

Explorative Studie zur Erfassung arbeitsbedingter Stressoren und Ressourcen von Klinikärztinnen und -ärzten

Monika Keller*, Birgit Aulike*, Maren Böhmert** & Albert Nienhaus**

* Universität Hamburg / Arbeits- und Organisationspsychologie

** Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg

ZUSAMMENFASSUNG

Bereits seit langem haben die Arbeitsbedingungen von Klinikärztinnen und -ärzten das Interesse der Öffentlichkeit auf sich gezogen, und in diversen deutschen und (insbesondere) ausländischen Studien wurden stressrelevante Faktoren der ärztlichen Arbeitssituation untersucht. Sich stetig verändernde Bedingungen in Kliniken – z.B. durch gesundheitspolitische Veränderungen und sich wandelnde Patientenmerkmale – implizieren allerdings, dass sich die dort vorherrschenden stressrelevanten Arbeitsmerkmale ändern. Um die aktuellen Stressoren und Ressourcen in den ärztlichen Arbeitsbedingungen zu explorieren, wurden in der vorliegenden Studie Interviews und Schichtbeobachtungen durchgeführt. Im Rahmen dieses Artikels werden exemplarisch Ergebnisse zu aktuell relevanten ärztlichen Stressoren und Ressourcen, deren Hintergründe und Zusammenhänge sowie deren Bewertung durch die Betroffenen dargestellt. Ferner lassen sich anhand der Ergebnisse Ansatzpunkte erkennen, um Interventionen für Verbesserungen anzuregen.

Schlüsselwörter

Klinikärzte – Arbeitsbedingungen – Stressoren – Ressourcen

ABSTRACT

Stressors and Resources of Hospital Physicians: An Exploratory Study

Working conditions of hospital physicians have been of public interest throughout the last decades and have received international attention in empirical research. Recently, modifications of the healthcare system and varying patient characteristics have resulted in changes in working conditions in hospitals. In consequence, new stressors and resources emerged for hospital physicians. To explore these stressors and resources interviews and observations were conducted. The present study describes the prevalence and interrelatedness of stressors and resources of hospital physicians. Furthermore, the hospital physicians' evaluations of stressors and resources are being described. The results give insight on how working conditions of hospital physicians can be improved.

Keywords

hospital physicians – working conditions – stressors – resources

1 Die Arbeitssituation von Klinikärzten

Wissenschaftliche Studien befassen sich bereits seit längerem mit den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten. Die meisten dieser Studien kommen aus dem Ausland, jedoch auch in Deutschland bzw. dem deutschen Sprachraum wurden eine Reihe von Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt. Im Folgenden wird, ausgehend von vorhandenen Studien, ein Überblick über wichtige Bereiche der ärztlichen Arbeitsbelastungen gegeben, wobei insbesondere deutsche Veröffentlichungen herangezogen werden.

Die berücksichtigte Literatur wurde mit Hilfe der Datenbanken Psyn dex, Psycinfo und Medline recherchiert.

Der überwiegende Teil der nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bedient sich der Methode der Fragenbogenerhebung. In drei der Studien wurden (zusätzlich) Interviews (Peter & Ulich, 2003; Resch & Hagge, 2003), Tätigkeitsbeobachtungen (Peter & Ulich, 2003) und eine Tagebuchstudie (Merkel, Streit & Richter, 2004) durchgeführt.

Viele der Studien zeigen, dass Arbeitsüberlastung und Zeitdruck wesentliche Stressoren in der ärztlichen Tätigkeit in Kliniken darstellen (z.B. Cohen & Patten, 2005; Glaser, Höge & Weigl, 2005; Herschbach, 1991; Merkel et al., 2004; Peter & Ulich, 2003; Stern, 1996).

Zudem beinhaltet die Arbeit der Ärzte einen beträchtlichen Anteil an „nicht-medizinischen“ Aufgaben, wie z.B. Aufgaben der Dokumentation und Verwaltung (z.B. Peter & Ulich, 2003).

Durch lange Arbeitszeiten, Überstunden und Dienste sind die Ärzte außerdem erheblichen arbeitszeitlichen Belastungen ausgesetzt, die überdies ihr Familienleben und ihre Freizeitgestaltung beeinträchtigen (z.B. Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach & Rieger, 2008; Merkel et al., 2004; Peter & Ulich, 2003; Resch & Hagge, 2003).

Erhebliche Stressoren für die Ärzte stellen außerdem die Gefahr und das Eintreten von medizinischen Fehlern und Fehlentscheidungen dar (z.B. Stern, 1996; West, Huschka, Novotny, Sloan, Kolars, Habermann & Shanafelt, 2006).

Ferner lassen sich erhebliche Probleme in der Arbeitsorganisation und in Arbeitsabläufen erkennen, wie z.B. Probleme in der Weiterleitung von Informationen und Unterlagen, Arbeitsunterbrechungen, widersprüchliche Anweisungen und Anforderungen, unklare Zuständigkeiten sowie Fehl- und Überbelegungen (z.B. Glaser et al., 2005; Herschbach, 1991; Merkel et al. 2004; Peter & Ulich, 2003; Stern, 1996).

Zudem zeigen Studien diverse Stressoren in der Arbeit mit Patienten und Angehörigen, wie z.B. emotionale Betroffenheit durch das Miterleben von Sterben und Tod, mangelnde Compliance sowie Vorwürfe durch Patienten und Angehörige (z.B. Cohen & Patten,

2005; Graham, Ramirez, Cull, Finlay, Hoy & Richards, 1996; Herschbach, 1991; Lert, Chastang & Castano, 2001; Waldvogel & Seidl, 1991).

Schließlich bringt auch die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Kollegen und Vorgesetzten soziale Stressoren mit sich, die sich u. a. in Form von Konkurrenz, Leistungsdruck, Konflikten und Diskriminierung äußern (z.B. Cohen & Patten, 2005; Graham et al, 1996; Lert et al., 2001; Paice, Aitken, Houghton & Firth-Cozens, 2004; Peter & Ulich 2003; Stern, 1996).

In den letzten Jahren haben sich vielfältige Veränderungen vollzogen, die einen Einfluss auf die Arbeitssituation von Klinikärzten haben. Strukturelle und finanzielle Änderungen im Gesundheitssystem scheinen dabei von besonderer Relevanz zu sein, wie z.B. die Einführung von Fallpauschalen (DRG) oder Neuregelungen im Zuge von Gesundheitsreformen.

Zudem sehen sich Klinikärzte zunehmenden mit verkürzten Behandlungszeiten und einer steigenden Arbeitsverdichtung konfrontiert, und auch die Patienten mit ihren Krankheitsbildern und Ansprüchen verändern sich: So ist z.B. ein Anstieg an älteren multimorbiden und chronisch kranken Patienten zu verzeichnen, bei denen es für die Ärzte nicht mehr allein um Heilung gehen kann, sondern verstärkt auch um Krankheitsbegleitung (Hohner, 2003).

2 Stresstheoretische Grundlagen

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde das Transaktionale Stressmodell (z.B. Lazarus & Launier, 1981) in einer arbeitspsychologischen Erweiterung (z.B. Bamberg, Busch & Ducki, 2005; Greif, 1991) zugrunde gelegt.

Im Transaktionalen Stressmodell werden „Stresssituationen [als] komplexe und dynamische Interaktions- und Transaktionsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und dem handelnden Individuum“ (Greif, 1991, S. 9) angesehen. Der Fokus des Modells liegt auf dem Stressprozess, in dem *kognitive Bewertungsprozesse* die zentrale Rolle zwischen einer (potentiell) stressauslösenden Situation und der Bewältigung dieser Situation spielen (z.B. Lazarus & Launier, 1981).

