



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Gratifikationskrisen von SpitalsärztInnen und ihre
Auswirkungen auf Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und
Stressbewältigung

verfasst von / submitted by
Heinz Piwonka BA

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the
degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Christoph Reinprecht

Danksagung:

Diese Arbeit entstand über einen längeren Zeitraum hinweg und unterlag vielfältigen Einflüssen von Personen und Institutionen, die es mir ermöglichten, mich im Gebiet der Medizin- und Gesundheitssoziologie weiterzuentwickeln. Zuerst möchte ich mich bei allen Ärztinnen und Ärzten bedanken, die trotz ihres stressigen Berufsalltags die Zeit fanden, an der Studie teilzunehmen. Herzlichen Dank auch an Herrn Dr. Martin Rupprecht, der als Personaldirektor eines großen Krankenhausträgers die Arbeit promotete. Für zur Verfügung gestellte Daten danke ich der Arbeiterkammer Oberösterreich in Kooperation mit dem Institut für empirische Sozialforschung Wien und der Österreichischen Ärztekammer. Aus wissenschaftlicher Sicht gebührt mein Dank Herrn Univ. Prof. Dr. Johannes Siegrist und seinem Team an der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf für die erwiesene Unterstützung und Herrn Univ. Prof. Dr. Christoph Reinprecht vom Institut für Soziologie an der Universität Wien, der immer ein offenes Ohr für meine Ideen und Anliegen hatte und mich auch in schwierigen Zeiten motivierte. Mein besonderer Dank gilt Frau Dr. med. univ. Sandra Piwonka, die mein Verständnis für die berufliche Situation von SpitalsärztlInnen in ausführlichen Gesprächen vertiefte und mir emotionalen Rückhalt gewährte.

Inhalt

1	Einleitung.....	7
2	Theoretische Betrachtungen.....	11
2.1	Definitionen	12
2.2	Stresstheoretische Entwicklung und General Adaption Syndrome	14
2.3	Transaktionales Modell und Coping	19
2.4	Anforderungs-Kontroll-Modell und Modell sozialer Gratifikationskrisen.....	28
3	Fragestellung und Hypothesen.....	37
4	Material & Methoden	39
4.1	Fragebogenkonstruktion, Rationale und Operationalisierung	39
4.1.1	erster Abschnitt: Gratifikationskrisen.....	40
4.1.2	zweiter Abschnitt: Gesundheit und Zufriedenheit.....	44
4.1.3	dritter Abschnitt: objektive Daten.....	46
4.1.4	vierter Abschnitt: Copingstrategien	47
4.1.5	fünfter Abschnitt: Soziodemographie	50
4.2	Warum ein Mix aus Online- und Papierbefragung?.....	51
4.3	Auswahlverfahren und Stichprobe	52
5	Die Ergebnisse	55
5.1	Soziodemographie und „objektive Daten“	56
5.2	Gratifikationskrisen.....	60
5.3	Gesundheit und Zufriedenheit	68
5.4	Copingstrategien	73
5.5	Multivariate Analysen	79
5.5.1	Faktorenanalyse Gratifikationskrisen	80
5.5.2	Faktorenanalyse Coping	84
6	Diskussion	89
7	Conclusio.....	99
8	Literaturverzeichnis	103

9 Anhänge.....	111
9.1 Der Fragebogen	111
9.2 SPSS-Syntax.....	119
9.3 Abstract	137

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Die drei Phasen des GAS	16
Abb. 2: Transaktionales Modell: ipsativ-normatives Arrangement.....	19
Abb. 3: Modell sozialer Gratifikationskrisen.....	32
Abb. 4: Alter.....	56
Abb. 5: Position und Positionsdauer.....	57
Abb. 6: Geschlecht und Umgebung.....	58
Abb. 7: Abteilungen nach Geschlecht.....	58
Abb. 8: Verausgabung	61
Abb. 9: Belohnung	63
Abb. 10: übersteigerte Verausgabungsleistung	64
Abb. 11: Gesundheitszustand.....	68
Abb. 12: Copingstrategien absolut.....	74
Abb. 13: Copingstrategien relativ.....	75

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1: Gratifikationskrisen	66
Tab. 2: Zufriedenheit	70
Tab. 3: Korrelationen Coping.....	76
Tab. 4: Kommunalitäten Gratifikationskrisen	80
Tab. 5: Faktorenanalyse Gratifikationskrisen.....	82
Tab. 6: Kommunalitäten Coping	84
Tab. 7: Faktorenanalyse Coping.....	85

1 Einleitung

Dem Krankenhaus als Teilsystem eines umfassenden Krankenbehandlungssystems kommt ein zentraler Stellenwert zu. Es ist die Organisation, die einen wichtigen Teil der Krankenversorgung, der medizinischen Forschung und einen Großteil der Ausbildung in den Gesundheitsberufen ausübt. Auf MitarbeiterInnenebene stellen die SpitalsärztInnen eine wichtige Berufsgruppe dar, die aktuell ihre Arbeitsbedingungen hinterfragt und verbessern will. Diese Bestrebungen entspringen nicht nur egoistischen Motiven, vielmehr geht es darum, strukturelle und intersubjektive Voraussetzungen zu schaffen und anzupassen, die eine optimale gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft sicherstellen. Die aktuelle Einführung der bereits seit längerem bestehenden EU-Arbeitszeitrichtlinie mit der Beschränkung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden ist lt. Österreichischer Ärztekammer ein Schritt in die richtige Richtung. Dennoch müssen die Arbeitsbedingungen der SpitalsärztInnen weiter verbessert werden, da sonst lt. Prognosen im Jahr 2020 in Europa bis zu 300.000 ÄrztInnen fehlen werden (ÖÄK 2015). Die zunehmende Arbeitsverdichtung der letzten Jahre, ein wachsender administrativer Aufwand, sowie unbefriedigende monetäre und nichtmonetäre Gratifikationen spielen eine wichtige Rolle der hohen Arbeitsbelastung von ÄrztInnen (vgl. Siegrist 2012: 1103). Als Problemfelder wurden die steigenden Verwaltungstätigkeiten, der ÄrztInnenmangel auf Grund des demographischen Wandels der Bevölkerung, neue Anforderungen der jungen Generation Y, veraltete organisatorische Strukturen und Abläufe, die Verbesserungswürdigen Kommunikationswege, die Steigerung von Karrierechancen, das Primat der Kostensenkungen, das Fehlen von familienkompatiblen Arbeitszeiten, die mangelnde Anerkennung von Leistungen durch Vorgesetzte und KollegInnen sowie eine daraus resultierende Abwanderung der Fachkräfte identifiziert (vgl. Dilcher et al. 2012a: 3ff). Schon heute verlassen viele der frisch promovierten MedizinerInnen Österreich in Richtung Deutschland oder Schweiz, um ihren Beruf unter besseren Arbeitsbedingungen auszuüben. Ein Printmedium schätzt

diesen Anteil sogar auf die Hälfte der AbsolventInnen (Baltaci 2015), wobei dieser hohe Wert sicher kritisch zu hinterfragen ist.

Ungünstige Arbeitsbedingungen werden als beruflicher Stress breit diskutiert. Dabei wird oft vergessen, dass Stress ein Teil des Lebens ist und auch positive Auswirkungen (z. B. Freude) haben kann (vgl. Selye 1977: 39). Neben soziologischen und psychosozialen Prozessen sind auch biologische und medizinische Aspekte dafür verantwortlich, was wir im täglichen Leben und somit auch im Beruf als stressig ansehen. Durch die persönliche Bewertung der Situation wird gesteuert, wie auf eine Anforderung reagiert wird (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 148ff). Diese Bewertung manifestiert sich in konkreten Handlungen zur beabsichtigten Stressbewältigung, dem Coping. Die Arbeitsbedingungen haben auch Effekte auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von ÄrztInnen (vgl. Tanner et al. 2015: 1). In diesem Sinne ist u. a. die soziale Unterstützung im Beruf durch Kollegen, Vorgesetzte und Supervisoren relevant für die Gesundheit am Arbeitsplatz (vgl. LaRocco et. al. 1980 zit. n. Borgetto 2010: 344). Generell werden mit der Ausübung des Arztberufes bestimmte psychische und physische Erkrankungsrisiken assoziiert. Vor allem handelt es sich hierbei um Anzeichen von tiefreichenden Erschöpfungskrisen („Burn-out“) infolge kontinuierlich hoher Arbeitsbelastungen, die Vorboten ernsthafter stressbezogener Erkrankungen wie depressiver Störungen oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein können (vgl. Siegrist 2012: 1104). Durch erfahrene Privilegien und Erfolge, sowie Chancen der Selbstentfaltung im Beruf und Freiheitsräume in seiner Ausgestaltung können manche belastenden Aspekte spitalsärztlicher Arbeit jedoch kompensiert werden (vgl. ebda). Die Gesundheit von MitarbeiterInnen im Krankenhaus hat im Vergleich zu anderen Arbeitssettings bisher jedoch zu wenig Aufmerksamkeit genossen (vgl. Karl-Trummer et al. 2007: 13). Dieser Aussage wird hier Rechnung getragen, indem in dieser Arbeit wegweisende stresstheoretische Modelle analysiert und ein Fragebogen konstruiert werden. Empirisch wird zur Datenerhebung ein Mix aus Online- und Papierumfrage verwendet, der bei SpitalsärztInnen in ausgewählten, österreichischen Krankenhäusern zum

Einsatz kommt. Neben deskriptiven und multivariaten Analysen fokussiert diese Arbeit das Verhältnis zwischen einer individuellen Verausgabungsleistung der SpitalsärztInnen einerseits und einer angemessenen Belohnung andererseits. Dazu eignet sich das Modell sozialer Gratifikationskrisen, das die Reziprozität von Leistung und Belohnung als Prinzip der gesellschaftlichen Vertragsgestaltung fokussiert (vgl. Siegrist 2005: 71f). Ausgehend vom Arbeitsvertrag wird eine Gratifikationskrise dann angenommen, wenn ArbeitnehmerInnen sich kontinuierlich stark verausgaben, ohne eine entsprechende Gegenleistung zu erhalten (vgl. ebda). Dieses Modell wird durch weitere stresstheoretisch begründete Annahmen ergänzt. Es wird die Forschungsfrage beantwortet, welche sozialen und individuellen Folgen Gratifikationskrisen bei SpitalsärztInnen in Österreich haben. Analysiert werden Auswirkungen von Gratifikationskrisen auf die subjektive Gesundheit und die Lebens- und Arbeitszufriedenheit der SpitalsärztInnen. Die Inkludierung von „objektiven“ Daten ermöglicht einen Überblick über betriebswirtschaftliche Kennzahlen, die zur Analyse soziologischer Phänomene relevant sind. Weiters werden theoretisch begründete Strategien zur Stressbewältigung (Lazarus/Folkman 1984; Lazarus 1991) analysiert, die von den ÄrztInnen angewandt werden und sich mit dem Auftreten von Gratifikationskrisen ändern. Danach erfolgt im letzten Auswertungsteil eine explorative Rekonfiguration der theoretischen Modelle von Gratifikationskrisen und Copingstrategien mit dem statistischen Verfahren der Faktorenanalyse und zeigt Abweichungen auf. Die Ergebnisse der Analysen werden mit nationalen und internationalen Studien verglichen, da sich diese Arbeit das Ziel setzt, einen wissenschaftlichen Beitrag dazu zu leisten, die Auswirkungen von Gratifikationskrisen bei SpitalsärztInnen besser zu verstehen und dadurch gezielte Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen.

2 Theoretische Betrachtungen

Stressforschung findet ihre Beiträge in vielen wissenschaftlichen Disziplinen, die sich oft isoliert mit dieser Thematik auseinandersetzen. Es entstehen unterschiedliche Sichtweisen und Definitionen, die ein klares Gesamtbild des Phänomens Stress erschweren. Daher ist ein interdisziplinärer Forschungsansatz wichtig, der die Disziplinen Soziologie, Psychologie und Physiologie verbindet. Ein soziologisches Verständnis von Stress braucht auch psychologische Elemente, um die mentale, persönliche Ebene miteinzubeziehen, deren Prozesse soziale Interaktionen konstituieren. Die Verbindung der drei Disziplinen ergibt sich durch die Situationsbewertung der Personen: soziale Prozesse sichern das Individuum und die soziale Einheit, psychologische Prozesse werden individuell zur Stressbewältigung eingesetzt und physiologische Prozesse regulieren die Aktivitäten der an den Körper gestellten Anforderungen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 289f).

Die Gesundheitssoziologie befasst sich mit der Erforschung von Gesundheit und Krankheit unter Verwendung von Theorien und Methoden der allgemeinen Soziologie. „Ihr Erkenntnisinteresse richtet sich dabei auf makro- und mikrosoziale Bedingungen der Entwicklung und des Verlaufs von Krankheiten sowie ihrer Verhütung. Dies schließt die Analyse von Organisationsstrukturen, Berufsgruppen und Beziehungsmustern zwischen professionellen Helfern, Kranken und Angehörigen mit ein.“ (vgl. Siegrist 2005: 15). Fasst man die erwerbstätige Bevölkerung ins Auge, können berufliche Belastungen in einer Gesellschaftsgruppe untersucht werden. Das Kapitel widmet sich den für diese Analyse zugrundeliegenden theoretischen Modellen dem interdisziplinären Ansatz folgend in vier Teilen: erstens werden für diese Arbeit wichtige Definitionen geklärt, zweitens wird die biologische Entstehungsgeschichte der Stressforschung knapp umrissen, drittens wird auf das psychologische Copingkonzept eingegangen und viertens wird die soziologische Theorie sozialer Gratifikationskrisen diskutiert.

2.1 Definitionen

Zur größeren Klarheit und um möglichen Missverständnissen vorzubeugen sind einige Begriffe, die in dieser Arbeit verwendet werden, vorab zu definieren. Den Beginn bildet der Begriff „Stress“, der oft unterschiedlich definiert wird und somit amorph ist. Hans Selye, der das Stress-Syndrom entdeckte, war sich dieser Ungenauigkeit bewusst und definierte Stress im biologischen Sinn als „... unspezifische Reaktion des Körpers auf jede Anforderung, die an ihn gestellt wird“ (1977: 38). Zum Verständnis dieser Definition ist es wichtig, den Begriff „unspezifisch“ näher zu erörtern. An unseren Körper gestellte Anforderungen sind zunächst spezifischer Art. Ist uns kalt, zittern wir, um mehr Körperwärme zu generieren. Bei Hitze schwitzen wir, um einen Kühlungseffekt zu erzielen. Auch Arzneimittel haben spezifische Wirkungen. Daneben erhöhen diese Wirkstoffe den Bedarf eines normalisierenden Ausgleichs, welcher unspezifischer Art ist. Unabhängig vom konkreten Problem muss der Körper anpassende Funktionen ausüben, um in einen Normalzustand zurückzukehren. Diese unspezifische Forderung nach Veränderung ist Stress (vgl. ebda: 39). Aus einer soziologischen Sichtweise kann Stress als das Ergebnis einer spezifischen Transaktion zwischen Umwelt und Person definiert werden (vgl. Siegrist 1996: 36). Damit wird es möglich zwischen Merkmalen der Situation (Stressor), die in der Person etwas auszulösen vermag, und Merkmalen der Person, die auf diese Situation reagiert (Stressreaktion) zu unterscheiden (vgl. ebda). Ein „Stressor“ ist das, was in einer Person eine Stressreaktion auslöst und eine „Antwort“, die Suche nach einer Lösung erfordert. Diese Antwort als Stressreaktion kann auf drei Ebenen erfolgen: auf der Ebene der emotionalen Erfahrung, auf der Ebene der neuronalen, neuroendokrinen, endokrinen und immun-vermittelten Aktivierung und auf der Ebene des overten Verhaltens. Im Bezugssystem einer sozio-psycho-somatischen Theorie menschlicher Gesundheit und Krankheit stehen jene Stressreaktionen im Mittelpunkt, die a) Antworten auf einen negativ bewerteten Stressor beinhalten, b) das Ergebnis einer fortgesetzten Erfahrung begrenzter Kontrollierbarkeit der herausfordernden Situation und c) physiologische Aktivierungszustände provozieren, deren kurzfristige

Neutralisierung durch motorische Aktivität und/oder erfolgsgesteuertes Handeln nicht möglich ist. Stressreaktionen, die diese drei Merkmale aufweisen, werden „Distress-Erfahrungen“ genannt (vgl. ebda: 37). „Distress wird als Ergebnis einer Abweichung von Standards der Balance zwischen Anforderung und Bewältigung interpretiert.“ (vgl. ebda: 72). Im Folgenden wird berufsbedingter Distress als Arbeitsstress formuliert.

Der Terminus „berufliche Statuskontrolle“ beinhaltet „...alle berufsbiographisch relevanten Erfahrungen, die Distress durch die Tatsache erzeugen, daß der erworbene berufliche Status bedroht wird. Dies bedeutet in erster Linie, daß die mit dem erworbenen beruflichen Status verbundenen Gratifikationen nicht weiter bzw. nicht in angemessenem Umfang gewährt werden.“ (Siegrist 1996: 78).

Die Bewältigung von Stress im allgemeinen und Arbeitsstress im spezifischen wird mit dem Begriff „Coping“ gleichgesetzt. Diese Arbeit orientiert sich an der Definition von Lazarus und Folkman und berücksichtigt Stressbewältigungsbemühungen unabhängig von deren Erfolg: „We define coping as constantly cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ (1984: 141). Damit wird dem prozessualen Charakter dieses Vorgangs entsprochen.

Für den Begriff „Gesundheit“ liegen vielfältige theoretische Beschreibungen vor. Am treffendsten erscheint die Definition von Badura et al.: „Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“ (2010: 32). Somit ist Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern wird zu einer erlernbaren Fähigkeit des Menschen.

Die Gesundheitsförderung „... umfasst alle Maßnahmen, die zu einer Stärkung der Gesundheit des Einzelnen und des Gesundheitszustandes ganzer Bevölkerungsgruppen beitragen. Sie zielt auf eine Verbesserung von Kompetenzen einer gesundheitsbewussten Lebensweise und auf eine Förderung von Ressourcen ... zum Schutz der Gesundheit“ (Siegrist 2005: 276f). Dazu gehören die Stärkung von Schutzfaktoren und der Abbau von Risikofaktoren, etwa bei der gesundheitsgerechten Gestaltung von Lebensbereichen und Settings wie dem Arbeitsplatz (vgl. ebda).

2.2 Stresstheoretische Entwicklung und General Adaption Syndrome

Bereits in prähistorischen Zeiten war den Menschen Stress bekannt, vor allem als körperlicher Erschöpfungszustand. Unabhängig davon, ob schwere Arbeit verrichtet wurde, das Klima eine Herausforderung darstellte, eine Todesangst überwunden wurde oder eine Krankheit auftrat, es zeigten sich die gleichen körperlichen Auswirkungen: ein Kräfteleverlust und ein Schwächegefühl (vgl. Selye 1977: 43f). Mit dem Fortschritt der Wissenschaften im 19. Jahrhundert wurde erstmals eine systematische Konzeptualisierung von Stress möglich. Im Jahr 1865 beschrieb der Physiologe Claude Bernard die internen Verhältnisse in einem Organismus, d. h. die Verhältnisse im menschlichen Körper inklusive der Haut als Abgrenzung zur Umwelt, als ausgeglichen. Auch bei veränderten Umweltbedingungen muss dieses „milieu intérieur“ aufrecht gehalten werden, da sonst Krankheit oder Tod drohen (vgl. Bernard 1865 zit. n. Selye 1977: 44). Etwa zu dieser Zeit widmete sich die Soziologie dem Begriff der „Entfremdung“, die durch den Verlust bzw. das Abhandenkommen von gesellschaftlichen Normen und Traditionen auftrat und eine Voraussetzung für Anomie darstellt (vgl. Durkheim 1893 zit. n. Lazarus/Folkman 1984: 4). Entfremdung kann als Distress-Erfahrung angesehen werden, da sie neue Anforderungen an die Menschen stellt, welche negativ bewertet werden können und nur begrenzt bzw. nicht

kontrollierbar sind. Für das Verständnis von Stress und Coping wurden drei wesentliche Charakteristika der Entfremdung identifiziert (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 236): erstens ist Entfremdung ein Produkt der Diskrepanz zwischen kulturellem Bestreben und den Möglichkeiten der sozialen Struktur, diese Bestrebungen zu realisieren (vgl. Merton 1957 zit. n. Lazarus/Folkman 1984: 236). Zweitens kann abweichendes Verhalten als individuelle oder kollektive Symptome dieser Diskrepanz aufgefasst werden (vgl. ebda). Drittens erachten PsychologInnen Entfremdung im Sinne von Gegenreaktionen auf vorgegebene Bedingungen als Aspekte von emotionalem Distress, Stressreaktionen oder sozialen Konsequenzen von Stressreaktionen (z. B. Abwesenheit und Fehlzeiten, deviante Verhaltensmuster, etc.).

Knapp vierzig Jahre nach Durkheim prägte der Mediziner Walter B. Cannon den Begriff der „Homöostase“, d. h. die Fähigkeit und Beharrungskraft des Organismus, gleichbleibende Verhältnisse zu bewahren (vgl. 1932 zit. n. Selye 1977: 44, 51). Durch Stress wird diese „Homöostase“ gestört und es kommt zur Krankheit. Er beschrieb auch die „Notfallsreaktion“ des Körpers, die sich durch vermehrte Adrenalinsekretion ausdrückt, als Antwort auf Angst oder Zorn und untersuchte viele individuelle, spezifische Anpassungerscheinungen. Dadurch schuf er die Voraussetzungen für eine systematische Analyse der körperlichen Anpassungsmechanismen und schlug vor, diese auch nach industrieller, häuslicher oder sozialer Organisation zu untersuchen (vgl. Cannon 1932 zit. n. Selye 1977: 70). Im Jahr 1936 fand Hans Selye in Tierversuchen heraus, dass der Organismus auf diverse giftige Stoffe, körperliche Verletzungen oder extreme Umweltbedingungen mit einem typischen Syndrom reagiert, das unabhängig von der schädigenden Wirkung oder pharmakologischen Drogen auftritt (vgl. 1936: 32; 1977: 45ff). Dieses Syndrom entwickelt sich in drei Phasen: erstens tritt nach der Einwirkung eines Stressors eine allgemeine Alarmreaktion des Körpers auf und die Widerstandskraft sinkt. Falls die Anforderung an den Körper zu hoch ist, kann das Individuum sterben. Im zweiten Stadium erfolgt eine Anpassung des Organismus auf die fortgesetzte Veränderungsanforderung, wenn dies möglich ist. Dabei verschwinden die charakteristischen Merkmale der Alarmreaktion und

die Widerstandskraft erhöht sich weit über die Norm. Die dritte Phase ist durch die Erschöpfung des Organismus gekennzeichnet. Wird der Körper dem Stressor fort dauernd ausgesetzt, ist eine totale Verausgabung der Anpassungsenergie zu verzeichnen. Es treten die Symptome der Alarmreaktion erneut auf, jedoch ist keine Anpassung mehr möglich und schließlich tritt der Tod ein.

