeutung) bis acht (geringste Bedeutung) zuordnen. Gleiche Ränge sollten auch hier vermieden werden. Tabelle 2 gibt die mittleren Ränge für jeden einzelnen „Nutznießer“ an.

Bei den Fragen mit Rangfolge zeigte sich, dass die strikt hierarchische Rangbildung teilweise nicht eingehalten werden konnte und Ränge mehrfach besetzt wurden. In den freien Kommentaren wurden Gründe geliefert: „Meine lieben Freunde, das gehört doch alles zusammen!! Frage: Welches Rad an Ihrem Auto ist das Wichtigste? a) vorne rechts? b) vorne links? c) hinten rechts? d) hinten links?“. Ein weiterer Kommentar: „Die Frage ist m. E. nicht zu bearbeiten/zu beantworten, da die Abhängigkeit der einzelnen Punkte voneinander bzw. deren Auswirkung aufeinander zu stark ist (z. B. tritt meine Familie zwangsläufig hinter dem Wohl meiner Patienten zurück - weniger Zeit, viel Kompromisse nötig ... - im Ernstfall würde ich aber

Ärztliche Verantwortungsbereiche („Nutznießer“)	N ^a	MW ^a	N ^b	MW ^b
Gesundheit und Wohl meiner Patienten	2754	1,82	2612	1,81
Meine Familie und engste Freunde	2743	3,19	2612	3,21
Meine Person (Einkommen, pers. Interessen, Gesundheit)	2742	3,49	2612	3,51
Gesundheit und Wohl der Bevölkerung, Umwelt („Public Health“)	2748	4,15	2612	4,19
Wirtschaftliche Situation meiner Praxis/meines Krankenhauses	2744	4,64	2612	4,69
Entwicklung der Medizin durch Forschung/Lehre	2749	4,87	2612	4,93
Ansehen und Einfluss des ärztlichen Berufsstandes	2742	6,32	2612	6,39
Wirtschaftliche Situation der Krankenversicherung	2742	7,19	2612	7,28

Tab. 2: Ärztliche Verantwortungsbereiche („Nutznießer ärztlicher Werthaltungen“). MW^a: Angegeben ist jeweils der Mittelwert der Ränge für jeden Verantwortungsbereich (inklusive Mehrfachbesetzungen von Rängen, z. B. alle Bereiche mit Rang 1 bewertet). MW^b: Angegeben ist jeweils der Mittelwert der Ränge für jeden Verantwortungsbereich (ohne Mehrfachbesetzungen von Rängen). N^a: Anzahl gültiger Antworten inklusive Mehrfachbesetzungen von Rängen. N^b: Anzahl gültiger Antworten ohne Mehrfachbesetzungen von Rängen.

