

Pilotstudie zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung

Entwicklung und inhaltliche Überprüfung eines Analyseverfahrens

vorgelegt von Monika Keller

Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

Gesetzliche Unfallversicherung
Körperschaft des
Öffentlichen Rechts

Telefon (040) 202 07 - 0
Telefax (040) 202 07 – 24 95
www.bgw-online.de



bgw

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege

Impressum

Pilotstudie zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung

Entwicklung und inhaltliche Prüfung eines Analyseverfahrens

Stand 12/2005

© 2005 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege – BGW

Autorin

Monika Keller, Röhrigstr. 18, 22763 Hamburg

Herausgeber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege – BGW

Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg

Telefon: (040) 202 07 - 0

Telefax: (040) 202 07 - 24 95

www.bgw-online.de

Redaktion

Susanne Stamer, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation (Layout)



Inhalt

1	Einleitung	3
2	Die Belastungssituation von Krankenhausärzten	5
3	Anforderungen an ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten	8
3.1	Inhaltliche Anforderungen an ein Verfahren	8
3.2	Anforderungen an ein Verfahren in Bezug auf die betrieblichen Strukturen der Krankenhäuser	9
3.3	Festlegung grundlegender Kriterien zur Entwicklung eines Verfahrens für Krankenhausärzte	10
4	Telefonische Befragung von Betriebsärzten	12
4.1	Fragestellungen der telefonischen Befragung	12
4.2	Durchführung der telefonischen Befragung	13
4.3	Ergebnisse der telefonischen Befragung	14
5	Workshop mit Betriebsärzten	16
5.1	Fragestellungen des Workshops	16
5.2	Durchführung des Workshops	16
5.3	Ergebnisse des Workshops	17
5.4	Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen	19
6	Entwicklung und inhaltliche Überprüfung des Fragebogens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten	20
6.1	Entwicklung des Fragebogens für die Krankenhausärzte	20
6.1.1	Auswahl eines Fragebogens zur Weiterentwicklung für die Krankenhausärzte	21
6.1.2	Weiterentwicklung des ausgewählten Fragebogens für die Krankenhausärzte	23
6.2	Pretest: Inhaltliche Überprüfung des weiterentwickelten Fragebogens	23
6.2.1	Fragestellungen des Pretests	23
6.2.2	Durchführung des Pretests	24
6.2.3	Qualitative Ergebnisse des Pretests	24
6.2.4	Quantitative Ergebnisse des Pretests	26
6.3	Weiterentwicklung des Fragebogens anhand der Pretestergebnisse	28
7	Ausblick	29
	Literatur	30
	Anhang: Fragebogen zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten	32

1. Einleitung

Der Beruf des Arztes* beinhaltet hohe Anforderungen an seine fachliche und emotionale Kompetenz. Neben beträchtlichen arbeitszeitlichen Belastungen und der hohen Verantwortung für kranke Menschen können Schwachstellen in der Arbeitsorganisation, die Arbeit mit den Patienten, unzureichende Umgebungsbedingungen sowie Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten die Arbeitssituation belasten. Im Vergleich zu früher liegen die Aufgaben der Krankenhausärzte heute nicht mehr im gleichen Umfang auf der Patientenversorgung: Aufgaben der Dokumentation und Verwaltung nehmen einen bedeutenden Anteil der Arbeitszeit in Anspruch. Desweiteren zeigen sich in den Krankenhäusern Veränderungen wie verkürzte Behandlungszeiten und Personalabbau, und auch die Bedürfnisse der Patienten unterliegen einem Wandel: Der Anteil an älteren Menschen sowie an chronisch Kranken in der Bevölkerung – bei denen es primär nicht um Heilung, sondern eher um Begleitung geht – nimmt zu und ist für die Ärzte mit neuen Anforderungen verbunden.

Folgen hoher Arbeitsbelastungen können sich in Befindlichkeitsstörungen, psychosomatischen Beschwerden und emotionaler Erschöpfung zeigen und langfristig zu körperlichen oder psychiatrischen Erkrankungen bis hin zur Berufsunfähigkeit führen. Solche Folgen sind nicht nur für die betroffenen Ärzte selbst negativ, sondern auch für die Krankenhäuser, Arbeitskollegen und Patienten, denn Ausfallzeiten zeigen sich in betriebswirtschaftlichen Kosten, und die Anspannung durch die in der Regel ohnehin enge Personaldecke steigt für die verbleibenden Kollegen an, was auch die Patienten in der einen oder anderen Form zu spüren bekommen.

Nicht immer ist es den Betroffenen möglich, konstruktiv – im Sinne einer Bewältigung – mit den auf sie einwirkenden Belastungen umzugehen. So können z.B. festgefahrene Arbeitsstrukturen zielführende Verhaltensänderungen einzelner verhindern. Oftmals ist es möglich, *vorherrschende Belastungen durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen zu reduzieren* und/oder die *Ressourcen der Betroffenen so zu unterstützen bzw. zu fördern*, dass sie den Belastungen besser begegnen können. Ein erster Schritt zur Veränderung und damit auch zur Verbesserung liegt in der *Analyse der Schwachstellen*. Nur dadurch kann der *konkrete Bedarf erkannt* werden, und *erforderliche Interventionen können gezielt und erfolgversprechend implementiert* werden.

Auf diesem Hintergrund wurde für die Zielgruppe der Krankenhausärzte ein *Fragebogen zur Erfassung psychischer Belastungen entwickelt* und *in einem Pretest auf seine inhaltliche Güte hin überprüft*. Als Ergebnis dieser Studie liegt ein Fragebogen vor, der die wichtigsten Aspekte der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus erfasst. Bei einem Einsatz des Fragebogens in der Praxis sollen sich – falls erforderlich – aus den Befragungsergebnissen Hinweise auf Interventionen zur Verbesserung der Arbeitssituation ableiten lassen, die idealerweise bereits frühzeitig ansetzen und die

* Zur sprachlichen Vereinfachung wird immer die männliche Form *Arzt* verwendet, wenn *Ärztinnen und Ärzte* gemeint sind.

Arbeitsbedingungen nachhaltig verbessern, wodurch der *Entwicklung langfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen* vorgebeugt wird.

Um in der Praxis tatsächlich eingesetzt werden zu können, muss der entwickelte Fragebogen in einer groß angelegten Befragung mit Krankenhausärzten auf seine statistische Güte hin überprüft und inhaltlich optimiert werden.

2. Die Belastungssituation von Krankenhausärzten

Der Beruf des Arztes ist durch *hohe Verantwortung für andere Menschen* geprägt, die sich für die Ärzte, z.B. durch Unsicherheiten bei der Diagnosestellung, negativ auswirken kann (Bates, 1982, Brucks, Wahl & Schüffel, 2000, zitiert nach Brucks, 2003). Verschärft oder gar erst hervorgerufen werden solche Belastungen dadurch, dass wichtige Entscheidungen unter hohem Zeitdruck gefällt werden müssen (z.B. Pittner, Peter & Wehr, 1984, Pröll & Streich, 1984), wovon in besonderem Maße jüngere und unerfahrene Ärzte betroffen sind (Bates, 1982), welche ohnehin auch eine signifikant höhere Gesamtbelastung als ältere Ärzte aufweisen (z.B. Herschbach, 1991). Im Zusammenhang mit der hohen Verantwortung steht auch die *Gefahr von Fehlern bzw. Fehlentscheidungen*, die für die Ärzte eine erhebliche Belastung darstellt (Stern, 1996).

Neben der Arbeit mit Patienten besteht der ärztliche Alltag auch aus einem beträchtlichen Anteil an *"nicht-ärztlichen" Aufgaben*, wie Aufgaben der Dokumentation und Verwaltung und der Erledigung pflegerischer Tätigkeiten, die in Untersuchungen von den befragten Ärzten häufig beklagt werden (z.B. Herschbach, 1991, Peter & Ulich, 2003).

Weitere Belastungen eröffnen sich den Ärzten in der *Beziehung zu ihren Patienten*. So führt das Miterleben von Krankheiten, Leid und Tod bei den Ärzten zu emotionaler Betroffenheit (z.B. Pröll & Streich, 1984, Herschbach, 1991). Zudem werden sie auch mit den heftigen Gefühlen ihrer Patienten, wie Ängsten und Verzweiflung konfrontiert (Meerwein, 1984, Reimer & Kurthen, 1985, zitiert nach Herschbach, 1991) und müssen Strategien entwickeln, um diese zu bewältigen und um die Patienten wieder zu beruhigen (McCue, 1982, Herschbach, 1991, Arnetz, 2001).

Um positive Effekte in seiner Arbeitsaufgabe des Heilens zu erzielen, muss der Arzt *Gefühlsarbeit* leisten (Brucks, 1998, zitiert nach Resch & Hagge, 2003). Er muss dabei Einfluss auf die Gefühle seiner Patienten nehmen, um z.B. deren Motivation und Mitarbeit zur Behandlung zu erhöhen, selbst wenn die gezeigten positiven Gefühle bei ihm nicht vorhanden sind. Das bedeutet, dass er oftmals seine wahren Gefühle unterdrücken bzw. zurückhalten muss, woraus besondere Anforderungen an seine Gefühlskompetenz und seine emotionale Belastbarkeit resultieren (Badura, 1995).

Schließlich können auch *soziale Konflikte mit Patienten und deren Angehörigen* die Arzt/Patient-Beziehung belasten.

Eine wichtige Belastungsquelle in der ärztlichen Tätigkeit stellen *Arbeitsüberlastung und Zeitdruck* dar, die in fast allen Studien zum Thema wiederzufinden sind (z.B. Herschbach, 1991, Stern, 1996, Peter & Ulich, 2003) und die durch Personalabbau und verkürzte Behandlungszeiten sowie dem damit einhergehenden Anstieg der Arbeitverdichtung ebenfalls weiter ansteigen dürften.

Daneben sind *Überstunden sowie Nacht- und Wochenenddienste* von zentraler Bedeutung (z.B. Pröll & Streich, 1984), die über die Arbeit hinaus das Familienleben und die Freizeitgestaltung der Ärzte beeinträchtigen (z.B. Herschbach, 1991, Resch & Hagge, 2003). Dabei kommt es verstärkt

für Ärztinnen zu Konflikten zwischen Familie und Karriere (z.B. Heim, 1992, zitiert nach Wegner, Szadkowski, Poschadel, Simms, Niemeyer & Baur, 2002).

Ein weites Feld von Belastungen und Ressourcen der ärztlichen Tätigkeit liegt in der *Arbeitsorganisation*. So können *Regulationshindernisse*, wie nicht oder unvollständig vorhandene Unterlagen (z.B. Röntgenbilder) und/oder Arbeitsunterbrechungen (z.B. Unterbrechungen bei Patientengesprächen), die effiziente Aufgabenausführung der Ärzte behindern und zu Mehrbelastungen führen (z.B. Herschbach, 1991, Peter & Ulich, 2003).

Unregelmäßigkeiten und Unvorhersagbarkeiten, z.B. durch die plötzliche Verschlechterung des Zustands eines Patienten oder die Neuaufnahme von Krisenfällen, scheinen die Arbeit vieler Ärzte im Krankenhaus zu prägen und zu belasten (Orlowski & Gullede, 1986, zitiert nach Laubach, 1998).

Und auch *Unsicherheiten bei der Aufgabenausführung* "leisten" ihren Beitrag zur Belastungssituation bei. Diese lassen sich (zumindest teilweise) auf Führungsdefizite zurückführen, z.B. wenn Zuständigkeiten und Erfolgskriterien nicht klar geregelt sind und/oder die Mitarbeiter kein ausreichendes Feedback über die eigenen Leistungen erhalten (z.B. Stern, 1996, Peter & Ulich, 2003).

Wichtige Ressourcen in der Arbeitsorganisation liegen in *Handlungs- und Entscheidungsspielräumen* von Beschäftigten, also in der Möglichkeit, die eigene Arbeit selbst gestalten und Entscheidungen eigenverantwortlich treffen zu dürfen. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass viele der Befragten diesbezüglich tendenziell zufrieden sind (Ullrich, 1987, Stern, 1996). In Bereichen, die über die reine Aufgabenerfüllung hinausgehen (z.B. administrative Entscheidungen und Maßnahmen) schätzen die Ärzte ihre Einflussmöglichkeiten jedoch geringer ein (Bates, 1982, Peter & Ulich, 2003).

