

Arzt – ein krank machender Beruf?

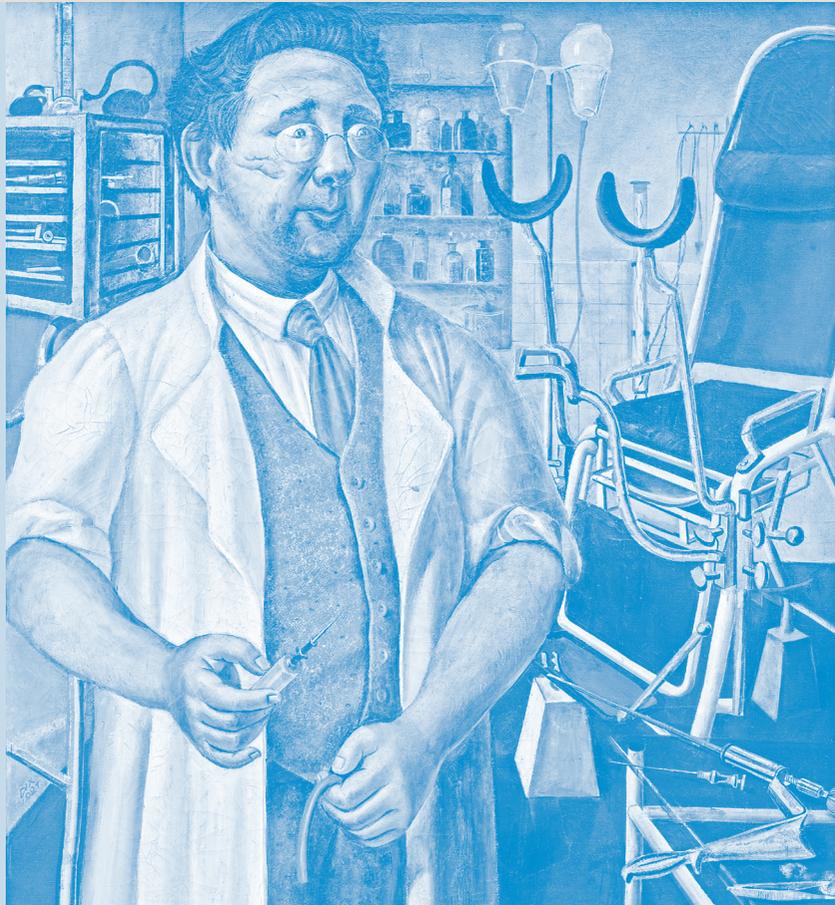
Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert

von Sebastian Wenger

MedGG-Beiheft 77

Franz Steiner Verlag Stuttgart

Arzt – ein krank machender Beruf?





Medizin, Gesellschaft und Geschichte

Jahrbuch
des Instituts für Geschichte der Medizin
der Robert Bosch Stiftung

herausgegeben von
Robert Jütte

Beiheft 77

Arzt – ein krank machender Beruf?

Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit
von Ärztinnen und Ärzten
im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert

von Sebastian Wenger

Franz Steiner Verlag

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Robert Bosch Stiftung GmbH

Coverabbildung:

Otto Dix: Bildnis Dr. Hans Koch, 1921, Öl auf Leinwand, 100,5 x 90 cm

Museum Ludwig, Köln, Inv.-Nr. ML 76/2739

© Rheinisches Bildarchiv, Britta Schlier rba_do39977

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig und strafbar.

© Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2020

Univ.-Diss., Stuttgart D 93 u. d. T. „Was lange kracht, bricht nicht“– Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert“

Satz: DTP + TEXT Eva Burri, Stuttgart

Layout und Herstellung durch den Verlag

Druck: Memminger MedienCentrum, Memmingen

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier.

Printed in Germany

ISBN 978-3-515-12751-6 (Print)