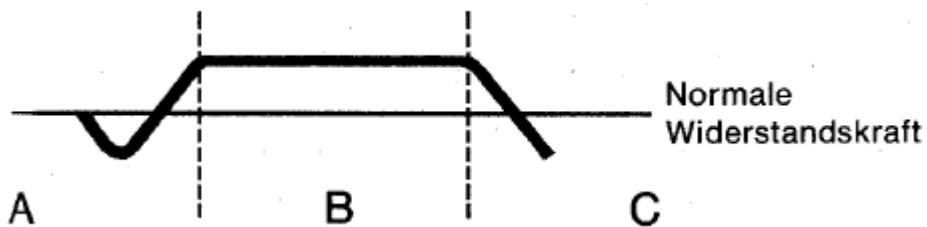


Abb. 1: Die drei Phasen des GAS (vgl. Selye 1977: 47)

Da dieses Syndrom die Bemühungen einer Anpassung des Organismus auf veränderte Anforderungen in allgemeiner Weise repräsentiert, wird es „General Adaption Syndrome“ (GAS) genannt (vgl. Selye 1936: 32). Der große Nutzen dieser Erkenntnisse besteht darin, aufzuzeigen, dass der Organismus nur über eine begrenzte Anpassungsenergie verfügt. Daran lässt sich die soziologische Fragestellung anknüpfen, wie sich die Arbeitszufriedenheit auf die Anpassungsfähigkeit der Erwerbstätigen auswirkt. Das Modell verdeutlicht, wie diese Energie verbraucht wird. Umgekehrt ist noch unklar, wie diese Ressource erworben wird. Die erholsame Wirkung eines Urlaubs oder eines guten Schlafs deuten in diese Richtung. Soziologisch interessant ist auch die Parallele, die Selye zwischen den Phasen des GAS und menschlichen Lebensabschnitten zieht (vgl. 1977: 48). Die Kindheit ist durch heftige Reizreaktionen und eine niedrige Widerstandskraft geprägt und entspricht somit der ersten Phase des GAS. Im Erwachsenenalter ist das Widerstandsvermögen am höchsten und es kommt zur bestmöglichen Anpassung, der Phase Zwei des Modells, die in dieser Arbeit auf das Erwerbsalter beschränkt, untersucht wird. Zuletzt tritt ein Lebensabschnitt der Senilität ein, die der dritten Phase des Modells entspricht und durch Erschöpfung und Verlust der Anpassungsenergie gekennzeichnet ist. Stresserfahrungen führen zu einem beschleunigten Alterungsprozess, da sie

chemische Narben und somit Alterserscheinungen hinterlassen (vgl. ebda: 88f). Dies gilt besonders, wenn Anforderungen nach längeren, erfolglosen Bemühen nicht bewältigt werden können.

Im Verlauf der weiteren Stressforschung konnte nicht nur die physiologische Funktion der im Körper ablaufenden Stressbearbeitung näher beschrieben, sondern auch scheinbare Widersprüche aufgeklärt werden. Es stellte sich die Frage, warum verschiedene Stressorwirkungen nicht in allen Menschen dasselbe Syndrom auslösen? Weiters war fraglich, warum gleiche Stressoren bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Schäden verursachen? Die Antworten auf diese Fragen wurden im Konzept der Konditionierung formuliert (vgl. Selye 1977: 52). Es konnte bewiesen werden, dass sich verschiedene Reize in ihrer unspezifischen Wirkung nicht unterscheiden, wenn sie nicht durch spezifische Wirkungen verschleiert werden. Durch „konditionierende Faktoren“ können sich Stressorwirkungen selektiv verstärken oder mildern. Es wird zwischen einer inneren (Erbgut, Alter, Geschlecht) und äußereren (Klima, Medikamente, Diät) Konditionierung unterschieden (vgl. ebda: 52ff). Um eine Homöostase beizubehalten kann der Körper syntoxisch oder katatoxisch reagieren. Bei einer syntoxischen Reaktion wirken Botenstoffe als Beruhigungsmittel. Im Gegensatz dazu werden bei einer katatoxischen Reaktion Enzyme erzeugt, die einen Krankheitserreger aktiv angreifen (vgl. ebda: 54f). Diese biologischen Möglichkeiten können auf soziale Interaktionen umgelegt werden. Bei zwischenmenschlichen Problemen kann eine Person syntoxisch durch Duldung oder katatoxisch durch Angriff reagieren. Zusätzlich besteht noch eine dritte Möglichkeit: die Flucht als Mittel, um dem Gegner bzw. der Gegnerin zu entkommen (vgl. ebda: 58). In vielen Fällen wird eine syntoxische Reaktion durch Anpassung erfolgversprechend sein. Sie ermöglicht die Bildung von Teams oder Interessengemeinschaften, die sich gegenseitig Unterstützen und somit Stress reduzieren. Eine abgeschwächte Form der Anpassung ist die gegenseitige Indifferenz, die ein Zusammenleben, aber keine Zusammenarbeit ermöglicht (vgl. ebda: 66f). Für das Verhalten eines Menschen wurden die individuellen und kollektiven Motive, die individuelle Handlungen leiten, als

ausschlaggebend erkannt. Dazu gehört die Befriedigung von Bedürfnissen nach Selbstverwirklichung, Sicherheit, Macht und Anerkennung. Die Berufswahl stellt in dieser Hinsicht einen wichtigen Aspekt dar, weil die Berufe unterschiedliche Anforderungen an die Personen stellen und jeder Mensch sein persönliches Stressniveau feststellen sollte, das er zum Glücklichsein benötigt (vgl. Selye 1977: 64, 73). Allerdings greift dieser Gedanke zu kurz, da erstens keine vollständige Information über die Anforderungen eines Berufes vorliegen können und sich diese zudem regional und je nach Arbeitgeber unterscheiden. Zweitens ist es schwierig bis unmöglich das persönliche Soll-Stressniveau selbst zu ermitteln, weil dabei viele unbewusste Gefühle und Einstellungen in Betracht gezogen werden müssen und drittens wird außer Acht gelassen, dass sich soziale und damit strukturelle und organisatorische Verhältnisse wandeln. Es ist unwahrscheinlich, dass ein Berufswechsel immer eine greifbare und mögliche Lösung der Stressproblematik darstellt.

Jede Arbeit bedeutet Stress, aber nicht unbedingt Distress, daher ist der Arbeitserfolg von entscheidender Bedeutung (vgl. Selye 1977: 84, 90f). Erfolgserlebnisse finden durch ein Feedback bzw. die Anerkennung (Siegrist 1996) der erbrachten Leistungen statt. Bleiben sie aus, entstehen Distress-Erfahrungen wie Enttäuschung, Unsicherheit, geistige Spannung und Ziellosigkeit. Das Kontinuum zwischen angenehmen und unangenehmen Erlebnissen verläuft U-förmig in Bezug auf Stress, d. h. extreme Erfahrungen steigern Stress in erheblichem Maß (vgl. Karasek 1979: 297; Selye 1977: 42). Die gesundheitlichen Folgen von Distress reichen von einem Elendsgefühl über erhöhten Blutdruck, Migräne und Magenbeschwerden bis zu Herzanfällen, Geisteskrankheiten und Selbstmord (vgl. Selye 1977: 99). Über weitere gesundheitliche Konsequenzen, insbesonders bei psychosozialem Stress, wird im Folgenden noch zu sprechen sein. Als Stressvermeidungsstrategie wird zu einem altruistischen Egoismus geraten, da als Hauptursache für Distress die individuelle Lebensunzufriedenheit erkannt wurde und man stets so handeln sollte, wie es der Gemeinschaft dient, ohne seine persönlichen Beweggründe zu vernachlässigen (vgl. Selye 1977: 64ff). In Konfliktsituationen ist im Zweifel einem

syntoxischen Verhalten der Vorzug zu geben, da somit Stress vermieden werden kann. Sicher hat die Lebensunzufriedenheit multiple soziale und psychosoziale Ursachen, die ein eigenes Forschungsgebiet darstellen. Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Gratifikationskrisen, Copingstrategien, Gesundheit und Arbeitsklima auf die Lebenszufriedenheit und stellt Interdependenzen zwischen diesen Faktoren her.

2.3 Transaktionales Modell und Coping

Der Zusammenhang zwischen Individuum und Gesellschaft ist komplex. Einerseits stellt die Gesellschaft stressreiche Anforderungen an die Menschen, andererseits wird die Erfüllung dieser Anforderungen durch Hindernisse erschwert oder durch soziale Unterstützung erleichtert. Stress ist ein Faktor, der die Kultur beeinflusst oder sogar die soziale Ordnung leitet (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 226ff). Die Theorie und Messung von Stress, Situationsbewertung und Coping münden im von Lazarus/Folkman entwickelten „transaktionalen Modell“, wobei initiierende Variablen der Person oder Umwelt und kurz- oder langfristige Copingresultate keine Berücksichtigung finden (vgl. ebda: 293ff):

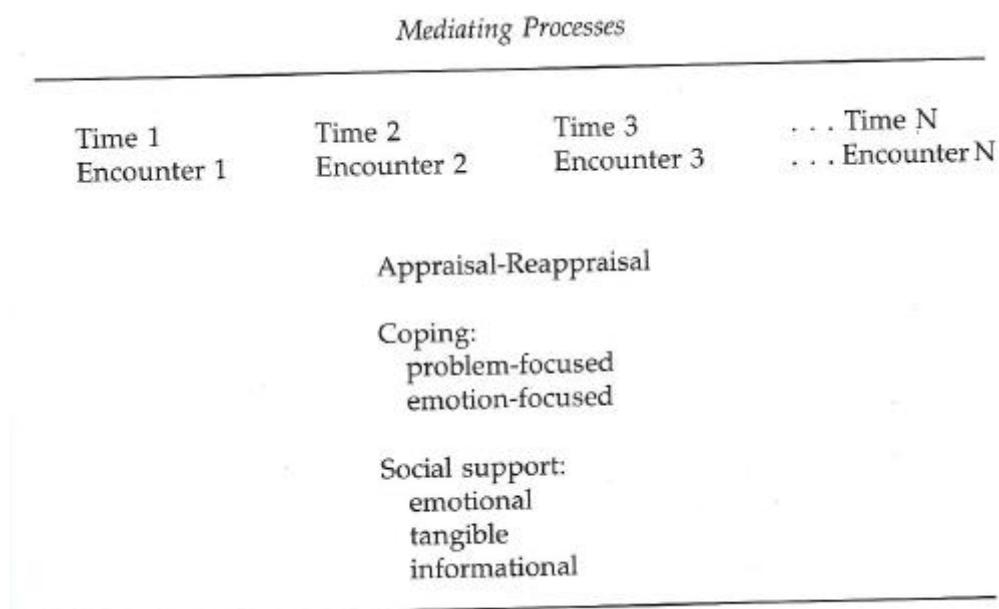


Abb. 2: Transaktionales Modell: ipsativ-normatives Arrangem. (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 307)

Das Modell ist prozessorientiert und ipsativ-normativ ausgerichtet. Dabei bedeutet ipsativ, dass intraindividuelle Beobachtungen und Vergleiche derselben Person stattfinden und normativ, dass intersubjektive Vergleiche mehrerer Personen durchgeführt werden. Es wird ein transaktionaler Ansatz vertreten, der durch die Verknüpfung von Person und Umwelt eine neue Abstraktionsebene generiert und sich von traditionellen, unidirektionalen Forschungsansätzen unterscheidet, denn:

„... the transactional model views the person and the environment in a dynamic, mutually reciprocal, bidirectional relationship. What is a consequence at Time 1 can become an antecedent at Time 2; and the cause can be either in the person or in the environment.“ (Lazarus/Folkman 1984: 293).

Dabei können Transaktionen auf sozialer, psychologischer und physiologischer Ebene analysiert werden, welche die Ressourcen einer Person oder eines sozialen Systems beanspruchen oder übersteigen. Als geeignete Transaktionen für eine Analyse bieten sich alltägliche Schwierigkeiten und Probleme des Lebens an. Dieser Zugang wird deshalb gegenüber der Analyse von bedeutenden Lebensereignissen favorisiert, da entstehende Varianzen und Gesundheitsauswirkungen besser erklärt werden können (vgl. ebda: 311f). Die alltäglichen Schwierigkeiten eines Menschen sind sowohl Bedingungen als auch Resultate von Copingbemühungen und können zu einer Stresssumme addiert werden (vgl. ebda: 312).

Das im „transaktionalen Modell“ inhärente Copingkonzept, auf das in dieser Arbeit näher eingegangen wird, entstand aus zwei theoretischen Zugängen: zum einen aus der Tradition von Tierverhaltensmodellen und zum anderen aus der psychoanalytischen Egopsychologie (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 117ff). Erster Zugang unterliegt zu einem guten Teil dem Darwinistischen Paradigma, das von einem Überleben des Stärkeren durch Anpassung ausgeht. Unter Coping werden Handlungen verstanden, die eine Kontrolle der äußeren Lebensumstände

ermöglichen, wobei die Komplexität von sozialen und kognitiv-emotionalen Prozessen nicht ausreichend zum Ausdruck kommt. Im Fokus stehen hauptsächlich Vermeidungs- und Fluchtverhalten. In der psychoanalytischen Egopsychologie bedeutet Coping Stressreduktion mittels Problemlösung durch realistische und flexible Gedanken und Überlegungen. Mit der Konstruktion von – meist hierarchischen – Klassifizierungen wird eher von persönlichen Charaktereigenschaften und Stilen ausgegangen, wodurch ein dynamischer Egoprozess vernachlässigt wird. Ein Beispiel dafür ist das Typ-A-Muster, das persönliches Verhalten in den Vordergrund stellt (vgl. ebda: 121ff). Hervorgegangen ist dieses Muster aus drei in Beziehung stehenden Konzepten: dem Glauben an das Selbst und die Welt, sozialen Werten und Normen, die sich in Motivationsmustern und Verpflichtungen äußern und ein verhaltensgesteuerter Lebensstil. Typ-A-Personen haben das Bestreben, Situationen in vielen sozialen Kontexten zu kontrollieren, gelingt das nicht, reagieren sie sehr emotionell. Sie bewältigen Arbeitsstress besser als andere und haben gesundheitlich ein geringeres Risiko für koronare Herzkrankheiten, sind jedoch anfälliger für psychologischen Stress, wenn sie ihre Kontrollbestrebungen nicht verwirklichen können. Das Typ-A-Muster kann als Copingstil interpretiert werden und entsteht durch Internalisierung von spezifischen sozial erwünschten, belohnten und sozial nachgefragten Werten (vgl. ebda: 125).

Keine Form von Coping ist als gut oder schlecht zu bewerten, da der spezifische Kontext beachtet werden muss. Es braucht Prinzipien zur Beurteilung, ob Copingprozesse zu persönlichen und situationsabhängigen Aspekten einer Transaktion passen oder nicht (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 138). Das passendste Coping ist dann gegeben, wenn die Person-Umwelt-Beziehung verbessert und das persönliche Wohlbefinden erhöht wird. Dabei spielt das Alter der Personen per se keine Rolle, obwohl angenommen wird, dass sich Strategien der Stressbewältigung über den Lebensverlauf ändern (vgl. ebda: 171ff). Coping wird in dieser Arbeit als Prozess verstanden, unabhängig vom Erfolg oder Misserfolg der Bemühungen zur Stressbewältigung, da sich die Umwelt und somit die Person-Umwelt-Beziehung ständig wandelt. Lazarus/Folkman machen

die Phasen und Charakteristika dieses Prozesses am Beispiel des Verlustes einer geliebten Person deutlich (vgl. 1984: 142f): in der Anfangsphase reagiert man mit Schock, Unglauben oder Leugnen der Situation, gefolgt von Gefühlen der Traurigkeit und/oder Wut. Es ist auch möglich, dass dem Verlust tapfer begegnet und versucht wird, soziale Interaktionen und die Erwerbstätigkeit nach dem Motto „Das Leben muss weitergehen“ fortzusetzen. Spätere Phasen sind durch sozialen Rückzug und Depression gekennzeichnet. Schließlich wird der Verlust akzeptiert und es findet eine Neuorientierung statt, die es auch zulässt, dass andere Personen wieder an Wichtigkeit gewinnen. Aus diesen Phasen ergeben sich drei Charakteristika des Copingprozesses: aktuelles Denken und Handeln der Personen, ein spezifischer Kontext als Handlungsrahmen und Veränderungen des Denkens und Handelns als Stressbewältigung über die Zeit.

Abhängig von den Stressoren, muss über diese mehr oder weniger lang nachgedacht werden, um unerwarteten Diskrepanzen in der Situationskontrolle zu begegnen. Diese kognitiven Prozesse werden Bewertungen (appraisals) und später Neubewertungen (reappraisals) genannt, beginnen in der Anfangsphase und dauern bis zum Ende des Copingprozesses an (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 148ff). Dabei werden Fragen nach der persönlichen Bewertung der Situation und deren zukünftige Auswirkungen gestellt. Emotionen werden als das Produkt der Interpretation der persönlichen Wichtigkeit oder Bedeutung einer Transaktion aufgefasst (vgl. ebda: 229). Im Vergleich zwischen persönlichen Prioritäten und wahrgenommenen „objektiven“ Umständen, wie sozialen Interaktionen und Interdependenzen, manifestiert sich die individuelle Interpretation einer Situation und kann in Form von Arbeits- und Lebenszufriedenheitsfragen operationalisiert und analysiert werden. Es kommt oft vor, dass eine Copingstrategie kurzfristig erwünschte Effekte erzielt, langfristig aber unerwünschte Effekte aufweist (vgl. Lazarus 1991: 412). Allgemeiner ausgedrückt formuliert der Soziologe Robert King Merton, dass zielgerichtete soziale Handlungen immer auch unvorhergesehene Folgen haben und identifiziert drei Klassen von Faktoren für diesen Prozess (vgl. 1936: 898ff). Erstens die Art des Wissens: niemand verfügt über vollständige Information. Das Zusammenspiel von (sozialen) Kräften und

Umständen ist so vielfältig und komplex, dass eine umfassende Information nicht im Bereich des Menschen liegt. Daher handeln die Personen aufgrund eines Pfades von vergangenen Erfahrungen zu aktuellen Meinungen und von diesen zu Schätzungen für eine zukünftige Entwicklung. Nachdem die soziale Umwelt einem ständigen Wandel unterliegt, können diese Erfahrungen nicht alle Aspekte der Gegenwart enthalten und noch weniger eine zukünftige Entwicklung vorhersagen. Zudem tritt ein ökonomisches Problem auf, da Bewertungen und Handlungen einen Aufwand von Zeit und Energie erfordern und somit über die Zuteilung dieser knappen Güter entschieden werden muss. In Situationen, die kurzfristige Bewertungen und Handlungen erfordern, werden gewöhnlich einige Situationsaspekte ignoriert, was ebenfalls zu unerwarteten Resultaten führt. Zweitens können Irrtümer auftreten: ob in der aktuellen Situationsbewertung, der Abschätzung von zukünftigen Folgen von Handlungen, in der Auswahl von Handlungsmöglichkeiten oder bei der Ausführung von konkreten Handlungen. Die dritte Klasse von Faktoren nennt Merton „imperious immediacy of interest“ (vgl. ebda: 901). Diese Klasse beinhaltet Fälle, in denen das Anliegen des Akteurs mit seinen vorhergesehenen Konsequenzen die Beachtung von weiteren oder anderen Konsequenzen ausschließt. Ein Beispiel dafür ist die Verfolgung von ökonomischen Zielen, die soziale oder ökologische Folgen nicht berücksichtigen. Neben diesen Klassen von Faktoren sind alle sozialen Handlungen und somit auch soziale Copingstrategien immer von einer (doppelten) Kontingenz betroffen, die dafür sorgt, dass Copingresultate in unvorhergesehenen Richtungen verlaufen.

Zwischen Copingfunktionen und Copingresultaten muss unterschieden werden. Copingfunktionen wie die Entscheidungsfindung, Motivation und die psychische Gleichgewichtsförderung dienen dem Zweck der Copingstrategie, während sich die Copingresultate auf den Effekt einer Strategie beziehen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 148f). Eine weitere Unterscheidung, die in der Praxis nicht immer leichtfällt, findet zwischen emotional-fokussiertem (EF) Coping als emotionale Antwort auf eine Anforderung und problem-fokussiertem (PF) Coping als konkreter Umgang mit einer Anforderung statt (vgl. Lazarus/Folkman 1984:

150ff, 319; Lazarus 1991: 89ff). Formen des EF-Copings dienen zur Generierung von Hoffnung und Optimismus, zur Leugnung von Gegebenheiten und Implikationen, zur Verweigerung, den schlimmsten Fall anzunehmen und zur Verharmlosung einer Situation. Zu den EF-Strategien zählen Vermeidung, Minimierung, Distanzierung (besonders in Wartesituationen), selektive Aufmerksamkeit und die emotionale Neubewertung der Situation. Bei letzterer sind neben positiven Vergleichen, positiven Sichtweisen negativer Sachverhalte und Selbstbeschuldigungen, besonders aber die Selbstdäuschungen wichtig, da diese unbewusst erfolgen und von persönlichen oder sozialen Illusionen bis zu drastischen Wirklichkeitsverzerrungen reichen, wobei die Grenze zwischen gesunden und krankhaften Prozessen fließend verläuft. Formen des PF-Copings dienen dazu, Probleme zu definieren, Informationen zu sammeln, alternative Lösungen zu finden, diese im Hinblick auf ihre Kosten und Nutzen zu bewerten und dementsprechend zu handeln. Dabei geht PF-Coping über bloße Problemlösung weit hinaus, da dieser analytische Prozess nicht nur auf die Umwelt gerichtet ist, sondern auch nach innen gerichtete Strategien zur problemorientierten Neubewertung von Situationen einschließt. Die wahrgenommene Intensität eines Stressors entscheidet über die Intensität der Stressbewältigungsbemühungen (als Ergebnis der Reflexion von Anforderungen) und die Auswahl einer passenden Copingform, wobei davon auszugehen ist, dass mit steigender Intensität EF-Strategien immer primitiver, verzweifelter und regressiver eingesetzt werden und sich die Bandbreite von PF-Strategien zunehmend einschränkt (vgl. ebda: 169, 315).

Eine Subkategorie von Distanzierung ist die Copingstrategie Geduld, die in Wartesituationen auftritt und in der Fachliteratur nicht beschrieben wird. In stressreichen Situationen steigen die Copingbemühungen, die durch soziale Interdependenzen begrenzt werden. Durch die Erkenntnis „egal, was ich tue, es geht nichts weiter“ entsteht ein Gefühl der Hilflosigkeit und ein ungewolltes Distanzierungsverhalten. Dieses wird entweder durch einen äußeren Impuls oder individuellen Zeitablauf begrenzt. Das Sprichwort „mir reißt der Geduldsfaden“ deutet auf letzteres hin. Das Abwarten oder Aussitzen von Anforderungen

verweist auf Geduld und eine im Sinne von Antonovsky (1997) salutogene Wirkung, die von einer pathogenen Perseveration, dem krankhaften Ausharren in Situationen, die längst aufgegeben werden sollten (vgl. Lazarus 1991: 419), zu unterscheiden ist. Im Copingprozess können sich auf theoretischer Ebene EF- und PF-Strategien gegenseitig begünstigen oder behindern, manchmal treten sie auch konkurrierend auf (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 153ff). Ein soziologisch und psychologisch relevantes Beispiel für den kooperativen Einsatz beider Kategorien betrifft das Krankenpflegepersonal auf Intensivstationen (Hay/Oken 1972). Durch den permanenten Umgang mit Schwerstkranken und die Konfrontation mit Sterben und Tod sind die MitarbeiterInnen mit Problemen des Verlustes und des persönlichen Scheiterns konfrontiert. Ihr Selbstwertgefühl wird zusätzlich durch Gratifikationskrisen, Arbeitsverdichtungen und fehlender sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegInnen herabgesetzt. Um diesen hohen Arbeitsstress zu reduzieren, werden die EF-Copingstrategien der Distanzierung von individuellen Schicksalen und der Vermeidung einer persönlichen Involvierung in diese, eingesetzt, die ein PF-Coping in Form einer effektiveren PatientInnenversorgung unterstützen.