Über diese individuumsbezogene Perspektive hinaus werden in der arbeitspsychologischen Erweiterung des Transaktionalen Stressmodells zusätzlich äußere Bedingungen zur Entstehung von Stress angenommen (z.B. Bamberg et al., 2005).

Ferner wird dort zwischen Stressoren und Ressourcen differenziert. Stressoren stellen dabei Faktoren dar, die – analog dem Konzept der Risikofaktoren in der Epidemiologie – mit erhöhter Wahrscheinlichkeit Stress auslösen (z.B. Mohr & Semmer 2002; Zapf

& Semmer 2004). Ressourcen sind hingegen als Merkmale definiert, die sowohl Stressoren als auch Stressfolgen reduzieren und direkten Einfluss auf das Wohlbefinden nehmen können (z.B. Zapf & Semmer, 2004; Bamberg et al., 2003).

Kognitive Bewertungsprozesse bzw. die Bewertung der stressauslösenden Situation sowie der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten sind auch in der arbeitspsychologischen Erweiterung des Transaktionalen Stressmodells zentral (Bamberg et al. 2003).

Das beschriebene Modell wird als theoretischer Rahmen verstanden, der die Berücksichtigung eines großen Spektrums an stressrelevanten Merkmalen ermöglicht. Dies steht im Gegensatz zu vielen anderen Modellen, die zumeist auf einen konzeptionell engeren Bereich fokussieren. So konzentriert sich beispielsweise die Handlungsregulationstheorie (z.B. Volpert, 2003) allein auf die Ebene der Arbeitstätigkeit, und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen berücksichtigt ausschließlich erbrachte Leistungen und Verausgabungen („effort“) sowie erhaltene Anerkennung („reward“) bzw. setzt diese in Beziehung zueinander (z.B. Siegrist, 2002).

Die arbeitspsychologische Erweiterung des Transaktionalen Stressmodells erlaubt dagegen die Integration von Stressoren und Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen der Arbeit – Microebene, Mesoebene und Macroebene (vgl. Semmer, 1997) – sowie auf Ebene des Individuums. Es bietet dadurch die Offenheit, ein sehr breites Spektrum an Stressoren und Ressourcen von Klinikärzten einzubeziehen.

3 Ziele der Studie

Ein Großteil der vorliegenden Studien zum Thema kommt aus dem Ausland und ist aufgrund von Unterschieden in den Gesundheitssystemen nur eingeschränkt auf deutsche Kliniken übertragbar. Deutsche Studien sind deutlich seltener vertreten und zumeist relativ alt. Daraus begründet sich die Annahme, dass einige der für deutsche Klinikärzte aktuell relevanten Stressoren und Ressourcen, die im Kontext mit jüngeren Veränderungen stehen, bisher nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Mit der vorliegenden Studie sollen solche stressrelevanten Aspekte exploriert werden.

In den meisten Studien werden quantitative Methoden angewendet, und unterschiedliche Stressoren und Ressourcen werden überwiegend getrennt voneinander betrachtet und in Beziehung zu potentiellen Stressfolgen gesetzt. Im Hinblick auf die Entwicklung von Interventionen erweisen sich jedoch Informationen über Ursachen und Schwerpunkte als hilfreich. Für die vorliegende Studie leiten sich daraus folgende Ziele ab: Zum einen sollen Kenntnisse über Hinter-

gründe und Zusammenhänge stressrelevanter Arbeitsmerkmale gewonnen werden, und zum anderen soll neben der Exploration stressrelevanter Arbeitsmerkmale aus Perspektive der Arbeitspsychologie auch die Sichtweise der Betroffenen miterfasst werden.

4 Methodik

4.1 Stichprobe und Durchführung

Im Rahmen dieser Studie wurden 12 Interviews und 3 Schichtbeobachtungen durchgeführt und ausgewertet. Die beteiligten Ärzte arbeiteten in acht unterschiedlichen Kliniken, welche mit Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) akquiriert wurden. Unter den Kliniken befanden sich fünf Krankenhäuser der Akutversorgung sowie je eine Reha-Klinik, eine psychiatrische Klinik und eine Mutter-Kind-Kureinrichtung.

Um ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen erfassen zu können, war es das erklärte Ziel, eine möglichst heterogene Gruppe von Ärzten in die Studie einzubeziehen. Dem folgend wurden Ärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten, beruflichen Positionen und beiderlei Geschlechts berücksichtigt. Eine gezielte Kombination, Abgrenzung oder ein Vergleich zwischen Teilnehmern wurde dabei nicht angestrebt.

Die Kontakte zu den teilnehmenden Ärzten wurden über Ansprechpartner in den Kliniken (Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer o. ä.) vermittelt. Dabei gaben die Durchführenden der Studie Wünsche über die Charakteristika der Teilnehmenden an, denen weitgehend entsprochen wurde.

Die Arbeitsgebiete der Interviewten lagen in den Bereichen Pädiatrie, Rehabilitation, Psychiatrie, Urologie, Notaufnahme, Geriatrie, Radiologie und Anästhesie; die der Beobachteten waren Rehabilitation, Gynäkologie / Geburtshilfe sowie Neurologie. Beteiligt haben sich an den Interviews bzw. Beobachtungen 5 bzw. 2 Assistenzärzte, die sich in ihrer Facharztausbildung befanden, 5 bzw. 1 Oberarzt sowie 2 leitende Ärzte / Chefärzte. 7 der Interviewten bzw. 2 der Beobachteten waren Frauen. Mit 2 bzw. 1 Ausnahme arbeiteten alle Ärzte in Vollzeit.

Die Teilnehmer arbeiteten allesamt in Kliniken aus dem norddeutschen Raum. Die Interviews fanden am jeweiligen Arbeitsort der Ärzte statt, und ihre durchschnittliche Dauer lag bei etwa 70 Minuten. Die Dauer der Schichtbeobachtungen variierte zwischen vier und zwölf Stunden.

4.2 Ablauf und Auswertung der Interviews und Schichtbeobachtungen

Die Interviews zur Exploration stressrelevanter Aspekte in den Arbeitsbedingungen von Klinikärzten wurden in Form von *Tagesablaufinterviews* durchgeführt,

die auf einen Ansatz von Mayring zurückzuführen sind (Semmer, 1984). Im Fokus der Interviews standen die Arbeitstätigkeiten der interviewten Ärzte sowie die damit verbundenen Stressoren und Ressourcen im Laufe eines Arbeitstages. Ziel war die chronologische, möglichst vollständige Rekonstruktion dieses Arbeitstages. Diese Methode bot die Möglichkeit, stressrelevante Merkmale zu erfassen, die den Ärzten auf eine unkonkrete Fragestellung nach Stress möglicherweise nicht eingefallen wären.

Der Ablauf der Interviews lehnte sich methodisch an das *problemzentrierte bzw. qualitative Interview* nach Witzel (1985) an. Zu Beginn des Interviews wurden soziodemographische und arbeitsplatzbezogene Daten erhoben: Geschlecht, Fachgebiet, Ausbildungsgrad, berufliche Position, Dauer auf der derzeitigen Stelle, Wochenarbeitszeit und Schichtsystem.

Anschließend wurden die Interviewten aufgefordert, einen Arbeitstag mit all seinen auftretenden Stressoren und Ressourcen chronologisch zu beschreiben. Sofern es sich nicht um einen völlig untypischen Tag handelte, wurde hier der jeweilige Vortag vorgeschlagen bzw. gewählt.

Neben der Erfassung von Lage und Länge der Arbeitszeit und Pausen an dem zu beschreibenden Tag wurden zunächst Fragen gestellt, die eine erzählungsgenerierende Funktion hatten, z.B. „Und wie geht es dann weiter?“ oder „Wie habe ich mir das [die von Ihnen soeben erwähnte Tätigkeit] vorzustellen?“.