ISBN 978-3-515-12756-1 (E-Book)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	11
Abstract	13
Vorwort.....	15
1 Einleitung: Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärzten.....	17
1.1 Ausgangssituation	17
1.2 Erkenntnisinteresse, Fragestellung, zeitliche und räumliche Abgrenzung	21
1.3 Forschungsstand.....	24
1.4 Quellenlage	25
1.5 Forschungsansätze.....	27
1.5.1 Sozialisation und Habitus: Definition und theoretische Grundlagen.....	27
1.5.2 Ärztliche Sozialisation und ärztlicher Habitus.....	29
1.6 Argumentationsgang und Aufbau der Arbeit	33
2 Soziale Herkunft und professionelle Sozialisation.....	35
2.1 Soziale Herkunft und primäre Sozialisation.....	35
2.1.1 Ständisch-elitäre Strukturen innerhalb der Ärzteschaft?.....	35
2.1.2 Die soziale Herkunft der Ärzte nach 1945: Kontinuitäten oder Wandel?.....	36
2.1.3 Fazit.....	39
2.2 Ärztliche Leitbilder und professionelle Sozialisation	40
2.2.1 Disziplin und Unterordnung	40
2.2.2 Leistungsfähigkeit und Aufopferungsbereitschaft.....	44
2.2.3 Fazit.....	46
3 Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit und berufsspezifische Belastungsfaktoren.....	47
3.1 Niedergelassene Ärzte in der Stadt und auf dem Land	47
3.1.1 Der Beginn der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit	49
3.1.2 Die Sprechstunde – das „volle Wartezimmer“.....	53
3.1.3 In Dauerbereitschaft – Verfügbarkeit Tag und Nacht?.....	58
3.1.4 Erholung, Urlaub und Vertretersorgen.....	64
3.1.5 Fazit.....	67
3.2 Angestellte Ärzte in Krankenhäusern	68
3.2.1 Die Klinik – ein Ort begrenzter Handlungsmöglichkeiten	69
3.2.2 Arbeitsbelastungen angestellter Ärzte in Krankenhäusern	72
3.2.3 Fazit.....	83

4	Die Gesundheit und Krankheit von Ärzten.....	85
4.1	Die ärztliche Haltung zur eigenen Gesundheit und zu Krankheiten	85
4.1.1	Kranke Ärzte ein Tabuthema?.....	85
4.1.2	Exkurs: Wenn Ärzte über ihre Gesundheit schreiben	86
4.1.3	Das Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Ärzten	87
4.1.4	Der Arzt als Patient.....	96
4.1.5	Kontinuität oder Wandel? – Ärztliches Selbstverständnis seit den 1970er Jahren	101
4.1.6	Fazit.....	103
4.2	Die Berufskrankheiten der Ärzte.....	104
4.2.1	Infektionskrankheiten.....	105
4.2.2	Strahlenerkrankungen durch Röntgenstrahlungen	116
4.2.3	Fazit.....	122
4.3	Psychische Störungen bei Ärzten	123
4.3.1	Die Ursachen psychischer Störungen	124
4.3.2	Kritik an ärztlichen Narrativen zur Entstehung psychischer Störungen bei Ärzten.....	127
4.3.3	Sind junge Ärzte besonders gefährdet?	129
4.3.4	Fazit.....	131
4.4	Betäubungsmittel- und Alkoholabhängigkeit.....	132
4.4.1	Betäubungsmittelabhängigkeit	132
4.4.2	Alkoholabhängigkeit	157
4.4.3	Fazit.....	160
4.5	Suizidalität bei Ärzten	162
4.5.1	Die Ursachen ärztlicher Suizide	162
4.5.2	Welche Rolle spielen medizinische Fachkenntnisse?	166
4.5.3	Sind Ärztinnen besonders gefährdet?.....	167
4.5.4	Fazit.....	169
4.6	Die Mortalität und Lebensdauer der Ärzte	170
4.6.1	Das Narrativ der hohen Sterblichkeitsrate	170
4.6.2	Die Mortalität der Ärzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts	172
4.6.3	Die häufigsten Todesursachen von Ärzten im 19. Jahrhundert.....	175
4.6.4	Das 20. Jahrhundert: Die Sterblichkeit der Ärzte nimmt ab.....	177
4.6.5	Fazit.....	181

5	Versorgung und Fürsorge für erkrankte und berufsunfähige Ärzte	183
5.1	Von der Unterstützungskasse zum Versorgungswerk	183
5.1.1	Der Aufbau ärztlicher Unterstützungskassen in den deutschen Einzelstaaten	183
5.1.2	Unterstützung für erwerbsunfähige Ärzte auf Reichsebene? – Die „Central-Hilfscasse für die Aerzte Deutschlands“	186
5.1.3	Die Vereinheitlichung des ärztlichen Versorgungswesen vor 1945	189
5.1.4	Die Arbeit der Fürsorgeausschüsse der Landesärzte- kammern nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges	192
5.1.5	Der Aufbau ärztlicher Versorgungswerke in der Bundesrepublik	193
5.2	Exkurs: Genesungsheime für Ärzte	196
5.3	Fazit	198
6	Zusammenfassung der Ergebnisse: Arzt – ein krank machender Beruf?	201
7	Quellen- und Literaturverzeichnis	205
7.1	Quellenverzeichnis	205
7.2	Literaturverzeichnis	209
	Abkürzungsverzeichnis	219

Zusammenfassung

Aktuellen Studien zufolge weisen Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen mit ähnlichem sozioökonomischem Status eine erhöhte Anfälligkeit für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen auf. Die Suizidrate von Ärzten liegt ebenfalls auf einem wesentlich höheren Niveau. Diese Phänomene sind jedoch keine neue Entwicklung und wurden von der Ärzteschaft bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert als offensichtliche Probleme ausgemacht und innerhalb des Standes diskutiert. Die Fragen nach dem Empfinden von berufsspezifischen Belastungsfaktoren, den Auswirkungen dieser auf die Gesundheit der Ärzte sowie die ärztliche Haltung zur eigenen Krankheit, stellen jedoch ein bislang noch weitgehend unbearbeitetes Feld innerhalb der Sozialgeschichte der Medizin dar.