<u>Patient und Autonomie:</u>	4,05^a
Selbstsorge des Patienten fördern und fördern	4,23
Patienten sorgfältig und umfassend aufklären	4,20
Patientenverfügung achten	4,18
Dem Patienten Alternativen darstellen	3,59
<u>Patient und Nichtschaden:</u>	4,15
Verbot der Diskriminierung nach Alter, sexueller Orientierung, ethnischer Herkunft	4,36
Verschwiegenheit, Datenschutz	4,33
Berücksichtigen eigener Kompetenzgrenzen (Überweisungen, Konsile)	4,04
Schutz vor ökonomischer Ausbeutung des Patienten	3,85
<u>Patient und Wohltun (Zuwendung und Empathie):</u>	3,89
Zuhören und sprechen	4,27
Mitgefühl, „Liebe“, Empathie empfinden/zeigen	3,89
Angehörige und Lebenswelt des Pat. einbeziehen	3,76
Fürsorge und psychosoziale Unterstützung für den Pat. anbieten	3,66
<u>Patient und Wohltun (fachliche Aspekte):</u>	3,10
Fortbildung wahrnehmen („lebenslanges Lernen“)	3,99
„Lotse“ für den Pat. im Gesundheitssystem sein	3,47
Etikette (Kleidung, Manieren, Takt, Respekt) wahren	3,40
Interessen des Pat. gegenüber Ämtern und Behörden vertreten	2,83
Klinisch-technische Kompetenz („Medizin als Handwerk“) betonen	2,76
Unentgeltlich Leistungen erbringen	2,18
<u>Eigenwohl des Arztes:</u>	3,40
Eigene Familie, Privatsphäre schützen	4,29
Achtsamer Umgang mit sich selbst; sich bei Problemen helfen lassen	3,76
Eigenes Einkommen sichern	3,50
Eigenes Einkommen erhöhen	2,92
Werbung für eigene Einrichtung betreiben	2,53
<u>Eigenwohl des Berufsstandes:</u>	3,23
Unbestechlichkeit bewahren	4,45
Interessenskonflikte aufdecken	3,68
Fehler eingestehen, dem Patienten Unsicherheiten mitteilen	3,46
Keine Patienten abwerben	3,34
Beteiligung an Forschung und Lehre, z. B. auch durch Teilnahme an Studien	2,73
Beteiligung an Ausarbeitung von Leitlinien	2,58
Beteiligung an ärztlicher Selbstverwaltung (ÄK)	2,41
<u>Public Health:</u>	3,27
Präventionsarbeit stärken (Impfen, Ernährung, Lebensstil etc.)	3,85
Schulungen für Patienten-/Krankengruppen anbieten	3,19
Medizinisches Wissen für das Laienpublikum aufbereiten	3,03
Ausgleich sozialer Benachteiligung fördern	3,02
<u>Systemwohl (Wirtschaftlichkeitsaspekt):</u>	2,86
Nicht-indizierte Leistungen verweigern	3,39
Kosten-Nutzen bei jeder Behandlung beachten	3,02
Abwägen zwischen Gemeinwohl (Nutzen für alle) vs. Individualwohl	2,87
Alle Dokumentationspflichten erfüllen	2,59
Beteiligung an Rationierungs-/Priorisierungsdebatte	2,45
<p>Tab. 3: Ärztliche Aufgaben nach übergeordneten Aufgabenbereichen. Angegeben ist der Mittelwert aus folgenden Wertekodierungen: 1 = ich bewerte die Aufgabe als überhaupt nicht wichtig; 2 = wenig wichtig; 3 = ziemlich wichtig; 4 = sehr wichtig; 5 = äußerst wichtig. a Mittelwert des Aufgabenbereiches.</p>	

den Beruf aufgeben, ehe die Familie zerbricht.) Und: Gesundheit und Wohl meiner Patienten hängen manchmal von der wirtschaftlichen Situation (auch der Krankenkassen) ab - wie soll ich da sinnvoll eine Rangfolge erstellen?“ Es wurde auch angemerkt, dass „meine Person“ und „meine Familie“ nicht den ärztlichen Verantwortungsbereichen zugerechnet werden könnten.

Ergebnisse: Ärztliche Aufgaben und deren subjektive Wichtigkeit

Aus Grundwerten und Nutznießern kann (gedanklich) eine zweidimensionale Matrix aufgebaut werden, deren Zellen mit ärztlichen Teilaufgaben gefüllt werden können. Auf der Grundlage einer Analyse verschiedener Publikationen hatten wir 39 unterschiedliche ärztliche Aufgaben identifiziert und in unseren Fragenkatalog aufgenommen - eine sicherlich nicht erschöpfende Anzahl. Im Fragebogen sollten die Befragten jeweils die Wichtigkeit dieser Aufgaben (aus ihrer persönlichen Sicht) einschätzen. Es wurde ein fünfstufiges Antwortformat vorgegeben: „überhaupt nicht wichtig“, „wenig wichtig“, „ziemlich wichtig“, „sehr wichtig“ und „äußerst wichtig“. Zur einfacheren Darstellung und Interpretation wurde jeweils der Mittelwert berechnet (Wertekodierung siehe Tab. 3).

Zusätzlich ordneten wir jedes Item (übergeordneten) Aufgabenbereichen zu: „Patient und Autonomie“, „Patient und Nichtschaden“, „Patient und Wohltun: Zuwendung und Empathie“, „Patient und Wohltun: fachliche Aspekte“, „Eigenwohl des Arztes“, „Eigenwohl des Berufsstandes“, „Gemeindewohl („Public Health“)" sowie „Systemwohl und Wirtschaftlichkeitsaspekt“. Zur Kontrolle der von uns gewählten Kategorien führten wir eine Faktorenanalyse über die 39 Aufgaben (Hauptkomponenten-Analyse, Varimax-Rotation) durch. Es zeigten sich keine großen Unterschiede zwischen unserer konzeptgeleiteten Zuordnung der Items und ihrer Zuordnung durch die explorative Faktorenanalyse. Unsere Lösung scheint aber weitere Interpretationen zu erleichtern.