Die Stressbewältigung hängt maßgeblich von verfügbaren Ressourcen ab, die in der Analyse der Salutogenese „generalisierte Widerstandsressourcen“ genannt werden (vgl. Antonovsky 1997: 123). An anderer Stelle werden sie als persönliche und umweltbezogene Ressourcen beschrieben (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 159ff). Zu den persönlichen Ressourcen werden die Gesundheit und Energie, positive Gedanken, Problemlösungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen gezählt, die umweltbezogenen Ressourcen bestehen aus materiellen und sozialen Ressourcen. Nachdem der Copingprozess persönliche Anstrengungen erfordert, erscheint es wahrscheinlicher, dass gesunde Menschen - besonders in länger dauernden stressreichen Transaktionen - mehr Energie bereitstellen können. Positive Gedanken fungieren als Basis für Hoffnung wie z. B. der Glaube an kontrollierbare Resultate, wobei die „Kosten“ dieser Gedanken noch unklar sind. Die Fähigkeit, Probleme zu lösen hängt von anderen Ressourcen ab (z. B. Erfahrung, Wissen, Selbstkontrolle) und beinhaltet

die Bereiche Informationsgewinnung, Situationsanalyse im Hinblick auf gangbare Alternativen, Gewichtung und Auswahl der Alternativen für ein bestmögliches Resultat und die Umsetzung eines Handlungsplans. Soziale Kompetenzen ermöglichen den Menschen größere Kontrolle in sozialen Interaktionen und beinhalten die Fähigkeiten, mit anderen Personen in einer angemessenen, effektiven Weise zu kommunizieren und sich gemäß den Erwartungen der anderen zu verhalten. Zu den materiellen Ressourcen zählen Geld, Vermögen und Besitz. Finanzielle Möglichkeiten und die Fähigkeit, diese effektiv einzusetzen, erhöhen die Optionen zur Stressbewältigung in fast allen Situationen, werden in Bezug auf Coping jedoch nur selten erwähnt (vgl. ebda: 164). Vernachlässigt werden besonders die negativen Effekte materieller Ressourcen wie Neid oder Hass durch andere Menschen, die Rückwirkungen auf die eigene Person haben. Die sozialen Ressourcen unterteilen sich in soziale Beziehungen und soziale Unterstützung (vgl. ebda 1984: 243ff): soziale Beziehungen stellen einen Mediator für die persönliche Gesundheit dar, können diese steigern - etwa durch soziale Netzwerke, die das Wohlbefinden erhöhen – oder negativ durch entstehende Probleme und somit Stress beeinflussen. Die soziale Unterstützung wird in der Fachliteratur breit diskutiert (LaRocco et al. 1980), da die empirische Evidenz von Interaktionen zwischen sozialer Unterstützung und Stress durch methodische Problematiken schwer nachzuweisen ist. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung als Stressbuffer fungieren kann, indem Stressoren in ihren Konsequenzen vermindert bzw. als weniger bedrohlich angesehen werden. Umgekehrt kann eine unerwünschte oder als nicht hilfreich klassifizierte soziale Unterstützung auch negativ angesehen werden und Irritationen und somit Stress hervorrufen (vgl. Gunkel et al. 2014: 260f). Coping bedeutet Kontrolle, sofern sich Kontrolle auf kognitive oder verhaltensmotivierte Anstrengungen bezieht, mit Stress umzugehen. Es muss zwischen Kontrolle als Überzeugung und als Copingressource unterschieden werden (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 170f). Im ersten Fall dient der Glaube an Kontrolle der Situationsbewertung, im zweiten Fall wird Kontrolle faktisch zur Stressbewältigung eingesetzt und referiert auf das Phänomen der Macht.

Persönliche und umfeldbedingte Beschränkungen grenzen die Copingmöglichkeiten ein und können konkurrierende Anforderungen an verfügbare Ressourcen stellen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 165ff). In Bezug auf persönliche Beschränkungen sind vor allem internalisierte soziale und kulturelle Normen zu nennen, die bestimmen, wann, wo und in welcher Intensität spezifische Emotionen und ein bestimmtes Verhalten angemessen sind und somit einen Handlungsrahmen vorgeben. Auch ein vorschnelles Aufgeben, die Angst vor dem Versagen, die Angst vor dem Erfolg, Autoritätsprobleme, Abhängigkeiten und favorisierte Copingstile vermindert den effektiven Einsatz der zur Verfügung stehenden Copingressourcen. Zu den umfeldbedingten Beschränkungen zählen materielle und soziale Grenzen: erstgenannte machen Fragen „wie setzte ich meine finanziellen Mittel am effektivsten ein?“ notwendig, letztgenannte beziehen sich auf soziale Interaktionen, Interdependenzen und Gruppenverhalten (Merton 1957 zit. n. Lazarus/Folkman 1984: 165ff). Äußere Anforderungen wirken sich bei jeder Person anders aus, in gleichen Situationen reagieren manche Menschen gestresster als andere und benötigen daher größere Anstrengungen zur Stressbewältigung. Die Frage nach dem „Warum?“ lässt sich durch unterschiedliche soziale und individuelle Merkmale der Personen wie die konstitutionelle Prädisposition, Werte und Normen, Engagements, Glaube, generelle und spezifische Copingstile beantworten, wobei bedacht werden muss, dass sich die äußeren Anforderungen ständig verändern und mit ihnen die Person-Umwelt-Beziehung (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 292ff). Zur Konzeptualisierung von Copingstrategien werden Mikroanalysen, die sich auf spezifische Kontexte richten immer wichtiger. Formelle Aspekte des Copingprozesses sind Flexibilität und Komplexität (vgl. ebda: 174): erstere bezieht sich auf gleiche Copingstrategien, die in verschiedenen Situationen eingesetzt werden, letztere auf das Bündel von Stressbewältigungsmöglichkeiten, die einer Person generell zur Verfügung stehen.

2.4 Anforderungs-Kontroll-Modell und Modell sozialer Gratifikationskrisen

Das Konzept der sozialen Ungleichheit geht davon aus, dass knappe Güter wie Bildung, Besitz, Einkommen, Macht, soziale Beziehungen, Gesundheit etc. und damit die Lebenschancen der Menschen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind (vgl. Siegrist 2005: 171f). In der postmodernen Dienstleistungsgesellschaft werden die Merkmale Ausbildung, Beruf und Einkommen (meritokratische Triade) dazu herangezogen, den sozialen Status eines Menschen bzw. einer Personengruppe zu bestimmen (vgl. Siegrist 1996: 53). Diese Gruppen werden soziale Schichten genannt und verfügen über gleiche oder ähnliche Ausprägungen dieser Merkmale, wodurch sie vergleichbar werden. Der Beruf nimmt in dieser Triade eine wichtige Stellung ein, da nicht nur ein guter Teil der Lebenszeit auf ihn verwendet wird, sondern er auch religiös gefärbt ist. Im Protestantismus ist das einzige Mittel gottgefällig zu leben, die Erfüllung innerweltlicher Pflichten aufgrund der Lebensstellung, die sich im Beruf manifestiert und die Sicherheit des Gnadenstandes durch rastlose Berufsarbeit verspricht (vgl. Weber 2006: 53ff, 89). Der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzten wird allgemein ein hoher sozialer Status zugeschrieben, der durch ihre akademische Bildung und danach erworbenes ExpertInnenwissen, ihr Monopol auf ärztliche Leistungen, ihre hohe berufliche Autonomie, ihr überdurchschnittliches Einkommen und meistens ihr hohes Image gekennzeichnet ist (vgl. Siegrist 2012: 1100). Die Zugehörigkeit zu einer Profession ist durch rechtliche Regelungen und Standesvertretungen abgesichert.

Für beruflich bedingte Stresserfahrungen sind drei Bereiche von Bedeutung: erstens ergeben sich Stressoren aufgrund organisatorischer Aspekte und Inhalte von Arbeitsaufgaben, zweitens entstehen Belastungen, die der zwischenmenschlichen Dimension der Erwerbstätigkeit zuzurechnen sind wie Interaktionen und Interdependenzen und drittens kommt es zu Belastungserfahrungen durch Einschränkungen der beruflichen Statuskontrolle

wie Statusinkonsistenz, unfreiwillige arbeitsbedingte Mobilität und Arbeitslosigkeit (vgl. Siegrist 1996: 62). Die organisatorischen und arbeitsinhaltlichen Aspekte der Arbeitsanforderungen, beruflichen Handlungsspielräumen und mentalen Belastungen wurden im Anforderungs-Kontroll-Modell (Job-Strain-Model) von Karasek analysiert (1979). Dabei geht er von der Annahme aus, dass individuelle psychologische Belastungen nicht von einzelnen, sondern von zusammenwirkenden Anforderungsaspekten einer Arbeitssituation und dem zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum als Copingressource der Person entstehen. Es kommt zu mentalen Belastungen, wenn diese Anforderungen nicht erfüllt bzw. kontrolliert werden können. Idealerweise sollten diese beiden Bereiche hoch korrelieren, d. h. hohe Arbeitsanforderungen gepaart mit hohen Entscheidungsspielräumen, die empirische Evidenz spricht jedoch dagegen (vgl. ebda: 288ff): in der Analyse von zwei Befragungen (USA und Schweden) zeigt sich ein nichtlinearer Zusammenhang zwischen Anforderung und Kontrolle. Der höchste Arbeitsstress entsteht, wenn hohe Anforderungen und niedrige Kontrollmöglichkeiten zusammenwirken. In diesem Fall steigen nicht nur die persönliche Erschöpfung und arbeitsbezogene Unzufriedenheit an, sondern auch die Krankenstandstage und der Tablettengebrauch der MitarbeiterInnen. Weiters stehen unbefriedigende Arbeitssituationen in engem Zusammenhang mit einer verringerten Lebenszufriedenheit. Zur Reduktion der Belastungen bei gleichbleibenden Arbeitsanforderungen rät Karasek zur Erhöhung der Entscheidungsspielräume der Betroffenen (vgl. 1979: 302f). Auch die sozialen Beziehungen sind aus stresstheoretischer Sicht wichtig: einerseits wird ein kardiovaskuläres Risiko durch fehlende soziale Unterstützung gesteigert, andererseits vermindert sich Arbeitsstress durch wahrgenommenen sozio-emotionalen Rückhalt (vgl. Siegrist 1996: 78). Auf der Ebene eines Gratifikationszusammenhangs (Löhne und Gehälter, Karrierechancen, Mobilitätsrisiken) werden soziale Krisen wie sozialer Abstieg, prekäre Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitslosigkeit untersucht. Eine mangelnde berufliche Statuskontrolle (siehe Definitionen) findet unter drei Bedingungen statt: erstens eine intragenerative berufliche Abwärtsmobilität, zweitens eine fehlende, den persönlichen Qualifikationen entsprechende

Positionierung (Statusinkonsistenz) und drittens die Erfahrungen von Arbeitsplatzunsicherheit bzw. Arbeitslosigkeit (vgl. ebda: 78f). Nur die letztgenannte Bedingung verfügt über konsistente Evidenz die belegt, dass beide Aspekte zu einem signifikanten kardiovaskulären Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko und anderen pathogenen Folgen führt (vgl. ebda: 83). Siegrist postuliert, dass „...von Erfahrungen *gelungener status-vermittelter Selbstregulation* starke *positive Emotionen* ausgehen, wie andererseits fehlende oder *mißlungene status-vermittelte Selbstregulationen* starke *negative Emotionen* auslösen.“ (1996: 90). Mit Prozessen der Selbstwirksamkeit (Kompetenzgefühl), der Selbstbewertung (Selbstwertgefühl) und Selbsteinbindung (Zugehörigkeitsgefühl) werden in der Selbstregulation emotionale und motivationale Abläufe berücksichtigt, die für menschliches Wohlbefinden und Gesundheit relevant sind. Sozio-emotionale Motivationslagen als persönliche Anstrengungen, am sozial-kommunikativen Bereich teilzuhaben, können nur über den Erwerb und Erhalt eines sozialen Status realisiert werden, der in der Lage ist, diesen Bedürfnissen zu entsprechen und somit selbstregulatorisch zu wirken, wobei die Verbindung der gesellschaftlichen Chancenstruktur mit sozio-emotionalen Motivationen im Konstrukt des sozialen Status als knappes, ungleich verteiltes Gut mit drei Aspekten stattfindet: Leistung, Belohnung und Zugehörigkeit (vgl. ebda 88f). In der erwerbstätigen Bevölkerung kommt der beruflichen Statuskontrolle besondere Bedeutung im Hinblick auf Selbstregulation zu. Soziale Krisen entstehen durch vereitelte Handlungschancen, vorenthaltene Belohnungen und verhinderte Mitgliedschaften, die negative Emotionen und somit Arbeitsstress auslösen (vgl. ebda: 97), der bewältigt werden muss.

In seinem Werk „Soziale Krisen und Gesundheit“ beschreibt Siegrist (1996) den Zusammenhang zwischen psychosozialen Belastungserfahrungen im Erwerbsleben von Männern und den Risiken von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Er entwickelt auf Basis des klassischen Stresskonzepts (Selye 1973; Cannon 1928; 1932) und in Erweiterung des Anforderungs-Kontroll-Modells (Karasek 1979) um eine dritte Dimension „soziale Unterstützung“ einen neuen

theoretischen Zugang, das Modell der sozialen Gratifikationskrisen, das einen Zusammenhang zwischen hoher Verausgabungsleistung und niedriger Belohnung herstellt (vgl. Siegrist 1996: 97ff). Ausgangspunkt ist der Arbeitsvertrag als gesellschaftliches Tauschverhältnis von Leistung und Lohn (vgl. Siegrist 2005: 71f). Die Belohnung findet auf drei Arten statt: erstens finanzielle Belohnung durch Lohn oder Gehalt, zweitens Belohnung durch Anerkennung und Wertschätzung, drittens Belohnung durch gewährten Aufstieg und Arbeitsplatzsicherheit. Nach dem Prinzip der Vertragsgestaltung sollen Leistung und Belohnung in einem ausgewogenen Verhältnis stehen (Reziprozität). Das Modell sozialer Gratifikationskrisen geht davon aus, dass diese Reziprozität unter bestimmten Bedingungen verletzt wird, wodurch Erfahrungen von Arbeitsstress generiert werden. Es wird angenommen, dass Erwerbstätige sich immer wieder stark verausgaben, ohne eine angemessene Belohnung zu erfahren. Aus diesem Ungleichgewicht hervorgehende Stressreaktionen weisen eine besondere Intensität auf, da die Verletzung eines grundlegenden Prinzips menschlicher Vergesellschaftung – der sozialen Reziprozität – schwer zu bewältigen ist. Gratifikationskrisen werden als fehlende strukturelle und funktionale Korrespondenz zwischen sozio-emotionalen Motivationen und der Chancenstruktur des sozial-kommunikativen Feldes im Erwerbsleben interpretiert. Das Modell berücksichtigt nicht nur situationsbezogene, sondern auch personenbezogene Merkmale (berufliche Kontrollbestrebungen) und orientiert sich in stresstheoretischer Sicht an der langfristig wirksamen Bedrohlichkeit gratifikationskritischer Erfahrungen (vgl. Siegrist 1996: 116f). Unter drei Bedingungen ist entgegen dem Erwartungswert-Nutzen-Theorem davon auszugehen, dass sich Menschen einem ungünstigen Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung aussetzen und damit *ceteris paribus* ihre Gesundheit gefährden (vgl. Siegrist 2005: 72): erstens durch soziale Zwänge und fehlende Alternativen, die eine günstigere Tätigkeits- bzw. Berufswahl nicht zulassen (besser eine schlechte Arbeit als gar keine). Zweitens können Gratifikationskrisen aus berufsbiographisch-strategischen Gründen über einen längeren Zeitraum hinweg aus der Erwartung einer späteren Honorierung in Kauf genommen werden. Drittens können ArbeitnehmerInnen eine Form von

Leistungsmotivation aufweisen, die erbrachte Verausgabungen nicht angemessen in Rechnung stellen (übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung). Die Besonderheit dieser Leistungsmotivation besteht in einem stark ausgeprägten Bedürfnis nach Kontrolle, Erfolg und Anerkennung in beruflichen Anforderungssituationen. Gratifikationskrisen werden in äußere (extrinsische) und innere (intrinsische) Komponenten unterteilt: zu ersteren zählen arbeitsplatzspezifische Anforderungen und Verpflichtungen, zu letzteren berufliche Verausgabungen und Kontrollbestrebungen mit stark ausgeprägter Leistungsbereitschaft, die aufgrund mangelnder kognitiver Rückmeldungs- und Korrekturchancen ihr Distresspotential entwickeln (vgl. Siegrist 1996: 98f, 105). Die übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung erinnert an das bereits erwähnte Typ-A-Muster (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 121ff). Zur Verdeutlichung der Beziehung zwischen Verausgabung und Belohnung, wird das Modell sozialer Gratifikationskrisen graphisch dargestellt:



Abb. 2.11 Modell sozialer Gratifikationskrisen (Erwerbsleben) (nach Siegrist 1996).

Abb. 3: Modell sozialer Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 2005: 72)

Gratifikationskrisen - besonders in chronifizierter Form – sind als Bedrohung erlebte Unterbrechungserfahrungen der statusinduzierten Selbstregulation und dazu geeignet, soziale, psychische und somatische Funktionsabläufe nachhaltig und mitunter irreparabel zu schädigen (vgl. Siegrist 1996: 110f). Die Folgen dieser Beeinträchtigungen sind vielschichtig und können nicht immer auf bewusst ablaufende Prozesse zurückgeführt werden. Im Extremfall reichen sie bis zu kardiovaskulären Erkrankungen (vgl. ebda: 116) oder Arbeitsunfähigkeit durch depressive Verstimmungen bzw. Burnout (vgl. Hofmeister et al. 2010: 162). In diesem Sinne können die Messung und Analyse von Gratifikationskrisen als gesundheitspräventive Maßnahmen verstanden werden.

Empirisch wurde das transdisziplinär erstellte Modell (Soziologie, Psychologie und Medizin) erstmalig in drei Studien an Industriearbeitern überprüft: zwei Studien fanden in Deutschland statt, eine Studie in China (Siegrist 1996). Einerseits wurden die Probanden mittels strukturiertem Fragebogen interviewt, andererseits wurden an den Personen medizinische Untersuchungen vorgenommen. Im Ergebnis konnten Effekte gestörter Struktur- und Funktions-Korrespondenz zwischen statusgebundenen Optionen (Leistung, Belohnung und Zugehörigkeit) und den auf sie gerichteten sozio-emotionalen Motivationen auf distressvermittelte Herz-Kreislauf-Risiken nachgewiesen werden (vgl. ebda: 244). Seither hat sich eine Vielzahl internationaler, empirischer Studien mit dem Modell sozialer Gratifikationskrisen an initial gesunden, größeren Kollektiven Erwerbstätiger beschäftigt. Durchschnittlich ergibt sich eine Risikoverdoppelung der untersuchten Krankheitsinzidenz bei einem Vorliegen psychosozialer Belastungen (vgl. Siegrist 2005: 72f). Eine empirische Studie über psychosoziale Arbeitsbelastungen und Berufsperspektiven analysiert Befragtenaussagen nach dem Modell beruflicher Gratifikationskrisen und dem Anforderungs-Kontroll-Modell bei chirurgisch tätigen AssistenzärztlInnen (Klein/von dem Knesebeck 2013). Im Zuge einer geschichteten Zufallsstichprobe wurden im Jahr 2008 insgesamt 920 Personen mittels standardisierten schriftlichen Fragebogen durch das Deutsche Krankenhausinstitut befragt. Die Analysen der Autoren belegen, dass 28,6 % der Befragten unter Gratifikationskrisen und 28 % unter Job-Strain

leiden, wobei zwischen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede auszumachen sind. Generell wird die Berufsgruppe als hoch belastet eingestuft und belegt, dass neben zu hohen Anforderungen zu geringe Kontrollmöglichkeiten bestehen. Auf die Frage, ob in den letzten 12 Monaten daran gedacht wurde, den Beruf aufzugeben bzw. aufgrund von Arbeitsbedingungen in Deutschland ins Ausland abzuwandern, antworteten 21,5 % bzw. 36,2 % der Befragten mit „ja“. Mögliche Interventionen ergeben sich auf individueller, gruppenbezogener und organisatorischer Ebene: individuell sollten Reflexionen stressreicher Situationen und Praktiken zum Zeitmanagement gefördert werden, interpersonell könnte das Führungsverhalten von Vorgesetzten durch mehr Kooperation und Unterstützung von MitarbeiterInnen verbessert werden und strukturell wären Maßnahmen zur Reduktion des Verwaltungsaufwands und der Arbeitszeiten anzustreben. Der im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich und vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) seit 2009 jährlich durchgeführte „Arbeitsgesundheitsmonitor“ beschäftigt sich u. a. mit auftretenden sozialen Gratifikationskrisen der österreichischen Erwerbstätigen und befragt jährlich 4000 Personen mit face-to-face-Interviews (AK Oberösterreich 2016; Raml 2012: 15).

„Er ist eine umfassende Erhebung der subjektiven gesundheitlichen Befindlichkeit von Arbeitnehmern/-innen. Neben klassischen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Beschwerdebildern (Herz-Kreislauf-Probleme, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen, Beschwerden im Bewegungs- und Stützapparat etc.) werden psychische Beeinträchtigungen (Gereiztheit, Depressivität, Nicht-Abschalten-Können, Motivationsverlust, Resignation etc.) sowie positive Indikatoren der Gesundheit (Persönlichkeitsentwicklung, Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit, Sinnwahrnehmung im Leben etc.) erhoben.“ (Kalliauer/Raml 2015: 7).

Die wichtigsten Ergebnisse der Umfrage sind: ein gutes Betriebsklima, das Verhältnis zum Vorgesetzten und zu den KollegInnen, die ergonomischen Belastungen, die psychischen Überforderungen (Zeitdruck, Verantwortung) und besonders die Unterbrechungen des Arbeitsvollzuges, sowie erfahrene Gratifikationskrisen beeinflussen die Gesundheit der Befragten (vgl. Raml 2012: 19). Da die empirische Befundlage in Österreich zu Gesundheitsfragen in der Arbeitswelt als noch sehr lückenhaft einzustufen ist (vgl. Eichmann/Saupe 2014: 197), soll diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, diesem Befund entgegenzuwirken. Mit freundlicher Genehmigung der Arbeiterkammer Oberösterreich wurden von IFES einige Tabellen mit relevanten Umfrageergebnissen des Arbeitsgesundheitsmonitors (Datenbestand aus den Jahren 2014 und 2015 aggregiert) für die Berufsgruppe der ÄrztInnen ($n = 38$) zur Verfügung gestellt¹, die mit den selbst erhobenen Daten im Ergebnis- und Diskussionsteil komparativ analysiert werden. Einschränkend sei erwähnt, dass in den überlassenen Tabellen keine Unterscheidung zwischen angestellten und niedergelassenen ÄrztInnen erfolgt und dadurch keine expliziten Rückschlüsse des Vergleichs auf SpitalsärztInnen möglich sind.

¹ E-Mail vom 22.6.2016

3 Fragestellung und Hypothesen

Forschungsfrage:

Welche Folgen haben Gratifikationskrisen für die Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Stressbewältigung der SpitalsärztInnen?

Unterfragen:

- Welche Gratifikationskrisen bestehen bei SpitalsärztInnen in Österreich?
- Wie wirken sich diese auf die Gesundheit aus?
- Welche Auswirkungen haben Gratifikationskrisen auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit der SpitalsärztInnen?
- Wie bewältigen SpitalsärztInnen berufliche Stresssituationen?