Neben der Möglichkeit zur Einflussnahme ist auch die *Kontrolle über den eigenen Arbeitsplatz* von zentraler Bedeutung, die allerdings von vielen Ärzten anscheinend nur in geringem Maße wahrgenommen wird (z.B. Stern, 1996, Spickard, Gabbe & Christensen, 2002).

Die *sozialen Beziehungen zu Kollegen, Vorgesetzten und anderen Berufsgruppen* halten für die Ärzte wichtige Belastungen und Ressourcen bereit. Eine große Rolle im Belastungsgeschehen spielen *Konflikte mit Kollegen*, und auch eine *hohe Konkurrenz untereinander* sowie *Mobbing* können das soziale Klima am Arbeitsplatz beeinträchtigen (z.B. Stern, 1996, Pfausler et al., 1998, Lert et al., 2001). Die Beziehungen zu Vorgesetzten scheinen, z.B. aufgrund von *mangelnder Unterstützung* oder *rigider Vorgesetztenstrukturen*, häufig negativ wahrgenommen zu werden (z.B. Pittner, 1986, Stern, 1996).

Schließlich scheint ebenfalls die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, insbesondere dem Pflegepersonal und der Verwaltung, für Probleme anfällig zu sein, die sich z.B. durch *Mängel in der Schnittstellenqualität* oder *Konflikte* (z.B. Pfausler et al., 1998, Peter & Ulich, 2003) ausdrücken.

Wichtige positive Aspekte in der sozialen Situation am Arbeitsplatz können für die Krankenhausärzte z.B. in einem *guten Verhältnis zu ihren Kollegen* und einem *verständnisvollen Vorgesetzten* liegen (Peter & Ulich, 2003). Die soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte sowie die Erörterung von Problemen mit Kollegen und – außerhalb der Arbeit – mit Freunden und der Familie spielen eine wichtige Rolle für die Ärzte und wirken sich stressreduzierend aus (Slaby & Glicksman, 1986, Stern, 1996). In einigen Untersuchungen zeigte sich erfreulicherweise, dass die soziale Unterstützung

und der Austausch mit Kollegen von den befragten Ärzten tendenziell als vorhanden und hoch eingeschätzt wurden (Herschbach, 1991, Peter & Ulich, 2003).

Ebenfalls von Bedeutung scheint die *Anerkennung durch Kollegen, Vorgesetzte und die Krankenhausleitung* zu sein. Verschiedene Untersuchungen zeigen bezüglich ihrer Ausprägung in der Praxis allerdings sehr unterschiedliche Ergebnisse (Herschbach, 1991, Ullrich, 1987, Stern, 1996).

Bezüglich der *Gestaltung der Arbeitsumgebung* werden in Studien z.B. schlechte klimatische Verhältnisse, gesundheitsgefährdende Umgebungseinflüsse sowie Mängel in der räumlichen Ausstattung kritisiert (z.B. Pröll & Streich, 1984).

In einigen Bereichen – insbesondere im OP – sind auch *körperliche Belastungen* (durch langes Stehen, Zwangshaltungen etc.) von Bedeutung (z.B. Pittner et al., 1984).

Neben den Aspekten, die die Arbeitsbedingungen direkt betreffen, haben auch die *Rahmenbedingungen im Krankenhaus* Einfluss auf die Arbeitssituation der Ärzte. Hier spielen die *finanziellen Ressourcen* und die *Personalsituation* (z.B. Personalschlüssel, Qualifikation und Fluktuation) (Ullrich, 1987, Graham, Ramirez, Cull, Finlay, Hoy & Richards, 1996, Resch & Hagge, 2003), die *Unternehmenskultur und Unternehmenspolitik* (z.B. Stern, 1996) sowie *Arbeitsplatz(un)sicherheit* und die *eigenen beruflichen Zukunftsperspektiven* (z.B. Peter & Ulich, 2003) eine Rolle.

Folgen psychischer Belastungen

Unter den Beanspruchungsfolgen, die sich bei den Ärzten mittelfristig entwickeln, sind *Beschwerden* und *Befindlichkeitsstörungen* wie Müdigkeit, Mattigkeit, übermäßiges Schlafbedürfnis, Reizbarkeit, Nervosität, innere Unruhe und Grübelei zu nennen sowie – als *körperliche Beeinträchtigungen* – Kreuz- und Rückenschmerzen, Muskelverspannungen, Erkältungen, Atembeschwerden, Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden (Pröll & Streich, 1984, Ullrich, 1987, Herschbach, 1991, Stern, 1996). Hervorzuheben ist außerdem die *emotionale Erschöpfung*, die ein erheblicher Anteil der Ärzte entwickelt (z.B. Peter & Ulich, 2003) und die eines der wesentlichen Merkmale des Burnout-Syndroms darstellt.

Allgemein kann für die Ärzte von einer *erhöhten Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen* ausgegangen werden, die sich insbesondere in depressiven Erkrankungen und einer erhöhten Suizidrate ausdrücken kann (Herschbach, 1991, König, 2001, zitiert nach Resch & Hagge, 2003). Zahlreiche Studien weisen außerdem auf eine *erhöhte Suchtgefährdung* – in Form von Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenmissbrauch – für die Ärzte hin (z.B. Firth-Cozens, 2001, Jurkat & Reimer, 2001, zitiert nach Resch & Hagge, 2003).

3. Anforderungen an ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten

Im Themenbereich der Arbeitsanalyse existiert eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden und Instrumente. Geht es um die *Entwicklung eines konkreten Analyseverfahrens*, wird diese durch das Ziel der Analyse sowie weiterer spezifischer Bedingungen – wie z.B. der Zielgruppe der Befragten und der Anwendergruppe des Verfahrens – geprägt. Das Vorgehen muss also dem konkreten Anlass und den vorherrschenden Rahmenbedingungen angepasst werden.

Um den konkreten Bedarf an das für die Krankenhausärzte zu entwickelnde Verfahren so genau wie möglich zu berücksichtigen, ist es wichtig, sowohl *inhaltliche Anforderungen an ein Verfahren zur Gefährdungsermittlung* als auch die *betrieblichen Strukturen und Erfordernisse seitens der Krankenhäuser* mit einzubeziehen.

3.1 Inhaltliche Anforderungen an ein Verfahren

Ziel der vorliegenden Studie ist die *Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren*. Dabei sollen die Ergebnisse des zu entwickelnden Analyseverfahrens eine *Risikoabschätzung* ermöglichen. Wird im Bereich der psychischen Belastungen ein erhöhtes Maß an Gefährdungen ermittelt, sollen diese reduziert werden, um letztendlich der Entwicklung langfristiger gesundheitlicher Beeinträchtigungen vorzubeugen.

Einen für diesen Anlass günstigen theoretischen Hintergrund bietet das *Belastungs-Beanspruchungs-Konzept*. Das Modell, das ursprünglich aus der Technischen Mechanik stammt und später auf den Bereich der psychischen Belastungen "übertragen" wurde, geht davon aus, dass die als *neutral* angesehenen *psychischen Belastungen* von außen auf den Menschen einwirken. Die *unmittelbaren Auswirkungen* dieser Belastungen werden vom Menschen als *psychische Beanspruchungen* erlebt, die zudem von den persönlichen Voraussetzungen (Fähigkeiten, Fertigkeiten u.ä.) und Bewältigungsstrategien einer Person abhängig sind. Überschreiten die vorherrschenden Belastungen ein bestimmtes Ausmaß, kommt es zur *Fehlbeanspruchung (Überforderung oder Unterforderung)* (vergl. Rohmert, 1984, Oesterreich, 1999, DIN EN ISO 10075-1). Von den psychischen Beanspruchungen abzugrenzen sind die *Beanspruchungsfolgen*, die sich durch *anhaltende psychische Belastungen und Beanspruchungen* entwickeln können. Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept erlaubt die Festlegung von Grenzwerten, die bei Überschreitung Beeinträchtigungen nach sich ziehen, wodurch die angestrebte Risikoabschätzung realisiert werden kann. Im Modell unberücksichtigt, aber dennoch von großer Bedeutung, sind die *Ressourcen*, die als "Ausgleich" für vorhandene Belastungen dienen können. Ressourcen sind Bedingungen und Voraussetzungen innerhalb oder außerhalb einer Person, die es ihr erlauben, mit vorhandenen

Belastungen umzugehen, wie z.B. soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitserleben oder Handlungsspielraum.

Für die Inhalte eines Analyseverfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten lässt sich daraus ableiten, dass die *psychischen Belastungen* selbst – also die Ursachen der Gefährdungen –, das unmittelbare Erleben dieser psychischen Belastungen durch die Betroffenen – also die *psychischen Beanspruchungen* – sowie wichtige *Ressourcen* zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit erfasst werden sollten. Eine Erhebung von *Beanspruchungsfolgen* könnte die *Auswirkungen psychischer Belastungen und Beanspruchungen* auf die Beschäftigten ermitteln, jedoch nicht die *arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren selbst*. Aus solchen Ergebnissen könnte nicht abgeleitet werden, welche Belastungen und Beanspruchungen für die vorhandenen Beanspruchungsfolgen verantwortlich sind, was in Bezug auf die Reduzierung von Gefährdungen allerdings wichtig ist. Deshalb werden die Beanspruchungsfolgen in dem zu entwickelnden Analyseverfahren außen vor gelassen.

Aus inhaltlicher Perspektive sollten die psychischen Belastungen der Ärzte möglichst *breit und ausführlich* erhoben werden, damit aus den Ergebnissen eine gute Einschätzung der Belastungssituation vorgenommen werden kann.

Eine Anforderung an die Entwicklung eines Verfahrens, das nicht nur dem Anspruch der Gefährdungsermittlung sondern auch der *Gefährdungsreduktion* Rechnung trägt, besteht darin, aus den Ergebnissen *Gestaltungshinweise* ableiten zu können. Somit sollte angestrebt werden, dass bei der Entwicklung eines Verfahrens für die Krankenhausärzte Ansatzmöglichkeiten zur Planung belastungsreduzierender Maßnahmen berücksichtigt werden, um die Krankenhäuser auch in diesem Schritt zu unterstützen.

Weitere wichtige Voraussetzung für die Planung von Maßnahmen und somit für die Konzeption eines Analyseverfahrens ist schließlich, dass die erfassten Belastungen durch Interventionen *veränderbar* sind (vergl. Bungard, 1997). Deshalb ist unter dieser Zielsetzung schon vorab genau zu überlegen, welche Belastungen in der Praxis generell beeinflussbar sind bzw. durch welche Interventionen sie beeinflusst werden könnten.

3.2 Anforderungen an ein Verfahren in Bezug auf die betrieblichen Strukturen der Krankenhäuser

Von Seiten der BGW ist aufgrund ihrer Struktur und Größe sowie der Anzahl ihrer Mitgliedsbetriebe die Entwicklung eines Verfahrens angedacht, das den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird, jedoch von den Einrichtungen *selbständig anzuwenden* ist. Als Ansprechpartner in den Krankenhäusern eignet sich beim Thema "Psychische Belastungen in der Regel am besten der Betriebsarzt. Er ist ohnehin mit der Gesundheit der Beschäftigten des Krankenhauses befasst und hat, sofern er (überhaupt) hauptberuflich im Krankenhaus tätig ist, eine Stabsstellenfunktion außerhalb der ansonsten vorherrschenden Hierarchie inne. Außerdem hat der Betriebsarzt Schweigepflicht und sollte idealerweise auch eine Vertrauensstellung im Unternehmen einnehmen, was bei der Analyse psychischer Belastungen – als einem für alle Beteiligten sensiblen Thema – von großem Vorteil ist.

Unterstützung im Gesamtprozess der Erfassung und Beurteilung psychischer Belastungen sollten die Betriebsärzte von anderen Personen in den Krankenhäusern erhalten, wie z.B. Beschäftigten der Personalabteilung, des Qualitätsmanagements oder der Fachkraft für Arbeitssicherheit.

Aus der "Festlegung" des potentiellen Anwenders heraus lassen sich für das zu entwickelnde Verfahren verschiedene Anforderungen ableiten. Zentral ist dabei die Tatsache, dass kein Experteninstrument, sondern ein Instrument für psychologische Laien erforderlich ist. Es muss also inhaltlich einfach aufbereitet sein und sollte einen möglichst *hohen Grad an Standardisierung* aufweisen, um den Raum für Spekulationen und Interpretationen, zu denen umfassendes psychologisches Hintergrundwissen erforderlich ist, möglichst gering zu halten.