Im Laufe der Interviews wurden zusätzlich *spezifische Sondierungen* angestrebt, welche eine verständnisgenerierende Funktion hatten. Ferner konfrontierte die Interviewerin die Ärzte hierbei auch mit eigenem Vorwissen. Diese Fragen waren nicht standardisiert, sondern wurden direkt aus den Inhalten bzw. dem Kontext des aktuellen Interviews generiert, z.B. „Haben sie dafür [für die von Ihnen soeben erwähnte Tätigkeit] einen Raum, den sie gut nutzen können?“, „Ist dafür [für die von Ihnen soeben erwähnte Untersuchung] auch das entsprechende Gerät verfügbar?“ oder „Woran liegt es, wenn die Patienten, die auf eine andere Station verlegt werden sollen, nicht so schnell verlegt werden, wie es sein soll?“.

Die Interviewten wurden zusätzlich nach weiteren positiven und negativen Bedingungen bei der Arbeit gefragt, insbesondere Stressoren / Ressourcen, die (1) an dem beschriebenen Tag nicht aufgetreten sind, (2) von denen ausschließlich Kollegen betroffen sind und (3) die in bestimmten Bereichen der Arbeit (z.B. Arbeitstätigkeit, Zusammenarbeit mit Kollegen) vorkommen.

Abschließend wurden die Ärzte nach ihrer schlimmsten Befürchtung bezüglich ihrer Arbeitssituation gefragt.

Von jedem Interview wurde eine Tonbandaufzeichnung erstellt und ein Postskriptum verfasst.

Um die von den Ärzten genannten Stressoren und Ressourcen zu ermitteln, wurden die Tagesablaufinterviews transkribiert und im Wege der *Qualitativen Inhaltsanalyse* analysiert (Mayring, 1989, 2003). Diese Methode zur Exploration, Interpretation und Klassifikation von Text zielt auf ein elaboriertes Kategoriensystem ab, das die Basis einer zusammenfassenden Deutung des Materials bildet (Bortz & Döring, 2002). Das zu erarbeitende Kategoriensystem erhielt seine grobe Strukturierung deduktiv auf Basis der theoretischen Fundierung durch die arbeitspsychologische Erweiterung des Transaktionalen Stressmodells und einer Literaturanalyse. Die induktive Erweiterung des Kategoriensystems erfolgte durch die Ableitung von weiteren Haupt- und Subkategorien aus dem Interviewmaterial.

Die Datenanalyse als rekursiver und iterativer Prozess machte die Anpassung, Überarbeitung, Umbenennung und Neubildung von Kategorien erforderlich. Eine grundlegende Überarbeitung des Kategoriensystems erfolgte nach 25% des Transkriptionsmaterials bzw. drei Interviewtranskripten (vgl. Mayring, 2003). Daran schloss sich der endgültige Durchgang des gesamten Transkriptionsmaterials an.

Als Konzepte der Zuverlässigkeit der Auswertungen wurden die *Intrakodiererübereinstimmung* und die *Interkodiererübereinstimmung* geprüft. Für die Überprüfung der Intrakodiererübereinstimmung hat die Autorin ein zufällig ausgewähltes Interview im Abstand von vier Wochen wiederholt kodiert. Zur Bestimmung der Interkodiererübereinstimmung wurde ein weiteres zufällig ausgewähltes Interview durch einen Zweitkodierer kodiert. Die Übereinstimmungen wurden auf Ebene der Subkategorien geprüft und gemäß eines einfachen Reliabilitätsmaßes nach Holsti (1969) berechnet.¹

Die Intrakodiererübereinstimmung liegt bei .82 und die Interkodiererübereinstimmung bei .69.² Der höhere Wert für erstere dürfte durch Erinnerungseffekte (Erstkodierung) und die höhere Vertrautheit mit dem Kategoriensystem beeinflusst sein.

Die Auswertung wurde durch die Software MAXQDA 2007 unterstützt, wodurch ergänzend eine quantitative Auswertung vorgenommen werden konnte.

¹ Aufgrund der Gesamtdatenbasis von 555 Transkriptionsseiten wurde aus pragmatischen Gründen jeweils lediglich ein Interview gegenkodiert. Streng genommen gelten Intra- und Interkodiererübereinstimmung deshalb jeweils nur für dieses eine Interview. Es wurde ein einfaches Reliabilitätsmaß gewählt, da das Erreichen einer hohen Übereinstimmung zwischen Kodierern durch das stark differenzierte Kategoriensystem (s. u.) ohnehin erschwert wurde (vgl. Ritsert, 1972, zitiert nach Mayring 2005).

Die Schichtbeobachtungen wurden in Form von Beobachtungsinterviews durchgeführt. Dabei wurden Ärzte bei der Ausübung ihrer Tätigkeit begleitet und beobachtet; ergänzend wurden Verständnisfragen gestellt. Dadurch fand ein Perspektivwechsel zu den Tagesablaufinterviews statt: Die Exploration der ärztlichen Stressoren und Ressourcen erfolgte durch die Beobachterin und nicht durch die betroffenen Ärzte selbst.

Neben den genannten soziodemographischen und arbeitsplatzbezogenen Daten der Tagesablaufinterviews wurden Informationen zur Pausenregelung sowie zur Station bzw. zum Fachbereich des Beobachteten – Krankheitsbilder und Behandlungsmethoden, Anzahl und Stellung (nicht-)ärztlicher Kollegen sowie Zusammenarbeit mit anderen Bereichen – erhoben.

Die Beobachtungsinterviews folgten einem deduktiv-induktiven Ansatz. Die beobachteten Stressoren und Ressourcen wurden im Laufe des Beobachtungsinterviews in einem Beobachtungsschema kategorisiert. Letzteres stellte eine Weiterentwicklung des Screening-Schemas von Kleindienst (1995) dar und beinhaltete diverse arbeitspsychologische Konstrukte, u.a. Informatorische Erschwerungen, Unterbrechungen und Entscheidungsspielraum. Beobachtete stress-

relevante Merkmale, die über das Beobachtungsschema hinausgingen, wurden ergänzt. Eine quantitative Auswertung der beobachteten Stressoren und Ressourcen wurde nicht vorgenommen.

5 Ergebnisse

Das im Rahmen der Inhaltsanalyse erarbeitete Kategoriensystem umfasst 29 Hauptkategorien mit 55 Subkategorien, die sich auf drei der theoretisch fundierten Gruppen verteilen: von sämtlichen Kodierungen bzw. kodierten Textstellen wurden 491 als bedingungsbezogene Stressoren, 210 als bedingungsbezogene Ressourcen und 33 als personenbezogene Ressourcen kodiert (Tab. 1). Personenbezogene Stressoren bzw. Risikofaktoren wurden in den Tagesablaufinterviews nicht genannt.