Das Ziel der vorliegenden Dissertation, deren Untersuchungszeitraum sich vom ausgehenden 19. über das gesamte 20. Jahrhundert und darüber hinaus erstreckt, ist es, den aktuellen Ärztegesundheitsdiskurs um die historische Komponente zu erweitern, in diesem Zuge auf Wandel und Kontinuitäten innerhalb dieses Themas aufmerksam zu machen und damit einen Beitrag zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Ärztinnen und Ärzten zu leisten. Im Zentrum dieser Arbeit steht der Arzt als Patient und nicht als Gesundheitsexperte. Bourdieus Theorie des Habitus bildet den theoretischen Rahmen dieser Arbeit. Mithilfe dieses Konzeptes werden die Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsmuster von Ärzten, die innerhalb der (professionellen) Sozialisation erworben werden und infolgedessen einen spezifischen Lebensstil der jeweiligen Person prägen, bezüglich des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens untersucht. Die vorliegende Arbeit, die sich größtenteils auf Ärzte im deutschsprachigen Raum bezieht, befindet sich somit thematisch wie auch methodisch am Schnittpunkt zwischen den medizinkritischen Ansätzen der Sozialgeschichte der Medizin sowie der Patientengeschichte und behandelt erstmalig eine Personengruppe, die innerhalb dieser Konzepte bisher vernachlässigt wurde. Ausgehend von einer Vielzahl an Quellen, u. a. aus dem Deutschen Tagebucharchiv sowie den Archiven der Landesärztekammern, wird die gesellschaftlich und kulturell geprägte Einstellung der Ärzteschaft zum eigenen Leiden und Krankheitserleben untersucht. Der Umgang der Ärzte mit der Krankheit und die Bewältigung von Erkrankungen sind hierbei von zentraler Bedeutung.

Die ärztliche Einstellung zur eigenen Gesundheit und Krankheit war zu Beginn des Untersuchungszeitraums v. a. durch die Dominanz militärischer Wertvorstellungen innerhalb der Gesellschaft geprägt und entsprach den Idealen hegemonialer Männlichkeit: Die Unterordnung innerhalb bestehender Hierarchien, (Selbst-)Disziplin sowie Leistungsfähigkeit waren zentrale Merkmale der ärztlichen Ausbildung. Hinzu kamen standesspezifische Leitbilder, wie das Motiv der Aufopferung für den Patienten. Über allem stand die innerhalb des Berufsstandes seit der Antike tradierte Vorstellung von der eigenen Gesundheit als Teil ärztlicher Professionalität und Kompetenz und die damit

einhergehende Tabuisierung eigener Krankheit. Die aus diesen Komponenten seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bestehende Idealvorstellung vom Arzt – wenngleich sie seit den 1970er Jahren einen graduellen Wandel erfährt – wird bis heute innerhalb der (professionellen) Sozialisation angehenden Ärzten vermittelt, von diesen verinnerlicht und prägt deren Haltung zu Gesundheit und Krankheit. Das daraus resultierende Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Ärzte zielt somit darauf ab, physisches und v. a. psychisches Leid zu unterdrücken, dieses vor Kollegen, Vorgesetzten und Patienten zu verheimlichen und die Fassade des gesunden, unverwundbaren, leistungsfähigen und aufopferungsbereiten Gesundheitsexperten aufrechtzuerhalten. In Kombination mit den zur jeweiligen Zeit vorherrschenden Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in Praxis und Klinik führte dies dazu, dass sich erkrankte Ärzte, insbesondere diejenigen mit psychischen Störungen, erst in einem späten Stadium ihrer Erkrankung (professionelle) Hilfe suchten. Die Angst vor dem Verlust des Status als Gesundheitsexperte spielte hierbei eine große Rolle. Eine ernstzunehmende Folge dieses Verhaltens war, dass sich viele Ärzte in der Manifestationsphase der psychischen Erkrankung mit Betäubungsmitteln selbst behandelten. Nicht selten entwickelten sich hieraus Abhängigkeiten, die zur Verschlimmerung der Gesamtsituation erheblich beitrugen.

In den letzten Jahren zeigen sich bezüglich der ärztlichen Haltung zur eigenen Gesundheit und Krankheit jedoch Zeichen eines Wandels. So wächst eine neue Ärztegeneration heran, die nicht mehr bereit ist, die Versorgung der Patienten auf Kosten der eigenen Gesundheit zu leisten und die ein neues, gemeinsam gestaltetes, Arztbild fordert. Dieses soll v. a. dazu dienen, die innerhalb der Profession existierenden und selbst geschaffenen „Barrieren“, die Ärzte daran hindern sich adäquat um ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu kümmern, abzubauen.