Aufgrund begrenzter zeitlicher Kapazitäten sowohl der Betriebs- als auch der Krankenhausärzte besteht desweiteren die Forderung nach einem *ökonomisch gestalteten Analyseverfahren*, das möglichst schnell und unkompliziert angewendet werden kann.

3.3 Festlegung grundlegender Kriterien zur Entwicklung eines Verfahrens für Krankenhausärzte

Bei der Form, wie die psychischen Belastungen der Krankenhausärzte messbar gemacht werden können, wird zwischen *objektiven und subjektiven Verfahren* differenziert, bei denen jeweils wiederum zwischen *bedingungsbezogenen und personenbezogenen Analysen* unterschieden wird (Gablenz-Kolakovic, Krogoll, Oesterreich & Volpert, 1981 und Udris, 1981, zitiert nach Dunckel, Zapf & Udris, 1991).

Da wesentliche Merkmale der Arbeitstätigkeit aus den in einem Krankenhaus vorherrschenden Arbeitsbedingungen resultieren und nicht auf individuelle Eigenarten der Ärzte zurückzuführen sind, sollten bei der Erfassung psychischer Belastungen der Krankenhausärzte primär *bedingungsbezogene Aspekte* erfragt werden (vergl. Hacker, 1986, zitiert nach Dunckel, 1997). Das macht außerdem Sinn, da angestrebt wird, dass sich die Reduzierung der psychischen Belastungen vorrangig auf die *Verbesserung von Arbeitsbedingungen* konzentrieren soll.

Eine ausschließliche Konzentration auf die Bedingungen ist allerdings nicht möglich, da viele der psychischen Belastungen, denen die Ärzte im Krankenhaus ausgesetzt sind, *emotionaler Natur* – und damit nur indirekt von den vorherrschenden Arbeitsbedingungen abhängig – sind. Da vornehmlich die Patienten mit ihren Krankheiten die "Verursacher" dieser emotionalen Belastungen sind und gleichzeitig die primäre "Arbeitsaufgabe" darstellen, werden sich diese Belastungen grundsätzlich nicht reduzieren lassen. Durch eine *personenbezogene Analyse* der Arbeitsbelastungen lassen sich jedoch Ausmaß und Schwerpunkte der emotionalen Belastungen ermitteln, woraufhin durch gezielte Maßnahmen – z.B. durch Qualifizierung der Betroffenen oder durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen – auf eine Erleichterung des Umgangs mit diesen Belastungen hingewirkt werden kann.

Die Vielzahl emotionaler Belastungen, denen die Krankenhausärzte ausgesetzt sind, bedeutet gleichzeitig, dass diese durch Außenstehende nicht ohne weiteres *beobachtbar* sind und insbesondere in ihrem Ausmaß – welches zudem interindividuell je nach Ausprägung persönlicher Ressourcen variieren kann – nicht erfasst werden können. Deshalb wurde als Verfahren zur

Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten ein *subjektives Analyseverfahren* – also eine Form der *Mitarbeiterbefragung* – angestrebt, in dessen Erhebung die Einschätzungen und das Erleben der Beschäftigten mit einfließen.

Auch unter Berücksichtigung der potentiellen Anwender des zu entwickelnden Verfahrens erscheint die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung für die Krankenhausärzte angemessen, denn objektive Verfahren (z.B. Beobachtungsverfahren) setzen im Vergleich zu subjektiven Verfahren umfassendere psychologische Kenntnisse und Erfahrungen voraus und sind außerdem recht zeitaufwendig.

Aus den dargestellten Anforderungen lässt sich die Entwicklung eines *Screening-Verfahrens* ableiten. Screening-Instrumente können einen *Überblick über die Belastungssituation* liefern und somit die Beurteilung des Risikos für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren durch psychische Belastungen ermöglichen. Sie geben in der Regel auch *Hinweise auf Ursachen* der psychischen Belastungen, aus denen abgeleitet werden kann, wo Interventionen zur Verbesserung der Arbeitssituation erforderlich sind (DIN EN ISO 10075-3/Entwurf Februar 2003).

Zu Gunsten einer guten Handhabbarkeit und Anwendbarkeit des Analyseinstruments in den Krankenhäusern wurde ein Kompromiss in Hinblick auf die inhaltliche Breite der zu erfassenden Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen angestrebt: Das zu entwickelnde Verfahren sollte sich auf die Erfassung der für die Ärzte in der Praxis *relevanten Aspekte* konzentrieren, um den inhaltlichen Anforderungen in Bezug auf die Belastungssituation zu genügen. Es sollte jedoch vom Umfang her *begrenzt* sein und sich auf die tatsächlich *beeinflussbaren Merkmalsbereiche* beschränken, um den betrieblichen Gegebenheiten entsprechend möglichst *einfach und zeitsparend* angewendet werden zu können.

4. Telefonische Befragung von Betriebsärzten

Zur Entwicklung eines Verfahrens für die Krankenhausärzte sind neben Kenntnissen über die Zielgruppe auch Informationen darüber wichtig, ob bzw. was in den Krankenhäusern zur Erfassung der psychischen Belastungen der Ärzte bereits unternommen wird. Zum einen ermöglicht das einen *Einblick, inwieweit sich die Krankenhäuser überhaupt schon mit der Thematik auseinandergesetzt haben* bzw. vertraut sind. Zum anderen existieren möglicherweise bereits *gute Ansätze und Verfahren*, auf die aufgebaut werden kann.

Zu diesem Zweck wurden telefonische Interviews mit Betriebsärzten in Krankenhäusern durchgeführt. Dabei konnte in kurzer Zeit ein guter Überblick über die Aktivitäten in den Krankenhäusern gewonnen werden.

Neben der "Bestandsaufnahme" laufender Aktivitäten hatten die Interviews eine zweite Funktion: Es sollte ein *erster Kontakt zu den Betriebsärzten* als den potentiellen Anwendern des zu entwickelnden Verfahrens hergestellt werden, um sie einerseits über das laufende Projekt zu informieren und andererseits ihr *Interesse an der Thematik* in Erfahrung zu bringen.

4.1 Fragestellungen der telefonischen Befragung

Folgende Inhalte waren Gegenstand der telefonischen Befragung:

I. Bestandsaufnahme der Aktivitäten in den Krankenhäusern:

1. Haben die Betriebsärzte in den Krankenhäusern bereits Aktivitäten zur Erfassung der psychischen Belastungen der dort beschäftigten Ärzte durchgeführt?
2. Falls das der Fall ist, in welcher Form wurden diese konkret durchgeführt? Welche *Methoden und Verfahren* wurden eingesetzt?

Neben allgemeinen Informationen über eingesetzte Methoden, zielte diese Frage auf die Notwendigkeit *standardisierter Verfahren* ab, damit aus den gewonnenen Analyseergebnissen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für eine ganze Gruppe oder sogar alle Ärzte eines Hauses abgeleitet werden können.

3. Welche *Erfahrungen* haben die Betriebsärzte mit der Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten gemacht?

Diese Frage hatte zwei Hypothesen zum Hintergrund: Zum einen würde sich an ihrer Beantwortung zeigen, ob sich die gewählte Form der Erfassung bewährt hat. Zum anderen berücksichtigte sie, dass der Umgang mit dem Thema "Psychische Belastungen" vielen psychologischen Laien fremd ist und dadurch zu einer kritischen oder gar abneigenden Haltung führen kann, die sich in einer betrieblichen Befragung möglicherweise durch Widerstände o.ä.

äußert. Solchen "erschwerenden Bedingungen" müsste bei der Einführung eines Analyseverfahrens entgegengewirkt werden (z.B. durch unterstützende Maßnahmen durch die BGW).

4. Es wurde vorab vermutet, dass eine Ermittlung psychischer Belastungen bisher nur in wenigen Krankenhäusern erfolgt ist: Worin liegen die konkreten Gründen dafür?

II. Interesse der Betriebsärzte an der Thematik:

5. Haben die Betriebsärzte grundsätzliches Interesse an der Entwicklung eines Analyseverfahrens für die Krankenhausärzte?
6. Haben die Betriebsärzte Interesse zur Teilnahme an einem halbtägigen Workshop in der BGW, um gemeinsam Kriterien für ein zu entwickelndes Analyseverfahren zu erarbeiten? (siehe Kap. 5). Bei vorhandenem Interesse sollte eine schriftliche Einladung zum Workshop folgen.

4.2 Durchführung der telefonischen Befragung

Die telefonischen Interviews wurden im Zeitraum vom 28.08.-29.09.03 durchgeführt. Die Befragten waren zum großen Teil Betriebsärzte aus *Mitgliedsbetrieben der BGW*, die in allgemeinen Krankenhäusern tätig sind. Zusätzlich wurden einige wenige Betriebsärzte aus Fachkliniken und Nicht-Mitgliedsbetrieben der BGW interviewt, zu denen ein persönlicher Kontakt bestand. Um eine unkomplizierte Teilnahme am geplanten Workshop in Hamburg zu ermöglichen, konzentrierte sich die Befragung auf den norddeutschen Raum "rund um" Hamburg.

Insgesamt lagen die Adressen/Telefonnummern von 91 Krankenhäusern und/oder Betriebsärzten vor. Nach Abzug der Betriebsärzte, die mehr als ein Krankenhaus betreuen, der Belegkrankenhäuser, die keine oder nur sehr wenige angestellte Ärzte beschäftigen, sowie der Betriebsärzte, die entweder nicht erreichbar oder nicht zu einem telefonischen Interview bereit waren, verblieben 58 Betriebsärzte, mit denen ein Interview geführt wurde.

Tab. 1 Überblick über die Anzahl und Zusammensetzung der Kontaktadressen sowie die Anzahl der durchgeführten Telefoninterviews

<i>Kontakte</i>	<i>Anzahl der Kontakte</i>
vorliegende Adressen von Krankenhäusern insgesamt	91
allgemeine Krankenhäuser mit und ohne OP (Mitgliedsbetriebe der BGW)	85
allgemeine Krankenhäuser mit und ohne OP (Mitgliedsbetriebe der BGW) abzüglich der Belegkrankenhäuser	76
Betriebsärzte aus allgemeinen Krankenhäusern mit und ohne OP (Mitgliedsbetriebe der BGW) abzüglich der Belegkrankenhäuser (Betreuung mehrerer Krankenhäuser herausgerechnet)	61
Kontakte zu Betriebsärzten durch die Aufsichtspersonen der BGW	6
insgesamt mögliche Interviews mit Betriebsärzten	67
insgesamt durchgeführte Interviews mit Betriebsärzten	58
nicht zustandegekommene Interviews	9

4.3 Ergebnisse der telefonischen Befragung

I. Bestandsaufnahme der Aktivitäten in den Krankenhäusern

Im Zuge der telefonischen Interviews zeigte sich, dass es unter den Befragten keinen Betriebsarzt gab, der bisher eine *systematische Erfassung* der psychischen Belastungen der Ärzte in dem von ihm betreuten Krankenhaus durchgeführt hatte.

Es wurden allerdings eine Reihe anderer Aktivitäten genannt, die zeigen, dass das Thema (in manchen Häusern) durchaus präsent ist. So werden z.B. im Rahmen der *arbeitsmedizinischen Untersuchungen* die psychischen Belastungen der Krankenhausärzte thematisiert, was teilweise zu Gesprächen mit den Betroffenen führt. Einige wenige Betriebsärzte führen außerdem mit belasteten Krankenhausärzten außerhalb der arbeitsmedizinischen Untersuchungen *Einzelgespräche und Einzelinterventionen* durch.

Auch im Zuge der *Gefährdungsanalyse* bzw. bei *Arbeitsplatzbegehungen* wird nach psychischen Belastungen gefragt. Beispielsweise wird jeweils die Einschätzung eines Mitarbeiters pro Abteilung zu den dort vorherrschenden psychischen Belastungen aufgenommen.

Als weitere Aktivitäten im Bereich der psychischen Belastungen, die in den Krankenhäusern laufen und an denen die Betriebsärzte zum Teil mitwirken, wurden genannt: Thematisierung der psychischen Belastungen im Arbeitsschutzausschuss, Durchführung von Maßnahmen zur Arbeitsverbesserung (z.B. Arbeitszeiten, Arbeitsabläufe), Balint-Gruppen und andere Gesprächsgruppen, Einführung einer Arbeitsgruppe zur Verbesserung der Arbeitszufriedenheit (ähnlich einem Gesundheitszirkel), Einrichtung einer Mobbing-Beratung.