Es zeigt sich, dass die am häufigsten genannten bedingungsbezogenen Stressoren die „Hohe Arbeitsintensität“ betreffen. Diese Hauptkategorie umfasst folgende 7 Subkategorien: „Dokumentation und Verwaltungsaufgaben“ (7 Kodierungen), „Generell hohe / gestiegene Arbeitsintensität“ (11), „Lehrverpflichtung und Vorträge“ (11), „Personelle Unterbesetzung“ (32),

Tabelle 1: Kategoriensystem mit Namen und Beschreibungen der Hauptkategorien sowie Gesamtanzahl der Nennungen (Kodierungen) in den Interviews (N_{ges}) und Anzahl der Ärzte, die diese genannt haben (max. 12) (N_A)

Hauptkategorie	Beschreibung	N_{ges}	N_A
<i>Bedingungsbezogene Stressoren</i>			
Arbeits-Freizeit-Konflikte	Einschränkungen und Störungen von Freizeitaktivitäten und familialen Aufgaben durch erwerbsarbeitsbezogene Aufgaben	22	6
Arbeitsorganisatorische Stressoren	Arbeitsorganisatorische Probleme, die zu Zusatzaufwand oder Verzögerungen führen oder die Behandlungsdurchführung beeinträchtigen	54	12
Arbeitsplatzunsicherheit	Unsicherheit darüber, ob man den eigenen Arbeitsplatz (in seiner derzeitigen Form) behalten kann	2	2
Arbeitszeitliche Stressoren	Stressoren durch die Ausdehnung und / oder Lage der Arbeitszeit (z.B. Überstunden, Bereitschafts- und Hintergrunddienst)	64	12
Belastung durch hohe Verantwortung	Belastung durch die Übernahme von Verantwortung, insbesondere für das Leben von Patienten sowie in der Rolle als Vorgesetzter	25	9
Fehlende / unzureichende Arbeitsmittel	Fehlende oder unzureichend gestaltete medizinische Geräte und EDV-Ausstattung	19	6
Frustration übergreifender Motive	Beeinträchtigung von übergreifenden Normen und Werten, z.B. durch die Rahmenbedingungen der Arbeit	20	8

² Die Ergebnisse der Kodierereinstimmungen beziehen sich auf ein erweitertes Kategoriensystem. Dieses umfasst neben bedingungsbezogenen Stressoren, bedingungsbezogenen Ressourcen und personenbezogenen Ressourcen auch Anforderungen, welche im Rahmen der hier bearbeiteten Forschungsfrage jedoch nicht berücksichtigt werden. Ferner wurden im Kategoriensystem im Nachhinein einige Modifikationen vorgenommen, die das Maß der Übereinstimmungen jedoch nicht tangieren.

Gratifikationskrisen	Ungleichgewicht zwischen beruflichem Engagement und Gratifikation (z.B. berufliche Aufstiegschancen, Gehalt, Wertschätzung)	18	7
Hohe Arbeitsintensität	Quantitative Überforderung durch ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitsmenge und verfügbarer Zeit	93	12
Informatorische Erschwerungen	Die Durchführung der Arbeit wird erschwert durch unzureichende, unleserliche oder fehlende Informationen	24	7
Körperliche Belastungsaspekte	Körperliche Belastungen (z.B. Zwangshaltungen) und körperliche Überforderung durch hohe Leistungsanforderungen bei herabgesetzter Leistungsfähigkeit bei nächtlicher Arbeit (z.B. im Bereitschaftsdienst)	2	2
Probleme im Rahmen von Kooperationserfordernissen	Probleme in der Zusammenarbeit bzw. den Arbeitsabläufen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kollegen und Vorgesetzten, die zu Zusatzaufwand oder Verzögerungen führen	19	7
Soziale Stressoren mit Kollegen u. Vorgesetzten	Stressoren in der Interaktionen mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Kollegen und Vorgesetzten	38	11
Soziale Stressoren mit Patienten u. Angehörigen	Stressoren in der Interaktionen mit Patienten und deren Angehörigen (z.B. Konflikte, Aggressivität)	42	11
Umgang mit schwerkranken oder suizidalen Patienten	Emotionale Belastung durch Konfrontation mit Schwerkranken und Sterbenden und durch die Interaktion mit solchen Patienten (z.B. Aufklärung über Rezidive) sowie durch die Suizidalität von Patienten	19	8
Umgebungsbelastungen	Physikalische Umgebungsfaktoren (z.B. Lärm, Hitze, Röntgenstrahlen)	4	2
Unsicherheit	Unsicherheit über Ziele und / oder den Weg zur Zielerreichung	15	8
Unterbrechungen bei der Arbeitsausführung	Unterbrechungen der aktuellen Arbeitstätigkeit durch Anliegen von Kollegen, Vorgesetzten, Notfälle o. ä.	15	8

Bedingungsbezogene Ressourcen

Arbeits- und Handlungshilfen	Bereitgestellte Informationen oder Angebote, die den Arzt bei der Ausübung seiner Arbeit unterstützen bzw. diese erleichtern (z.B. Behandlungsschemata, Standardbriefvorlagen)	14	9
Berufliche Zukunftsperspektiven	Möglichkeiten innerhalb und außerhalb der Klinik, den eigenen, zukünftigen Werdegang zu gestalten	5	5
Handlungs- und Zeitspielraum	Möglichkeiten, über die Methoden, die Reihenfolge und den Zeitpunkt der Aufgabenerledigung selbst zu bestimmen	11	6
Nichtmedizinische Dienstleistungen	Die Klinik beschäftigt Mitarbeiter, die die Ärzte bei ihrer Arbeit und / oder bei der psychosozialen Betreuung von Patienten unterstützen (z.B. Schreibkräfte, Sozialarbeiter)	17	7
Organisationale Fürsorge	Angebote der Klinik, die dem Wohl der Mitarbeiter zugute kommen (z.B. Bereitstellung von Sozialräumen, Betriebskindergarten)	10	6
Partizipation	Möglichkeiten, um Einfluss auf die Arbeitsbedingungen in der Abteilung / Klinik zu nehmen	28	8
Qualifikationsmöglichkeiten	Möglichkeiten, die eigenen beruflichen Qualifikationen und Kompetenzen weiterzuentwickeln	33	11
Räumliche Ressourcen	Verfügbarkeit von Räumlichkeiten, die eine gute Patientenversorgung und die Erledigung der eigenen Arbeit unterstützen	11	5
Soziale Unterstützung	Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, z.B. in Form von instrumenteller oder emotionaler Unterstützung	81	11

Personenbezogene Ressourcen

Fachkompetenz	Berufliche Erfahrungen, die dem Arzt dabei helfen, seine Arbeit (besser / schneller) zu erledigen	9	6
Kognitiv-emotionale Ressourcen	Kognitive und emotionale Fähigkeiten und Kompetenzen, die dem Arzt bei der Bewältigung seiner Arbeit helfen (z.B. Umgang mit Stress, Anpassungsfähigkeit, soziale Kompetenz)	24	9

„Saisonbedingte hohe Arbeitsintensität“ (5), „Verzug / Ausfallen lassen von Pausen“ (6) sowie „Zeit- und Termindruck“ (21).

Vielfach wurden von den interviewten Ärzten auch „Arbeitszeitliche Stressoren“ – „Hintergrunddienste / Rufbereitschaften“ (18), „Schicht- / Wochenend- / Bereitschaftsdienste (in der Klinik)“ (20) und „Überstunden“ (26) – sowie „Arbeitsorganisatorische Stressoren“ genannt. Letzteres beinhaltet die Subkategorien „Arbeitseinsätze in verschiedenen Arbeitsstätten / Kliniken“ (6), „Schwierigkeiten, die Arbeit im voraus zu planen“ (40) sowie „Ungeklärte Zuständigkeiten und Befugnisse“ (8).

Bei den bedingungsbezogenen Ressourcen liegt der Schwerpunkt der Nennungen auf der „Sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen“, die die Subkategorien „Bewertungsbezogene Unterstützung“ (6), „Emotionale Unterstützung“ (10), „Informationale Unterstützung“ (38) und „Instrumentelle Unterstützung“ (27) subsumiert.

Unter den Qualifikationsmöglichkeiten wurden das „Kennenlernen neuer / unterschiedlicher Krankheitsbilder im Rahmen der Arbeit“ (10), die „Möglichkeiten zur Durchführung von Untersuchungen / Behandlungen für die Facharztausbildung“ (3) und die „Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen“ (20) thematisiert.