Abstract

According to recent studies, physicians are more susceptible to the development of mental illness than any other occupational group with similar socioeconomic status. The suicide rate among physicians is also significantly higher. However, these phenomena are nothing new and were already identified and discussed by the medical profession as obvious problems at the turn of the 20th century. Questions about the perception of occupation-specific stress factors, the effects of these on the health of physicians, as well as the medical attitude to one's own illness, however, represent a hitherto largely unexplored field within the social history of medicine.

The aim of this dissertation, which investigates the period from the end of the 19th century over the entire 20th century and beyond, is to expand the current discourse on physicians' health and to provide the historical context by drawing attention to the changes and continuities within this topic. Therefore, this thesis contributes to the understanding of health and illness among physicians. At the centre of this study is the physician as a patient and not as a health expert. Bourdieu's theory of habitus forms the theoretical framework of this work. With the help of this concept, the patterns of perception, thought and action of physicians, which are acquired within (professional) socialization and consequently shape a specific lifestyle of the respective person, are examined for their behaviour in case of health and sickness. The present work, which largely refers to physicians in German-speaking countries, is thus thematically and methodologically located at the intersection between the medical-critical approaches of the social history of medicine and the history of patients and, for the first time, deals with a group of people who have been neglected within these concepts to the present date. Based on a variety of sources, including the German Archive of Diaries (Deutsches Tagebucharchiv) and the archives of the State Medical Chambers (Landesärztekammern), the social and cultural attitudes of the medical profession to their own suffering and illness are analyzed. The physicians' handling of the diseases and the coping with illnesses are of central importance here.

At the beginning of the period investigated, the medical attitude to one's own health and illness was characterized above all by the dominance of military values within society and corresponded to the ideals of hegemonic masculinity: subordination within existing hierarchies, (self-)discipline and performance were key characteristics of medical training. In addition, there were profession specific models, such as the motif of sacrifice for the patient. Above all stood the idea of one's own health as part of medical professionalism and competence, which had been handed down within the profession since ancient times, and with it the associated tabooing of one's own illness. The ideal of the physician that is a composition of these components exists since the second half of the 19th century – although it has undergone a gradual change since the 1970s – and is still conveyed today within the (professional) socialization of prospective physicians. It has been internalized by them and thus con-

tinues to shape their attitude towards health and illness. The resulting behavioural patterns of physicians thus aim to suppress physical and above all psychological suffering, to conceal it from colleagues, superiors and patients and to maintain the façade of the healthy, invulnerable, efficient and self-sacrificing health expert. In combination with the prevailing conditions of medical practice either as a private practitioner or as a doctor in a health clinic at the time, this meant that ill physicians, especially those with mental disorders, only seek (professional) help at a late stage of their illness. The fear of losing their status as health experts plays an important role here. A serious consequence of this behaviour was and is that many physicians treated themselves with narcotics during the manifestation phase of the mental illness. Often addictions developed from this, which contributed considerably to the worsening of the overall situation.

In recent years, however, there have been signs of change in physicians' attitudes towards their own health and illness. A new generation of physicians is growing up who are no longer willing to care for their patients at the expense of their own health and who demand a new, jointly designed image of the physician. This should above all serve to dismantle the „barriers“ which exist within the profession and which physicians have created themselves and prevents them from taking adequate care of their own health and well-being.

Vorwort

Diese Arbeit wurde zu Beginn des Jahres 2020 unter dem Titel „Was lange kracht, bricht nicht“ – Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten im ausgehenden 19. und 20. Jahrhundert“ von der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Stuttgart als Dissertation angenommen. Für die Veröffentlichung wurde sie leicht überarbeitet und der Titel leicht abgewandelt.

Im Folgenden möchte ich den Menschen danken, die mich während dieser nicht immer einfachen Zeit begleitet haben und mir mit Rat und Tat zur Seite standen. Mein Dank gebührt an erster Stelle Prof. Dr. Dr. h. c. Robert Jütte, Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung (IGM), meinem Doktorvater. In zahlreichen Gesprächen gab er mir das Gefühl, auf dem richtigen Weg zu sein und einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Ärztesundheit zu leisten. Zudem konnte ich zu jeder Zeit von seinen klugen Hinweisen und kritischen Anmerkungen profitieren. In diesem Zuge möchte ich auch Frau Prof. Dr. Sabine Holtz, Leiterin der Abteilung Landesgeschichte und Geschäftsführende Direktorin des Historischen Instituts der Universität Stuttgart, für die Übernahme des Zweitgutachtens danken.