Bezüglich der Gründe dafür, dass bisher noch keiner der Betriebsärzte eine systematische Erfassung der psychischen Belastungen der Krankenhausärzte durchgeführt hatte, wurde häufig *Zeitknappheit* genannt, die sowohl auf Seiten der Betriebsärzte als auf Seiten der Krankenhausärzte herrscht. Vor diesem Hintergrund sowie unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Fluktuation unter den Ärzten insgesamt sehr hoch ist, wurde auch hinterfragt, ob sich der Aufwand einer Befragung lohnen würde. Darüber hinaus sind die Krankenhausärzte für die Betriebsärzte anscheinend nur *schwer erreichbar*. Neben der genannten Zeitproblematik – so vermuten die Betriebsärzte – möchten sich die Krankenhausärzte nicht mit dem Thema beschäftigen und/oder nicht mit dem Betriebsarzt darüber sprechen. Und auch von anderen Gruppen im Krankenhaus, wie *Vorgesetzten* und der *Krankenhausleitung*, erwarten die Betriebsärzte nur wenig Interesse an dem Thema. Von einigen Befragten wurde sogar bereits eine *ablehnende Haltung* erfahren.

Weitere Gründe für die "Nicht-Erfassung" können z.B. darin liegen, dass im Krankenhaus größere *strukturelle oder personelle Veränderungen* (z.B. Fusionierung) stattfinden, generell *schlechte Rahmenbedingungen* (z.B. fehlende finanzielle Ressourcen) oder eine *pessimistische Einschätzung bezüglich der Konsequenzen aus einer Befragung* vorherrschen.

Darüber hinaus fühlen sich viele der Betriebsärzte *für psychologische Themen schlecht ausgebildet*, so dass ihnen notwendige Kenntnisse und Fertigkeiten fehlten. Und schließlich mangelt es bisher an einem *Verfahren zur Belastungsanalyse*.

II. Interesse der Betriebsärzte an der Thematik

Obwohl die Betriebsärzte bisher noch keine Aktivitäten zur systematischen Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten unternommen hatten, war ihr *grundsätzliches Interesse* an dem Thema "Psychische Belastung" sowie an der Entwicklung eines Verfahrens für die Krankenhausärzte *groß*. 54 der Befragten bekundeten diesbezüglich ihr Interesse. Das Interesse an der Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten war mit 52 Betriebsärzten fast ebenso hoch. Eine Einladung zum geplanten Workshop wurde von 42 der Befragten erwünscht.

Tab. 2 Antworten der Betriebsärzte auf die Fragen nach ihren Interessen zum Thema "Psychische Belastung", an einem Analyseverfahren und an dem Workshop

<i>Fragen im Interview</i>	<i>Antworten</i>	
	Ja	nein
Interesse am Thema "Psychische Belastung von Krankenhausärzten"	54 (93,1%)	4 (6,9%)
Interesse an der Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten	52 (89,7%)	6 (10,3%)
Einladung zum geplanten Workshop erwünscht	42 (72,4%)	16 (27,6%)

5. Workshop mit Betriebsärzten

5.1 Fragestellungen des Workshops

Mit der Durchführung des Workshops wurden mehrere Ziele verfolgt. Zunächst einmal ging es darum *Kriterien herauszuarbeiten*, die bei der Konzeption eines Verfahrens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten berücksichtigt werden sollten. Als potentielle Anwender sind die Betriebsärzte aus Krankenhäusern besonders gut geeignet, um einzuschätzen, wie ein Verfahren aussehen müsste, damit sie es einsetzen können. Sie sind – anders als die Krankenhausärzte – nicht selbst von der Erhebung der psychischen Belastungen betroffen und haben dennoch gute Einblicke in die Strukturen der von ihnen betreuten Krankenhäuser sowie Erfahrungen mit den an einer Erhebung beteiligten Gruppen im Krankenhaus (Krankenhausärzte, Klinikleitung, Betriebsrat u.a.).

Da von Seite der BGW nicht automatisch vorausgesetzt wurde, dass die Erfassung psychischer Belastungen – wie üblich – mit einem Fragebogen erfolgen müsse, wurde im Workshop neben dem *Fragebogen* auch das *Gruppeninterview* als mögliche Erhebungsmethode vorgestellt*. Beide Herangehensweisen sollten auf ihre *Einsetzbarkeit im Krankenhaus* bewertet werden.

Darüber hinaus sollte im Workshop herausgearbeitet werden, ob und bei welchen *Anforderungen im Gesamtprozess* einer Mitarbeiterbefragung die Anwender *Unterstützung* benötigen würden (z.B. bei der Ableitung von Maßnahmen), und in welcher Form diese Unterstützung erbracht werden könnte (z.B. durch Schulungen).

5.2 Durchführung des Workshops

Der halbtägige Workshop fand am 7. November 2003 in der Hauptverwaltung der BGW in Hamburg statt. Insgesamt nahmen 16 Betriebsärzte teil.

Nach einem Überblick über den Stand des laufenden Projektes, den gesetzlichen Grundlagen zur Gefährdungsermittlung psychischer Belastungen und einem Erfahrungsbericht über eine andere bereits durchgeführte Mitarbeiterbefragung in einem Krankenhaus, wurden die beiden Erhebungsmethoden beschrieben und zur Diskussion gestellt. Kern des Workshops machte eine *Gruppenarbeit* mit anschließender *Diskussion im Plenum* aus, die inhaltlich konkret auf die Fragestellungen des Workshops einging.

Vier Kleingruppen bewerteten die beiden Methoden (Fragebogenerhebung und Gruppeninterviewverfahren) jeweils nach einem der folgenden Aspekte bezüglich ihrer *Chancen und Risiken*:

* Das Gruppeninterview wurde als strukturiertes Gruppengespräch skizziert, in dem von den Teilnehmern in einem ersten Schritt die Belastungssituation erörtert bzw. diskutiert wird, und in einem zweiten Schritt Vorschläge zur Verbesserung erarbeitet werden. Teilnehmen kann an einem Gruppeninterview – aufgrund der notwendigen Begrenzung der Gruppengröße – häufig nur ein Anteil der betroffenen Mitarbeiter. Als Moderator wurde der Betriebsarzt vorgeschlagen.

1. Akzeptanz des Verfahrens durch die Krankenhausärzte und ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einer Befragung;
2. Anwendbarkeit/Handhabbarkeit des Verfahrens für die Betriebsärzte;
3. Ableitung, Umsetzung und Akzeptanz von Maßnahmen;
4. Akzeptanz des Verfahrens durch Vorgesetzte und Krankenhausleitung.

Ziel der so unterteilten Aufgabenstellung war es, die beiden Erhebungsmethoden möglichst gut und konkret miteinander vergleichen zu können.

Die Ergebnisse in den einzelnen Kleingruppen wurden im Plenum vorgestellt und anschließend von den Workshopteilnehmern diskutiert.

5.3 Ergebnisse des Workshops

Einschätzung der beiden Methoden (Fragebogenerhebung vs. Gruppeninterviewverfahren)

Nach Einschätzung der Betriebsärzte im Workshop sollte als Methode zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten ein *Fragebogen* entwickelt werden. Diesem Verfahren wurden – im Vergleich zum Gruppeninterview – bessere Chancen eingeräumt, von den beteiligten Gruppen im Krankenhaus akzeptiert und erfolgreich angewendet zu werden. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass der Einsatz eines Fragebogens den Befragten *Anonymität* gewähren kann, was zum Einstieg in den Befragungs- und Gestaltungsprozess als sehr wichtig angesehen wurde. Ein weiterer Vorteil liegt außerdem in der *guten Erreichbarkeit aller Betroffenen*, die sicherlich zur Akzeptanz der Fragebogenerhebung beiträgt. Die hohe *Durchführungs- und Auswertungsobjektivität* sowie die *standardisierten Ergebnisse* sollten ebenfalls dazu führen, von Betroffenen und Vorgesetzten besser anerkannt zu werden. Neben dem vermuteten *geringeren Zeitaufwand* wurde die Fragebogenerhebung von den Betriebsärzten auch als *einfacher* bewertet, was sich sowohl auf die organisatorische Komponente der beiden Verfahren bezieht als auch auf die hohen Kompetenzen, die die Durchführung von Gruppeninterviews erfordert.

Das *Gruppeninterview* wurde als *ergänzende Methode zum Fragebogen* durchaus als sinnvoll und nützlich beurteilt: Nach der Erfassung der psychischen Belastungen mit Hilfe eines Fragebogens könnten die gewonnenen Ergebnisse in einem strukturierten Gruppeninterview von den betroffenen Krankenhausärzten zunächst diskutiert und anschließend Interventionen erarbeitet werden. Damit würde die Stärke des Gruppeninterviews zum Ausdruck kommen: Es ist lösungsorientiert und erhöht – durch die Beteiligung der Betroffenen – die Akzeptanz für nachfolgend durchzuführende Maßnahmen. Deshalb wurde im Workshop angeregt, in das zu erarbeitende *Gesamtkonzept einer Mitarbeiterbefragung* über den Fragebogen hinaus ein Gruppeninterview zu integrieren.

Inhaltliche Anregungen für ein Verfahren

Neben Anregungen zu konkreten Inhalten des zu entwickelnden Verfahrens wurde vorgeschlagen, in einen Fragebogen eine *offene Frage* zu integrieren, wodurch die Breite der zu erfassenden Belastungen erweitert werden würde. Trotz der Bedenken, dass die Auswertung offener Fragen sehr aufwendig sei, wurde dies von den Workshopteilnehmern als sinnvoll angesehen.

Anregungen zum Gesamtprozess

Die Vorschläge zu unterstützenden Maßnahmen beim Einsatz des zu entwickelnden Verfahrens waren zahlreich. In Bezug auf Angebote, die die Betriebsärzte als Verfahrensanwender konkret bei der Durchführung einer Befragung unterstützen könnten, wurde der Wunsch nach einer "Anleitung" mit *Organisations- und Planungstipps* zur Befragung geäußert. Desweiteren sollten für eine Erhebung mittels Fragebogen alle notwendigen Materialien zur Durchführung und Auswertung von der BGW bereitgestellt werden und die Betriebsärzte zusätzlich durch Auswertungshilfen (z.B. PC-Auswertungsprogramm) sowie *Schulungen zum Verfahren und zu Techniken (Moderation)* Unterstützung erhalten. Zur zeitlichen Entlastung der Betriebsärzte wäre außerdem die Auswertung der Fragebögen durch ein externes Institut erstrebenswert. Auch bei der Bewertung der (Fragebogen-)Ergebnisse und der Beurteilung, welche Maßnahmen bei einer konkreten Belastungssituation am besten bzw. am vielversprechendsten umgesetzt werden können, bestand der Wunsch nach Unterstützung durch die BGW. Im Falle eines Gruppeninterviewverfahrens wäre auch die *"Bereitstellung" von Moderatoren* durch die BGW hilfreich.

Zusätzlich wäre es sinnvoll, wenn allen Krankenhäusern, die das Verfahren anwenden (wollen), die Informationen und Ergebnisse (in anonymisierter Form) der anderen Anwender zur Verfügung stehen würden. Dazu könnten entweder alle Krankenhäuser, die die Befragung durchführen, ihre Ergebnisse der BGW zukommen lassen, oder die BGW könnte die "anwendenden" Krankenhäuser zu ihren Erfahrungen befragen, insbesondere dazu, ob sie die Befragung tatsächlich durchgeführt haben und welche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen mit welchem Erfolg umgesetzt werden konnten. Solche Informationen könnten gegebenenfalls auch zur *Argumentation für die Durchführung einer Befragung* gegenüber der Krankenhausleitung und anderen betrieblichen Gruppen im Krankenhaus dienen.

Anregungen zur Förderung von Interesse und Akzeptanz im Krankenhaus

bezüglich einer Befragung von Ärzten

Für die Entwicklung bzw. Verbreitung eines Analyseverfahrens wurde angeregt, dass die BGW *andere am Thema interessierte Organisationen* (Marburger Bund, Unfallkasse u.a.) einbeziehen sollte, um ein gemeinsames Vorgehen zur Verbesserung der Situation der Krankenhausärzte zu verfolgen. Durch die Thematisierung der psychischen Belastungen von "mehreren Seiten" und ein gemeinsam empfohlenes Konzept diesbezüglich würden die Chancen steigen, dass sich tatsächlich positive Veränderungen in den Krankenhäusern entwickeln könnten.