Unter den personenbezogenen Ressourcen gibt es zwei Hauptkategorien: „Fachkompetenz“ (9) und „Kognitiv-emotionale Ressourcen“ (24).

Die Beobachtungsinterviews veranschaulichten diverse der in den Tagesablaufinterviews thematisierten Stressoren und Ressourcen, wie z.B. fehlende Arbeitsmittel und informatorische Erschwerungen. Im Vergleich mit den Tagesablaufinterviews zeigten sich in den Beobachtungsinterviews auf Ebene der Kategorien (vgl. Tab. 1) keine zusätzlichen Informationen. Die Beobachtungen der konkreten Arbeitssituationen, in denen die stressrelevanten Arbeitsmerkmale auftraten, erbrachten hingegen durchaus weitere Informationen, z.B. ein tiefer gehendes Verständnis über Ursachen der beobachteten Stressoren bzw. Ressourcen.

Im Folgenden werden exemplarisch stressrelevante Arbeitsbedingungen dargestellt. Dabei werden, ausgehend von den Zielen dieser Studie, Hintergründe und Zusammenhänge beleuchtet, neue bzw. wenig untersuchte Aspekte berichtet und die Antworten der Ärzte auf die Frage nach ihrer schlimmsten Befürchtung vorgestellt.

Zahlreiche Interviewpassagen verdeutlichen Hintergründe von bzw. Zusammenhänge zwischen Arbeitsmerkmalen, die über einzelne, isoliert betrachtete Stressoren und Ressourcen bzw. Kategorien hinausgehen. Anschaulich zeigt sich dies z.B. für die Übernahme von Verantwortung für die Patientenver-

sorgung bei gleichzeitiger hoher Arbeitsintensität. In diesem Kontext berichtete eine Assistenzärztin davon, dass es in Extremsituationen zu quantitativer Überforderung kommt, die dazu führt, dass die Behandlung der Patienten auf das Nötigste reduziert werden muss und die Gefahr von Fehlern ansteigt (Hauptkategorie (HK): Belastung durch hohe Verantwortung; Subkategorie (SK): Behandlungsfehler): *„Also schwierig ist, wenn ich hier auf Station alleine bin, die Nachbarstation vertreten muss und für die Notaufnahme zuständig bin. ... das ist sehr, sehr schwierig. Das ist auch schon öfter vorgekommen, und da geht es wirklich nur darum, keine groben Fehler zu machen, Leben zu erhalten.“*

Im Kontext des Stressors Unsicherheit (HK: Unsicherheit; keine weitere Differenzierung durch Subkategorien) geben die Schilderungen mehrerer Ärzte einen Einblick in die Komplexität des Problems. Besonders betroffen von Unsicherheit sind Ärzte mit wenig Berufserfahrung. Im Rahmen von Bereitschaftsdiensten arbeiten diese zudem allein, und um Unterstützung zu erhalten, müssen sie ihre Vorgesetzten zu Hause anrufen, wodurch die Problematik eine zusätzliche „soziale Facette“ erhält. Ein Assistenzarzt berichtete: *„Also, wenn man Fragen hat, oder wenn man sich unsicher ist oder Angst hat, dann kann man den [Oberarzt aus dem Hintergrunddienst] jederzeit anrufen. Das ist natürlich so, aber es ist natürlich ärgerlich, wenn man wegen Banalitäten nachts um zwei den Oberarzt weckt. Und das wird der einem auch so sagen. ... Aber wenn man wirklich Angst hat, und das nicht weiß, dann muss man den halt anrufen. Und das ist sicherlich am Anfang, wenn man unerfahren ist, öfter. Dass man auch so vor Entscheidungen steht, ob man jetzt alleine weiter wurstelt und den Oberarzt nicht anruft, oder ob man den Oberarzt anruft und sagt, ich kann es nicht, oder ich traue es mir nicht zu ...“*

In einem positiven Beispiel drückte eine Assistenzärztin hingegen aus, wie ihr die Zusammenarbeit mit ihrem erfahrenen Kollegen Sicherheit gibt: *„Ich arbeite jetzt mit einem erfahrenen Kollegen zusammen auf Station. Der kann mich dann auch gleich supervidieren. Wenn man nicht so viel Erfahrung hat in der Sonografie, kann man ja im Grunde keine verlässlichen eigenen Befunde erheben. Dann braucht man ja immer noch jemanden, der einfach auch für die eigene Sicherheit noch mal nachguckt.“*

Auch in den Beobachtungsinterviews ließen sich Hintergründe von Stressoren erfassen. So zeigte sich im Rahmen der Beobachtung in einer Reha-Klinik eine Ursache für die Notwendigkeit, Überstunden machen zu müssen. Konkret wurde beobachtet, dass ein Patient, der aus dem Krankenhaus entlassen wurde, mit zeitlicher Verzögerung in der Reha-Klinik eintraf. In der Folge war der dort behandelnde Arzt dazu gezwungen, Überstunden zu machen, um die Aufnahme

des Patienten durchzuführen. Die verspätete Ankunft des Patienten wurde mit der hohen Arbeitsbelastung im Akutkrankenhaus erklärt.

Neben stressrelevanten Aspekten, die bereits in früheren Untersuchungen Forschungsgegenstand waren und deren Relevanz durch die vorliegenden Ergebnisse unterstrichen werden – wie z.B. arbeitszeitliche Belastungen und soziale Stressoren – wurden im Rahmen dieser Studie, auf Ebene der Subkategorien, zusätzliche Stressoren und Ressourcen erfasst, die für die Gruppe der Klinikärzte bislang nicht oder in abweichender Form untersucht wurden.

So wurde beispielsweise in mehreren Interviews thematisiert, dass es zusätzlich zur regulären arbeitsvertraglich geregelten Rufbereitschaft, bei der die Betroffenen jederzeit telefonisch erreichbar und bei Bedarf innerhalb kürzester Zeit vor Ort in der Klinik sein müssen, auch während ihrer Freizeit zu telefonischen Anfragen kommen kann (HK: Arbeits-Freizeit-Konflikte; SK: Anrufe/Arbeit in der Freizeit). Ein Oberarzt sagte dazu „... während ich doch chronisch kranke Patienten sozusagen auf Dauer irgendwo mit mir herum-schleppe und durchaus mal angerufen werde abends, auch wenn ich keinen Dienst habe, weil mit denen gerade irgendwas ist.“

Betroffene Ärzte beschrieben diese „außerdienstliche Rufbereitschaft“ interessanterweise nicht als belastend, sondern hoben die Vorteile für ihre Kollegen und Mitarbeiter sowie für sich selbst hervor, die sich aus der allgemeinen Akzeptanz dieser außerdienstlichen Rufbereitschaft ergeben. Beispielsweise sagte ein Oberarzt: „Also wenn ich ein sehr spezielles Problem habe in dem Moment, wo ich der allgemeine Hintergrund bin, und ich sage: ‚Oh, da weiß ich nun auch nicht mehr weiter‘ kann ich zum Beispiel immer noch meinen Chef anrufen ...“.