In großer Dankbarkeit bleibe ich überdies Prof. Dr. Martin Dinges, bis April 2019 stellvertretender Leiter und Archivar des IGM, verbunden. Als kritischer Geist hat er die Arbeit von Beginn an begleitet und hatte immer ein offenes Ohr für mich. Ohne die finanzielle Unterstützung durch ein Stipendium der Robert Bosch Stiftung und die Übernahme der Druckkosten von Seiten des IGM wäre die Arbeit und ihre Veröffentlichung nicht möglich gewesen. Des Weiteren möchte ich allen Mitarbeitern des IGM danken, die mich seit meiner Zeit als studentische Hilfskraft begleitet haben.

Fachlichen Rat bekam ich auch immer wieder von Dr. Pierre Pfütsch, der meine Arbeit mit regem Interesse verfolgte, oft die richtigen Fragen stellte und mir dadurch wichtige Hinweise lieferte. Mit meinen Kollegen, die während der letzten vier Jahren zu Freunden geworden sind, Dr. Daniel Walther, Sebastian Knoll-Jung, Dr. Christoph Schwamm und nicht zuletzt Aaron Pfaff, habe ich bei dem ein oder anderen Glas Wein unzählige Fachgespräche führen können und viele schöne Momente erleben dürfen.

Eine ganz wesentliche Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluss der Arbeit waren darüber hinaus meine langjährigen Freunde Christian Franz, Julian Rechlin, Samuel Weimann, Kay Kollmer, Andreas Müller, Andreas Grasser (†), Philipp Schaible, Jens Rudolf, Patrick Scherer und meine Partnerin Cathy Degroote. Sie haben den Schaffensprozess miterlebt und waren bei Sonnenschein wie an schattigen Tagen für mich da.

Meinen Eltern, Kathrin und Thomas, und meiner Familie gebührt ganz besonderer Dank, da sie mit ihrer Unterstützung Studium und Promotion erst ermöglichten.

Sebastian Wenger
Stuttgart, im Frühjahr 2020

1 Einleitung: Arbeitsbelastungen, Gesundheit und Krankheit von Ärzten

1.1 Ausgangssituation

„*Ärztegesundheit – ein neues Fach wird vorgestellt*“¹, schrieb der Psychiater Bernhard Mäulen in seiner 2007 erschienenen Abhandlung. Im Zentrum der „neuen“ Disziplin – Mäulen orientierte sich bei der Ausarbeitung seiner Fragestellungen an dem bereits seit den 1970er Jahren in den USA bestehenden Fachgebiet „Physician Health“ – standen neben der Untersuchung berufsspezifischer Belastungsfaktoren und des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens von Ärzten² auch die Auswirkungen der eigenen Krankheit auf das ärztliche Selbstverständnis sowie der Umgang des beruflichen und privaten Umfeldes mit erkrankten Ärzten. Mögliche Gesundheitsschädigungen infolge der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sollten einen weiteren Teilbereich des Faches Ärztegesundheit bilden.³ In der Folgezeit rückte dieses Thema immer mehr in den Fokus der Ärzteschaft⁴ und so erschien im Jahr 2010 eine von der Bundesärztekammer herausgegebene Untersuchung zu „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“⁵, die sich den unterschiedlichen Fragestellungen dieses Themas widmete und dabei eine Differenzierung in Geschlecht, ärztlicher Fachdisziplin, niedergelassene oder angestellte Ärzte sowie in Stadt und Land vornahm. Hierbei standen v. a. berufsspezifische Belastungen im Krankenhaus wie in der Praxis, Stress, Burn-out, psychische Störungen, der Substanzge- und missbrauch sowie der Suizid von Ärzten im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses.⁶ Dies führte dazu, dass in den 2010er Jahren sich nicht nur die Ärzteschaft verstärkt mit dieser Thematik beschäftigte⁷, sondern auch das gesellschaftliche Interesse an der Gesundheit sowie den Krankheiten von Ärzten zunahm.⁸

1 Mäulen: *Ärztegesundheit*, S. 8.

2 Zum Begriff des Arztes vgl. Anschutz: *Ärztliches Handeln*, S. 176: Mit Arzt ist „*der niedergelassene Arzt in seiner Praxis bzw. der Klinikarzt am Krankenbett, in der Stationsarbeit, im chirurgischen OP und entsprechend in den Spezialdisziplinen gemeint.*“ Zum Thema Gender: Die Ärzteschaft, ihre standespolitischen Vertreter und insbesondere die Akteure in den von mir untersuchten Quellen waren innerhalb des Untersuchungszeitraums überwiegend männlich. Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird die maskuline Form „Ärzte“ verwendet. Handelt es sich explizit um Frauen, so wird „Ärztinnen“ verwendet.