Außerdem wurde angeregt, dass das Thema "Psychische Belastung" stärker mit dem Bereich des *Qualitätsmanagements* kombiniert werden könnte, da die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Mitarbeiter in Unternehmen auch in diesem Bereich ein wichtiges Kriterium darstelle.

Zur Stärkung der Position der Betriebsärzte gegenüber den Krankenhausleitungen wurde im Workshop der Wunsch geäußert, dass von Seiten der BGW deutlicher herausgestellt werden sollte, dass die Beurteilung der psychischen Belastungen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung eine *gesetzliche Anforderung an die Arbeitgeber* darstellt, und dass deshalb eine Auseinandersetzung mit diesem Thema in den Krankenhäusern stattfinden *müsse*.

5.4 Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen

Die *Entwicklung eines Fragebogens* als Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten wurde von den Betriebsärzten im Workshop eindeutig favorisiert und im weiteren Prozess dieser Studie umgesetzt. Die Wünsche und Vorschläge zu unterstützenden Maßnahmen beim Einsatz des zu entwickelnden Verfahrens müssen im Zuge der *Entwicklung eines Gesamtkonzepts* – außerhalb dieser Studie – sorgfältig gegeneinander abgewogen und/oder miteinander kombiniert werden. Ähnliches gilt für die Anregungen zur Förderung von Interesse und Akzeptanz eines Verfahrens durch die unterschiedlichen Interessensgruppen im Krankenhaus (Krankenhausleitung, Vorgesetzte u.a.).

6. Entwicklung und inhaltliche Überprüfung des Fragebogens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten

6.1 Entwicklung des Fragebogens für die Krankenhausärzte

Der erste Schritt der Fragebogenentwicklung lag in der Festlegung der Fragebogeninhalte, bei der einerseits die Ergebnisse der Literaturstudie und andererseits die erarbeiteten Anforderungen an ein Analyseverfahren (Kap. 3) berücksichtigt wurden. Nachfolgend wird ein Überblick über die angestrebten Themen des Fragebogens gegeben:

Belastungen durch die Arbeitsaufgabe

- Qualitative Überforderung (allg.):
z.B. hohe Verantwortung tragen, Erfüllung patientenferner Aufgaben
- Arzt/Patient-Beziehung:
z.B. Behandlung Schwerkranker und Sterbender, Gefühlsarbeit
- Konflikte zwischen den Ansprüchen an die Arbeitsausführung und der Realität:
z.B. sich den Patienten zuwenden wollen vs. Zeitmangel
- Quantitative Überforderung:
z.B. Zeitdruck, Dienste, Beeinträchtigung des Privat-/Familienlebens

Arbeitsorganisatorisch bedingte Belastungen und Ressourcen

- Belastungen:
z.B. Regulationshindernisse, unregelmäßiger Arbeitsanfall
- Ressourcen:
z.B. Handlungs- und Entscheidungsspielräume

Belastungen und Ressourcen in der sozialen Situation

- Belastungen:
z.B. soziale Konflikte, Konkurrenz unter Kollegen
- Ressourcen:
z.B. Anerkennung von Vorgesetzten und Kollegen, soziale Unterstützung

Physikalische Belastungen

z.B. durch die Arbeitsumgebung, körperliche Belastungen

Rahmenbedingungen im Krankenhaus

- Personelle und finanzielle Situation im Krankenhaus
- Unternehmenskultur/Unternehmenspolitik
- Belastungen und Ressourcen in der Berufskarriere
- Antizipation von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit

Grundsätzlich standen zur Fragebogenentwicklung zwei alternative Vorgehensweisen zur Auswahl:

- 1) Entwicklung eines gänzlich neuen Fragebogens;
- 2) Veränderung bzw. *Weiterentwicklung* eines bereits existierenden Fragebogens.

Letzteres hat den Vorteil, dass man auf ein erprobtes Verfahren zurückgreifen kann, bei dem sich bestimmte Items, Itemformulierungen, das Antwortformat u.a. bewährt haben. Da bereits eine Vielzahl unterschiedlicher Fragebögen zur Erfassung psychischer Belastungen existieren, sollte zur Entwicklung des Fragebogens für die Ärzte ein vorhandenes Verfahren herangezogen und weiterentwickelt werden.

6.1.1 Auswahl eines Fragebogens zur Weiterentwicklung für die Krankenhausärzte

Die vorhandenen Fragebögen thematisieren unterschiedliche Aspekte psychischer Belastungen und wurden für verschiedene Zielgruppen von Befragten und Anwendern konzipiert. Die Auswahl eines zur Weiterentwicklung für die Krankenhausärzte geeigneten Fragebogens erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Der Fragebogen muss für die Ärzte inhaltlich relevante Aspekte erfassen;
- er muss vom Umfang her begrenzt sein;
- die unterschiedlichen Items sollten inhaltlich nicht allzu sehr in die Tiefe, sondern eher in die Breite gehen und verschiedene Aspekte von Belastungen thematisieren, um einen guten Überblick über die vorherrschende Belastungssituation geben zu können;
- die Itemformulierungen müssen für die Ärzte sprachlich geeignet sein;
- der Fragebogen muss zur einfachen und praktikablen Anwendung durch die Betriebsärzte einen hohen Grad an Standardisierung aufweisen;
- die Anforderungen der klassischen Testtheorie (insbesondere Validität, Reliabilität und Objektivität) müssen erfüllt sein.

Nach eingehender Prüfung zahlreicher Fragebögen wurde der *ERI-Fragebogen* (Fragebogen zur Effort-Reward Imbalance bzw. Fragebogen zu beruflichen Gratifikationskrisen, Siegrist, 2000) zur Weiterentwicklung für die Krankenhausärzte ausgewählt.

Dem ERI-Fragebogen liegt das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* zu Grunde, nach dem berufliche Leistung "als Teil eines sozialen Tauschprozesses erbracht wird, für den im Gegenzug Belohnungen gewährt werden" (Siegrist, 2002, S. 10). Belohnung erfolgt neben der finanziellen Entlohnung auch in Form nicht-materieller Gratifikationen durch Achtung und Wertschätzung sowie der Gewährung beruflichen Aufstiegs und der Sicherheit des Arbeitsplatzes. Stehen *Verausgabung (Effort)* und *Belohnung (Reward)* nicht im *Gleichgewicht* geht dies mit einem *erhöhten Risiko für verschiedene somatische und psychische Erkrankungen* einher (Siegrist, 2002).

Der ERI-Fragebogen setzt sich aus zwei Fragebogenteilen zusammen. Der erste Teil besteht aus insgesamt 17 Items (6 Effort- und 11 Reward-Items) und erfasst Aspekte, die *für die Ärzte relevant* sind: Die Ärzte sind in ihrem Beruf quantitativ und qualitativ stark gefordert, und zum "Ausgleich" dazu ist die Belohnung ihrer Leistungen wichtig. Sprachlich sind die *Itemformulierungen* für die ärztliche Tätigkeit gut geeignet: Da der ERI-Fragebogen nicht auf eine bestimmte Zielgruppe festgelegt ist, sind die Items relativ allgemein formuliert, was dem Wunsch entgegen kommt, dass die erfragten Aspekte nicht so sehr in die Tiefe, sondern eher in die Breite gehen sollen. Inhaltlich treffen die Items für die Ärzte *relevante Themen*. Allerdings fehlen eine Reihe von Belastungen und Ressourcen, die u.a. mit der Arbeit mit Patienten zusammenhängen.

Der zweite Teil des ERI-Fragebogen besteht aus einer Skala zu "overcommitment" ("Übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung"), die auf intrinsische Komponenten zur Bewältigung von Gratifikationskrisen eingeht. Da sich der Fragebogen für die Krankenhausärzte auf die Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit konzentrieren soll, ist diese Skala hier nicht geeignet und wird deshalb auch nicht zur Weiterentwicklung herangezogen. Dies ist gut machbar, weil die beiden Fragebogenteile inhaltlich, strukturell und in Bezug auf die Auswertung unterschiedlich und auch unabhängig voneinander sind.

Die Beantwortung der Items im ERI-Fragebogen erfolgt in zwei Schritten (zur Veranschaulichung siehe den Fragebogen im Anhang). Zunächst geben die Befragten an, ob sie der jeweiligen Aussage zustimmen bzw. ob diese auf sie und ihren Arbeitsplatz zutrifft. Falls das der Fall ist, wird im zweiten Schritt das Ausmaß der Belastung anhand einer 4-stufigen Skala eingeschätzt. In der Auswertung werden die *ermittelten Gesamtwerte für Effort und Reward ins Verhältnis gesetzt*, woraus sich das *Maß vorhandener oder fehlender Reziprozität ableiten* und die *Höhe des gesundheitlichen Risikos für die untersuchte Gruppe abschätzen* lässt.

Die Voraussetzungen in Bezug auf die Zielgruppe der Anwender sowie testtheoretische Forderungen können als gegeben angesehen werden.

Das *Modell beruflicher Gratifikationskrisen*, das dem ERI-Fragebogen zu Grunde liegt, greift gemäß der Anforderungen an ein Verfahren für die Krankenhausärzte zu kurz (vergl. Kap. 3). Zum einen hat sich in der Analyse der psychischen Belastungen der Krankenhausärzte gezeigt, dass arbeitsorganisatorische Ressourcen und Umgebungsbedingungen eine wichtige Rolle im Belastungsgeschehen der Ärzte spielen. Diese sind im Modell beruflicher Gratifikationskrisen jedoch nicht vorgesehen. Zum anderen sollen aus den Fragebogenergebnissen *Hinweise auf Ursachen von Belastungen* bzw. die *Richtung von Interventionen* ableitbar sein. Das ist in der Auswertung des vorliegenden ERI-Fragebogens nicht möglich.

Aus diesen Gründen erschien für den gegebenen Zweck das Belastungs-Beanspruchungs-Modell geeigneter (vergl. Kap. 3). Da die Inhalte des ERI-Fragebogens nicht im Widerspruch zum Belastungs-Beanspruchungs-Modell stehen, wurde die Anwendung des Belastungs-Beanspruchungs-Modells für die Weiterentwicklung des ERI-Fragebogens gewählt.

6.1.2 Weiterentwicklung des ausgewählten Fragebogens für die Krankenhausärzte

Als Grundlage zur Entwicklung des Fragebogens für die Krankenhausärzte wurden alle 17 Items zur Effort-Reward Imbalance aus dem ERI-Fragebogen komplett übernommen. Für die Weiterentwicklung waren zusätzlich eine Reihe von Themen wichtig, die ergänzt werden mussten. Es handelte sich vornehmlich um Anforderungen aus der Arzt/Patient-Beziehung, arbeitsorganisatorische Belastungen und Ressourcen, Aspekte des sozialen Klimas, Belastungen in der Arbeitsumgebung sowie die Unternehmenskultur/-politik im Krankenhaus.

Zunächst wurden zahlreichen Items formuliert und in einem Itempool zusammengefasst. Besonderen Wert wurde dabei darauf gelegt, dass die Items *klar verständlich formuliert* sind, *vom sprachlichen Stil den Original-Items des ERI-Fragebogens ähneln* und eine *eindeutige Beantwortung* der Items möglich ist.

Eine Auswahl von Items aus dem Itempool wurde einer Gruppe psychologischer Experten zur Bewertung vorgelegt. Neben der Beurteilung der Formulierungen wurde überprüft, wie gut die Items die angestrebten Inhalte, für die sie jeweils formuliert wurden, auch tatsächlich repräsentierten.

Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Überprüfung wurden eine Reihe von Items sprachlich überarbeitet, entfernt oder neu formuliert und eine Auswahl der am besten geeigneten Items getroffen. Die damit vorliegende *erste Fassung des Fragebogens für die Krankenhausärzte* umfasste 54 Items.

6.2 Pretest: Inhaltliche Überprüfung des weiterentwickelten Fragebogens

Um die erste Fassung des Fragebogens auf seine *inhaltliche Gültigkeit für die Ärzte* hin zu überprüfen, sollte er von Angehörigen der Zielgruppe – in Form eines Interviews mit Krankenhausärzten – bewertet werden.