Ein weiteres gravierendes Problem, das bislang überwiegend für Pflegekräfte untersucht wurde (vgl. Zeh et al., 2009) und vornehmlich in der Psychiatrie auftritt, stellen Aggression und Gewalt von Seiten der Patienten dar (HK: Soziale Stressoren mit Patienten und Angehörigen; keine weitere Differenzierung durch Subkategorien). Sowohl für die Ärzte als auch für Mitpatienten kann dies in Extremfällen sogar lebensbedrohlich sein. Eine Ärztin aus der Psychiatrie berichtete „... nachts sind wir dann ja wirklich so wenige [Mitarbeiter], und wenn es ganz schlimm ist, oder wenn der Patient meinetwegen riesengroß ist, voll muskulös, und so tobt, dass wir das Gefühl haben, wir können das nicht allein, dann holen wir auch die Polizei.“

Übergriffe, die durch die Erkrankungen von Patienten bedingt sind, können nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Im Rahmen der Interviews betonte eine Assistenzärztin, wie äußere Bedingungen Einfluss auf das Risiko bzw. den Verlauf von tätlichen Übergriffen nehmen: „Dann ist es teilweise notwendig, dass dort

auf dem Flur auch noch zwei Betten stehen, wenn wir so überbelegt sind ... Und wenn man dann einen Notfall hat, ist das einfach ganz, ganz schwierig, auf sich zu achten, die Mitpatienten zu schützen, zu versuchen, nicht noch mehr zu traumatisieren.“

Vor dem Hintergrund der Zusammenarbeit unterschiedlicher Abteilungen und Berufsgruppen in Kliniken kommt es offenbar immer wieder zu Mehrarbeit und/oder Verzögerungen in Arbeitsabläufen. Exemplarisch werden im Folgenden zwei konkrete Beispiele dargestellt. Ein Notarzt schilderte die knappe Verfügbarkeit von Betten in seiner Abteilung (HK: Räumliche Ressourcen; keine weitere Differenzierung durch Subkategorien) sowie seine Schwierigkeiten, damit umzugehen (HK: Probleme im Rahmen von Kooperationserfordernissen; SK: Probleme mit anderen Abteilungen).

„Und solche Dinge wie, dass ich zum Beispiel ein Bett auf den Stationen suche. Die Schwestern sagen, wir haben kein Bett. [Daraufhin folgen] X-Telefonate mit dem Oberarzt [der Station] und mit dem Assistenten ...“.

„Das [Patiententransport von der Notaufnahme auf die Station] müssten die Schwestern von den Stationen übernehmen. Die Schwestern haben selber viele Patienten zu pflegen, zu waschen, Essen auszuteilen. Wenn ich die jetzt um 17.30 Uhr anrufe und sage, der Patient kann jetzt nach oben, und die fangen gerade an, [auf ihrer Station] das Essen zu verteilen ... dann kann ich also frühestens mit denen in anderthalb Stunden rechnen ...“.

Als ein weiteres Problem in der Zusammenarbeit wurden die Arzt- bzw. Entlassungsbriefe genannt, die nach Diktat der Ärzte von Schreibkräften getippt werden. Nicht selten scheinen diese Briefe unvollständig oder fehlerhaft zu sein oder nicht rechtzeitig verfügbar (HK: Probleme im Rahmen von Kooperationserfordernissen; SK: Probleme mit dem Schreibdienst / Sekretariat).

Eine Ärztin sagte dazu: „Dann muss man die Briefe aufrufen im PC, noch einmal gegenlesen, weil dann doch Verständnisschwierigkeiten auf diesen Aufzeichnungsbändern sind, und dann wird nicht alles so verstanden und einfach teilweise Wörter falsch geschrieben.“

Eine Assistenzärztin berichtete: „Ja, dann telefoniert man halt hinterher, dass man sagt, sind Sie [der Schreibdienst] schon dabei, den Brief zu schreiben, die Patienten werden jetzt abgeholt. Dann stehen die Transporteure vor der Tür und machen Druck und sagen, Mensch, wir haben jetzt auch unsere festgelegten Zeiten. Jetzt muss der Arztbrief aber fertig sein, sonst fahren wir ohne Arztbrief weg. Dann redet man mit denen, dass die nicht ohne Arztbrief wegfahren können ...“.

In den Beobachtungsinterviews zeigten sich weitere Schwierigkeiten in Arbeitsabläufen. Beispielsweise wurde mehrmals beobachtet, dass Ärzte Anordnungen

gen von Untersuchungen, die in anderen Abteilungen durchgeführt werden (z.B. Radiologie), doppelt gemacht haben: Zunächst über den offiziellen Weg – Eingabe in den PC – und daran anschließend telefonisch. Nur dadurch schien eine zuverlässige und kurzfristige Durchführung der angeordneten Untersuchungen gesichert zu sein.

Einige der Interviewten machten Aussagen zu ihren schlimmsten Befürchtungen sowie zu besonders gravierenden Stressoren. Die Frage nach der schlimmsten Befürchtung konnte lediglich von 5 der 12 interviewten Ärzte (eindeutig) beantwortet werden, 3 weitere Ärzte äußerten sich stattdessen hinsichtlich ihrer stärksten Belastung/ihres stärksten Stressors.

Als schlimmste Befürchtung nannten 4 Ärzte, im Rahmen ihrer großen Verantwortung für das Leben der Patienten einen folgenschweren Fehler zu machen (HK: Belastung durch hohe Verantwortung; SK: Behandlungsfehler). Eine Stationsärztin sagte dazu: *„Also schlimmste Befürchtung [ist] natürlich, dass man irgendwann mal einen Patienten sozusagen auf dem Gewissen hat, dass man einen Fehler macht, also dass man weiß, jemand verstirbt, weil man selber ihm ein bestimmtes Medikament verordnet hat oder eben etwas vergessen hat oder bestimmte Sachen nicht beachtet hat. Das ist natürlich, denke ich, das, wovor jeder Arzt irgendwie Angst hat ...“*.

Eine Ärztin aus der Psychiatrie gab als schlimmste Befürchtung den Suizid eines Patienten an (HK: Umgang mit schwerkranken oder suizidalen Patienten; keine weitere Differenzierung durch Subkategorien).

Demgegenüber beantwortete eine Ärztin die Frage hinsichtlich ihrer eigenen beruflichen Situation: *„Also die schlimmste Befürchtung wäre, dass das alles so bleibt, dass wir weiterhin ausschließlich die Dateneingaben machen. Ja, damit könnte ich mich nicht arrangieren. Dafür habe ich nun nicht so eine umfassende Ausbildung gemacht, um hier Tipps zu sein.“* (HK: Frustration übergreifender Motive; SK: Rollenkonflikte).

Demgegenüber empfand eine Oberärztin als schlimmsten Stressor, ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht werden zu können, weil zu viele Tätigkeiten gleichzeitig erledigt werden müssen. Und ein Oberarzt sah sich dann am stärksten belastet, wenn die Kollegialität verloren geht bzw. wenn Kollegen den Druck durch die hohe Arbeitsbelastung nicht mehr mittragen und diejenigen, die sich diesem Druck nicht entziehen können, allein lassen.

Aus den Beobachtungsinterviews liegen keine Informationen zur schlimmsten Befürchtung der Ärzte vor.

6 Diskussion

Die Ergebnisse der Tagesablaufinterviews heben die Vielfältigkeit der ärztlichen Stressoren und Ressourcen hervor und betonen die anhaltende Aktualität und Relevanz der Thematik. Die auf Ebene der Kategorien gefundenen stressrelevanten Aspekte liefern Befunde, die bereits in früheren Untersuchungen Forschungsgegenstand waren, wie z.B. hohe Arbeitsintensität, arbeitszeitliche Stressoren und soziale Unterstützung (vgl. z.B. Glaser et al., 2005; Herschbach, 1991; Merkel et al., 2004; Peter & Ulich, 2003). Dies unterstreicht die Relevanz früherer Befunde für die aktuelle Arbeitssituation der Klinikärzte.