Bezogen auf das Modell sozialer Gratifikationskrisen und Gesundheit ergeben sich folgende Hypothesen (vgl. Siegrist 2012a: 3):

1. eine Gratifikationskrise erhöht das Risiko einer wahrgenommenen, verminderten Gesundheit
2. SpitalsärztInnen, die eine übersteigerte Verausgabungsleistung aufweisen, sind von einem erhöhten Risiko einer wahrgenommenen, verminderten Gesundheit betroffen
3. das relativ höchste Risiko wahrgenommener, verminderter Gesundheit weisen SpitalsärztInnen auf, die durch die Bedingungen in den Hypothesen 1 und 2 repräsentiert werden

4 Material & Methoden

Die bisherigen Ausführungen zeigen, dass viele Aspekte einen Einfluss auf berufliche Anforderungen, Belohnungen, eine übersteigerte Verausgabungsleistung und den Umgang mit Arbeitsstress ausüben. Die theoretisch verorteten Indikatoren sind konstitutiv für die Konstrukte der Gratifikationskrisen und Copingstrategien und werden in dieser Arbeit im querschnittsdesign erhoben. Für die Analyse der sozialen und individuellen Folgen von Gratifikationskrisen und Copingstrategien spielen die Lebens- und Arbeitszufriedenheit eine genauso wichtige Rolle wie die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes. Zur Erhebung der Daten wurden angestellte ÄrztInnen in ausgewählten Spitätern strukturiert befragt. Die statistische Datenauswertung fand mit den Programmen IBM-SPSS Statistics Version 20 und MS-Excel 2016 statt. Dieses Kapitel besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil werden die Konstruktion des Fragebogens mit seiner zusammengefassten theoretischen und empirischen Fundierung und die Operationalisierung der Fragen beschrieben. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der Methodenauswahl zugunsten einer Mischung aus Online- und Papierbefragung mit ihren Vor- und Nachteilen. Das Auswahlverfahren und die Stichprobe werden im dritten Teil des Kapitels dargelegt.

4.1 Fragebogenkonstruktion, Rationale und Operationalisierung

Der Konstruktionsprozess des Erhebungsinstruments durchlief einige Stadien. Die Basis bildete einerseits die relevante theoretische Fachliteratur, andererseits die Erkenntnisse bisheriger empirischer Studien. Aus diesen Quellen wurde ein Gesamtüberblick von Fragebogenfragen erstellt. In persönlichen Gesprächen mit angestellten ÄrztInnen und SoziologInnen konnten weitere relevante Aspekte des Berufslebens der Zielgruppe verortet werden, die der Entwicklung eigener Fragen dienten. Diese lösten eine weitere Literaturrecherche aus, um die Fragen

theoretisch zu untermauern. Aus dem entstandenen Fragepool wurde ein erster Fragebogen extrahiert und im Hinblick auf Relevanz, Einleitungs- und Überschriftstexte, Frageformulierungen, Reihenfolge der Fragen, Antwortitems und Länge bzw. Zeitaufwand des Ausfüllens des Fragebogens erstellt. Nach einigen weiteren Überarbeitungen wurde der Pretest in Papierform gestartet. Dabei flossen Inputs von ÄrztInnen, SoziologInnen und dem Personaldirektor eines Krankenhausträgers ein. Parallel zum Pretest wurde der Online-Fragebogen entwickelt. Als geeignete Software wurde EFS (Enterprise Feedback Suite) von Unipark ausgewählt, wobei Unipark das akademische Programm von QuestBack darstellt (vgl. Unipark & QuestBack 2014). Die Entscheidung zugunsten EFS fiel aus vier Gründen: erstens habe ich bereits Vorerfahrung mit dieser Software, zweitens existiert keine Fragenbegrenzung, drittens können mit dem Studierenden-Account bis zu 2000 Interviews durchgeführt werden und viertens wird EFS kostengünstig angeboten. Die Online-Version des Fragebogens wurde ebenfalls einem Pretest mit den o. g. Personen(gruppen) unterzogen. Neben den inhaltlichen Aspekten wurde vor allem die technische Umsetzung des Fragebogens geprüft. Nach einer letzten Überarbeitung entstand die finale Version des Fragebogens, der sich aus fünf Abschnitten mit insgesamt 54 Fragen konstituiert, die im Folgenden näher erläutert werden.

4.1.1 erster Abschnitt: Gratifikationskrisen

Das Modell sozialer Gratifikationskrisen (Kürzel: ERI für Effort-Reward-Imbalance) basiert auf einem Ungleichgewicht zwischen einer hohen Verausgabung einer Person und niedriger Belohnung, die diese Person erfährt, wodurch das Prinzip der sozialen Reziprozität verletzt wird (vgl. Siegrist 2005: 71f). Eine Konkretisierung dieser theoretischen Perspektive findet in der Population der Erwerbsbevölkerung auf Basis des Arbeitsvertrages statt. Steht einer beruflichen Verausgabung keine adäquate Belohnung in Form von Bezahlung, Wertschätzung oder beruflichem Aufstieg bzw. Arbeitsplatzsicherheit entgegen, werden anhaltende negative Emotionen und Arbeitsstress hervorgerufen, wobei jede dieser drei Belohnungskomponenten einen Einfluss

auf die Gesundheit hat (vgl. Siegrist 2012a: 2). Durch eine übersteigerte Verausgabungsbereitschaft (overcommitment) wird eine soziale Gratifikationskrise von der betroffenen Person selbst verursacht und aufrechterhalten (vgl. Rödel et al. 2004: 228). Viele Studien weisen Gratifikationskrisen im Berufsleben und deren negative Auswirkungen auf die Gesundheit nach (AK Oberösterreich 2012; Biffl et al. 2011; Eichmann/Saupe 2014; Kalliauer/Raml 2015; Klein/von dem Knesebeck 2013; Siegrist 1996; 2012a; Siegrist et al. 2004; Tanner et al. 2015). Die Hauptaspekte des Gratifikationskrisen-Modells beschäftigen sich mit Erfahrungen und Wahrnehmungen von Erwerbstägigen, daher ist die Selbstauskunft der Personen von entscheidender Bedeutung (vgl. Siegrist et al. 2014: 3). Die Datenerhebung kann qualitativ durch Interviews oder quantitativ durch einen standardisierten Fragebogen erfolgen. Für letzteren spricht die Aussage „In large scale social epidemiological research an economic measure in terms of a psychometrically well justified standardized questionnaire has proven to be particularly useful.“ (ebda). Die im Modell sozialer Gratifikationskrisen enthaltenen psychometrischen Skalen „Verausgabung“ (effort), „Belohnung“ (reward) und „übersteigerte Verausgabungsbereitschaft“ (overcommitment) wurden als standardisierte Selbstauskunft in Fragebogenitems operationalisiert und beziehen sich auf typische Arbeitssituationen (vgl. ebda). In dieser Arbeit wurde die originale, lange Version des Gratifikationskrisen-Fragebogens mit ursprünglich 22 Likert-Items verwendet (Siegrist 2012b; 2012c), die mit freundlicher Genehmigung von Hrn. Prof. Siegrist² zur Verfügung gestellt wurde.

Der Fragebogenteil zur Messung der Verausgabung besteht ursprünglich aus sechs Items, wobei auf die Aussage „Meine Arbeit ist körperlich anstrengend“ (Item 5) verzichtet wurde, da mit diesem Item die physische Arbeitsbelastung gemessen wird, was für White-Collar-Jobs nicht geeignet erscheint (vgl. Siegrist et al. 2014: 3). Im Gegenzug wurde nach der Aussage von Item 2 „Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört“ das Item 3 „Die häufigsten Störungsursachen sind:“ aufgenommen und mit drei offenen Antwortfeldern

² E-Mail vom 19.2.2016

versehen. Somit können Aspekte der ungeplanten Arbeitsunterbrechung bzw. Störung näher spezifiziert werden. Mit Ausnahme dieses offenen Items wurden alle Antworten auf die Gratifikationskrisen-Aussagen nach einer vierteiligen Likert-Skala strukturiert, wodurch die Antwortraten gegenüber früheren Studien mit einer fünfteiligen Likert-Skala erhöht werden konnten, ohne wesentliche Ergebnisunterschiede auszumachen (vgl. ebda: 4). Die Messung erfolgt durch die Zuordnung von Werten zu den Antworten. Dabei repräsentiert ein höherer Wert eine höhere Verausgabung wie folgt: stimme voll zu (4), stimme zu (3), stimme nicht zu (2), stimme gar nicht zu (1). Die Werte werden über die Items addiert und ergeben eine unidimensionale, extrinsische Verausgabungssumme zwischen 5 und 20. Der Bereich zur Messung der Belohnung besteht aus zehn Items (7 bis 16), wobei eine dreifaktorielle Struktur des Konstrukts unterstellt wird (vgl. Siegrist et al. 2014: 4f). Die Messung der Wertschätzung besteht aus den Items 7, 8, 9 und 14, der berufliche Aufstieg wird mit den Items 10, 13, 15 und 16 ermittelt und die Arbeitsplatzsicherheit wird mit den Items 11 und 12 gemessen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Faktorenanalyse zweiter Ordnung eine unidimensionale Skala formiert (vgl. ebda). Die Messung der Items ist analog zur Verausgabungsmessung aufgebaut. Im zugrunde gelegten Fragebogen sind die Items 9 bis 12 aufgrund ihrer negativen Formulierung revers zu kodieren. Dies trifft auf den Fragebogen vorliegender Arbeit nur für das Item 9 zu, da die restlichen Items positiv formuliert wurden. Niedrige Werte repräsentieren eine niedrige Belohnung. In Summe sind Werte zwischen 10 und 40 zu erreichen. Eine übersteigerte Verausgabungsbereitschaft wird mit sechs Items (17 bis 22) gemessen, die analog zur Verausgabungsmessung aufgebaut sind. Obwohl diese Items üblicherweise auf einen Faktor laden, wurde in einigen Studien eine stärkere Ladung von Item 17 „Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck“ auf den Verausgabungs-Faktor festgestellt (vgl. Siegrist et al. 2014: 5). Wegen seiner positiven Formulierung ist Item 19 revers zu kodieren. Somit repräsentieren hohe Werte eine hohe Verausgabungsbereitschaft. In Summe sind Werte zwischen 6 und 24 zu erreichen. Zur Beurteilung einer eventuell vorliegenden Gratifikationskrise wird als ER-Ratio der korrigierte Quotient der Skalensummen

von „Verausgabung“ und „Belohnung“ wie folgt gebildet (vgl. Rödel et al. 2004: 229ff; Siegrist et al. 2014: 7ff):

$$ER = k \frac{E}{R} \quad k = \frac{\text{Number of reward items}}{\text{Number of effort items}}.$$

Bei einer $ER = 1$ steht einer Verausgabung eine Belohnung entgegen, bei einem $ER < 1$ sind weniger Verausgabungen für eine Belohnung zu verzeichnen und bei einem $ER > 1$ berichten die Befragten über mehr Verausgabungen für eine Belohnung. Es sei hier angemerkt, dass eine $ER = 1$ keinen klinisch validen Grenzwert darstellt (vgl. Siegrist et al. 2014: 9). Im Fragebogen dieser Arbeit ist von einem $k = 10/5 = 2$ auszugehen. Analog zur ER-Ratio wird eine OC-Ratio für übersteigerte Verausgabungsleistungen gebildet, wobei die Summenskala der Verausgabung durch die Summenskala der übersteigerten Verausgabungsleistung ersetzt wird. Der Korrekturfaktor wird durch den Quotienten der Anzahl Belohnungsitems dividiert durch die Anzahl der Verausgabungsleistungen gebildet ($k = 10/6 = 1,67$). Eine kombinierte Ratio EROC-Ratio wird durch die Multiplikation der ER-Ratio mit der OC-Ratio gebildet. Werte > 1 verweisen auf besonders hohe Gratifikationskrisen durch kombinierte Belastungen.

Für eine befriedigende Skalenreliabilität bezogen auf das Modell der Gratifikationskrisen wurde die interne Konsistenz mittels Cronbach's Alpha ($> 0,7$) für die Skalen „Verausgabung“, „Belohnung“ und „übersteigerte Verausgabungsbereitschaft“ ermittelt (vgl. Rödel et al. 2004: 232; Siegrist et al. 2014: 9). Die Faktorenstruktur wurde durch explorative und konfirmatorische Faktorenanalysen mit befriedigenden Resultaten ermittelt. Dabei wurde ein guter Modellfit für alle drei unidimensionalen Skalen erzielt (vgl. Rödel et al. 2004: 230ff; Siegrist et al. 2004: 9). Die Konvergenzvalidität des Gratifikationskrisen-Modells gegenüber dem Anforderungs-Kontroll-Modell wurde in einigen Studien getestet und die unabhängige Erklärungskraft des erstgenannten Modells mit der Einschränkung dokumentiert, dass die Skalen „Anforderung“ und

„Verausgabung“ miteinander mäßig bis stark korrelieren (vgl. Siegrist et al. 2014: 10). Die Diskriminanzvalidität wurde in vielen Studien geprüft und zeigte signifikante Differenzen der Mittelwerte der drei Gratifikationskrisen-Skalen in Bezug auf Gender, Alter, sozioökonomischen Status und anderen soziodemographischen Merkmalen (vgl. ebda). Die Kriteriumsvalidität und die Sensivität der Skalen in Bezug auf Realänderungen über die Zeit wurden ebenfalls mehrfach geprüft (vgl. ebda).

4.1.2 zweiter Abschnitt: Gesundheit und Zufriedenheit

Der Abschnitt besteht insgesamt aus sechs Fragen (Items 23 bis 28) und beginnt mit einer subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Befragten mit fünf Antwortausprägungen: sehr gut (1), eher gut (2), mittelmäßig (3), eher schlecht (4), sehr schlecht (5). Höhere Werte repräsentieren demnach einen als niedriger wahrgenommenen Gesundheitszustand. Der Gesundheitsbegriff ist durch vielseitige Deutungen amorph und seine Messung problembehaftet. Gesundheit kann nicht nur als abhängige Variable betrachtet werden. Wenn Fragen aufgeworfen werden, ob und wie die Gesundheit Copingmechanismen und das subjektive Wohlbefinden beeinflusst, wird die Gesundheit zur unabhängigen Variable. Ein Paradigmenwechsel vom pathogenen Krankheits- zum salutogenen Gesundheitsbegriff mit seinem Kernstück des „Kohärenzsins“ (Antonovsky 1997) fand viel Resonanz in der wissenschaftlichen Gemeinde, ist jedoch nicht unumstritten, da „... the sense of coherence is also greatly confounded with the adaptional outcome it is supposed to explain...“ (Lazarus 1991: 390). Die vorliegende Begriffseinschränkung nach Badura et al. (vgl. 2010: 32) bietet die Möglichkeit, positives Befinden und Emotionen in den Gesundheitsbegriff zu integrieren und Gesundheit als erlernbare Fähigkeit darzustellen. Für die Messung und Bewertung von Gesundheit sind zwei Informationsquellen wesentlich: Untersuchungsbefunde durch Dritte und Selbstauskünfte (vgl. Lazarus 1991: 390). Da erstere den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde, wird auf letztere fokussiert. Die Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand wird in vielen Studien verwendet, um

Mediatoren und Abhängigkeiten zu prüfen (vgl. Biffl et al. 2011: 83; Raml 2009: 172; Raml 2012: 14). Bereits die Antwort „mittelmäßig“ verweist auf gesundheitliche Beeinträchtigungen (vgl. Hasselhorn/Ebener 2014: 78). In dieser Arbeit wird einerseits der Gesundheitszustand der Befragten und andererseits der Einfluss von Arbeitsstress durch Gratifikationskrisen auf die Gesundheit analysiert.

Die Fragen 24 bis 28 widmen sich der Zufriedenheit der Befragten mit dem Leben generell und arbeitsthematischen Aspekten mit folgenden Antwortkategorien: gar nicht zufrieden (1), eher nicht zufrieden (2), eher zufrieden (3) und sehr zufrieden (4). Diese Einteilung entspricht einer vierteiligen Likert-Skala, in der höhere Werte eine höhere Zufriedenheit repräsentieren. Eine geringe Lebenszufriedenheit wurde als Hauptursache von Distress ermittelt (vgl. Selye 1977: 77). In einigen Studien wurde der Zusammenhang zwischen beschäftigungsbezogenen Stressoren und allgemeiner Lebenszufriedenheit untersucht (vgl. Karasek 1979: 302; Vahle-Hinz/Plachta 2014: 107). Im vorliegenden Fall wird die generelle Lebenszufriedenheit und ihre Zusammenhänge mit Gratifikationskrisen, Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Copingstrategien analysiert. Daran anschließend wird die Frage (25) nach dem Arbeitsklima in der derzeitigen Abteilung gestellt, da die Qualität des Betriebsklimas bei Erwerbstätigenumfragen priorisiert genannt wurde (vgl. Schönberg 2012: 251). Auch die Kooperation zwischen der aktuellen Abteilung der Befragten und anderen medizinischen Abteilungen ist zur Beurteilung der Arbeitszufriedenheit als Voraussetzung zur (Weiter)Entwicklung von Arbeitsbedingungen (vgl. Dilcher et al. 2012a: 7) wichtig und wird in Frage 26 gestellt. Die nächste Frage (27) beschäftigt sich mit dem Abteilungs-Output in Form der Qualität der PatientInnenbehandlung. Der Hintergrund zu dieser Frage ist in den hohen Qualitätsstandards der Krankenhäuser zu sehen, die trotz Personalverknappung und Arbeitsverdichtung zu realisieren bzw. zu halten sind. Diese Anforderungen machen mittel- und langfristig die MitarbeiterInnen unzufrieden und mitunter krank (vgl. Dilcher/Hammerschlag 2012: V). Einen weiteren wichtigen Aspekt für die Arbeitszufriedenheit der ÄrztInnen stellt das

Gleichgewicht zwischen Arbeits- und Privatleben (Work-Life-Balance) dar (vgl. Dilcher et al. 2012a: 8), welches als letzte Frage (28) dieses Abschnitts Eingang in den Fragebogen fand.

4.1.3 dritter Abschnitt: objektive Daten

Die Erhebung „objektiver“ Daten dient in vielen Studien – wie auch in dieser Arbeit – dazu, ein Bild der „hard facts“ zu erhalten. Ein umfassender Überblick über relevante Studien kann aus Kapazitätsgründen nicht gegeben werden, daher werden nur einige Arbeiten exemplarisch angeführt (AK Oberösterreich 2012; Badura et al. 2014; Bartholomeyczik et al. 2008: 13, 126ff; Eichmann/Saupe 2014: 219ff). Das „objektiv“ ist mit Anführungsstrichen versehen, da die individuellen Angaben der Befragten anonym erhoben wurden und somit nicht eindeutig mit betrieblichen Kennzahlen der arbeitgebenden Krankenhäuser verglichen werden können. Zudem sind die Fragen 31 und 32 retrospektiv gestellt, wodurch Abweichungen zu den tatsächlichen Werten auftreten können. Es werden vier Fragen (29 bis 32) in diesem Abschnitt gestellt, die als Zusatzinformationen dienen und im Rahmen der sozioökonomischen Daten ausgewertet werden. Die erste Frage (29) erhebt, ob von den Befragten Nacht- und/oder Wochenenddienste regelmäßig geleistet werden mit den Antwortkategorien „nur Nachtdienste“, „nur Wochenenddienste“, „beides“ und „keine Dienste“. Danach folgt die Frage 30 nach der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit inklusive Überstunden und Nacht- und Wochenenddiensten, deren Relevanz für die Berufsgruppe der ÄrztInnen in einer großangelegten Umfrage des Marburger Bundes im Jahr 2010 festgestellt wurde (vgl. Dilcher et al. 2012a: 10). Die Fragen 31 und 32 erheben die Anzahl der Krankenstands- und Urlaubstage der Befragten in den letzten 12 Monaten. Besonders erstgenannte Kennzahl wird in einigen Studien erhoben und mit statistischen Durchschnittsdaten verglichen (vgl. Karasek 1979: 296; Meyer et al. 2014: 323ff; Raml 2009: 124, Statistik Austria 2015). Wichtig dabei ist zu berücksichtigen, dass die Krankenstände in Unternehmen und Krankenkassenstatistiken unterschiedlich berechnet werden (vgl. Bödeker 2010: 46).

241). Firmen berechnen Krankenstände durch das Verhältnis zwischen der Soll-Arbeitszeit und Abwesenheit aufgrund Krankheit. Feiertage und Wochenenden bleiben unberücksichtigt. Dagegen rechnen Krankenkassen auf Kalendertage bezogen.

4.1.4 vierter Abschnitt: Copingstrategien

Stressbewältigung ist im hier zugrunde gelegten „transaktionalen Modell“ als Prozess des Umgangs mit externen und internen Anforderungen unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen und der Ressourcen des sozialen Systems anzusehen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 178, 307). Die Messung von Coping soll drei Aspekte berücksichtigen: erstens sollen spezifische Gedanken, Gefühle und Handlungen, statt mögliche Handlungsmuster abgefragt werden. Zweitens soll diese Abfrage in einem spezifischen Kontext erfolgen und drittens soll die Befragung mehrmals über die Zeit stattfinden, um Veränderungen der Copingstrategien festzustellen (vgl. ebda: 317). Daher wird bei vorliegender Befragung von einer spezifischen, arbeitsbedingten Stresssituation ausgegangen und nach den Emotionen und Handlungen gefragt, die die ÄrztInnen haben bzw. ausführen, um mit dieser Situation umzugehen. Eine mehrfache Messung im Sinne einer Langzeitstudie kann aus Kapazitätsgründen hier nicht erfolgen und bleibt somit zukünftigen Forschungsarbeiten vorbehalten. Unter dem Problem der Methodenvarianz wird die Unsicherheit verstanden, wie die Messung eines Phänomens die Forschungsergebnisse beeinflusst (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 321). Somit können sich Analyseergebnisse über Zusammenhänge und Prozesse unterscheiden, wenn sie mit verschiedenen Methoden gemessen werden, obwohl das selbe Konzept zugrunde liegt. Aspekte der Methodenvarianz bei Eigenberichten – der wichtigsten Datenquelle zur Messung von Coping - treten in Form von Erinnerungsproblemen, dem Wunsch von Personen, sich in einem guten Licht zu präsentieren, sprachlicher Doppeldeutigkeit, verzerrte Betrachtungen der Vergangenheit (ist auch eine Copingstrategie), der Verwendung von Befragungen zur Verteidigung der eigenen Standpunkte und

Schwierigkeiten der genauen Identifikation von Gedanken, Emotionen und Handlungen in den verschiedenen Phasen des Copingprozesses auf (vgl. ebda: 320ff). Die einfache und praktikable Lösung der Methodenvarianz ist ein fortgesetzter Einsatz von nur einer Methode, hier die strukturierte Befragung, bis die Analyseergebnisse oder deren Absenz klar herausgearbeitet sind (vgl. ebda). Die Untersuchung von Copingstrategien hängt davon ab, wie die Betroffenen an sie gestellte Anforderungen interpretieren, deshalb ist einer Befragung – im Gegensatz zu Beobachtungen – der Vorzug zu geben. Lazarus und Folkman meinen dazu: „Subjective reports allow us to learn more about stress and emotion, and about coping and its adaptational outcomes, than any other single source ...“ (1984: 322).