Aus den nach Wichtigkeit eingeschätzten Aufgaben der acht Bereiche wurden jeweils noch

einmal Mittelwerte zweiter Ordnung berechnet. Tabelle 3 zeigt die 39 jeweils einem Bereich zugeordneten ärztlichen Aufgaben und die ihnen beigemessene Wichtigkeit.

Es fällt ins Auge, dass Items, die auf den Individualwohlaspekt des Patienten zielen, insgesamt als besonders wichtig bewertet werden, wohingegen „patientenferne“ Systemaspekte und berufsständische sowie Wissenschaftsaspekte eher als weniger wichtig bewertet werden. Ausgewählte freie Kommentare sollen einige Items qualitativ beleuchten; das jeweilige Item ist in Eckklammern vorangestellt. Zum Bereich „Patient und Autonomie“: (dem Patienten Alternativen anbieten, das Einholen von Zweitmeinungen unterstützen): „Alternativen sind ziemlich wichtig, Zweitmeinungen nur in besonderen Fällen“. (Selbstsorge des Patienten fördern und fördern): „Interessiert die Patienten aber fast gar nicht!!!“; „Die meisten Patienten sind nicht gern krank. Fördern ja, wenn möglich. Fordern nein!“. Bereich „Patient und Wohltun: Zuwendung und Empathie“: (zuhören und sprechen): „Das widerspricht sich!“. Bereich „Patient und Wohltun: fachliche Aspekte“: (Etikette [Kleidung, Manieren, Takt, Respekt]): „Betrachten Sie Respekt vor dem Gegenüber als „Etikette“?“. (Unentgeltlich Leistungen erbringen): „Bei allen psychosomatischen Patienten.“; „Wenn es sein muss, wird es gemacht.“; „In Grenzen.“; „Geht nicht ohne!!“; „Machen wir unfreiwillig von morgens bis abends!!!“ Zum Bereich „Eigenwohl des Arztes“: (eigenes Einkommen erhöhen): „In der Kassenpraxis nicht möglich, selbst wenn die Patienten mit den Beinen abstimmen, KV streicht!“. (Werbung für eigene Einrichtung betreiben): „Eigentlich: überhaupt nicht wichtig; leider: sehr wichtig“. Zum Bereich „Eigenwohl des Berufsstandes“: (Beteiligung an Forschung und Lehre): „Noch mehr unbezahlte Arbeit.“; „Falls zeitlich noch machbar“. (Ausarbeitung von Leitlinien): „Halte ich nicht mehr für sinnvoll, seit sich herausgestellt hat, dass die Krankenkassen die Leitlinien benutzen, um Call-Center auszubauen“. Zum Bereich „Public Health“: (Ausgleich sozialer Benachteiligung): „Verantwortung anderer Stellen“. Zum Bereich „Systemwohl“: (Beteiligung

an Rationierungsdebatte): „Unter ideologischem Druck sinnlos!“. (nicht-indizierte Leistungen verweigern): „Kommt drauf an, welche ...“; „Zu Lasten der Allgemeinheit notfalls“. (Dokumentationspflichten (Pflichten unterstrichen): „Da hat man keine Wahl, egal wie ich es bewerte“.