Darüber hinaus wurden im Rahmen dieser Studie stressrelevante Arbeitsmerkmale erfasst, die für die Gruppe der Ärzte bislang nicht bzw. nicht in der hier dargestellten Ausprägung und / oder Komplexität berichtet wurden. Die u.E. diesbezüglich interessantesten Ergebnisse wurden ausführlicher beschrieben. Zusätzlich wurden diverse Details erfasst, die die vorhandenen Erkenntnisse über die ärztliche Arbeitssituation ebenfalls anreichern, wie z.B. die psychosoziale Betreuung von Patienten durch in der Klinik beschäftigte Sozialarbeiter (HK: „Nichtmedizinische Dienstleistungen“; vgl. Tab. 1) oder die Einrichtung eines Betriebskindergartens (HK: „Organisationale Fürsorge“; vgl. Tab. 1).

Beachtenswert ist insbesondere der Aspekt der „außerdienstlichen Rufbereitschaft“ sowie die Selbstverständlichkeit, mit der diese akzeptiert bzw. nicht negativ bewertet wurde. Dies kann durchaus im Kontext mit anderen stressrelevanten Aspekten gesehen werden, wie z.B. der Leistung von Überstunden, um eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Neben der den Ärzten obliegenden großen Verantwortung dürfte beides auch auf den hohen Anspruch an die eigene Arbeit und den Berufsethos der Ärzte zurückzuführen sein (vgl. Resch & Hagge, 2005). Diese verhindern eine Trennung von Arbeit und Privatleben, was Hohner (2005, S. 17) folgendermaßen ausdrückt: *„Man hat nicht den Beruf des Arztes; man ist Arzt.“*

Wengleich die „außerdienstlichen Rufbereitschaften“ von den Befragten nicht negativ bewertet wurden, sind u. E. weitere Untersuchungen zur Erfassung des Zusammenhangs zu Befindensvariablen wünschenswert. Sollte Veränderungsbedarf bestehen, so sollten die vorhandenen Regelungen gemeinsam mit anderen stressrelevanten Faktoren in Kliniken betrachtet werden, damit bestehende (inoffizielle) Regelungen modifiziert werden können, ohne andere Stressoren (z.B. Unsicherheit der beim Hintergrund anrufenden Assistenzärzte) zu forcieren oder das Wohl der Patienten zu gefährden.

Insbesondere die Verzögerungen und der Zusatzaufwand durch Schwierigkeiten in Arbeitsabläufen,

deren Komplexität in den Zitaten veranschaulicht wurde, zeigen, dass betriebliche Interventionen nicht (immer) auf die Ärzteschaft beschränkt bleiben können. Solche Ansätze wurden bereits in Studien realisiert. Aufbauend auf Analysen von Peter und Ulich (2005) wurde als Konsequenz auf die Menge an administrativen Aufgaben ein neues Berufsbild geschaffen, der „Patienten-Administrationsmanager“, der den Ärzten diese Aufgaben weitgehend abnehmen soll.

Hinsichtlich der beschriebenen „Weitergabe“ von Arbeitsbelastungen vom Akutkrankenhaus an die Reha-Klinik wären verbindliche Absprachen zur Kooperation zwischen den Einrichtungen wünschenswert. Neben der Schwierigkeit, solche terminlichen Absprachen im Falle von Notfällen einzuhalten, ist hierbei allerdings auch zu bedenken, dass Patienten die Wahl der Reha-Klinik im Akutkrankenhaus treffen, und somit „Abhängigkeiten“ auf Betriebsebene vorliegen, die das Stressgeschehen der Mitarbeiter mitbeeinflussen können.

Unsicherheit dürfte, aufgrund der enormen Verantwortung sowie der Komplexität der ärztlichen Tätigkeit, insbesondere für junge Ärzte nicht vermeidbar sein. Auch ist es sicherlich grundsätzlich schwierig, die eigene Unsicherheit gegenüber Vorgesetzten mitzuteilen und diese nachts zu wecken. Verstärkend dürfte im Klinikkontext die starke Hierarchie wirken, die vielerorts herrscht. Neben der (generell wünschenswerten) Lockerung von Hierarchien stellt sich die Frage, ob Kliniken genug dafür tun, um Unsicherheiten ihrer Mitarbeiter möglichst gering zu halten. Zu überprüfen wäre z.B., ob Berufsanfänger ausreichend gut und lange eingearbeitet werden oder ob sie bereits nach kurzer Zeit auf sich allein gestellt sind. Überlegenswert wäre außerdem die Einrichtung von Mentorenprogrammen. Hinsichtlich der Bereitschaftsdienste wäre zu prüfen, ob andere Möglichkeiten, bei denen insbesondere Berufsanfänger nicht alleine arbeiten, umsetzbar sind.

Mehrere Ärzte thematisierten hinsichtlich ihrer schlimmsten Befürchtung und ihrer stärksten Stressoren die hohe Verantwortung für das Leben der Patienten und die Gefahr von Fehlern. In diesem Kontext wird auch die Relevanz anderer Stressoren und Ressourcen in den ärztlichen Arbeitsbedingungen, welche die Qualität der Patientenversorgung und die Gefahr von Fehlern beeinflussen können (z.B. Zeitdruck, Unsicherheit, soziale Unterstützung), hervorgehoben, und der Bedarf ihrer Veränderungen wird dadurch bekräftigt.

Die Methode der Tagesablaufinterviews wurde gewählt, damit die befragten Ärzte nicht nur Stressoren und Ressourcen berichten, die ihnen selbst als solche bewusst sind. Die Erfahrungen im Rahmen der Interviews sprechen diesbezüglich für diese Methode. Viele der Stressoren und Ressourcen wurden nach

grober Schilderung einer Situation erst auf Nachfrage der Interviewerin dargestellt. Es muss jedoch auch davon ausgegangen werden, dass die Befragten gegebenenfalls einzelne Begebenheiten, unbewusst oder bewusst, unerwähnt gelassen haben.

In den Beobachtungsinterviews wurde, verglichen mit den Tagesablaufinterviews, eine abweichende Perspektive eingenommen, die dem „Zurückhalten“ von Informationen entgegenwirken sollte. Allerdings sind auch für diese Methode Einschränkungen anzunehmen: Zwar sieht ein Beobachter grundsätzlich sämtliche auftretende Stressoren und Ressourcen, jedoch spiegeln Beobachtungssituationen nicht unbedingt die „üblichen“ alltäglichen Arbeitssituationen wider bzw. das Verhalten der Beobachteten ist verändert. Letzteres normalisiert sich nach Zapf (1989) erst nach einer Beobachtungsdauer von zwei bis drei Tagen. Da der Klinikalltag durch hohe Arbeitsintensität, Notfälle und den Kontakt zu zahlreichen Vorgesetzten, Kollegen, Patienten und Angehörigen geprägt ist, bindet die Anwesenheit eines Beobachters in diesem Kontext jedoch möglicherweise weniger Aufmerksamkeit als vermutet.

Mit der Methode der Beobachtungsinterviews konnten sowohl Stressoren und Ressourcen erfasst werden, die in den Tagesablaufinterviews thematisiert wurden, als auch einige zusätzliche stressrelevante Aspekte. Ob Letztere auch in Interviews mit diesen Ärzten zu den betreffenden Arbeitstagen exploriert worden wären, kann nicht beantwortet werden, da ein gezielter Vergleich des „Informationsgewinns“ zwischen den beiden Methoden nicht durchgeführt wurde. Vor dem Hintergrund dieser Studie – zusätzliche Erkenntnisse, Hintergründe und Zusammenhänge von Stressoren und Ressourcen zu gewinnen – war dies u.E. nicht angezeigt: Die Stichprobe der Ärzte war bewusst heterogen, so dass die einzelnen Ärzte (zu einem beträchtlichen Anteil) unterschiedliche Arbeitsaufgaben ausübten, bei denen unterschiedliche Stressoren und Ressourcen auftraten. Im Gegensatz dazu hätte bezüglich der Fragestellung, inwieweit sich die Ergebnisse der beiden Methoden unterscheiden, jeweils der *gleiche* Arzt und *gleiche* Tag mit *beiden* Methoden untersucht werden müssen, oder es hätten jeweils zumindest zwei vergleichbare Ärzte / Arbeitsplätze und Tage einbezogen werden müssen.