Anfang der 1980er Jahre entstand aus theoretischen Überlegungen und empirischen Forschungen des „Berkeley Stress and Coping Project“ eine „Ways of Coping Checklist“ (WCCL) mit insgesamt 66 Items, die als psychometrische Variablen dienen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 156f, 328ff; Lazarus 1991: 448ff). Im Zuge weiterer Forschungsarbeiten wurde die WCCL in ein „Ways of Coping Questionnaire“ (WCQ) überführt (Folkman/Lazarus 1988). Die WCQ wurde in verschiedenen Studien mit unterschiedlichem Frageumfang getestet, dabei konnten offene Fragen zur Validität nicht restlos geklärt werden (vgl. Sorlie/Sexton 2001: 962f). Als Folge davon wurden unterschiedliche Varianten der Befragung mit ihren aus Faktorenanalysen abgeleiteten Copingtypen vorgeschlagen, die sich auch im Hinblick auf die Wahrnehmung der stresshaften Intensität einzelner Situationen unterscheiden. Wesentlich erscheint eine empirische Längsschnittstudie in zwei Wellen zu je sechs Monaten zur Erforschung der funktionalen Beziehungen von kognitiven Bewertungen und Copingprozesse in stressreichen Situationen, sowie deren kurzfristige Erfolge (Folkman et al. 1986). Bei der strukturierten, über fünf Zeitpunkte verteilten Befragung von 75 Ehepaaren mit jeweils einem Kind wurde nicht nur die WCQ getestet, sondern aus den Items wurden mittels dreifacher Faktorenanalyse acht Copingtypen extrahiert und den Formen des emotional-fokussierten oder problem-fokussierten Copings zugeordnet. Die Analyse erfolgte intra- und

intersubjektiv und kam zu dem Schluss, dass die theoretisch identifizierten Variablen eine wichtige Rolle bei der Stressbewältigung spielen. Als besonders interessant wurden signifikante Kombinationen von Copingstrategien dargestellt, die in spezifischen Kontexten angewandt wurden (vgl. ebda: 999ff). Demnach verwenden die Menschen vor allem einen Mix aus den Copingtypen „problemlösend“ und „selbstkontrollierend“, um ein arbeitsspezifisches Ziel zu erreichen. Problem-fokussierte Copingformen werden häufig angewandt, um mit Arbeitsstress kontrolliert umzugehen. In Situationen, die von geringem Respekt für eine andere Person geprägt sind, wird eine Kombination der Copingstrategien „konfrontierend“ und „selbstkontrollierend“ benutzt. Wenn Situationen als veränderbar beurteilt werden, findet eine problem-fokussierte Copingformen häufigere Anwendung, wenn die Situationen dagegen als unabänderlich betrachtet werden, dann ist eher mit emotional-fokussierten Copingformen zu rechnen.

Aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung, einer den Befragten zumutbaren Ausfüllzeit und dem dadurch beschränkten Volumen der einzelnen Fragebogenabschnitte der vorliegenden Arbeit, wurden in den Items 33 bis 47 eine reduzierte Auswahl von 15 Items der WCQ verwendet, wie sie im Werk „Emotion and Adaption“ angeführt sind (vgl. Lazarus 1991: 449). Die Items beziehen sich auf die acht Copingstrategien (jeweils zwei Items pro Copingstrategie, außer Strategie „flüchtend/vermeidend“ mit einem Item) und wurden mittels Translate-Retranslate-Verfahren vom Englischen ins Deutsche übersetzt. Auf das ursprünglich enthaltene Item „Ich hoffe, dass ein Wunder geschieht“ aus der Copingstrategie „flüchtend/vermeidend“ wurde nach dem Pretest verzichtet, da es den Befragten verwirrend erschien. Zum besseren Verständnis der Items für die Stressbewältigungsstrategie „positiv neubewertend“ wurde ein Erklärungssatz eingefügt, der im WCQ nicht vorhanden ist. Die ursprünglichen Antwortkategorien (not used (0), used somewhat (1), used a bit (2), used a great deal (3)) wurden dem Fragebogendesign entsprechend in eine Zustimmungsskala überführt. Die Messung erfolgt durch die Zuordnung von Werten zu den Antworten. Dabei repräsentiert ein höherer Wert eine höhere

Zustimmung und Identifikation mit dem Verhaltensmuster der Person wie folgt stimme zu (3), stimme eher zu (2), stimme eher nicht zu (1), stimme nicht zu (0). Die Berechnung einer Zustimmungs-Ratio (Z-Ratio) erfolgt analog zur Formel, die im WCQ verwendet wird (vgl. Folkman/Lazarus 1988: 6). Demnach werden die Werte erstens für die Items jeder Copingstrategie addiert und durch die Anzahl der Items je Copingstrategie dividiert und auf 100 normiert. Die acht Durchschnittswerte werden zweitens zu einer Gesamtsumme addiert. Drittens werden die acht Durchschnittswerte durch die Gesamtsumme dividiert, wodurch sich die Z-Ratio ergibt, die mit den einzelnen Copingstrategien nach Gesamtanteil, Geschlecht und räumlicher Umgebung verglichen wird. Analysen erfolgen ebenfalls in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Copingstrategien und Gratifikationskrisen, Zufriedenheitswahrnehmungen, Gesundheit und Alter. Nachfolgend sind die einzelnen Copingstrategien mit ihren zugeordneten Items, ihren Copingformen und Wertebereichen aufgelistet, die wegen ihres prozessualen Charakters mit Adjektiven benannt wurden:

- | | | | | |
|------------------------------|----|-----------|----|---------|
| - konfrontierend | -> | 33 und 34 | PF | 0 bis 6 |
| - distanzierend | -> | 35 und 36 | EF | 0 bis 6 |
| - selbstkontrollierend | -> | 37 und 38 | EF | 0 bis 6 |
| - suchend nach sozialer | -> | 39 und 40 | EF | 0 bis 6 |
| Unterstützung | | | | |
| - flüchtend/vermeidend | -> | 41 | EF | 0 bis 3 |
| - problemlösend | -> | 42 und 43 | PF | 0 bis 6 |
| - Verantwortung akzeptierend | -> | 44 und 45 | EF | 0 bis 6 |
| - positiv neubewertend | -> | 46 und 47 | EF | 0 bis 6 |

4.1.5 fünfter Abschnitt: Soziodemographie

Die soziodemographischen Fragen (48 bis 54) entsprechen den in soziologischen Umfragen üblichen Kategorien. Über das Geburtsjahr (48) wird das Alter der Personen ermittelt. Es besteht nach Selye ein Zusammenhang zwischen Alter, Stress und Arbeit (vgl. 1977: 88f), der über die ER-Ratio

analysiert wird. Für weitere Auswertungen wird neben dem Geschlecht (49) die Berufsverweildauer der ÄrztlInnen in Jahren und Monaten (52) abgefragt, wobei die Monate als zwölfter Anteil auf die Jahre umgelegt werden. Spezifisch wird nach der beruflichen Position mit Antwortvorgaben nach spitalsärztlichen Hierarchien inklusive der offenen Antwortkategorie „andere Position“ (50) und der Verweildauer in dieser Position in Jahren und Monaten (51), gefragt, die ebenfalls als zwölfter Anteil auf die Jahre umgelegt werden. In der nächsten Frage wird die derzeitige medizinische Abteilung (53) erhoben. Für eine regionale Auswertung erscheint die Frage nach der räumlichen Arbeitsumgebung (54) unterteilt nach (groß)städtischem oder kleinstädtischem, ländlichen Raum sinnvoll.

4.2 Warum ein Mix aus Online- und Papierbefragung?

Die Beliebtheit von Online-Umfragen nimmt in den Sozialwissenschaften stetig zu, da immer mehr Personen über einen Internetzugang verfügen und per E-Mail erreichbar sind. Bereits im Jahr 2010 ging die International-Telecommunication-Union (ITU) von einem Online-Nutzeranteil von 68,8 % in den entwickelten Industrieländern aus (vgl. Thielsch/Weltzin 2012: 109). Die größten Vorteile einer Online-Umfrage gegenüber einer Offline-Studie oder strukturierten Interviews liegen in der Zeit- und Kostenreduktion. Der Druck und die Verteilung von Papierfragebögen entfallen genauso wie Aufwände für Interviewerschulungen, Befragungsdurchführungen und Dateneingaben. Weitere methodische Vorteile sind die Automatisierbarkeit, wodurch Fehlerquellen der Dateneingabe und Versuchsleitereffekte vermieden werden, sowie die hohe Datenqualität durch Konsistenzprüfungen und die Alokalität des Mediums, die einige sonst offline schwer erreichbare Personenkreise leichter ansprechbar macht (vgl. ebda: 111f). Daneben sind bei Online-Umfragen auch einige Nachteile zu beobachten. Vor allem die fehlende Kontrolle der Durchführungsbedingungen und die Nichterreichung mancher Zielgruppen sind hier zu nennen (vgl. ebda). Weiters entsteht ein Zeitaufwand durch die Auswahl und die Einarbeitung in eine relevante Befragungssoftware, bevor der Fragebogen dann tatsächlich programmiert werden kann. Bei allen Betroffenen können sich technische

Probleme durch mangelnde Kompatibilität zwischen Hard- und Software ergeben. Die Aktualität der eingesetzten Browserprogramme ist für den reibungslosen Befragungsablauf wichtig, kann bei den Befragten jedoch nicht immer vorausgesetzt werden. Wird die Befragung mittels Link auf einer Webpage oder durch bestimmte Personen in Organisationen aktiv oder passiv verteilt, bestehen weder Einfluss noch Kontrolle dieser Verteilung durch das Forscherteam. Der Ausschluss von Mehrfachantworten und mangelnde Computererfahrung von Befragten werden in der Literatur als mögliche Probleme identifiziert (vgl. ebda), verlieren jedoch immer mehr an Bedeutung, da Mehrfachantworten durch die Fragebogensoftware abgefangen werden können und die Computererfahrung in der Bevölkerung zunehmend steigt. Dennoch ist es sinnvoll in Einzelfällen eine Papierbefragung durchzuführen, wenn ein Link nicht per Mail verschickt werden kann oder durch die Bekanntgabe von Mailadressen Anonymitätsbedenken auftreten.

4.3 Auswahlverfahren und Stichprobe

Für die Durchführung der anonymen und freiwilligen Befragung im Erhebungszeitraum von April bis Juli 2016 fand eine bewusste Auswahl in drei Bereichen statt: erstens konnte ein öffentlicher Krankenhaussträger eines österreichischen Bundeslandes zur Zusammenarbeit gewonnen werden, welcher sechs Spitäler an verschiedenen Standorten in der Region betreibt. Bei dieser Organisation stehen nicht nur die PatientInnen und die Versorgungsqualität im Mittelpunkt, auch den MitarbeiterInnen soll eine zuverlässige Partnerschaft geboten werden. Durch eine lebensphasenorientierte Arbeitsgestaltung wird das Ziel verfolgt, für jeden Lebensabschnitt der MitarbeiterInnen ein passendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Das Angebot umfasst neben Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie auch angepasste Arbeitsbedingungen für ältere MitarbeiterInnen und Workshops zum Konfliktmanagement. Um dem hohen Stellenwert der SpitalsärztlInnen gerecht zu werden und den zeitlichen Aufwand der Online-Befragung in Grenzen zu halten, wurde durch den Personaldirektor, dem an dieser Stelle für seine überaus freundliche und

engagierte Kooperation herzlich gedankt werden darf, eine weitere Selektion in Form einer Spitalsauswahl vorgenommen. Zweitens wurde eine städtische Privatklinik ausgewählt, in der eine Papierbefragung durch die in der Klinik angestellte Mutter einer Kommilitonin durchgeführt wurde. Beiden Damen sei hier für ihre Unterstützung dieser Arbeit herzlichst gedankt. Die Auswahl dieser Klinik wurde auch durch den Umstand begünstigt, dass sich dieser Arbeitgeber als Teil einer nationalen Gruppe privater Gesundheitsversorger sowohl eine wirtschaftliche Denkweise als auch ein „erstklassiges Miteinander“ der MitarbeiterInnen zum Ziel gesetzt hat und unlängst Auszeichnungen der Arbeitgeberpositionierung und internen Markenführung erhielt. Die Klinik arbeitet – wie viele Privatkliniken – mit einem BelegärztInnenverfahren, d. h. alle zugelassenen MedizinerInnen können über einen Kooperationsvertrag die Einrichtungen der Klinik für ihre PatientInnen nutzen. Daher kann der Personalstand der fix angestellten Ärztinnen und Ärzten geringgehalten werden. Die Befragung in Papierform resultiert einerseits aus der Art des Feldzugangs, andererseits aus Anonymitätsüberlegungen. Da der Fragebogen nicht zentral online verteilt werden konnte, wären die E-Mail-Adressen der ÄrztInnen notwendig gewesen, um den Link zur Online-Befragung komfortabel bereitzustellen. Ein Versuch, den Link schriftlich weiterzugeben, wurde von den Betroffenen als zu umständlich abgelehnt, da der Link manuell in den Browser eingegeben werden müsste. Die Mail-Adressen der Befragten enthalten meistens deren Vor- und Zunahmen, wodurch Bedenken im Hinblick auf die Anonymität der Personen entstanden. Daher wurde einer Papierbefragung der Vorzug gegeben. Drittens wurden mit mir bekannte SpitalsärztInnen im städtischen Raum zur Online-Befragung ausgewählt. Eine bewusste Auswahl wurde gegenüber einer Zufallsauswahl aus Zielsetzungs- und Machbarkeitsgründen (Kosten, Kapazität) favorisiert. Ein Hauptziel dieser Studie ist die erstmalige Testung der langen Version des Gratifikationskrisen-Fragebogenteils zugleich mit einer Testung von Copingstrategien in der Berufsgruppe der SpitalsärztInnen in Österreich. Für diesen Zweck ist eine bewusste Auswahl der Untersuchungseinheiten praktikabel.

Die Grundgesamtheit stellen alle in Österreich angestellten SpitalsärztInnen im Erhebungszeitraum dar. Im Jahr 2015 waren insgesamt 23.996 ÄrztInnen in den österreichischen Krankenanstalten tätig (Statistik Austria 2016). Für Jänner 2017 beziffert die Österreichische Ärztekammer³ die Anzahl der angestellten ÄrztInnen mit 24.327; diese Zahl setzt sich aus 13.363 Frauen und 10.964 Männer zusammen. In den drei Bereichen wird die Auswahlgesamtheit durch die Selektion des Krankenhasträgers, das BelegärztInnenverfahren der Privatklinik und meine Kontakte definiert und ist mit 371 (= 350 + 19 + 2) Personen im Erwerbsalter von 18 bis 65 Jahren zu beziffern. Daraus rekrutiert sich eine Nettostichprobe mit n = 48 Personen, die den Fragebogen vollständig ausfüllten. Bei der Online-Befragung der ÄrztInnen des Krankenhasträgers waren 21 Abbrüche – vor allem auf der ersten Fragebogenseite - zu verzeichnen. Mit 13 % liegt die Ausschöpfungsquote erwartungsgemäß niedrig. Als Begründung ist eine Befragungsermüdung der SpitalsärztInnen anzuführen, die aktuell mit einer Vielzahl von MitarbeiterInnen- und Standesvertretungsbefragungen konfrontiert sind, sowie daraus resultierende Protektionsmechanismen der Arbeitgeber wie die Ablehnung, Erinnerungsmails an die ÄrztInnen auszusenden. Zusätzlich ist diese Berufsgruppe mit einem hohen Verwaltungsaufwand belastet (vgl. Dilcher et al. 2012a: 3ff) und eine Befragung wird als Schreibtischarbeit angesehen.

³ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 18.1.2017

5 Die Ergebnisse

Das Sample beinhaltet eine hohe Homogenität der Dimensionen Geschlecht, Raum und Zeit. Die Befragungsdaten ermöglichen Analysen der Gegensatzpaare von Männern – Frauen, Stadt – Land und kurzer – langer Dauer der Erwerbstätigkeit. In Abhängigkeit zur Forschungsfrage, ihrer Unterfragen und den aufgestellten Hypothesen werden die Analysen einerseits auf der Grundlage der zentralen, theoretischen Modelle durchgeführt, andererseits diese Modelle durch die vorliegenden Daten geprüft. Fehlende Werte werden nicht berücksichtigt. Aufgrund der geringen Fallzahlen sind inferenzstatistische Schlüsse nur teilweise möglich. Bei äquivalenten Fragestellungen werden die Ergebnisse mit den Resultaten der von der Arbeiterkammer Oberösterreich überlassenen Auswertungen des Arbeitsgesundheitsmonitors⁴ verglichen. Der Ergebnisteil gliedert sich in fünf Abschnitte: im ersten Abschnitt wird ein Überblick über die Daten in Form von soziodemographischen Analysen vorgenommen und die erhobenen, betriebswirtschaftlichen Kennzahlen dargestellt, der zweite Abschnitt behandelt den Bereich der Gratifikationskrisen, der dritte Abschnitt widmet sich den Folgen von Gratifikationskrisen für die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit, der vierte Abschnitt beinhaltet die Analyse von Stressbewältigungsstrategien und der fünfte Abschnitt rekonfiguriert die in dieser Arbeit fokussierten Konstrukte von Gratifikationskrisen und Copingstrategien mit dem multivariaten Verfahren der Faktorenanalyse und zeigt Veränderungen in den Strukturen auf.

⁴ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

5.1 Soziodemographie und „objektive Daten“

Einen ersten Eindruck der Stichprobe vermittelt die Altersstruktur der befragten SpitalsärztInnen:

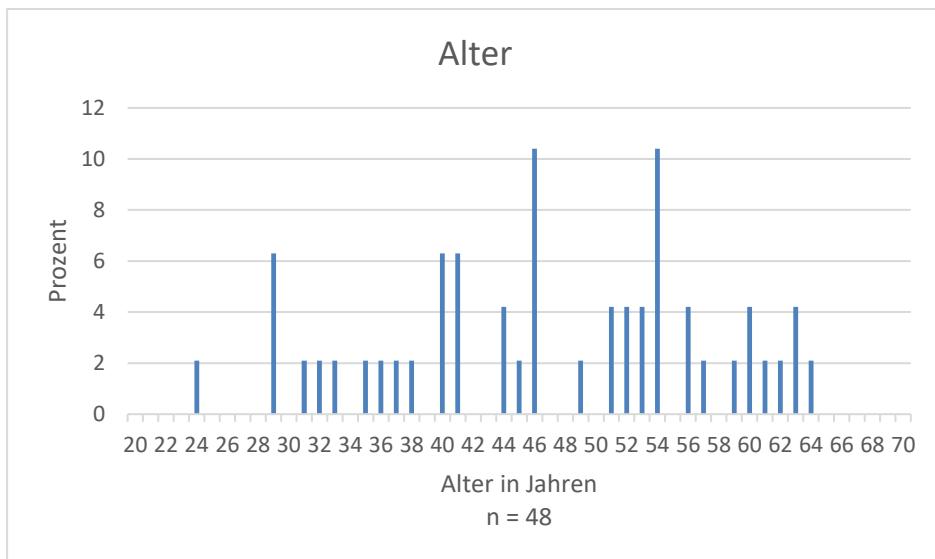


Abb. 4: Alter, eigene Berechnung.

Im Datensatz sind Personen im Alter von 24 bis 64 Jahren vertreten, was eine Spannweite von 40 Jahren ergibt und fast das ganze Spektrum des Erwerbslebens umfasst. Jeweils 10,4 % der Befragten haben ein Alter von 46 bzw. 54 Jahren, gefolgt von 6,3 % der ÄrztInnen im Alter von 29, 40 und 41 Jahren. Der Altersmittelwert beträgt 46,9 Jahre und ist auf Grund der langen Ausbildungszeit und demographischen Entwicklung erwartungsgemäß hoch, unterliegt allerdings mit einer Standardabweichung (SD) von 10,6 Jahren einer breiten Streuung. Die Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit (nicht in Abb., $n = 45$) beträgt im Mittel 18,8 Jahre bei einer SD von 11,4 Jahren, was einer sehr hohen Streuung von 60,6 % entspricht, worauf auch die Spannweite von 41 Jahren hindeutet. Die Korrelation nach Pearson zwischen dem Alter und der Dauer der ärztlichen Tätigkeit ist erwartungsgemäß sehr stark mit $r = 0,90$ und auf dem Niveau von 0,01 signifikant, da davon auszugehen ist, dass die Personen zeitnah zur Schulzeit studieren. Auch die Korrelation zwischen dem

Alter und der Dauer der derzeitigen Position ist stark mit $r = 0,74$ und auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Interessant ist die Verteilung der Positionen der SpitalsärztInnen:

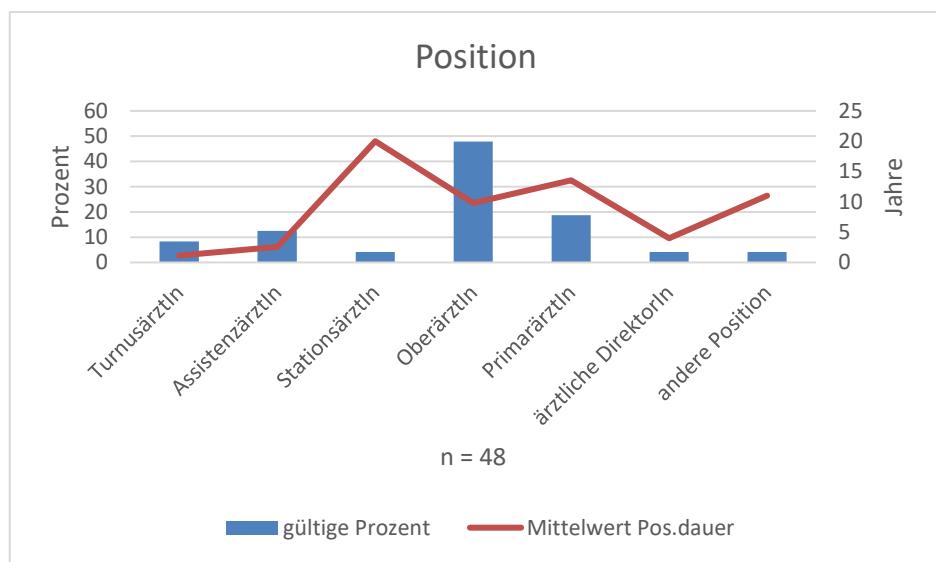


Abb. 5: Position und Positionsduer, eigene Berechnung.

Mit 47,9 % stellen die OberärztInnen den größten Anteil der Befragten, gefolgt von PrimärärztInnen mit einem Anteil von 18,8 % und AssistenzärztInnen mit 12,5 %. Wird die Anzahl der Befragten in den Positionsgruppen „OberärztInnen“, „PrimärärztInnen“ und „ärztliche DirektorInnen“ addiert, ergibt die Summe den Anteil der ÄrztInnen mit Managementaufgaben. Dieser beträgt in der Stichprobe 70,9 %, was zu einer Überrepräsentation der leitenden Funktionen führt, die u. a. durch Nachwuchsmängel (vgl. Hofmeister et al. 2010: 159f) zu erklären sind. Die Rubrik „andere Position“ beinhaltet eine Person, die freiberuflich tätig ist und eine KonsiliarärztIn. Für jede Position wurde eine mittlere Dauer berechnet, die mit 20 Jahren bei StationsärztInnen am höchsten ist (SD 7,07), gefolgt von 13,6 Jahren bei PrimärärztInnen (SD 7,91) und 9,8 Jahre bei OberärztInnen (SD 7,57). Über alle Positionen beträgt der Mittelwert der Positionsduer 9,3 Jahre (SD 7,77), was ebenfalls auf die erwähnte Überrepräsentation verweist, wobei die breite Streuung zu berücksichtigen ist. Die Korrelation nach Spearman zwischen der

aktuellen Position und der Dauer der Position ist gering mit $r = 0,38$ und auf dem Niveau von 0,01 signifikant.