3 Mäulen: *Ärztegesundheit*, S. 8.

4 Vgl. hierzu Werner: *Arbeitssituation und Ärztegesundheit im deutschsprachigen Raum*, S. 17.

5 Vgl. hierzu Schwartz; Angerer: *Arbeitsbedingungen und Befinden*.

6 Vgl. hierzu die einschlägigen Kapitel dieser Arbeit, die auf die wichtigste aktuelle Literatur zu diesen Themengebieten Bezug nehmen.

7 Vgl. hierzu https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf, letzter Zugriff 02.10.2018 sowie Kapitel 4.1.1 in dieser Arbeit.

8 Vgl. hierzu u. a. Schöne: *Die Götter in Weiß sind kränker als ihre Patienten*. In: <https://www.welt.de/gesundheits/article140318244/Die-Goetter-in-Weiss-sind-kraenker-als-ihre>

„Ärztegesundheit – ein neues Fach wird vorgestellt“?

Bereits in der Antike und im Mittelalter finden sich in standeskundlichen Schriften sowie Biographien von Ärzten und über Ärzte Hinweise zu deren Gesundheit.⁹ Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit und deren Auswirkungen auf das Befinden der Ärzte rückten jedoch erst in der Frühen Neuzeit in den Fokus einzelner Professionsmitglieder. So ging Bernardino Ramazzini, der Begründer der Arbeitsmedizin, im 18. Jahrhundert von einem guten Gesundheitszustand der Ärzte, trotz grassierender Epidemien und geringer Vorsichtsmaßnahmen bei der Behandlung von Patienten, aus.¹⁰ Christoph Wilhelm Hufeland nahm hingegen an, dass Ärzte früher als andere Berufsgruppen sterben würden, da sie aufgrund ihrer aufreibenden Tätigkeit die Gesundheits- und Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung von Patienten und im Umgang mit Kranken nur selten befolgen könnten.¹¹ Ausgehend hiervon entstanden im 19. Jahrhundert einige Untersuchungen, die mithilfe statistischer Methoden die Einflüsse von wirtschaftlichen und sozialen Faktoren auf Krankheiten und krankhafte Zustände sowie auf die Mortalität und Lebensdauer von Bevölkerungs- und Berufsgruppen, u. a. auch der Ärzte, analysierten.¹² Im Zuge dessen entstand innerhalb der Ärzteschaft im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert ein Diskurs, der große Parallelen zum Ärztegesundheitsdiskurs der 2000er Jahre aufweist. Bereits um 1900 wurden berufliche Belastungen und Themen wie Sucht, Suizid und psychische Störungen innerhalb der Ärzteschaft verhandelt.¹³ Negative Auswirkungen der medizinischen Aus- und Weiterbildung auf die Gesundheit der Ärzte fanden ebenfalls Eingang in diese Debatte und wurden intensiv verhandelt.¹⁴ Hinzu kommt, dass gerade zu Beginn des Untersuchungszeitraums sowie in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Infektions- und Strahlenkrankheiten, aufgrund der 1895 entdeckten und bereits wenig später innerhalb der Diagnose und Behandlung

Patienten.html, letzter Zugriff 24.05.2019; Cwiertina; Reumschüssel: Ärzte: Kranker Job. In: <https://www.zeit.de/campus/2016/01/aerzte-krankenhaus-gesundheit-arbeitsbedingungen-ungesund>, letzter Zugriff 24.05.2019; Uhlmann: Medicus unter Druck. In: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitswesen-medicus-unter-druck-1.2793998>, letzter Zugriff 24.05.2019; Brendler: Wenn der Arzt Hilfe braucht. In: <https://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-ernaehrung/im-gespraech-wenn-der-arzt-hilfe-braucht-14429035-p2.html>, letzter Zugriff 24.05.2019; Hütten: Depressionen bei Ärzten. In: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-depressionen-bei-aerzten-das-schlammste-ist-die-hilflosigkeit-1.2881275>, letzter Zugriff 24.05.2019.

9 Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 25 f.

10 Jütte: *Leben Ärzte länger?*, DMW (2013), S. 2666.

11 Vgl. hierzu ebd., S. 2670.

12 Ebd., vgl. hierzu auch Prinzing: *Handbuch der medizinischen Statistik I*, S. 1 ff.

13 Weinberg: *Sterblichkeit, Lebensdauer und Todesursachen der württembergischen Ärzte*, S. 165; Grotjahn: *Ärzte als Patienten*, S. 37, vgl. hierzu auch Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 29

14 Vgl. hierzu u. a. Österlen: *Handbuch der medicinischen Statistik*, S. 232 sowie Weinberg: *Sterblichkeit, Lebensdauer und Todesursachen der württembergischen Ärzte*, S. 124.