Ähnliches gilt für den Vergleich unterschiedlicher Ärzteguppen, z.B. Ärzte aus verschiedenen Fachgebieten oder Ärzte unterschiedlicher beruflicher Positionen, für die sich in früheren Studien Abweichungen bezüglich ihrer Belastungssituation gezeigt haben (z.B. Graham, Ramirez, Field & Richards, 2000; Herschbach, 1991; Peter & Ulich, 2005). Bei der gegebenen Fragestellung und der damit verbundenen Heterogenität der Stichprobe waren solche Vergleiche generell nicht möglich und auch nicht angestrebt. Dazu hätten z. B.

jeweils zwei *unterschiedliche* Ärzte einer Station befragt oder beobachtet werden müssen.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse der Tagesablauf- und der Beobachtungsinterviews, insbesondere aufgrund der hohen Variabilität zwischen Fachgebieten und Kliniken, nicht generalisierbar sind. Die vorliegende Studie kann hier streng genommen nur einen Einblick in stressrelevante Merkmale an einigen unterschiedlichen ärztlichen Arbeitsplätzen geben. Die quantitativen Auswertungen der Interviews zeigen allerdings auch, dass zahlreiche der Stressoren und Ressourcen auf Ebene der Haupt- und Subkategorien in mehreren der 12 Interviews genannt wurden, so dass u. E. angenommen werden kann, dass von diesen auch mehr oder weniger viele andere Klinikärzte betroffen sind.

Inwieweit die Details der geschilderten bzw. beobachteten stressrelevanten Arbeitsmerkmale sowie deren Zusammenhänge und Ursachen auch auf andere Ärzte zutreffen, kann aus den Ergebnissen allerdings nicht geschlossen werden, wenngleich auch hier zu vermuten ist, dass in den Interviews und Beobachtungen zumeist keine Ausnahmereischeinungen exploriert wurden.

Dementsprechend stellen auch die hier vereinzelt genannten Ansätze für Veränderungen lediglich Möglichkeiten dar, für die es im Einzelfall vor Ort zu prüfen gilt, ob sie eine reale Verbesserung mit sich bringen könnten und wie sie dafür konkret gestaltet sein müssten.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die qualitative Vorgehensweise in dieser Studie sowohl breit gefächerte Informationen zu aktuell vorherrschenden Arbeitsbedingungen von Klinikärzten hervorgebracht hat als auch Erkenntnisse über deren komplexe Zusammenhänge und Hintergründe. Dadurch bieten sich Hinweise auf Veränderungsmöglichkeiten der ärztlichen Arbeitsbedingungen sowie Anregungen für zukünftige Studien.

Literatur

- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2005). *Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*. Bern: Huber.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin (u. a.): Springer-Verlag.
- Cohen, J. S. & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5, 21.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., Rieger, M. A. (2008). Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8, 355.
- Glaser, J., Höge, T. & Weigl, M. (2005). Psychische Belastungen bei Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 59 (2) 143-151.
- Graham, J., Ramirez, A. J., Cull, A., Finlay, I., Hoy, A. & Richards, M. A. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians. *Palliative Medicine*, 10, 185-194.
- Graham, J., Ramirez, A. J., Field, S. & Richards, M. A. (2000). Job Stress and Satisfaction Among Clinical Radiologists. *Clinical Radiology*, 55, 182-185.
- Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Stress am Arbeitsplatz* (pp. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Herschbach, P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Hohner, H.-U. (2005). Anforderungen an den Arztberuf im 21. Jahrhundert. Herausforderungen für Qualifizierung und Kompetenzentwicklung. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (pp. 15-55). Bern: Verlag Hans Huber.
- Holsti, O. R. (1969). *Content Analysis for the Social Sciences and Humanities*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Kleindienst, C. (1995). *Analyse von gesundheitsrelevanten Faktoren in der industriellen Arbeitswelt. Entwicklung eines Screening-Schemas zur Identifikation von gesundheitsschädigenden und fördernden Faktoren am Arbeitsplatz*. Unveröffentlichte Magisterarbeit im Fach Public Health / Gesundheitswissenschaften, Technische Universität Berlin.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (pp. 213-260). Bern: Huber.
- Lert, F., Chastang, J.-F. & Castano, I. (2001). Psychological stress among hospital doctors caring for HIV patients in the late nineties. *Aids Care*, 13 (6), 765-778.
- Mayring, P. (1989). Qualitative Inhaltsanalyse. In: G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 187-211). Heidelberg: Asanger.
- Mayring, P. (2005). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Deutsche Studien Verlag.

- Merkel, S., Streit, B. & Richter, P. (2004). Eine Belastungs-Beanspruchungsanalyse Bereitschaftsdienst leistender Ärzte in sächsischen Krankenhäusern. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 58, 188-198.
- Mohr, G. & Semmer, N. (2002). Arbeit und Gesundheit: Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53 (2), 77-84.
- Paice, E., Aitken, M., Houghton, A., Firth-Cozens, J. (2004). Bullying among doctors in training: cross sectional questionnaire survey. *British Medical Journal*, 329, 658-659.
- Peter, S. & Ulich, E. (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (pp. 75-98). Bern: Verlag Hans Huber.
- Resch, M. & Hagge, M. (2003). Ärztgesundheit – ein lange vernachlässigtes Thema. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (pp. 37-57). Bern: Verlag Hans Huber.
- Ritsert, J. (1972). Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung. Frankfurt: Athenäum.
- Semmer, N. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse. Psychologische Untersuchungen zur Analyse von Stress am Arbeitsplatz*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Semmer, N. (1997). Streß. In Luczak, H. & Volpert, W. (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft* (pp. 332-340). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Siegrist, J. (2002). *Soziale Reziprozität und Gesundheit – eine explorative Studie zu beruflichen und außerberuflichen Gratifikationskrisen*. Düsseldorf: Institut für Medizinische Soziologie.
- Stern, K. (1996). *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster/New York: Waxmann Verlag.
- Volpert, W. (2005). *Wie wir handeln – was wir können. Ein Disput als Einführung in die Handlungspsychologie*. Sottrum: artefact.
- Waldvogel, B. & Seidl, O. (1991). Probleme und Belastungen von Ärzten bei der Behandlung von AIDS-Patienten. *AIDS-Forschung (AIFO)*, 7, 353-368.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D. (2006). Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy. A Prospective Longitudinal Study. *Journal of the American Medical Association*, 296 (9), 1071-1078.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In Gerd Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp. 227-255). Weinheim: Beltz.
- Zapf, D. (1989). *Selbst- und Fremdbeobachtung in der psychologischen Arbeitsanalyse. Methodische Probleme bei der Erfassung von Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, D. & Semmer, N. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie: Organisationspsychologie* (Vol. 3, pp. 1007-1112). Göttingen: Hogrefe.
- Zeh, A., Schablon, A., Wohlert, C., Richter, D. & Nienhaus, A. (2009). Gewalt- und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen*, 71, 449-459.

Korrespondenzadresse:
 Dipl.-Psych. Monika Keller
 Universität Hamburg
 Arbeits- und Organisationspsychologie
 Von-Melle-Park 11
 D-20146 Hamburg
 monika.keller@uni-hamburg.de

Die Studie wurde gefördert durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.