Verteilungen nach Geschlecht und Umgebung:

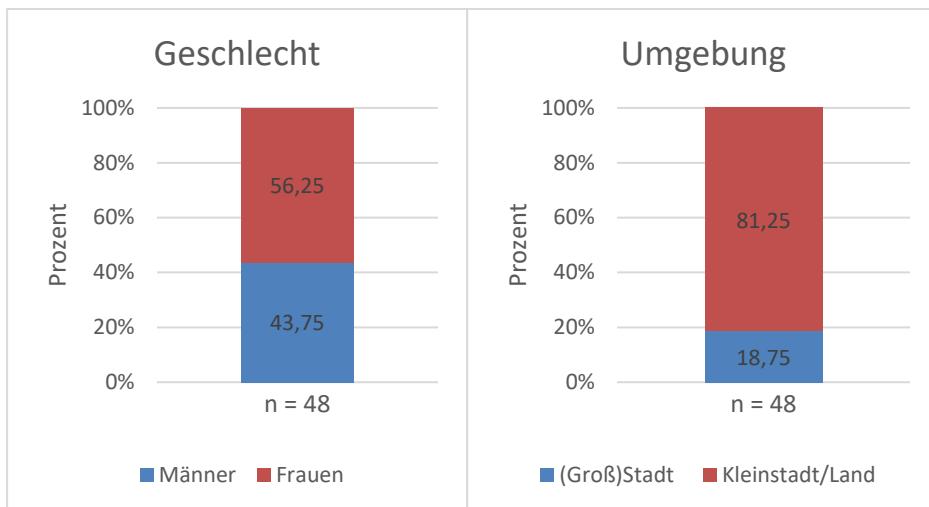


Abb. 6: Geschlecht und Umgebung, eigene Berechnung.

Das Sample besteht aus 56,2 % Frauen und 43,8 % Männern. Diese finden sich zu 81,2 % bei Dienstgebern im kleinstädtischen bzw. ländlichen Raum und zu 18,8 % in Großstädten. Mit einem Cramer's $V = 0,1$ besteht ein schwacher Zusammenhang zwischen Geschlecht und Umgebung.

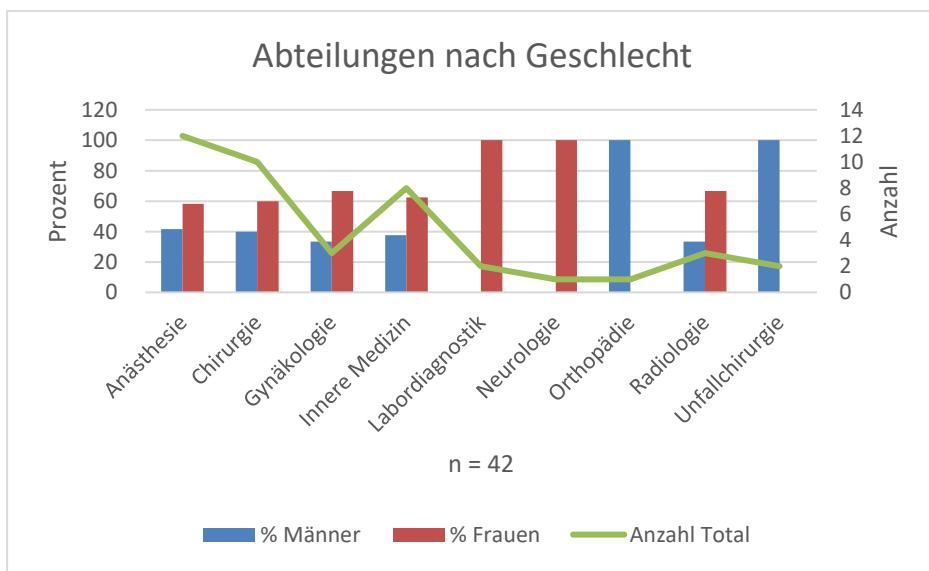


Abb. 7: Abteilungen nach Geschlecht, eigene Berechnung.

Mit Ausnahme der Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie sind alle anderen Abteilungen von Frauen zahlenmäßig dominiert, in der Neurologie und Labordiagnostik sind ausschließlich weibliche Befragte enthalten. Der größte Anteil der Respondenten findet sich in der Anästhesie mit 12 Personen (58,3 % Frauen), danach rangiert die Chirurgie mit 10 Personen (60 % Frauen) und Innere Medizin mit 8 Personen (62,5 % Frauen). Der Zusammenhang zwischen Geschlecht und Abteilung ist mit einem Cramer's V = 0,40 mittelstark. Von den Befragten macht der Großteil von 79,2 % sowohl Nacht- als auch Wochenenddienste (nicht in Abb.), wobei im Verhältnis etwas mehr Männer (81 %) betroffen sind als Frauen (77,8 %). Dagegen machen 22,2 % der Frauen und 9,5 % der Männer keine Dienste. Nur 2,1 % der Befragten leisten jeweils entweder nur Nachtdienste oder nur Wochenenddienste. Im (groß)städtischen Bereich leisten über die Hälfte der SpitalsärztInnen keine Dienste, im ländlichen Bereich sind es nur 7,7 %. Nacht- und Wochenenddienste werden dagegen hauptsächlich mit 89,7 % am Land geleistet, in der Stadt ist der Anteil mit 33,3 % wesentlich geringer. Der Grund für diesen Unterschied liegt in der Stichprobe, da in der Stadt vor allem ÄrztInnen einer Privatklinik befragt wurden, die nach dem bereits erwähnten BelegärztInnenverfahren arbeitet und somit weniger Personen Dienste leisten müssen.

Retrospektive Fragen wurden nach den Krankenstands- und Urlaubstagen gestellt. Bezogen auf die letzten 12 Monate verbrachten die Befragten im Durchschnitt 1,44 Tage im Krankenstand. Dieser Wert erscheint extrem niedrig. Auffallend ist auch, dass die Frauen mit 1,85 Tagen mehr als doppelt so viele Krankenstandstage benötigten als die Männer mit 0,9 Tagen. Ein Zusammenhang der Krankenstandstage mit dem Alter der Personen, der wöchentlichen Arbeitszeit und den weiter unten ausgeführten Gratifikationskrisen-Ratios ($r = 0,13$) ist nur sehr schwach gegeben und nicht signifikant. Dieses Ergebnis steht in Kontrast mit den Studien von Karasek (vgl. 1979: 296), die einen starken Zusammenhang von Erwerbstätigkeit mit hohen Anforderungen und niedrigen Entscheidungsspielräumen und

Krankenstandstagen postulieren. Eine mögliche Begründung dieser Diskrepanz ist der hohe Entscheidungsspielraum des Arztberufes als Mediator. Es bestehen weiters mittelstarke negative und auf dem Niveau von 0,01 signifikante Korrelationen nach Spearman zwischen den Krankenstandstagen und der generellen Lebenszufriedenheit ($r = -0,42$), der Zufriedenheit mit einer Work-Life-Balance ($r = -0,41$) und den wahrgenommenen, häufigen Arbeitsunterbrechungen ($r = 0,41$). Schwache, negative und signifikante Korrelationen bestehen mit dem Arbeitsklima in der Abteilung, dem derzeitigen Gesundheitszustand, bei angemessener Unterstützung in schwierigen Situationen, dem Denken an Arbeitsprobleme beim Aufwachen, bei angemessenem Gehalt und bei großem Zeitdruck. Durchschnittlich werden von den ÄrztInnen 20,67 Tage Urlaub – bezogen auf die letzten 12 Monate – in Anspruch genommen. Die Abweichungen zwischen dem kleinstädtischen bzw. ländlichen Raum (-2,7 %) und der großstädtischen Arbeitsumgebung ist marginal. Geschlechtsspezifisch ist der Urlaubskonsum der Frauen um 15,3 % geringer als bei den Männern. Die Zusammenfassung von Krankenständen und Urlauben ergibt eine Abwesenheitssumme von 21 Tagen bei Frauen und 23,5 Tagen bei Männern. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt bei Frauen 50 und bei Männern 54,2 Stunden und übersteigt somit die von der Europäischen Union vorgeschriebene Soll-Arbeitszeit von 48 Wochenstunden (ÖÄK 2015). Im großstädtischen Raum wird etwas länger (2,8 %) gearbeitet als in ländlicher Arbeitsumgebung.

5.2 Gratifikationskrisen

In die Berechnung der ER-Ratio fließen die gewichteten Summen der Verausgabungen und Belohnungen ein, bei der OC-Ratio die gewichteten Summen der übersteigerten Verausgabungsleistung und Belohnung. Zusätzlich wird eine kombinierte Krise EROC-Ratio errechnet, die beide Maßzahlen berücksichtigt. Die drei Komponenten des Gratifikationskrisen-Modells (Verausgabung, Belohnung und übersteigerte Verausgabungsleistung) werden nachfolgend dargestellt und analysiert:

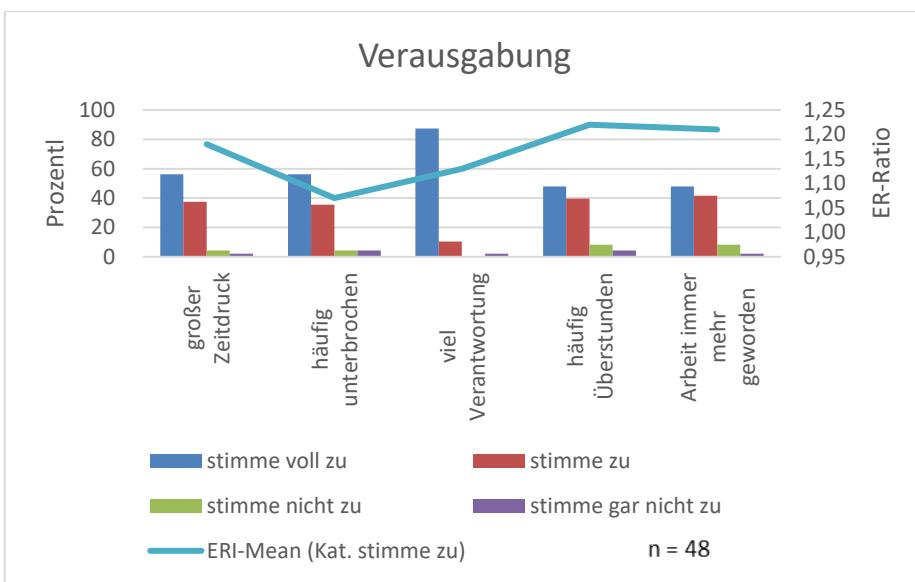


Abb. 8: Verausgabung, eigene Berechnung.

Die Abbildung gliedert sich in die fünf Items zur Verausgabungsleistung, für die das Antwortverhalten je Fragebogenitem in Prozent dargestellt wird. Die höchste, volle Zustimmung mit 87,5 % der Befragten erhält der Item 4 (Nummerierung lt. Fragebogenitems) „Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen“, gefolgt von der vollen Zustimmung in jeweiliger Höhe von 56,3 % zu den Items 1 und 2 „Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck“ und „Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört“. Fasst man die Antwortausprägungen „stimme voll zu“ und „stimme zu“ zusammen, zeigt sich, dass 97,9 % der Personen Item 4 zustimmen, bei Item 1 sind es 93,8 %, bei Item 2 sind es 91,7 % und bei Item 5 „Es ist notwendig, häufig Überstunden zu machen“ beträgt die Zustimmung 87,5 %. Die angezeigte Linie repräsentiert die mittlere ER-Ratio nach Items. Ein ER-Ratio-Wert > 1 ist als Gratifikationskrise zu interpretieren (siehe Kap. 4.1.1). Um Extremwerte zu verhindern, wurde die ER-Ratio für die zweite Antwortkategorie „stimme zu“ berechnet. Bei Item 5 ist die ER-Ratio mit einem Wert von 1,22 (SD 0,27) am höchsten und bei Item 2 mit einem Wert von 1,07 (SD 0,12) am niedrigsten. Damit bestehen bei SpitalsärztlInnen Gratifikationskrisen, die sich in allen fünf Verausgabungsitems manifestieren. Die von der Arbeiterkammer Oberösterreich zur Verfügung

gestellten Tabellen des Arbeitsgesundheitsmonitors⁵ weisen Belastungen am ärztlichen Arbeitsplatz durch eine „hohe Verantwortung für Güter oder Menschen“ mit einer Zustimmungsrate von 68 % und „überlange Arbeitszeiten“ mit einer Zustimmungsrate von 41 % aus. Diese Zustimmungsraten sind im Vergleich mit den Zustimmungsraten der korrespondierenden Items 4 und 5 wesentlich niedriger. Die Differenzen können durch unterschiedliche Frage- bzw. Itemformulierungen in den Fragebögen und die verschiedenen Befragungszeitpunkte begründet werden. Zudem wurden im Arbeitsgesundheitsmonitor auch niedergelassene ÄrztInnen in die Stichprobe einbezogen.

Mit dem Item 3 „Die häufigsten Störungsursachen sind:“ wurden die wichtigsten Aspekte arbeitsbezogener Störungen und Unterbrechungen in offener Form erfasst. Die Palette der Aussagen reicht von „Notfälle“ und „ambulante Patienten zeitnah wieder entlassen“ über „knappe Ressourcen“ und „Stationsprobleme“ bis „Fragen zu anderen/unbekannten Patienten“ und „Gespräche mit Angehörigen“. Zur besseren Übersicht wurden die Antworten in Kategorien zusammengefasst und quantitativ ausgezählt. Demnach sind die häufigsten, wahrgenommenen Störungsursachen telefonische An- und Rückfragen, gefolgt von internen (An)Fragen durch ärztliche KollegInnen oder Pflegepersonal und administrative Aufgaben, welche auch durch die Studie von Dilcher et al. belegt werden (vgl. 2012a: 3ff).

⁵ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

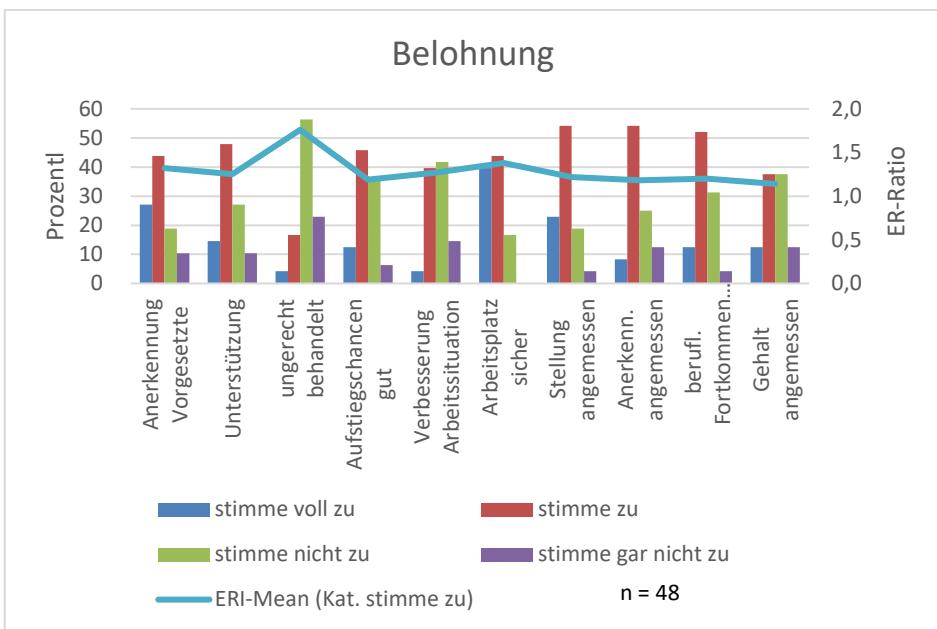


Abb. 9: Belohnung, eigene Berechnung.

Analog zur Verausgabung wurde beim Konstrukt Belohnung verfahren. Allerdings ist der Item 9 „Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt“ aufgrund der negativen Formulierung revers kodiert, d. h. die Antwortkategorien „stimme voll zu“ mit 4,2 % und „stimme zu“ mit 16,7 % der Personen deuten auf eine als ungerechte wahrgenommene Behandlung hin. Dagegen stimmen 39,6 % der Befragten dem Item 12 „Mein eigener Arbeitsplatz ist sicher“ voll zu. Beim Item 11 „Ich erfahre – oder erwarte – eine Verbesserung meiner Arbeitssituation“ ist die volle Zustimmung der Personen mit 4,2 % am geringsten. Bei einer Zusammenfassung der Antwortausprägungen „stimme voll zu“ und „stimme zu“ ist der Zustimmungsanteil bei Item 12 mit 83,4 % am höchsten, gefolgt von 77,1 % bei Item 13 „Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen“ und 70,9 % bei Item 7 „Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene“. Die Hälfte der Befragten gibt in Item 16 an, dass ihr Gehalt angemessen ist. Dem Item 8 „Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung“ stimmen 37,5 % der Befragten nicht oder gar nicht zu. Nach den Informationen des Arbeitsgesundheitsmonitors⁶ fühlen sich 20 %

⁶ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

der Befragten durch ihre Vorgesetzte und 5 % der Befragten durch ihre ArbeitskollegInnen nur mangelhaft unterstützt. Die ER-Ratio ist mit einem Wert von 1,76 (SD 0,36) bei Item 9 am höchsten, was auf hohe Gratifikationskrisen bei empfundener, ungerechter Behandlung hinweist. Interessant ist der zweithöchste Wert von 1,38 (SD 0,33) bei Item 12, d. h. die Befragten leiden einerseits unter Gratifikationskrisen, geben aber andererseits an, dass sie ihren Arbeitsplatz für sehr sicher halten. Dieser scheinbare Widerspruch deutet auf eine übersteigerte Verausgabungsleistung hin. Die geringste ER-Ratio mit 1,14 (SD 0,16) - jedoch immer noch eine deutliche Gratifikationskrise - weisen Personen auf, die ihr Gehalt als angemessen betrachten.

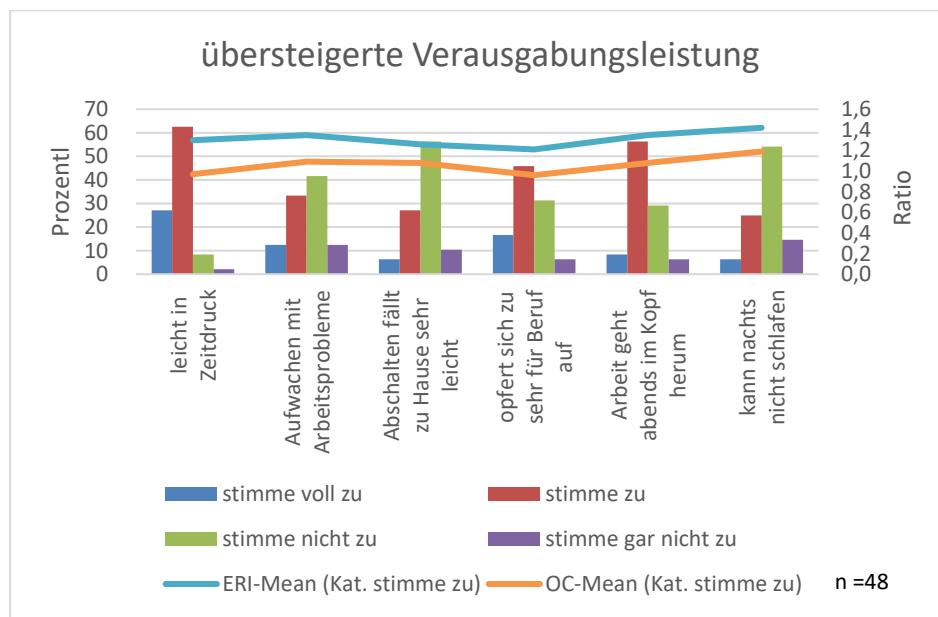


Abb. 10: übersteigerte Verausgabungsleistung, eigene Berechnung.

Beim Konstrukt übersteigerte Verausgabungsleistung wurde das Item 19 „Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht“ wegen seiner positiven Formulierung revers kodiert. Die höchste, volle Zustimmung erhält das Item 17 „Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck“ mit 27,1 % der Befragten, gefolgt von 16,7 % bei Item 20 „Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf“ und 12,5 % bei Item 18 „Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke“. Werden die Antwortausprägungen „stimme voll zu“ und „stimme zu“

zusammengefasst, ergibt Item 17 den höchsten Zustimmungsanteil mit 89,6 %. Danach rangieren die Items 19 mit 66,7 % und 21 „Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf herum“ mit 64,6 %. Beide Items korrespondieren mit den Items des Arbeitsgesundheitsmonitors⁷ „Es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten“ und „Ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken“, die kongruente Zustimmungsraten von 66 % und 64 % erhielten. Die höchste ER-Ratio bezogen auf die Antwortkategorie „stimme zu“ weist Item 22 mit einem Wert von 1,42 (SD 0,38) und einer OC-Ratio von 1,19 (SD 0,24) auf, d. h. Personen, die Arbeit auf den nächsten Tag verschieben und als Folge davon Schlafprobleme aufweisen, leiden besonders unter Gratifikationskrisen bei hoher übersteigerter Verausgabungsleistung. Eine jeweilige ER-Ratio von 1,35 (SD 0,28 bzw. 0,31) wurde sowohl bei Befragten festgestellt, die schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denken (Item 18) als auch bei Personen, die von der Arbeit nur selten losgelassen werden (Item 21). Die geringsten Ratio-Werte (ER-Ratio = 1,21, OC-Ratio = 0,96) weist Item 20 auf, d. h. Personen, die sich nach Meinung ihrer Angehörigen zu sehr für den Beruf aufopfern. Die gleichzeitig zweithöchste volle Zustimmung der Befragten zu diesem Item könnte durch Einflüsse dieser Angehörigen begründet sein, die einerseits in den Betroffenen durch ihre soziale Fremdwahrnehmung ein Bewusstsein für die eigene Leistung schaffen und dadurch den ÄrztInnen andererseits soziale Unterstützung und Rückhalt gewähren. Eine detailliertere Analyse muss hier aus thematischen Gründen unterbleiben, sollte aber zukünftige Forschungsarbeiten zum Thema der sozialen Beeinflussungen und deren Konsequenzen inspirieren.

Die Intensität von Gratifikationskrisen ändert sich in Abhängigkeit der beruflichen Position der ÄrztInnen: die vergleichsweise geringste ER-Ratio weisen StationsärztInnen (1,08) auf; danach rangieren TurnusärztInnen (1,23), AssistenzärztInnen (1,26), PrimärärztInnen (1,31), ärztliche DirektorInnen (1,31) und OberärztInnen (1,42). Fassen wir die Positionen OberärztIn, PrimärärztIn und ärztliche DirektorIn in eine Kategorie „Management“ und die Positionen

⁷ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

Turnus-, Assistenz- und StationsärztlIn in eine Kategorie „kein Management“ zusammen, können wir nach Leitungsfunktionen unterscheiden: die ER-Ratio für Management-Positionen liegt mit einem Wert von 1,38 um 13 % höher als für Positionen ohne Management-Funktion. Die Gründe für diese Differenz sind vielfältig, aber teilweise durch die hohe organisationale Verantwortung der leitenden ÄrztInnen zu erklären, die neben ihrer ärztlichen Tätigkeit vermehrt mit Personalentscheidungen und wirtschaftlichen Überlegungen konfrontiert sind. Nachfolgend wird eine Tabelle mit detaillierten Prävalenzen für Gratifikationskrisen, übersteigerte Verausgabungsleistungen und kombinierten Krisen mit den jeweiligen Modellkomponenten nach Geschlecht und Arbeitsumgebung dargestellt:

Tab. 1: Gratifikationskrisen, n = 48, eigene Berechnung.