6.2.1 Fragestellungen des Pretests

Die Durchführung des Pretests verfolgte mehrere Ziele. In erster Linie sollte der weiterentwickelte Fragebogen mit den neuformulierten Items *inhaltlich bewertet* werden. Dabei waren folgende Fragestellungen relevant:

- Umformulierung von Items: Sind die Items klar und eindeutig formuliert?
- Umformulierung von Items bzw. einzelner Begrifflichkeiten: Passen die Items, so wie sie formuliert sind, auf die Arbeitssituation der Krankenhausärzte?
- Veränderung des sprachlichen Ausdrucks der Antworten: Ist die Beantwortung der Items eindeutig?
- Streichung von Items: Gibt es im Fragebogen Themen bzw. Belastungen, die angesprochen werden, die jedoch bei der Arbeit der Krankenhausärzte keine (große) Rolle spielen?
- Ergänzung von Items: Gibt es Themen bzw. Belastungen, die bei der Arbeit der Krankenhausärzte eine (große) Rolle spielen, jedoch im Fragebogen nicht angesprochen werden?
- Sollte eine offene Frage in den Fragebogen aufgenommen werden, um zusätzliche nicht in den Items erfragte Belastungen erfassen zu können?

Über diese inhaltlich-sprachlichen Aspekte hinaus sollte im Pretest überprüft werden, ob sich die *Beantwortung der bewährten 17 Items aus dem Original-ERI-Fragebogen durch die gemeinsame Vorgabe mit den neuformulierten Items* verändert. Außerdem sollten Hinweise auf die Beantwortung der Items – *Ausmaß und Belastungsschwerpunkte* – gewonnen werden.

Schließlich sollten die Ärzte die *Wichtigkeit des Themas* für sie selbst und für ihre Kollegen sowie die zu erwartende Akzeptanz und Resonanz bei einer schriftlichen Befragung von Krankenhausärzten einschätzen.

6.2.2 Durchführung des Pretests

Die Interviews wurden von Mai bis Juli 2004 durchgeführt. Insgesamt beteiligten sich 16 Ärzte aus fünf Krankenhäusern, wovon die Mehrzahl der Kontakte über die Betriebsärzte aus dem Betriebsärzte-Workshop zustande kam.

Um viele verschiedene Erfahrungen, Meinungen und Anregungen zum Fragebogen zu gewinnen, wurde angestrebt eine möglichst heterogene Gruppe von Ärzten zu befragen. Die Gruppe der Interviewten setzte sich folgendermaßen zusammen: Die Geschlechterverteilung der Befragten lag bei 6 Ärztinnen und 10 Ärzten. Unter Berücksichtigung von Stellung und Ausbildungsgrad nahmen an den Interviews 7 Assistenzärzte ohne abgeschlossene Facharztausbildung, 5 Fachärzte, 3 Oberärzte sowie ein Arzt im Praktikum teil. Nach Fachgebieten unterteilt waren es 6 Internisten, 3 Chirurgen, 3 Gynäkologen, 2 Anästhesisten sowie jeweils ein Arzt aus der Psychosomatik und aus der Dermatologie. Alle Ärzte waren regulär im Tagdienst tätig und leisteten zusätzlich Bereitschaftsdienste sowie – Fach- und Oberärzte – Hintergrunddienste.

Vom Ablauf her waren die Interviews grundsätzlich *strukturiert*, liefen allerdings in der Durchführung teilweise recht unterschiedlich ab. Die Länge der Interviews variierte zwischen 40 und 95 Minuten, wobei die meisten ca. 60 bis 75 Minuten dauerten.

Neben dem reinen Interview beantworteten alle Ärzte zusätzlich den Original-ERI-Fragebogen (17 Items) sowie den weiterentwickelten Fragebogen (54 Items inkl. der 17 Original-ERI-Items) schriftlich.

6.2.3 Qualitative Ergebnisse des Pretests

Im Zuge der Interviews erbrachten die befragten Krankenhausärzte zahlreiche Anregungen und Verbesserungsvorschläge, die sowohl sprachliche Veränderungen als auch inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen im Fragebogen zur Folge hatten.

Inhaltliche Anregungen aus den Interviews

Insgesamt weisen die Ergebnisse der Interviews darauf hin, dass die *Probleme und Ärgernisse im Arbeitsalltag* ("daily hassles") die Gesamtbelastung der Ärzte maßgeblich bestimmen. Hingegen wurden einmalig (oder sehr selten) auftretende Extremsituationen nicht in den Interviews beschrieben.

Die *Arbeitsorganisation auf Stationsebene* spielt dabei eine wichtige Rolle, sowohl in den Bereichen, die ausschließlich die Ärzte betreffen, als auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Bei der ohnehin hohen quantitativen Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte sind gute Regelungen für Visiten, Übergaben etc. entscheidend, um zusätzliche und generell unnötige

Mehrarbeit zu vermeiden. Zudem können ungünstige Regelungen, z.B. zur Dienstplangestaltung oder Vertretungsregelung, immer wieder zu Frustration bei den Betroffenen führen.

Zu den im Fragebogen erfassten Themen wurden von den Befragten wichtige Aspekte ergänzt. Einer davon betrifft die *Behandlung und Interaktion mit den Patienten*. Besonders betont wurde hier, dass sich viele Ärzte mehr Zeit für ihre Patienten wünschen.

Ein Aspekt, der in der vorliegenden Ausführlichkeit nicht in der Literatur zu finden ist, bezieht sich auf die *Weiterbildungssituation*. Insbesondere die Facharztausbildung ist für die Krankenhausärzte von grundlegender Bedeutung. Die Unterstützung, die diese von Seiten der Krankenhausleitungen und der Vorgesetzten erfährt, ist ihr allerdings (teilweise) nicht angemessen. Hier scheinen in manchen Fällen auch organisatorische Verbesserungen angezeigt.

Die ebenfalls im Fragebogen thematisierte *Anerkennung* scheint unter Ärzten im Krankenhaus nicht üblich zu sein. Da die Ärzte an die derzeitige Kultur gewöhnt sind und sie diesbezüglich anscheinend keine Erwartungen haben, wird Anerkennung von den meisten auch nicht vermisst. Da Anerkennung – als Form der Belohnung gemäß des Modells der Gratifikationskrisen – von zentraler Bedeutung ist, stellt dieser Umstand zunächst keinen Grund dar, diesen Aspekt aus dem Fragebogen herauszunehmen. Idealerweise kann er als Anstoß dienen, um den Betroffenen den derzeitigen Umgang miteinander bewusst zu machen und ihn zu überdenken.

Schließlich wurde in den Interviews deutlich, wie wichtig eine gute *Unternehmenskultur* ist. Insbesondere das Verhältnis zur Klinikleitung und damit eng verbunden die geltenden Kommunikationsstrukturen wurden für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und die Motivation herausgestellt.

Themenübergreifende Anregungen

Ob in den Fragebogen eine offene Frage integriert werden sollte, wurde von den Befragten uneinheitlich eingeschätzt. Dafür spricht, dass es in Arbeitsbereichen neben den in den Items formulierten Belastungen häufig weitere *sehr spezielle Anliegen* geben kann, die in einer freien Frage thematisiert werden könnten. Andererseits steht die Befürchtung im Raum, dass möglicherweise Schriften und Formulierungen der Befragten erkannt und dadurch die *Anonymität* gefährdet werden könnte. Zudem wird die Auswertung des Fragebogens erschwert.

Wichtigkeit des Themas für die Ärzte

Eine Auseinandersetzung mit den ärztlichen Belastungen und den vorherrschenden Arbeitsbedingungen im Krankenhaus hielten die interviewten Ärzte für *grundsätzlich wichtig*. Sie schätzten auch ein, dass die Thematik für ihre Kollegen ähnlich bedeutsam sei.

Die meisten Befragten gingen außerdem bezüglich einer schriftlichen Befragung von einer *positiven Resonanz* aus. Die Einhaltung wichtiger Voraussetzungen, wie z.B. die Sicherstellung der Anonymität, wurde in diesem Zusammenhang betont.

In Bezug auf die *Umsetzung von Verbesserungen* waren einige der Ärzte allerdings eher *pessimistisch*, da ihrer Einschätzung nach die Strukturen im Krankenhaus im Allgemeinen sehr starr seien und sich Veränderungen nur schwer durchsetzen ließen.

6.2.4 Quantitative Ergebnisse des Pretests

Die schriftliche Beantwortung der beiden Fragebögen (Original-ERI-Fragebogen und weiterentwickelter Fragebogen) sollte einen Einblick darin geben, ob sich die Beantwortung der Original-ERI-Items durch die gemeinsame Vorgabe mit den neuformulierten Items verändert, wie hoch das Ausmaß der Belastungen der befragten Ärzte ist, und wo ihre Belastungsschwerpunkte liegen.

Die statistischen Ergebnisse der im Zuge der Interviews gewonnenen Daten dürfen dabei nur sehr vorsichtig bewertet werden: Sie können lediglich *mögliche Tendenzen* aufzeigen, da die Stichprobe von N=16 Krankenhausärzten sehr klein ist. Zudem muss berücksichtigt werden, dass die Befragten nicht zufällig an der Studie teilgenommen haben, sondern gezielt gefragt wurden und freiwillig zugesagt haben. Außerdem war die Gruppe der befragten Ärzte sehr *heterogen*. Dadurch ist es nicht möglich, aus den Ergebnissen der schriftlichen Befragung abzuschätzen, ob die Unterschiede in der Beantwortung der Items auf situative oder auf persönliche Unterschiede zwischen den Ärzten zurückzuführen sind. Besonders zu berücksichtigen ist schließlich, dass die Betroffenen die Fragebögen im Rahmen des Interviews – also *nicht anonym* – ausgefüllt haben, was zu einer Veränderung im Antwortverhalten geführt haben kann.

Auswertung des Original-ERI-Fragebogens bzw. der Original-ERI-Items

Anhand der gewonnenen Daten wurden – für den Original-ERI-Fragebogen und den weiterentwickelten Fragebogen getrennt voneinander – die Gesamtwerte für Effort und Reward ins Verhältnis gesetzt.* Die Effort-Reward Imbalance drückt das *Maß vorhandener oder fehlender Reziprozität zwischen Effort und Reward* aus, woraus abgeleitet werden kann, ob für die Befragten ein *erhöhtes gesundheitliches Risiko* anzunehmen ist. Dabei trennt der Grenzwert 1 zwischen Gruppen mit erhöhtem Risiko (Werte > 1) und Gruppen mit niedrigem oder keinem Risiko (Werte ≤ 1).

Die befragten Ärzte zeigen im Mittel eine Effort-Reward Imbalance von 0,7672 im Original-ERI-Fragebogen bzw. 0,7816 im weiterentwickelten Fragebogen, also Werte deutlich unter dem Grenzwert 1 (Tab. 3a + 3b). Betrachtet man die Ergebnisse der einzelnen Ärzte (hier nicht dargestellt), so haben je nach Fragebogen (Original-ERI- oder weiterentwickelter Fragebogen) 2 bzw. 3 der Ärzte einen Wert, der leicht über dem Grenzwert 1 liegt. Für alle anderen liegt die Effort-Reward Imbalance bei ≤ 1.

Die Gründe für das *insgesamt relativ geringe gesundheitliche Risiko für die Ärzte* können vielfältig sein: Möglicherweise ist das Verhältnis von erbrachter Leistung und erhaltener Belohnung für die meisten Befragten tatsächlich ausgeglichen ist. Vielleicht ist aber auch die besondere Situation im Interview (s.o.) für dieses positive Ergebnis verantwortlich.

* Zur Berechnung des Effort-Gesamtwertes wurde jeweils der 1. Antwortalternative (= "Positiv-Ausprägung") eines Effort-Items der Punktwert 1 zugeordnet, der 2. Alternative ("Negativ-Ausprägung" und "gar nicht belastend") der Wert 2, der Alternative "mäßig belastend" der Wert 3, "stark belastend" der Wert 4 und "sehr stark belastend" der Wert 5 zugeordnet (zur Veranschaulichung: siehe den Fragebogen im Anhang). Anschließend wurden alle Effort-Items aus allen ausgefüllten Fragebögen aufsummiert. Bei den Reward-Items wurde die Zuordnung der Punktwerte genau umgekehrt vorgenommen, da zur Berechnung der Effort-Reward Imbalance der Effort-Gesamtwert durch den Reward-Gesamtwert geteilt wird, der Reward-Gesamtwert also im Nenner des Bruches steht. Um die unterschiedliche Anzahl der Items der Effort- und Reward-Skala auszugleichen, wurde der Reward-Gesamtwert zusätzlich mit einem Korrekturfaktor (0,5454) multipliziert.