eingesetzten Röntgenstrahlen, den Diskurs bereicherten.¹⁵ Mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Ärzten und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit der einzelnen Professionsmitglieder setzt sich der Stand jedoch bis heute nur vereinzelt auseinander. In seiner 1929 erschienenen Fallsammlung zu „Ärzten als Patienten“ führt der Sozialhygieniker Alfred Grotjahn dies auf „die bekannte Unlust des Arztes [...] sich vergangener und fast vergessener Leiden und Schmerzen zu erinnern und schriftlich preiszugeben“ zurück.¹⁶

Das Vorbild USA, das Fehlen deutschsprachiger Quellen und der allmähliche Wandel im ärztlichen Selbstverständnis

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges finden sich bis in die 1990er Jahre so gut wie keine deutschsprachigen Untersuchungen zu gesundheitlichen Auswirkungen beruflicher Belastungen, zur Abhängigkeitsproblematik, psychischen Störungen und der Suizidalität von Ärzten. Studien zu Berufskrankheiten wie Tuberkulose oder der infektiösen Hepatitis sind hingegen vereinzelt vorhanden.¹⁷ Letztere wurde jedoch vor allem vor dem Hintergrund der Anerkennung als Berufskrankheit verhandelt.

Im Gegensatz zur Bundesrepublik wurden innerhalb der US-amerikanischen und ausgehend davon auch in der britischen Ärzteschaft, im Zuge der Mental-Health-Bewegung sowie der aufkommenden Stressforschung,¹⁸ psychische Störungen von Ärzten vermehrt diskutiert.¹⁹ In diesem Zusammenhang entstand auch eine Vielzahl von Studien zum ärztlichen Ge- und Missbrauch von Arznei- und Betäubungsmitteln.²⁰ Eine Folge des verstärkten Interesses der US-amerikanischen Ärzteschaft an der Gesundheit der Kollegen war der in den 1970er Jahren beginnende Aufbau von Programmen, sogenannten „sick doctor programmes“, zur Unterstützung erkrankter Ärzte.²¹ Diese hatten u. a. auch die Aufgabe auf die gesundheitlichen Risiken des Arztberufes hinzuweisen und das Thema Ärztegesundheit innerhalb des Berufes zu etablieren.²² In Deutschland nahm als erstes der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer in den ausgehenden 1970er Jahren auf die englischsprachigen Untersuchungen zu psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit bei Ärzten Bezug und entwickelte in diesem Zusammenhang das Postulat vom „Helfersyndrom“.²³ Von einem verstärkten Interesse der deutschen Ärzte-

15 Vgl. hierzu Kapitel 4.2 in dieser Arbeit.

16 Grotjahn: *Ärzte als Patienten*, S. 161 f.

17 Ripke: *Der kranke Arzt*, DÄBl. (2000), S. 237, vgl. hierzu auch Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 30.

18 Vgl. hierzu Faltermaier: *Gesundheitspsychologie*, S. 87; 91 f.; 100 ff.; S. 117 ff.

19 Vgl. hierzu Haisch: *Die geistige Gesundheit geht alle an*, DÄBl. (1962), S. 950 ff.

20 Vgl. hierzu Duffy; Litin: *Psychiatric Morbidity of Physicians*, S. 989.

21 Anonym: *The sick Physician*, S. 684–687.

22 Coombs et al.: *Inside Doctoring*, S. 199. Vgl. hierzu Haggett: *A History of Male Psychological Disorders in Britain*, S. 125 sowie Mäulen: *Ärztegesundheit*, S. 9.

23 Vgl. hierzu Schmidbauer: *Die hilflosen Helfer*.

schaft an Themen wie Sucht und Suizid lässt sich jedoch erst ab den 1990er Jahren sprechen. Psychische Störungen bei Ärzten wurden sogar erst in den 2000er Jahren in den Ärztegesundheitsdiskurs aufgenommen.²⁴

Gesundheit und Krankheit von Ärzten aus historischer Sicht

Aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive beleuchteten lediglich zwei Historiker die Gesundheit und Krankheit von Ärzten. Widmete sich Robert Jütte einem Teilbereich dieses Themas, nämlich der Mortalität und Lebensdauer von Ärzten von der Frühen Neuzeit bis heute, so behandelte Daniel Schäfer eine Vielzahl der Themengebiete der Disziplin Ärztegesundheit von der Antike bis zu Gegenwart.²⁵

Jütte konnte bei seiner Untersuchung u. a. aufzeigen, dass Infektionskrankheiten sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigsten Todesursachen von Ärzten im ausgehenden 19. Jahrhundert darstellten. Als besonders gefährdet galten junge, praktische Ärzte, da diese unerfahren im Umgang mit Patienten und deren Krankheiten seien und ihnen noch die nötige Abhärtung fehle. Bezüglich der durchschnittlichen Lebenserwartung wies Jütte nach, dass Ärzte im Vergleich zu anderen akademischen Berufen das Schlusslicht bildeten, während hingegen evangelische Geistliche und Gymnasiallehrer die beste Aussicht auf ein langes Leben hatten. Dies sollte sich jedoch im 20. Jahrhundert ändern. Die Lebenserwartung der Ärzte stieg an und liegt aktuellen Zahlen zur Folge über der der Gesamtbevölkerung.²⁶