	Gesamt	SD	Frauen	SD	Männer	SD	Stadt	SD	Land	SD
Gratifikationskrise (%)	83,30		85,20		81,00		55,60		89,70	
ER-Ratio	1,33	0,43	1,35	0,31	1,32	0,56	1,02	0,31	1,41	0,43
Verausgabungen (MW)	17,42	2,67	17,74	1,79	17,00	3,51	15,33	4,30	17,90	1,92
Belohnungen (MW)	27,50	4,99	27,22	4,49	27,86	5,67	30,56	1,88	26,80	5,23
Wertschätzung (MW)	11,10	2,80	10,96	2,59	11,29	3,10	13,11	1,17	10,64	2,87
Berufl. Aufstieg (MW)	10,83	2,65	10,59	2,33	11,14	3,05	12,22	1,86	10,51	2,72
Arbeitspl.sicherheit (MW)	5,56	0,82	5,67	0,68	5,43	0,98	5,22	0,83	5,64	0,81
OC-Ratio	1,02	0,38	1,05	0,29	0,99	0,47	0,83	0,26	1,06	0,39
EROC-Ratio	1,50	1,22	1,49	0,73	1,52	1,68	0,91	0,44	1,64	1,31

Die Tabelle zeigt, dass insgesamt 83,3 % der Befragten (85,2 % Frauen und 81 % Männer) unter Gratifikationskrisen leiden. Besonders im kleinstädtischen bzw. ländlichen Raum ist der Anteil von Personen mit Gratifikationskrisen mit 89,7 % wesentlich höher als mit 55,6 % im (groß)städtischen Raum. Die ER-Ratio zur Messung der relativen Höhe der Gratifikationskrise liegt mit einem Sample-Wert von 1,33 deutlich über dem Sollwert von 1 und verweist somit auf wesentliche Gratifikationskrisen. Das Gleiche gilt für die Ratio der übersteigerten Verausgabungsleistung (OC-Ratio) mit einem Sample-Wert von 1,02 und die kombinierte Ratio (EROC-Ratio) mit einem Sample-Wert von 1,5. Es bestehen zwischen Männern und Frauen erwartungsgemäß nur marginale Unterschiede bei Gratifikationskrisen, was durch andere Studien ebenfalls belegt wird (vgl.

Hofmeister et al. 2010: 165; Klein/von dem Knesebeck 2013: 86). Auch beim Konstrukt der übersteigerten Verausgabungsleistung und bei der kombinierten Ratio sind nur geringe Unterschiede festzustellen. Zwischen den Erwerbstätigen in ländlicher und städtischer Arbeitsumgebung sind die Differenzen der Ratiowerte allerdings beachtlich und die Korrelation nach Spearman zwischen der ER-Ratio und der Arbeitsumgebung mit $r = 0,37$ signifikant auf dem Niveau 0,05. Im ländlichen Raum tätige SpitalsärztInnen weisen mit einer ER-Ratio von 1,41 die höchsten Gratifikationskrisen, mit einer OC-Ratio von 1,06 die höchsten übersteigerten Verausgabungsleistungen und mit einer kombinierten Ratio von 1,64 die höchsten Doppelbelastungen auf. Dafür spricht auch die geringere mittlere Positionsdauer (nicht in Tab.) der Befragten von 8,6 Jahren am Land bei einem öffentlichen Arbeitgeber gegenüber 12,6 Jahren in der Stadt bei einem privatwirtschaftlichen Arbeitgeber. Es stellt sich hier die Frage, ob ein Zusammenhang mit einer demographischen Wanderung in Form einer Ärzteflucht vom Land in die Stadt besteht? In weiteren Forschungsarbeiten sollte auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich die von den Betroffenen wahrgenommenen Verausgabungen und Belohnungen zwischen öffentlichen und privaten Arbeitgebern unterscheiden?

Bei der Betrachtung der Mittelwerte der Modellkomponenten wird einerseits deutlich, dass nur marginale Geschlechterunterschiede bestehen und andererseits die im ländlichen Raum tätigen SpitalsärztInnen höhere Verausgabungen und geringere Belohnungen erfahren als ihre im städtischen Raum tätigen KollegInnen. Differenzen zeigen sich bei der geringer wahrgenommenen Wertschätzung (-2,47) als auch beim geringeren beruflichen Aufstieg (-1,71) bei gleichzeitig erhöhter übersteigerter Verausgabungsleistung (0,23) der SpitalsärztInnen in ländlicher Arbeitsumgebung. Die Arbeitsplatzsicherheit wird am Land etwas höher eingeschätzt (0,42) als in der Stadt. Der von Selye postulierte Zusammenhang zwischen Stress, hier in Form von Gratifikationskrisen, und Alter bezieht sich auf grobe Lebensphasen, in denen das Erwerbsalter von Personen nicht weiter unterteilt wird (vgl. 1977: 88f). Mit einem nicht signifikanten Korrelationskoeffizienten nach Pearson von $r = 0,03$

konnte in der Stichprobe kein Zusammenhang zwischen diesen Variablen nachgewiesen werden. Es bestehen nur sehr schwache Korrelationen zwischen der ER-Ratio und der Dauer im ärztlichen Beruf ($r = -0,002$) oder der Dauer in der derzeitigen Position der ÄrztInnen ($r = 0,02$).

5.3 Gesundheit und Zufriedenheit

Die folgende Abbildung zeigt das Antwortverhalten auf die Frage nach der Einschätzung des derzeitigen, allgemeinen Gesundheitszustandes der Befragten (Item 23) und den errechneten Ratios für die einzelnen Antwortausprägungen:

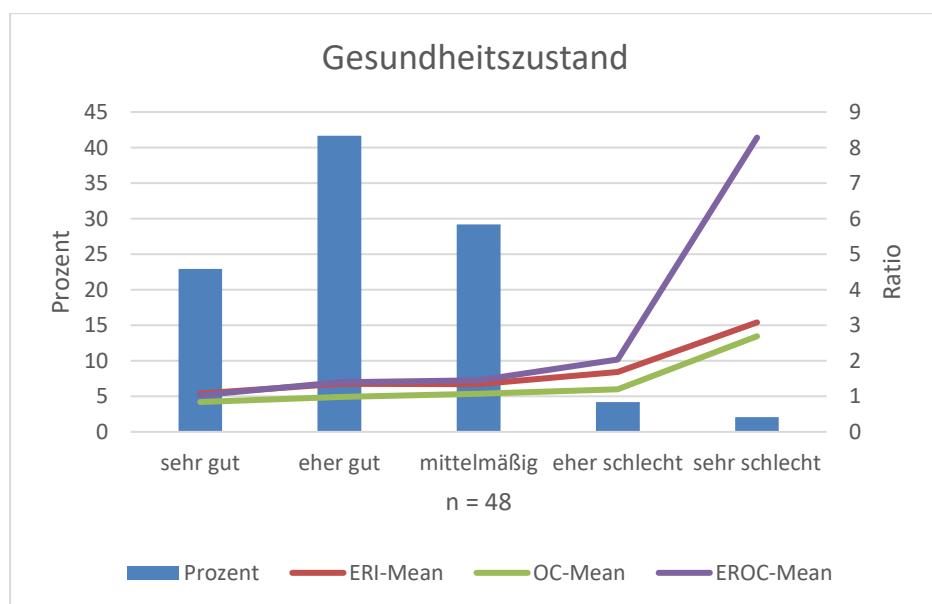


Abb. 11: Gesundheitszustand, eigene Berechnung.

Demnach geben 41,7 % der Personen an, über einen eher guten Gesundheitszustand zu verfügen, gefolgt von 29,2 % mit mittelmäßiger und 22,9 % sehr guter Gesundheit. Die ER-Ratio steigt von 1,08 bei sehr guter bis 3,08 bei sehr schlechter Gesundheit tendenziell an, wobei ein minimales Gefälle (-0,01) bei Personen mit mittelmäßigem Gesundheitszustand festzustellen ist. Dagegen steigen die Ratios für eine übersteigerte Verausgabungsleistung und kombinierte Belastungen stetig an. Die Begründung dieser minimalen Differenz

bei der ER-Ratio könnte in einem sozial erwünschten Antwortverhalten auf die Gesundheitsfrage in Richtung „eher gut“ liegen. Bereits ein mittelmäßiger Gesundheitszustand bedeutet eine gesundheitliche Beeinträchtigung (vgl. Hasselhorn/Ebener 2014: 78) und wird daher bei der Dichotomisierung (nicht in Abb.) in die Kategorien gesund / nicht gesund zu letztgenannter gerechnet. Diese Zusammenfassung verdeutlicht, dass sich 64,6 % der SpitalsärztInnen bei einer ER-Ratio von 1,25, einer OC-Ratio von 0,93 und einer kombinierten Ratio von 1,27 gesund fühlen, wogegen die restlichen 35,4 % der Personen mit einer ER-Ratio von 1,48, einer OC-Ratio von 1,18 und einer kombinierten Ratio von 1,92 als nicht gesund gelten. Im Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich⁸ liegt der Anteil der gesunden ÄrztInnen mit 94 % deutlich höher als in dieser Befragung. Die Differenz kann mit den unterschiedlichen Befragungsmodalitäten begründet werden. Die Antworten auf die Frage, welche körperlichen Beschwerden hauptsächlich auf die Arbeit zurückzuführen sind, ergaben im Arbeitsgesundheitsmonitor folgendes Top-Ranking: Einschlaf- und Durchschlafstörungen (92 %), Gedächtnisschwäche und Konzentrationsstörungen (65 %), sowie Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich (50 %). Die Korrelationen nach Spearman zwischen den ER-/OC-/EROC-Ratios und dem Gesundheitszustand sind mittelstark und negativ mit Werten von $r = -0,43/-0,46/-0,47$. Die Werte sind auf dem Niveau von 0,01 signifikant. Erwartungsgemäß besteht auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheit, der mit einem Wert von $r = -0,29$ schwach ausgeprägt ist. Die Korrelationen zwischen der Erwerbstätigendauer der ÄrztInnen bzw. der Erwerbsdauer in der jeweiligen Position und der Gesundheit sind sehr schwach bis schwach und nicht signifikant. Nach der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes, fühlen sich Frauen zu zwei Dritteln gesund, bei Männern sind es 62 %, wobei die größten Differenzen in der Antwortkategorie „sehr gut“ liegen. Zwischen den Geschlechtern sind keine signifikanten Unterschiede festzustellen. Wesentlich ausgeprägter sind die Differenzen auf die räumliche Arbeitsumgebung bezogen: SpitalsärztInnen, die im (groß)städtischen Raum tätig sind, fühlen sich zu 89 % gesund, im kleinstädtischen bzw. ländlichen

⁸ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

Bereich sind es nur 59 %. Wieder sind die größten Differenzen in der Antwortausprägung „sehr gut“ zu finden. Der Unterschied von 30 % bei der Gesundheit korrespondiert mit der Stadt-Land-Differenz des ER-Ratios von 38 %. Mit diesem Ergebnis können alle drei aufgestellten Hypothesen angenommen werden. Somit erhöhen (1) Gratifikationskrisen das Risiko einer wahrgenommenen, verminderten Gesundheit bei SpitalsärztlInnen, (2) erhöhen übersteigerte Verausgabungsleistungen das Risiko einer wahrgenommenen, verminderten Gesundheit und (3) ist das Risiko einer wahrgenommenen, verminderten Gesundheit bei jenen SpitalsärztlInnen am höchsten, die durch die Hypothesen (1) und (2) repräsentiert werden.

Die Zufriedenheit mit arbeitsspezifischen Aspekten, dem Leben generell und der Qualität der PatientInnenbehandlung sind wichtige Einflussgrößen zur Analyse von Gratifikationskrisen und werden in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Tab. 2: Zufriedenheit, n=48 (Arbeitsklima n=47, Work-Life-Balance n=46), eigene Berechnung.

Zufriedenheit in %	Gesamt	Frauen	Männer	Stadt	Land	Korrelation ER-Ratio
Leben generell	91,7	85,2	100,0	100,0	89,7	-0,57**
ohne ERI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
mit ERI	90,0	82,6	100,0	100,0	88,6	
Arbeitsklima	76,6	69,2	85,7	88,9	73,7	-0,62**
ohne ERI	87,5	75,0	100,0	75,0	100,0	
mit ERI	74,4	68,1	82,4	100,0	70,6	
Kooperation	68,8	66,7	71,4	100,0	61,5	-0,57**
ohne ERI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
mit ERI	62,5	60,8	64,7	100,0	57,1	
Behandlungsqualität	87,5	88,9	85,7	100,0	84,6	-0,59**
ohne ERI	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
mit ERI	85,0	87,0	82,3	100,0	82,9	
Work-Life-Balance	50,0	44,0	57,1	85,7	43,6	-0,67**
ohne ERI	87,5	75,0	100,0	100,0	75,0	
mit ERI	42,1	38,1	47,1	66,7	40,0	

** signifikant auf dem Niveau von 0,01

Die Prozentsätze wurden durch die Dichotomisierung der Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „eher zufrieden“ ermittelt. Mit 91,7 % ist die generelle

Lebenszufriedenheit sehr hoch, wobei die Männer und Großstädter am zufriedensten, die Frauen relativ dazu am unzufriedensten sind. Ein ähnliches Schema zeigt sich bei der Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima in der Abteilung. Städtische ArbeitnehmerInnen, gefolgt von männlichen Personen, weisen überdurchschnittliche Werte auf, Frauen die geringsten. Diese Ergebnisse werden nur teilweise durch eine deutsche Längsschnittstudie bei BerufsanfängerInnen im ärztlichen Bereich unterstützt (Hofmeister et al. 2010): zwar ist die Lebenszufriedenheit der Befragten ebenfalls sehr hoch, Geschlechterunterschieden konnten jedoch nur in Bezug auf die Karriere festgestellt werden. Somit stellt sich die Frage, warum Spitalsärztinnen in Österreich mit ihrem Leben um 14,8 % unzufriedener sind als ihre männlichen Kollegen? In erwähnter Studie wird – mit Einschränkungen – die geringere Maskulinität der deutschen Ärztinnen für Differenzen in der Karrierezufriedenheit verantwortlich gemacht, da sich die Frauen an eine hierarchische, männliche Struktur anpassen müssen (vgl. ebda: 169). Gilt das auch für das Leben der Ärztinnen im Allgemeinen? Wenn ja, stellt sich Fragen nach länderspezifischen Unterschieden, die hier nicht weiterverfolgt werden können, aber einen spannenden Ansatz für zukünftige Forschungsarbeiten darstellen. Mit Ausnahme der Arbeitszufriedenheit im (groß)städtischen Raum sinken alle Zufriedenheitswerte bei bestehenden Gratifikationskrisen der Befragten. Die Ausnahme ist durch die geringe Fallzahl dieses Tabellenelements ($n = 1$) begründet und als „Ausreißer“ zu werten. Zwischen der generellen Lebenszufriedenheit und der ER-Ratio besteht mit einem Wert von $r = -0,57$ eine signifikante, mittelstarke und negative Korrelation nach Spearman. Diese ist zwischen dem Arbeitsklima und der ER-Ratio mit einem negativen Wert von $r = -0,62$ stark ausgeprägt. Die Signifikanzen weisen darauf hin, dass arbeitsbezogene Charakteristika wie im Gratifikationskrisen-Modell angegeben, die Lebens- und Arbeitszufriedenheit der SpitalsärztInnen wesentlich vermindern, was durch Studien mit dem Anforderungs-Kontroll-Modell ebenfalls belegt wird (vgl. Karasek 1979: 302). In beiden Modellen entsteht ein Ungleichgewicht, das sich negativ auf die Zufriedenheitswerte der analysierten Gesellschaftsgruppe auswirkt und den Arbeitsstress erhöht. Zwischen der

Lebenszufriedenheit und der Zufriedenheit mit dem Arbeitsklima besteht eine signifikante, schwache Korrelation ($r = 0,3$). Die Kooperation zwischen den Abteilungen und die Qualität der PatientInnenbehandlung schätzen die GroßstädterInnen am höchsten, die in kleinstädtischer bzw. ländlicher Umgebung Arbeitenden am geringsten ein. Spitalsärzte sind zufriedener mit der Kooperation als ihre weiblichen Kolleginnen, bei der Behandlungsqualität ist es umgekehrt. Beide Bereiche werden strukturell von den Arbeitgebern vorgegeben, eine Weiterentwicklung läuft aber wegen notwendiger Kosteneinsparungen nur zögerlich voran, was unverständlich erscheint, da Investitionen in diese Bereiche nicht nur die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen, sondern auch die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens erhöhen (vgl. Dilcher et al. 2012a: 4ff). Die signifikanten, negativen Korrelationen zwischen der ER-Ratio und der Zufriedenheit mit der Kooperation ($r = -0,57$) bzw. der Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität ($r = -0,59$) sind mittelstark ausgeprägt, was auf Gratifikationskrisen in diesen Bereichen hindeutet. Die Krankenhäuser als Arbeitgeber können auch dazu beitragen, ihren MitarbeiterInnen ein Gleichgewicht zwischen Arbeits- und Privatleben zu erleichtern. Die Hälfte der Befragten ist mit ihrer Work-Life-Balance zufrieden. In (groß)städtischer Arbeitsumgebung ist die Zufriedenheit mit 85,7 % am höchsten und in ländlicher Arbeitsumgebung mit 43,6 % am niedrigsten. Die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben wird nicht nur für weibliche Angestellte immer wichtiger: durch den sich abzeichnenden demographischen Wandel, der Erwerbstätige zukünftig zu einem knappen Gut werden lässt, wird es für Unternehmen unleistbar, auf hochqualifizierte Arbeitskräfte wegen Kinderbetreuungspflichten zu verzichten (vgl. Schönberg 2012: 237). Die Umsetzung flexibler und besonders familienkompatibler Arbeitszeiten zählt zu den organisatorischen Herausforderungen für die Unternehmen (vgl. Dilcher et al. 2012a: 7). Obwohl immer mehr Krankenhäuser – darunter auch der in der Stichprobe vertretene Krankenhausträger mit seinen Spitätern – Programme zur Verbesserung der Work-Life-Balance anbieten, gibt es aufgrund der niedrigen Zufriedenheitswerte noch Optimierungsbedarf; besonders im kleinstädtischen und ländlichen Raum. Die signifikante, negative Korrelation zwischen der ER-Ratio und der Work-Life-

Balance ($r = -0,67$) unterstreicht diese Optimierungsforderung und zeigt, dass sich durch eine unbefriedigende Work-Life-Balance Gratifikationskrisen und Arbeitsstress für SpitalsärztInnen in starkem Maß erhöhen. Zwischen den Zufriedenheitswerten einerseits und dem Alter der Befragten, ihrem sozialen Alter im ärztlichen Beruf und der Verweildauer in der jeweiligen Position andererseits (nicht in Tab.) bestehen nur schwache, nicht signifikante Korrelationen. Die Ausnahme bildet der Zusammenhang zwischen der Kooperationszufriedenheit mit anderen Abteilungen und dem sozialen Alter im ärztlichen Beruf mit einem signifikanten, mittelmäßig ausgeprägten Wert von $r = 0,32$; d. h. die Kooperationszufriedenheit steigt für die Grundgesamtheit mit zunehmender Berufsdauer der ÄrztInnen. Der Vergleich der Zustimmungsraten indiziert für die Stichprobe ebenfalls einen leichten Anstieg der Zufriedenheitswerte mit zunehmendem Alter der Befragten, ihrem sozialen Alter im Arztberuf und ihrer Verweildauer in der jeweiligen Position, was auf die Anpassungsleistungen der Personen an den Arbeitsstress verweist (vgl. Selye 1936: 32; 1977: 45ff).

5.4 Copingstrategien

Die Stressbewältigungsstrategien wurden kontextabhängig gemessen: in einem Einleitungstext wurden die Befragten gebeten, sich eine schwierige und stressreiche Arbeitssituation vorzustellen, an der sie beteiligt sind. Die Zustimmung oder Ablehnung der Aussagen in den einzelnen Fragebogen-Items erfolgte vor diesem individuellen Hintergrund, daher sind Rückschlüsse auf gemeinsam erlebte Stresssituationen nicht möglich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Befragten Situationen reflektierten, die über eine hohe Stressintensität verfügen. Die relevanten Items des Fragebogens wurden für jede Copingstrategie summiert und auf 100 normiert. Nachfolgend wird die absolute Zustimmung entlang der Dimensionen Geschlecht und räumliche Arbeitsumgebung abgebildet:

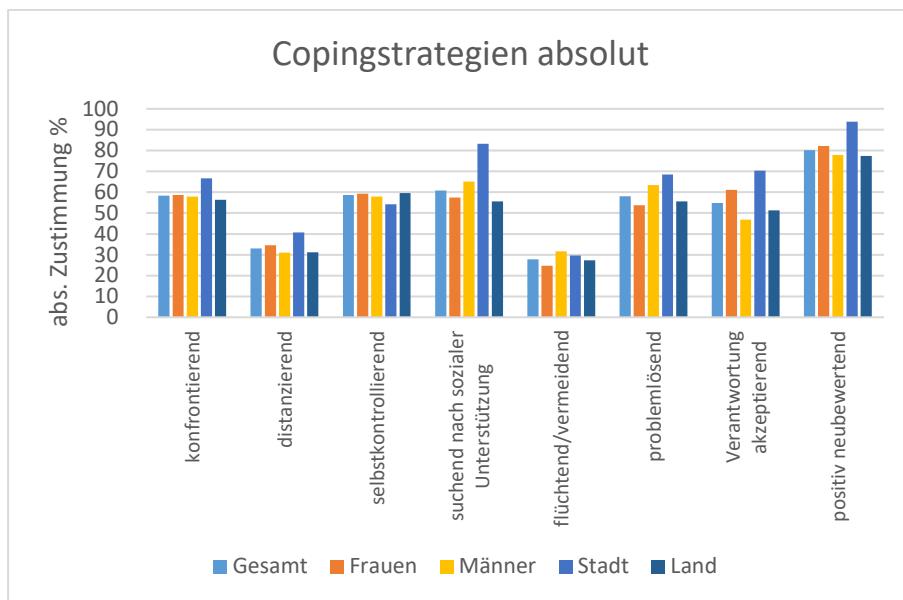


Abb. 12: Copingstrategien absolut, n=48 (selbstkontrollierend n=46, positiv neubewert. n=47), eigene Berechnung

Die höchsten, gesamten Zustimmungsprozentsätze erhalten die Copingstrategien „positiv neubewertend“ mit 80,1 %, gefolgt von „suchend nach sozialer Unterstützung“ mit 60,8 % und „selbstkontrollierend“ mit 58,7 %; die niedrigsten Zustimmungsanteile entfallen auf die Copingstrategien „flüchtend/vermeidend“ mit 27,8 % und „distanzierend“ mit 33 %. Geschlechtsspezifisch stimmen Frauen eher Verantwortung akzeptierenden (61,1 %), positiv neubewertenden (82,1 %), distanzierenden (34,6 %), selbstkontrollierenden (59,3 %) und konfrontierenden (58,6 %) Strategien zu; Männer haben höhere Zustimmungswerte bei problemlösenden (63,5 %), nach sozialer Unterstützung suchenden (65,1 %) und flüchtenden/vermeidenden (31,7 %) Strategien. SpitalsärztInnen, die in (groß)städtischer Arbeitsumgebung tätig sind, weisen gegenüber ihren in kleinstädtischen bzw. ländlichen Regionen tätigen KollegInnen höhere Zustimmungsprozentsätze bei allen Copingstrategien außer der Strategie „selbstkontrollierend“ (Differenz -5,4 %) auf. Werden Copingstrategien als Zusammensetzung des individuellen Stressbewältigungsvermögens aufgefasst, ist es von Bedeutung, die relativen Anteile der einzelnen Copingstrategien zu analysieren und soziologisch auf Kollektive umzulegen. Die errechnete Zustimmungsratio (Z-Ratio) zeigt den

relativen Zustimmungsanteil der Befragten zu einer Copingstrategie im Vergleich zu den anderen Strategien. Die folgende Abbildung stellt die Verteilung der acht Copingstrategien mit ihrer Z-Ratio als Gesamtanteile und nach den sozialen Dimensionen Geschlecht und räumlicher Arbeitsumgebung dar:

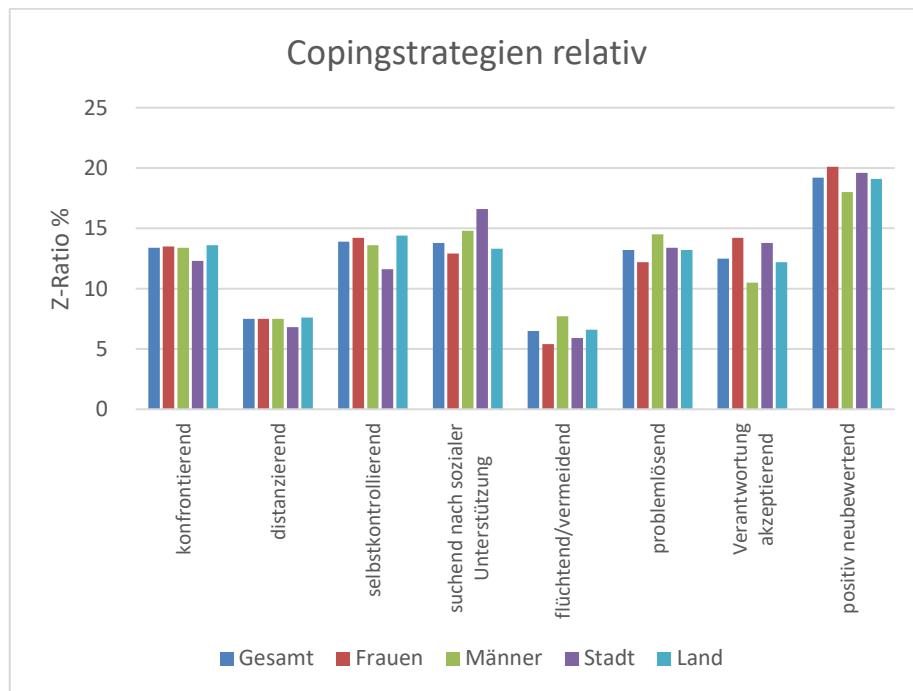


Abb. 13: Copingstrategien relativ, n=48 (selbstkontroll. n=46, positiv neubewert. n=47), eigene Berechnung.