Tab. 3a Mittelwerte und Streuungen der Effort- und Reward-Skala sowie der Effort-Reward Imbalance im Original-ERI-Fragebogen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
ERI_Effort	16	11	24	18,25	3,975
ERI_Reward	16	32	53	44,94	6,990
ERI_Effort-Reward-Imbalance	16	,43	1,10	,7672	,22742
Gültige Werte (Listenweise)	16				

Tab. 3b Mittelwerte und Streuungen der Effort- und Reward-Skala sowie der Effort-Reward Imbalance im weiterentwickelten Fragebogen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
ENTW_Effort	16	11	25	18,87	3,575
ENTW_Reward	16	31	53	45,25	7,169
ENTW_Effort-Reward-Imbalance	16	,41	1,18	,7816	,18687
Gültige Werte (Listenweise)	16				

Vergleich der Beantwortung der Original-ERI-Items im Original-ERI-Fragebogen und im weiterentwickelten Fragebogen

Um einschätzen zu können, ob die bewährten Original-ERI-Items bei Vorgabe im Kontext mit den neuformulierten Items gleich beantwortet werden, wurde ein Mittelwertvergleich (Wilcoxon-Test für ordinalskalierte Daten) durchgeführt. Im Vergleich der Ergebnisse der identischen Items miteinander zeigt sich bei zweiseitiger Testung auf dem 5%-Niveau, dass es für 15 der 17 Items *keine statistisch signifikanten Abweichungen zwischen der Beantwortung im Original-ERI-Fragebogen und im weiterentwickelten Fragebogen* gibt. Beim Vergleich der Effort- und Reward-Skalen sowie der Effort-Reward Imbalance ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Abweichungen.

Auswertung des weiterentwickelten Fragebogens nach Belastungsbereichen

Die Mittelwerte und Streuungen für die einzelnen Belastungsbereiche/Skalen des weiterentwickelten Fragebogens sind in Tab. 4 aufgeführt.* Für die interviewten Ärzte zeigt sich, dass die geringsten Belastungen im "sozialen Klima" liegen. Der Mittelwert von 1,4141 drückt dabei aus, dass die Befragten in diesem Bereich im Durchschnitt nicht beansprucht sind, entweder weil an ihrem Arbeitsplatz keine sozialen Belastungen vorliegen, oder weil sie vorhandene Belastungen nicht als Beeinträchtigung empfinden. Die höchsten Belastungen auf Bereichsebene liegen auf den *Skalen, die die Arbeitsaufgabe betreffen*: den "Quantitativen Arbeitsanforderungen", gefolgt von den "Qualitativen Arbeitsanforderungen" und den "Anforderungen aus der Arzt/Patient-Beziehung". In den Krankenhäusern sind demzufolge in diesen Bereichen Belastungen anzutreffen. Diese werden von den Ärzten durchschnittlich als "mäßig" (Arzt/Patient-Beziehung) oder "mäßig bis stark" (Quantitative und qualitative Arbeitsanforderungen) beanspruchend eingeschätzt.

* Zur Berechnung der Belastungsbereiche wurden zunächst alle 54 Items des weiterentwickelten Fragebogens analog zu den Effort-Items ausgewertet: der 1. Antwortalternative (= "Positiv-Ausprägung") eines Items wurde der Punktwert 1 zugeordnet, der 2. Alternative ("Negativ-Ausprägung" und "gar nicht belastend") der Wert 2, der Alternative "mäßig belastend" der Wert 3, "stark belastend" der Wert 4 und "sehr stark belastend" der Wert 5 zugeordnet (zur Veranschaulichung: siehe den Fragebogen im Anhang). Anschließend wurden die Items aus allen ausgefüllten Fragebögen getrennt nach Belastungsbereichen aufsummiert und – zur Vergleichbarkeit der Skalen – durch die Anzahl der Items ihrer Skala geteilt.

Tab. 4 Mittelwerte und Streuungen der Belastungsbereiche/Skalen im weiterentwickelten Fragebogen

Skalen	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Qualitative Anforderungen	16	2,60	4,40	3,3250	,49464
Arzt/Patienten-Beziehung	16	2,14	3,86	2,9821	,47201
Quantitative Anforderungen	16	1,86	4,57	3,4196	,74225
Arbeitsorganisation	16	1,75	3,17	2,2969	,45742
Soziales Klima	16	1,00	2,38	1,4141	,42012
Arbeitsumgebung	16	1,25	4,00	2,6719	,72869
Körperliche Belastungen	16	1	4	1,81	1,109
Anerkennung	16	1,00	3,50	2,2813	,82601
Unternehmenskultur	16	1,00	4,00	2,2344	,79827
Arbeitsplatzunsicherheit	16	1,00	4,00	2,0625	1,04682
Gültige Werte (Listenweise)	16				

6.3 Weiterentwicklung des Fragebogens anhand der Pretestergebnisse

Bei der Weiterentwicklung des Fragebogens auf Grundlage der Pretestergebnisse wurden zunächst für jeden Belastungsbereich und jedes einzelne Item alle inhaltlichen Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge überprüft. Falls notwendig wurden daraufhin einzelne Items umformuliert und/oder die Belastungsbereiche durch neuformulierte Items ergänzt.

Die *Auswahl der Änderungen und zusätzlichen Themen*, die aus der Fülle an Anregungen der Interviewten ausgewählt und in den Fragebogen mitaufgenommen wurden, wurde nach folgenden Gesichtspunkten getroffen:

- Alle Items, deren Beantwortung eine Varianz aufweist, wurden beibehalten. (Da eine statistische Auswertung von 16 Fragebögen mit ausgewählten Probanden lediglich Tendenzen liefern kann, sollte sehr vorsichtig über die Entfernung eines Items aus dem Fragebogen entschieden werden.)
- Items wurden umformuliert, wenn Kritik und/oder Anregungen zu den *Itemformulierungen* ausgedrückt wurden (z.B. bei Unklarheit darüber, was genau mit einer Frage gemeint ist).
- Items wurden umformuliert, wenn der erfragte Aspekt in der erfragten Form nicht oder nur eingeschränkt auf die Ärzteschaft zutrifft.
- Items wurden neuformuliert, wenn zu den vorhandenen Fragebogeninhalten zusätzliche Themen geschildert wurden. (Die Auswahl der zu ergänzenden Inhalte wurde nach den gleichen Kriterien getroffen, nach denen bereits der erste Fragebogenentwurf entwickelt wurde (vergl. Kap. 6.1)).

Die *revidierte Fassung des Fragebogens zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten* beinhaltet 72 Items. Neben Um- und Neuformulierungen von Items wurde die Einleitung auf Grundlage der Rückmeldungen in den Interviews überarbeitet. Der Fragebogen ist im Anhang abgedruckt.

7 Ausblick

Für ein Screening-Verfahren, das einfach und ökonomisch eingesetzt werden kann und dem Anwender einen Überblick über die Belastungssituation des untersuchten Arbeitsbereichs liefert, sind 72 Items eine *große Anzahl*. Zum derzeitigen Stand der Entwicklung stellt dies jedoch kein Problem dar, denn um in der Praxis zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten genutzt werden zu können, muss der Fragebogen in einem nächsten Schritt auf seine statistische Güte hin überprüft werden. Im Zuge der zu diesem Zweck durchzuführenden Untersuchung mit einer größeren Stichprobe von Ärzten wird es dann zu einer Reduktion der Itemanzahl kommen.

Aufgrund der geäußerten Bedenken mancher Ärzte bezüglich einer *offenen Frage* im Fragebogen sowie ihrer recht aufwendigen Auswertung, wurde davon abgesehen, eine solche Frage in den Fragebogen zu integrieren. Im Rahmen einer Untersuchung zur statistischen Überprüfung des Verfahrens könnte die Zweckmäßigkeit einer offenen Frage allerdings nochmals genauer überprüft werden, denn in einer groß angelegten Befragung kann sich zeigen, ob bzw. inwieweit die durch die offene Frage zusätzlich gewonnenen Informationen die damit verbundenen Nachteile rechtfertigen.

Offen bleibt schließlich die Einbettung des entwickelten Fragebogens in eine *Gesamtstrategie zur Befragung*. Die Zielgruppe der Anwender – in erster Linie Betriebsärzte aus Krankenhäusern – sind keine arbeitspsychologischen Experten. Aus diesem Grund sollten klare Vorstellungen davon entwickelt werden, wie eine Befragung von Ärzten unter Berücksichtigung der Strukturen im Krankenhaus gestaltet werden sollte. Neben der Vermittlung der konkreten Anwendung des Verfahrens sollten dabei unter anderem Schwerpunkte auf Transparenz und gute Informationspolitik im gesamten Prozess sowie auf die Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen gelegt werden.

Eine grundsätzliche Lösung muss dabei für die *Ableitung von Maßnahmen aus den Befragungsergebnissen* gefunden werden. Ob sich hier tatsächlich ein Gruppeninterview anbietet (vergl. Kap. 5) muss eingehend überprüft werden.

Im Zuge der Konzeption einer Gesamtstrategie müssen außerdem mögliche *Unterstützungsangebote für die Anwender* (z.B. Schulungen zum Verfahren) sowie *Maßnahmen zur Förderung von Akzeptanz und Engagement einer Befragung durch die verschiedenen Interessensgruppen im Krankenhaus* geprüft werden (vergl. Kap. 5).

Literatur

- Arnetz, Bengt B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. In: *Social Science and Medicine*, 52, S. 203-213
- Badura, Bernhard (1995). Einführung und Moderation. In: Franz Labryga, Gabriele Müller-Mundt, Peter Ortmann & Klaus Stern (Bearbeiter) *Arbeitsplatz Krankenhaus – Realität und Visionen – Dokumentation eines interdisziplinären Colloquiums in Berlin*. Berlin: Geschäftsstelle Public Health, Institut für Arbeitswissenschaft, Institut für Krankenhausbau, Verein zur Fortbildung im Krankenhauswesen e.V., S. 13-18
- Bates, Erica (1982). Doctors and their spouses speak: stress in medical practice. In: *Sociology of Health and Illness*, 4 (1), S. 25-39
- Brucks, U. (1998). *Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen*. (= E. Ulich (Hrsg.), *Schriften zur Arbeitspsychologie/Nr. 56*). Bern: Huber
- Brucks, U., Wahl, W.-B. & Schüffel, W. (2000). Psychosomatische Grundversorgung. Fortbildung und Qualitätsmanagement von 1989 bis 1998. In: *Fortschritte der Medizin* 118, Originalien Nr. 1, S. 19-24
- Brucks, Ursula (2003). Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung als ärztliche Aufgabe. In: Eberhard Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 59-73
- Bungard, Walter (1984). *Sozialpsychologische Forschung im Labor: Ergebnisse, Konzeptualisierungen und Konsequenzen der sogenannten Artefaktforschung*. Göttingen: Hogrefe
- Bungard, Walter (1997). Mitarbeiterbefragungen als Instrument modernen Innovations- und Qualitätsmanagement. In: Walter Bungard & Ingela Jöns (Hrsg.), *Mitarbeiterbefragung. Ein Instrument des Innovations- und Qualitätsmanagements*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 5-14
- DIN EN ISO 10075-1, November 2000
- DIN EN ISO 10075-3/Entwurf Februar 2003
- Dunckel, Heiner (1997). Arbeitsanalyse zwischen wissenschaftlichen Standards und betrieblicher Praxis. In: Ivar Udris (Hrsg.), *Arbeitspsychologie für morgen. Herausforderungen und Perspektiven*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, S. 103-117
- Dunckel, Heiner, Zapf, Dieter & Udris, Ivar (1991). Methoden betrieblicher Stressanalyse. In: Siegfried Greif, Eva Bamberg & Norbert Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe, S. 29-45
- Firth-Cozens, Jenny (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. In: *Social Science and Medicine*, 52, S. 215-222
- Gablentz-Kolakovic, S, Krogoll, T., Oesterreich, R. & Volpert, W. (1981). Subjektive oder objektive Arbeitsanalyse? *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 4, S. 217-220
- Graham, J., Ramirez, A.J., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A. & Richards, M.A. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. In: *Palliative Medicine*, 10, S. 185-194
- Hacker, W. (1986). *Arbeitspsychologie*. Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften
- Heim, E. (1992). Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die größeren Gesundheitsrisiken? In: *Zeitschr. psychosom. Med.*, 38, S. 207-226
- Herschbach, Peter (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft
- Jurkat, H.B. & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinern in Abhängigkeit von der Fachrichtung. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, S. 1745-1750
- König, F. (2001). Suizidalität bei Ärzten: Kein Tabuthema mehr? In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 47, A-3110
- Laubach, Wilfried (1998). *Intensivmedizinisches Handeln aus institutioneller und individueller Sicht*. Frankfurt (Main): Verlag für Akademische Schriften