Schäfer geht zunächst auf das innerhalb der Ärzteschaft fest verankerte Verständnis von der eigenen Gesundheit als Teil ärztlicher Professionalität ein, ehe er anschließend auf die Quellenproblematik, die im Zusammenhang mit der Erforschung der Gesundheit von Ärzten aus Sicht des Historikers besteht, hinweist.²⁷ Berichte über Krankheiten und das Krankheitsverhalten von Ärzten finden sich hingegen häufig, v. a. in Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken sowie in ärztlichen Selbstzeugnissen.²⁸ In diesem Zusammenhang konnte Schäfer innerhalb seines Untersuchungszeitraums drei Phasen ärztlicher Narrative ausmachen: So galt bis um das Jahr 1700 etwa die Gesundheit des Arztes als wichtigstes Argument für seine Heilfähigkeit, während hingegen die Krankheit des Arztes Spott mit sich brachte und die Stellung gefährden konnte. In der Folgezeit bis ungefähr 1970 festigte sich die Stellung der Ärzte. In diesem Zusammenhang wurde es für Ärzte möglich, über ihren Gesundheitszustand zu sprechen und diesen in Frage zu stellen. Die Krankheit wird

24 Braun et al.: Burnout, Depressivität und Substanzgebrauch, S. 338 f. sowie Mäulen: Ärztegesundheit, S. 45.

25 Vgl. hierzu Schäfer: *Hilflose Helfer?*, S. 1913–1918 sowie Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 23–34.

26 Jütte: *Leben Ärzte länger?*, S. 2669 f.

27 Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 25 ff.

28 Ebd., S. 28 f.

im paternalistischen Sinne als Nebenwirkung des aufopfernden Dienstes an den Patienten sowie der Gesellschaft gedeutet. Ab 1970 befinden sich die Ärzte nach Schäfer in einer Gratifikationskrise, die einen Wandel des ärztlichen Berufs- und Selbstbildes in Gang brachte und es Ärzten ermöglichte als „hilflose Helfer“ angesehen zu werden, sich selbst so zu betrachten, aber auch in der Außenwahrnehmung so darzustellen.²⁹

1.2 Erkenntnisinteresse, Fragestellung, zeitliche und räumliche Abgrenzung

Gegenstand dieser Dissertation ist die Gesundheit und Krankheit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart. Der innerhalb der Sozialisationsprozesse verinnerlichte ärztliche Habitus und die daraus resultierenden Einstellungen und Verhaltensweisen bezüglich der eigenen Gesundheit und Krankheit sind dabei von besonderem Interesse. So wird zunächst die Sozialisation der Ärzte, deren soziale Herkunft sowie deren Ausbildung an der Universität beleuchtet und dabei nach ärztlichen Leitbildern gefragt. Im Anschluss daran werden berufsspezifische Belastungsfaktoren sowie das Empfinden der Ärzte von und der Umgang mit Arbeitsbelastungen innerhalb des Untersuchungszeitraums analysiert. Hierbei wird nach angestellten Ärzten im Krankenhaus, niedergelassenen Ärzten in der eigenen Praxis sowie nach Stadt und Land differenziert. Eine weitere Aufschlüsselung nach Facharztgruppen ist nur an wenigen Stellen der Dissertation möglich. Anschließend soll die ärztliche Haltung zur eigenen Gesundheit/Krankheit genauer betrachtet und deren Auswirkungen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Ärzte in Kombination mit den sich wandelnden Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit untersucht werden. Hierbei wird auch auf die Prävalenz bestimmter Krankheiten bei Ärzten im Vergleich zu anderen Professionen (Juristen, Geistlichen, Lehrern, Beamten) eingegangen. Hilfsmaßnahmen für erkrankte und berufsunfähige Ärzte bilden den Abschluss der Arbeit.

Die vorliegende Dissertation soll damit den aktuellen Ärztegesundheitsdiskurs³⁰ um die historische Komponente erweitern, in diesem Zuge auf Kontinuitäten und Wandel innerhalb dieses Themas aufmerksam machen und damit einen Beitrag zum Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Ärztinnen und Ärzten leisten.

29 Schäfer: *Medice cura te ipsum*, S. 30 u. S. 32.

30 Vgl. hierzu u. a. Mäulen: *Ärztegesundheit*; Schwartz; Angerer: *Arbeitsbedingungen und Befinden sowie die Dokumentation des Deutschen Ärztetages in Münster 2019: Wenn die Arbeit Ärzte krank macht*, DÄBl. Sonderausgabe *Arztgesundheit* (2019), S. 1–29.