Ergebnisse: Unterschiede zwischen den Arztgruppen:

Unterschiede in der Bewertung der acht Aufgabenbereiche sollten zusätzlich in einem linearen Regressionsmodell durch unsere Schichtungsmerkmale (Alter, Geschlecht, Tätigkeitsort und Fachgebiet²) erklärt werden. Aufgeführt sind im Folgenden die Merkmale, die unter Kontrolle der übrigen Merkmale den größten Einfluss auf den Mittelwert des jeweiligen Aufgabenbereichs hatten, bei einem Signifikanzniveau des Fehlers 1. Art von 0,05. Es zeigte sich bei einem jeweils nur geringen Anteil erklärter Varianz, dass Frauen Patientenselbstbestimmung („Patient und Autonomie“) und „Patient Nichtschaden“ signifikant höher bewerten als ihre männlichen Kollegen. „Patient Nichtschaden“ wird auch von älteren Ärzten und psychiatrisch tätigen Ärzten signifikant höher bewertet als von der jeweiligen Vergleichsgruppe. Bei der Kategorie „Patient und Wohltun: Zuwendung und Empathie“ weisen die hausärztlich und psychiatrisch tätigen Ärzte die höchsten Werte auf, die diagnostischen und operativ tätigen Kollegen die niedrigsten Werte. Als besonders wichtig wird diese Aufgabe auch von Ärztinnen und älteren Ärzten bewertet. „Patient und Wohltun: fachliche Aspekte“: Hausärzte und ältere Ärzte vergeben hier höhere Wertungen. „Eigenwohl des Arztes“ wird von älteren Ärzten und Ärztinnen in der Wichtigkeit geringer eingeschätzt, von den Nichtfachärzten und den psychiatrisch tätigen Ärzten hingegen stärker betont. Für diagnostisch und operativ tätige sowie ältere Ärzte ergaben sich signifikant höhere Bewertungen für „Eigenwohl des Berufsstandes“. Bei „Public Health“ zeigten Ärztinnen, Hausärzte und Nichtfachärzte höhere Werte an, operativ tätige Ärzte und Praxisärzte signifikant niedrigere Werte. „Systemwohl und Wirtschaftlichkeitsaspekt“ ist für ältere Ärzte und diagnostisch tätige Ärzte besonders wichtig.

Diskussion und Zusammenfassung:

Dem Individualwohl des Patienten wird insgesamt eine besondere Wichtigkeit beigemessen. Danach folgen direkt „meine Person“ und „meine Familie“ als besonders zu schützende „Ressourcen“, die eine nachhaltige Patientenversorgung erst garantieren. Die freien Kommentare widerspiegeln dieses Bild: („Meine Person“ auf Rang 1 gesetzt) „Begründung: Ein Kranker kann keine Kranken heilen (ich war selbst überrascht über meine Reihenfolge ...)“. Bereiche, die nicht primär der Patientenversorgung „dienen“, wie z. B. berufsständische Aspekte (Ansehen und Einfluss), Forschung und Lehre sowie die Wirtschaftlichkeit der eigenen Praxis/des eigenen Krankenhauses werden eher auf mittlere Ränge gesetzt. Die Wirtschaftlichkeit des (Gesundheits-)Systems wird überwiegend nachrangig bewertet. Der Einfluss der Schichtungsmerkmale ist insgesamt bei nur gering erklärter Varianz niedrig. Anders gesagt: Die unterschiedlichen Arztgruppen geben relativ einheitliche Bewertungen ab.

In der Mai-Ausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes werden wir als vorläufigen Abschluss unserer Serie Ergebnisse unserer Fragen zum allgemeinen Berufsverständnis, zur Berufszufriedenheit und zur Bedeutung des Arztberufes als „freier Beruf“ darstellen. Im Spiegel dieser Ergebnisse werden wir unsere anfängliche Fragestellung „Homogenität oder Heterogenität innerhalb der Ärzteschaft“ zu klären versuchen und mögliche (berufspolitische) Konsequenzen zur Diskussion stellen.

¹ (Selbst-)Verpflichtung, Engagement (Commitment), Mitleid (Compassion), Fürsorge (Caring), Vertraulichkeit (Confidentiality), Kompetenz (Competence), Anwaltschaft (Advocacy), Integrität (Integrity), Verantwortlichkeit (Responsibility) und Forschungsgeist (Spirit of Enquiry).

² Das Schichtungsmerkmal „Fachgebiet“ (diagnostisch, hausärztlich, operativ, psychiatrisch tätig und Nichtfacharzt) liegt in Dummy-Kodierung vor. Innerhalb des Merkmals „Fachgebiet“ wird jeweils mit der Referenzkategorie „Facharzt konservativ tätig“ verglichen.

Thies Hendrik Schröder, Heiner Raspe