- Meerwein, F. (1984). Probleme und Konflikte des Onkologen und seiner Mitarbeiter. *MMW*, 9, S. 18-25
- Oesterreich, R. & Volpert, W. (1987). Handlungstheoretisch orientierte Arbeitsanalyse. In: U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Bd. 1*. Göttingen: Hogrefe, S. 43-73
- Oesterreich, Rainer (1999). Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In: Rainer Oesterreich & Walter Volpert (Hrsg.), *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen: Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung*. Bern: Verlag Hans Hube, S. 141-215
- Orlowski, J.P. & Gullede, A.D. (1986). Critical care stress and burnout. In: *Critical Care Clinics*, 2, S. 173-181
- Peter, Sandra & Ulich, Eberhard (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In: Eberhard Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 75-98
- Pfausler, Bettina, Thiel, Andreas & Schmutzhard, Erich (1998). Psychische Belastung durch die berufliche Tätigkeit auf einer Neurologischen Intensivstation. In: *Psychologie in der Medizin*, 9 (1), S. 24-28
- Pittner, P.M., Peter, J.-H. & Wehr, M. (1984). Der Zusammenhang von arbeitsbezogenen Belastungsaspekten mit psychosomatischen Beschwerden, Befindlichkeiten und der Arbeitszufriedenheit bei Assistenzärzten in medizinischen Abteilungen von Universitätskrankenhäusern. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38 (4), S. 227-234
- Pittner, Peter M. (1986). Arbeitsbelastung und -beanspruchung von Assistenzärzten in medizinischen Abteilungen von Universitätskrankenhäusern. Frankfurt (Main): R. G. Fischer
- Pröll, U. & Streich, W. (1984). Arbeitszeit und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschungsbericht Nr. 386
- Reimer, C. & Kurthen, B. (1985). Zur Beziehungsproblematik zwischen Ärzten und Krebspatienten. In: *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 35, S. 86-94
- Resch, Martin & Hagge, Maren (2003). Ärztegesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema. In: Eberhard Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen*. Bern: Verlag Hans Huber, S. 37-57
- Rohmert, Walter (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. In: *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38 (10), S. 193-200
- Siegrist, J. (2002). Soziale Reziprozität und Gesundheit – eine explorative Studie zu beruflichen und außerberuflichen Gratifikationskrisen. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie
- Slaby, Andrew Edmund & Glicksman, Arvin S. (1986). Adaption of Physicians to Managing Life-Threatening Illness. In: *Integr Psychiatry*, 4, S. 162-165
- Spickard, Anderson, Gabbe, Steven G. & Christensen, John F. (2002). Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. In: *JAMA*, 288 (12), S. 1447-1450
- Stern, Klaus (1996). Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster/New York: Waxmann Verlag
- Udris, I. (1981). Redefinition als Problem der Arbeitsanalyse. In: F. Frei & E. Ulich (Hrsg.), *Beiträge zur psychologischen Arbeitsanalyse*. Bern: Huber, S. 283-302
- Ullrich, Andreas (1987). Krebsstation: Belastungen der Helfer. Frankfurt/Bern: Lang
- Wegner, R., Szadkowski, D., Poschadel, B., Simms, M., Niemeyer, Y. & Baur, X. (2002). Psychomentale Belastung und Beanspruchung im Arztberuf. Ergebnisse von Fragebogenerhebungen. In: *Arbeitsmed.Sozialmed. Umweltmed.* 37, 2, S. 60-75

Fragebogen zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten

Die nachfolgenden Aussagen beschreiben Anforderungen und Bedingungen, die mit der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus im Zusammenhang stehen. Bitte geben Sie für jede der Aussagen an, ob sie für Ihre Situation an Ihrem derzeitigen Arbeitsplatz zutrifft ("Ja" oder "Stimmt") oder nicht zutrifft ("Nein" oder "Stimmt nicht"). Wenn Sie bei einer Aussage die zweite der beiden Antwortalternativen gewählt haben, schätzen Sie bitte ein, ob und in welchem Ausmaß Sie dieser Umstand beeinträchtigt ("belastet mich 'gar nicht', 'mäßig', 'stark' oder 'sehr stark'"). Wenn bei der Beantwortung einer Frage weder "ja" noch "nein" eindeutig für Sie zutrifft, kreuzen Sie bitte die Alternative an, die tendenziell eher zutrifft!

Beantworten Sie bitte unbedingt alle Fragen, da anderenfalls der gesamte Fragebogen nicht ausgewertet werden kann!

I. Qualitative Arbeitsanforderungen

1) Meine Arbeit erfordert von mir laufend ein hohes Maß an Konzentration.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

2) Bei meiner Arbeit muss ich häufig schwierige Entscheidungen treffen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

3) Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

4) Die Verantwortung, die ich bei der Arbeit allein tragen muss, ist meiner beruflichen Erfahrung angemessen.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

5) Aufgaben der Dokumentation und Verwaltung nehmen einen erheblichen Anteil meiner Arbeitszeit ein.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

6) Fehler bei meiner Arbeit können schwerwiegende Folgen haben.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

II. Anforderungen aus der Arzt/Patient-Beziehung

7) Die Behandlung schwerkranker und/oder sterbender Patienten gehört zu meiner Arbeit.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

8) Manche Patienten konfrontieren mich mit heftigen Gefühlen wie Angst und Verzweiflung.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

9) Die Hoffnungen mancher Patienten auf Heilung/Besserung sind unrealistisch.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

10) Es ist schwierig, Patienten schlechte Diagnosen eröffnen zu müssen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

11) Es ist schwierig, den Angehörigen von Patienten schlechte Nachrichten (Diagnosen oder Todesnachrichten) mitteilen zu müssen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

12) Manche Patienten kann ich nur schwer zur Mitarbeit an notwendigen Behandlungen motivieren.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

13) Es kommt vor, dass mir ein Patient oder dessen Angehörige Ärger/Vorwürfe entgegen bringen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

14) Die Erwartungen mancher Patienten und/oder deren Angehöriger kollidieren mit den Gegebenheiten/Abläufen im Klinikalltag.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

15) Manchen Patienten kann ich die Einsicht in ihre Krankheit und/oder in notwendige Behandlungen nur schwer vermitteln.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

III. Quantitative Arbeitsanforderungen

16) Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

17) Oftmals ist es bei der Arbeit so hektisch, dass ich nicht einmal dazu komme, etwas zu essen und zu trinken.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

18) Im Laufe der letzten Jahren ist meine Arbeit immer mehr geworden.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

19) Ich bin häufig gezwungen, Überstunden zu machen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

20) Das Arbeitsaufkommen ist so hoch, dass ich es in meiner regulären Arbeitszeit nicht bewältigen kann.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

21) Die Menge der zu leistenden Dienste – wie Bereitschafts-, Wochenenddienst und/oder Rufbereitschaft – ist umfangreich.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

22) Aufgrund meiner Arbeitszeiten bleibt mir häufig nur wenig Zeit für Familie und Freizeit.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

23) Oft muss ich wichtige Entscheidungen unter Zeitdruck treffen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

24) Der Arbeitsanfall während der Bereitschaftsdienste ist in der Regel eher hoch.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

25) Gespräche mit Patienten und/oder deren Angehörigen kommen häufig zu kurz.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

26) Mir fehlt häufig die Zeit, um mich so intensiv um meine Patienten zu kümmern, wie ich es mir wünsche.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

IV. Arbeitsorganisation

27) Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

28) Es kommt immer wieder vor, dass mir wichtige Arbeitsunterlagen oder Informationen fehlen.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

- 29) **Für eine Reihe von Tätigkeiten, die ich bei der Arbeit erledigen muss, bin ich überqualifiziert.**
Stimmt nicht
Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 30) **Die Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsbereichen ist gut organisiert.**
Ja
Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 31) **Schwankungen im Arbeitsanfall und unvorhersehbare Ereignisse gehören zu meinem Arbeitsalltag.**
Nein
Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 32) **In unserem Arbeitsbereich fallen Tätigkeiten an, für die nicht klar geregelt ist, wer für sie zuständig ist.**
Stimmt nicht
Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 33) **Bei der Arbeit werde ich mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert.**
Stimmt nicht
Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 34) **Von meinem Vorgesetzten erhalte ich konstruktive Rückmeldung zu meiner Arbeit.**
Ja
Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 35) **Meine Arbeit kann ich mir überwiegend so einteilen, wie es für mich am günstigsten ist.**
Ja
Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark
- 36) **Bei meiner Arbeit habe ich ausreichend Freiraum, um eigene Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.**
Ja
Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

37) Meine Arbeit ist abwechslungsreich.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

38) Dienstpläne, Urlaubs- und Vertretungsregelung sind gut organisiert.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

39) Die stationsinternen Abläufe (z.B. Übergaben, Visiten) sind gut organisiert.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

40) Es existiert eine Pausenregelung, die ich an den meisten Tagen auch einhalten kann.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

V. Soziales Klima

41) Das Verhältnis zu meinen ärztlichen Kollegen ist gut.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

42) Das Verhältnis zu meinen Vorgesetzten ist gut.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

43) Das Verhältnis zu den Beschäftigten anderer Berufsgruppen ist gut.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

44) Das Klima in unserem Arbeitsbereich zeichnet sich durch Kollegialität und Teamgeist aus.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

45) **Die Zusammenarbeit mit den Beschäftigten anderer Stationen und Abteilungen ist kollegial.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

46) **Meine Kollegen und ich stehen in Konkurrenz zueinander.**

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

47) **Der Umgang unter den Kollegen ist fair.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

48) **Ich erhalte von meinen Kollegen die Anerkennung, die ich verdiene.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

49) **Ich erhalte von meinen Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

50) **Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

51) **Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.**

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

VI. Arbeitsumgebung

52) **Die Räumlichkeiten (z.B. Arztzimmer, Bereitschaftsdienstzimmer, OP) und deren Ausstattung sind den Bedürfnissen der Beschäftigten entsprechend vorhanden und gestaltet.**

Stimmt

Stimmt nicht, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

53) Einige notwendige Arbeitsmittel (z.B. medizinische Geräte, PCs) sind nur unzureichend verfügbar und/oder bedienerunfreundlich gestaltet.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

54) Bei meiner Arbeit herrschen ungünstige Umgebungsbedingungen (z.B. unterkühlte Räume, schlechte Lichtverhältnisse).

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

55) Bei meiner Arbeit gibt es Umgebungseinflüsse, die eine ernsthafte Gefahr für meine Gesundheit darstellen (z.B. Infektionsgefahr, Strahlenbelastung).

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

VII. Körperliche Belastungen

56) Bestimmte Tätigkeiten bei meiner Arbeit sind körperlich anstrengend.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

VIII. Rahmenbedingungen im Krankenhaus

a) Anerkennung beruflicher Leistung und Möglichkeiten in der Berufskarriere

57) Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt für angemessen.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

58) Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

59) Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind gut.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

60) Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

61) Die Leistung von Überstunden und Diensten wird angemessen honoriert.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

62) In diesem Krankenhaus wird die fachliche Fort- und Weiterbildung der Ärzte angemessen gefördert.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

b) Unternehmenskultur/Unternehmenspolitik

63) Wenn Veränderungen im Krankenhaus anstehen, werden die Beschäftigten darüber gut informiert.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

64) Wenn Veränderungen im Krankenhaus anstehen, werden die Interessen und Wünsche der Beschäftigten dabei gut berücksichtigt.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

65) In unserem Krankenhaus ist es möglich, über Fehler zu sprechen und daraus zu lernen.

Stimmt

Stimmt nicht, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

66) Dieses Krankenhaus hat einen guten Ruf.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

67) Auf die Gestaltung meines Arbeitsbereichs (z.B. Umgebungsbedingungen, Arbeitsabläufe) habe ich ausreichend Einflussmöglichkeiten.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

68) Kritik an geltenden Strukturen und Bedingungen sollte man in unserem Hause besser nicht laut äußern.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

69) Eigene Ansprüche und Interessen geltend zu machen, wird in unserem Hause nicht gern gesehen.

Stimmt nicht

Stimmt, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

70) Die Belange und Probleme der Beschäftigten werden von Vorgesetzten und Klinikleitung ernstgenommen.

Stimmt

Stimmt nicht, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

c) Antizipation von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit

71) Mein eigener Arbeitsplatz ist sicher.

Ja

Nein, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark

72) Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.

Nein

Ja, und das belastet mich gar nicht
 mäßig
 stark
 sehr stark