Im persönlichen Portfolio der Copingstrategien nimmt über beide Dimensionen die Copingstrategie „positiv neubewertend“ mit einer Z-Ratio von 19,2 % den größten Anteil ein, gefolgt von der Strategie „selbstkontrollierend“ mit 13,9 %. Die geringsten Anteile mit 6,5 % bzw. 7,5 % erhalten die Copingstrategien „flüchtend/vermeidend“ bzw. „distanzierend“. Werden die Anteile verglichen und ein Differenzprozentsatz (in Klammer) gebildet, ist festzustellen, dass Frauen eine höhere Z-Ratio bei den Strategien „Verantwortung akzeptierend“ (3,7 %), „positiv neubewertend“ (2,1 %), „selbstkontrollierend“ (0,6 %) und „konfrontierend“ (0,1 %), aber niedrigere Z-Ratios bei den Strategien „problemlosend“ (-2,3 %), „flüchtend/vermeidend“ (-2,3 %) und „suchend nach sozialer Unterstützung“ (-1,9 %) als Männer aufweisen. In der Kategorie „distanzierend“ gibt es keine geschlechtsspezifischen Anteilsdifferenzen.

ArbeitnehmerInnen im (groß)städtischen Raum verfügen bei den Strategien „suchend nach sozialer Unterstützung“ (3,3 %), „Verantwortung akzeptierend“ (1,6 %), „positiv neubewertend“ (0,5 %) und „problemlösend“ (0,2 %) über höhere relative Anteile und bei den Kategorien „selbstkontrollierend“ (-2,8 %), „konfrontierend“ (-1,3 %), „distanzierend“ (-0,8 %) und flüchtend/vermeidend“ (-0,7 %) über niedrigere relative Anteile der Zustimmung als SpitalsärztlInnen in kleinstädtischer bzw. ländlicher Arbeitsumgebung. Zwischen den Copingstrategien und den verschiedenen, untersuchten Dimensionen bestehen Zusammenhänge, die nachfolgend dargestellt und analysiert werden:

Tab. 3: Korrelationen Coping, n = 44 bis 48, eigene Berechnung.

	ER-Ratio	Sex	Raum	Gesund	Leben	Arbeit	Koop.	Qualität	Work-Life
konfrontierend	-0,27	0,05	-0,18	0,04	-0,03	-0,04	0,26	0,00	0,07
distanzierend	0,24	-0,06	-0,08	-0,08	0,01	-0,47 **	-0,39 **	-0,16	0,07
selbstkontrollierend	-0,05	-0,02	0,16	-0,07	-0,02	0,22	0,10	0,05	-0,07
suchend n. soz. Unterstützung	-0,37 **	0,17	-0,50 **	-0,16	0,07	0,31 *	0,17	0,39 **	0,07
flüchtend/vermeidend	0,27	0,10	-0,08	0,26	-0,15	-0,33 *	-0,25	-0,33 *	0,00
problemlösend	-0,37 **	0,25	-0,27	-0,29 *	0,01	0,14	0,26	0,16	0,26
Verantwortung akzeptierend	-0,33 *	-0,30 *	-0,33 *	-0,47 **	-0,01	0,11	0,21	0,29 *	0,12
positiv neubewertend	-0,46 **	-0,13	-0,36 *	-0,43 **	0,41 **	0,46 **	0,57 **	0,47 **	0,25

* signifikant auf dem Niveau von 0,05, ** signifikant auf dem Niveau von 0,01

Es besteht eine signifikante, mittelstarke Korrelation nach Pearson zwischen der ER-Ratio und der Copingstrategie „positiv neubewertend“ mit einem negativen Wert von $r = -0,46$. Ebenfalls negativ und signifikant - allerdings nur schwach ausgeprägt - sind die Korrelationen mit den Strategien „suchend nach sozialer Unterstützung“ ($r = -0,37$), „problemlösend“ ($r = -0,37$) und „Verantwortung akzeptierend“ ($r = -0,33$). Die Ergebnisse zeigen in ihrer Interpretation klare Tendenzen und Interdependenzen auf, die es ermöglichen, die Frage nach der Bewältigung beruflicher Stresssituationen von SpitalsärztlInnen zu beantworten. In diesem Sinne kann für die Berufsgruppe der SpitalsärztlInnen davon ausgegangen werden, dass mit steigendem Arbeitsstress in Form von Gratifikationskrisen die retrospektive Beurteilung der persönlichen Entwicklung und die aktuelle Selbsteinschätzung des Wissensstandes in punkto wichtiger

Lebensaspekte negativ beeinflusst werden. Die Suche nach sozialer Unterstützung wird reduziert und die Kommunikation mit KollegInnen und Pflegepersonal auf ein notwendiges Mindestmaß beschränkt. Als wichtige Mediatoren können einerseits die pessimistischere Sichtweise der Betroffenen und andererseits der wahrgenommene Zeitmangel ausgemacht werden. In Stresssituationen verringert sich die Akzeptanz von Verantwortung durch eine verminderte Selbstkritik und die sinkende Bereitschaft, Energie für fachliche oder soziale Fehlerbehebungen aufzuwenden. Für geplante und durchdachte Problemlösungsstrategien stehen weniger Ressourcen zur Verfügung. Wichtig ist das Funktionieren als Arbeitskraft und das Schaffen des täglich geforderten Arbeitspensums. In der Stichprobe reduzieren sich mit steigendem Arbeitsstress konfrontierende Copingstrategien. Versuche, mit den verantwortlichen Personen zu sprechen und deren Meinung zu beeinflussen verringern sich genauso wie emotionale Äußerungen gegenüber Personen, die für auftretende Probleme verantwortlich gemacht werden. Dagegen finden Vermeidungs- und Distanzierungsstrategien steigende Zustimmung. Der Kontakt mit anderen Personen wird zunehmend reduziert, bei Problemen wird häufiger so getan, als ob nichts passiert wäre und es wird weniger über Probleme nachgedacht. Die Ergebnisse sind konsistent mit den Resultaten einer Studie über psychologischen Arbeitsstress von Krankenpflegepersonal in Intensivstationen (Hay/Oken 1972), die belegen, dass defensive Distanzierungsstrategien funktional auf die Arbeitskräfte wirken, jedoch sekundäre Anpassungsproblematiken wie eine fehlende Kommunikation, ungenügende soziale Unterstützung und Spannungen mit KollegInnen auslösen.

Der Zusammengang zwischen dem Geschlecht und den Copingstrategien ist nur bei der Strategie „Verantwortung akzeptierend“ ($r = -0,30$) signifikant. Demnach versuchen eher Frauen, Arbeitsstress über Selbstkritik zu bewältigen. Als Beteiligte in Stresssituationen entschuldigen sie sich eher und versuchen, eventuelles Fehlverhalten zu korrigieren. Umgekehrt neigen in der Stichprobe eher Männer zu problemlösenden Copingstrategien wie die Erstellung und Verfolgung von Handlungsplänen und die Konzentration auf den nächsten

Arbeitsschritt. Zwischen der räumlichen Arbeitsumgebung und den Copingstrategien sind die signifikanten, negativen Korrelationen bei „suchend nach sozialer Unterstützung“ ($r = -0,5$) mittelstark, bei „positiv neubewertend“ ($r = -0,36$) und „Verantwortung akzeptierend“ ($r = -0,33$) schwach ausgeprägt. In kleinstädtischer bzw. ländlicher Arbeitsumgebung wird weniger mit anderen Personen gesprochen, um Informationen über stressige Situationen zu erhalten. Es werden auch weniger Meinungen von Freunden oder Verwandten eingeholt. Die retrospektive Bewertung der persönlichen Entwicklung und die aktuelle Selbsteinschätzung im Hinblick auf wichtige Lebensaspekte werden in ländlicher Arbeitsumgebung negativ beeinflusst. Selbtkritik und korrigierendes Verhalten werden in geringerem Ausmaß geübt. Gleches gilt für SpitalsärztlInnen, die sich weniger gesund fühlen: der subjektive Gesundheitszustand korreliert signifikant und negativ mit den Strategien „Verantwortung akzeptierend“ ($r = -0,47$) und „positiv neubewertend“ ($r = -0,43$). Zusätzlich sinken geplante Problemlösungsstrategien ($r = -0,29$) signifikant. Die Konzentration auf den nächsten Arbeitsschritt und die konsequente Verfolgung von arbeitsbedingten Handlungsplänen lässt nach.

Eine gesteigerte positive Bewertung der persönlichen Entwicklung und höhere Selbsteinschätzung (Strategie „positiv neubewertend“) kann für die gesamte Berufsgruppe der SpitalsärztlInnen bei höherer Lebens-, Arbeits-, Kooperations- oder Behandlungsqualitätszufriedenheit mit mittelstarken, signifikanten Korrelationen ($r = 0,41$ bis $0,57$) angenommen werden; bei der Zufriedenheit mit der Work-Life-Balance gilt das bei schwachem Zusammenhang nur für die Stichprobe. Diese weist mit steigender Lebenszufriedenheit auch eine etwas geringere Kontaktvermeidung (Strategie „flüchtend/vermeidend“: $r = -0,15$) zu anderen Personen auf. Mit einem besseren Arbeitsklima in der Abteilung steigt die Suche nach sozialer Unterstützung ($r = 0,31$) signifikant, dagegen verlieren distanzierende ($r = -0,47$) und vermeidende ($r = -0,33$) Copingstrategien signifikant an Zustimmung. Es wird vermehrt mit ArbeitskollegInnen, Freunden oder Verwandten gesprochen, um Meinungen einzuholen und mehr über die Stresssituation und deren Bewältigung herauszufinden. Probleme werden

ernster genommen, die persönliche Identifikation und die Kontaktfreudigkeit zu anderen Personen steigt. Eine steigende Kooperationszufriedenheit mit anderen Abteilungen verringert in der Berufsgruppe ebenfalls distanzierende Strategien ($r = -0,39$) wie die Gleichgültigkeit gegenüber Problemsituationen signifikant. Steigt die Zufriedenheit mit der Behandlungsqualität der PatientInnen, steigen die Suche nach sozialer Unterstützung ($r = 0,39$) und die Akzeptanz von Verantwortung ($r = 0,29$), dagegen werden vermeidende Copingstrategien ($r = -0,33$) eher abgelehnt. Es wird versucht, mehr über die Situation herauszufinden und mit Personen gesprochen, deren Meinung wertvoll erscheint. Als Beteiligte in Stresssituationen erhöht sich die Bereitschaft zur Selbstkritik und ein eventuelles Fehlverhalten wird versucht zu korrigieren. Mit steigender Zufriedenheit der Work-Life-Balance erhöht sich in der Stichprobe die Zustimmung für durchdachte und geplante Problemlösungen ($r = 0,26$). Die Konzentration für die nächsten Arbeitsschritte steigt und es werden eher Handlungspläne erstellt und verfolgt. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und den Copingstrategien (nicht in Tab.) besteht nur mit der Strategie „distanzierend“ ($r = -0,29$). Mit steigendem Alter wird in Stresssituationen etwas mehr bagatellisiert und etwas weniger über Problematiken reflektiert. Damit sind die Ergebnisse weitgehend mit den Resultaten von Lazarus/Folkman (vgl. 1984: 171ff) kongruent, die gelungene Stressbewältigung an einer verbesserten Person-Umwelt-Beziehung festmachen und dem Alter der Personen keinen unmittelbaren Einfluss zuschreiben, obwohl zugestanden wird, dass sich die Copingstrategien im Lauf des Lebens ändern.

5.5 Multivariate Analysen

Bisher wurden den Analysen die theoretisch und empirisch begründeten Modelle von Gratifikationskrisen (Siegrist 1996) und Copingstrategien (Lazarus/Folkman 1984; Lazarus 1991) zugrunde gelegt. Nunmehr werden diese Modelle im Licht der aktuell erhobenen Daten überprüft und eventuelle Abweichungen verortet. Mit dem multivariaten Verfahren der explorativen Faktorenanalyse werden die

Strukturen der in den Modellen enthaltenen Items aufgedeckt und im Hinblick auf ihre sozialen Folgen interpretiert.

5.5.1 Faktorenanalyse Gratifikationskrisen

Die bestehenden Klassifikationen des Modells sozialer Krisen (Siegrist 1996; Siegrist et al. 2014) werden mit neu ermittelten Kategorien verglichen, die aus den relevanten 21 Items des Fragebogens gewonnen wurden. Die Variablen korrelieren untereinander schwach bis stark, weshalb die Anti-Image-Korrelationen zur Beurteilung herangezogen wurden. Diese ergaben bei Item 11 „Ich erfahre – oder erwarte – eine Verbesserung meiner Arbeitssituation“ eine mit $r < 0,4$ zu geringe Korrelation (Sollwert: $r > 0,5$) und damit den Ausschluss des Items von der Berechnung. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium (KMO) prüft die Korrelationsmatrix und beträgt 0,75 (Sollwert: $> 0,5$), daher ist die Faktorenanalyse durchzuführen (vgl. Backhaus et al. 2011: 342f). Der Bartlett-Test ist mit $p = 0,000$ signifikant, weshalb davon auszugehen ist, dass die Variablen in der Erhebungsgesamtheit korrelieren. Dieser Test setzt eine Normalverteilung der Variablen voraus, die hier durch den zentralen Grenzwertsatz unterstellt wird. Die erklärte Gesamtvarianz beträgt 69 %, d. h. mehr als zwei Drittel der Gesamtvarianz kann durch die Faktoren erklärt werden. Die Kommunalitäten werden durch das Schätzverfahren der Hauptkomponentenanalyse vorbestimmt und in der nachfolgenden Tabelle abgebildet:

Tab. 4: Kommunalitäten Gratifikationskrisen, eigene Berechnung.

Kommunalitäten Gratifikationskrisen	
Item-Nummer, ERI-Nummer - Text	Extraktion
1, E1 - Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck	0,664
2, E2 - Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört	0,632
4, E3 - Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen	0,735
5, E4 - Es ist notwendig, häufig Überstunden zu machen	0,639
6, E5 - Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden	0,566

7, R1 - Ich erhalte von meinem Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiene	0,782
8, R2 - Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung	0,718
9, R3 - Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt (RC)	0,742
10, R4 - Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind gut	0,672
12, R6 - Mein eigener Arbeitsplatz ist sicher	0,648
13, R7 - Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen	0,759
14, R8 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen	0,836
15, R9 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen	0,855
16, R10 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich mein Gehalt für angemessen	0,541
17, OC1 - Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck	0,728
18, OC2 - Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke	0,638
19, OC3 - Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht (RC)	0,609
20, OC4 - Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf	0,574
21, OC5 - Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf herum	0,840
22, OC6 - Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen	0,620

Die höchste Erklärungskraft hat Item 15 mit einem Prozentsatz von 86 %; die niedrigste hat Item 16 mit 54 %. Anhand der reproduzierten Korrelationsmatrix und der Residualmatrix ist festzustellen, dass sich die Korrelationen ähneln und die Residuen niedrig ausfallen, sodass von einem guten Modellfit ausgegangen werden kann. Für die Zahl der Faktoren kann das Kaiser-Kriterium verwendet werden, um die einzelnen Varianzerklärungsbeiträge der Variablen zu untersuchen (vgl. Backhaus et al. 2011: 359f), worauf hier nicht näher eingegangen wird, da es sich um eine Standardeinstellung von SPSS handelt. Die Faktorenanalyse wurde nach Varimax rotiert, Faktorladungen $> 0,5$ wurden einem Faktor zugerechnet (vgl. ebda: 362) und sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tab. 5: Faktorenanalyse Gratifikationskrisen, eigene Berechnung.

Rotierte Komponentenmatrix Gratifikationskrisen								
Item-Nummer, ERI-Nummer - Text	Komponente				Ladung auf Faktor			
	1	2	3	4	1	2	3	4
1, E1 - Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck	-,180	,679	,410	-,039		+		
2, E2 - Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört	-,432	,546	,351	-,158		+		
4, E3 - Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen	-,089	,811	,024	,263		+		
5, E4 - Es ist notwendig, häufig Überstunden zu machen	-,006	,753	,113	-,242		+		
6, E5 - Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden	-,062	,748	,054	,002		+		
7, R1 - Ich erhalte von meinem Vorgesetzten die Anerkennung, die ich verdiente	,606	-,110	-,466	,429	+			
8, R2 - Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung	,378	-,288	-,443	,544				+
9, R3 - Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt (RC)	,647	,388	-,124	,396	+			
10, R4 - Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind gut	,817	-,034	-,052	,020	+			
12, R6 - Mein eigener Arbeitsplatz ist sicher	,097	,246	-,269	-,711				-
13, R7 - Wenn ich an meine Ausbildung denke, halte ich meine berufliche Stellung für angemessen	,859	-,059	-,029	-,130	+			
14, R8 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen	,863	-,136	-,239	,127	+			
15, R9 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen	,881	-,170	-,021	-,225	+			
16, R10 - Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich mein Gehalt für angemessen	,630	-,319	-,156	-,134	+			
17, OC1 - Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck	-,151	,761	,351	,048		+		
18, OC2 - Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke	-,178	,159	,759	,073			+	
19, OC3 - Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht (RC)	-,128	,276	,174	,697				+
20, OC4 - Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf	,187	,347	,643	,070			+	
21, OC5 - Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf herum	-,085	,188	,795	,407			+	
22, OC6 - Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen	-,373	,045	,692	-,014			+	

Die Items der Verausgabungsleistungen (Items 1, 2, 4, 5, 6) laden einheitlich auf Faktor 2, der sich somit nicht vom zugrunde gelegten Gratifikationskrisen-Modell unterscheidet. Differenzen ergeben sich bei den Belohnungen mit den in Kap. 4.1.1. definierten Subkategorien (vgl. Rödel et al. 2004: 230ff; Siegrist et al. 2014: 4f). Der Item 8 „Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung“ als Teil der Subkategorie „Wertschätzung“ (Items 7, 8, 9, 14) lädt in der Tabelle auf Faktor 4, die restlichen Items dieser Subkategorie auf Faktor 1. Die Sicherheit des eigenen Arbeitsplatzes (Item 12, Subkategorie „Arbeitsplatzsicherheit“) lädt ebenfalls auf Faktor 4; dagegen laden die Items (10, 13, 15, 16) der Subkategorie „beruflicher Aufstieg“ einheitlich auf Faktor 1. Auch im Konstrukt der übersteigerten Verausgabungsleistung mit seinen sechs enthaltenen Items (17 bis 22) treten Differenzen auf: der Item 17 „Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck“ lädt auf Faktor 2, was in anderen Studien ebenfalls festgestellt wurde (vgl. Siegrist et al. 2014: 5). Item 19 „Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht“ lädt auf Faktor 4, alle restlichen Items laden auf Faktor 3. Damit entsprechen die ermittelten Faktoren im Wesentlichen dem Gratifikationskrisen-Modell: die Abweichungen konzentrieren sich im neuen Faktor 4, der durch Arbeitsplatzunsicherheit, fehlendem Abschalten-Können und sozialer Unterstützung in schwierigen Situationen gekennzeichnet ist. Aufgrund der Stichprobengröße wird hier auf eine multiple Regressionsanalyse verzichtet, es lassen sich jedoch einige Aussagen in Bezug auf die enthaltenen Variablen machen: im Vergleich der Mittelwerte halten männliche Befragte ihren Arbeitsplatz für etwas sicherer als weibliche. Sie erhalten mehr Unterstützung in schwierigen Situationen und können etwas leichter von der Arbeit abschalten. Die im kleinstädtischen bzw. ländlichen Raum tätigen Befragten schätzen ihren Arbeitsplatz zwar sicherer ein als die Erwerbstätigen in (groß)städtischer Arbeitsumgebung, fühlen sich in schwierigen Situationen aber weniger unterstützt und können auch schwerer von der Arbeit abschalten.

5.5.2 Faktorenanalyse Coping

Auf Basis der im Fragebogen angeführten Copingitems werden alternative Copingstrategien zur Klassifikation von Lazarus (vgl. 1991: 449) ermittelt. Zur Beurteilung des Variablensets wurden die Anti-Image-Korrelationen herangezogen, da die Korrelationen sehr schwach bis stark ausgeprägt sind und kein eindeutiges Bild ergeben. Der in die Faktorenanalyse eingehende Variablenkomplex umfasst 11 statt der ursprünglichen 15 Items: die Aussagen „Ich zeige meinen Ärger der Person, die das Problem verursacht hat“, „Ich versuche meine Gefühle für mich zu behalten“ und „Ich weiß heute, was im Leben wichtig ist“ wurden wegen zu geringer Anti-Image-Korrelationen (r zwischen 0,30 und 0,49) aus der Berechnung ausgeschlossen; das Item „Ich erstelle mir einen Handlungsplan und verfolge ihn“ hat nur geringe Erklärungskraft und lädt auf keinen Faktor, weshalb es ebenfalls von der Berechnung ausgeschlossen wurde. Mit einem KMO-Wert von 0,62 ist die Faktorenanalyse durchzuführen. Eine Normalverteilung der Variablen wird unterstellt und der Bartlett-Test ist mit $p = 0,000$ signifikant. Die Komunalitäten werden in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tab. 6: Komunalitäten Coping, eigene Berechnung.

Komunalitäten Copingstrategien	
Item-Nummer, Strategie - Text	Extraktion
33, konfrontierend – Ich versuche die verantwortliche Person zu sprechen und ihre Meinung zu ändern	0,753
35, distanzierend – Ich mache so weiter als ob nichts passiert wäre	0,671
36, distanzierend – Ich lasse das Problem nicht an mich herankommen bzw. lehne es ab, zu viel darüber nachzudenken	0,714
38, selbstkontrollierend – Ich versuche nicht zu hastig zu reagieren oder folge meiner ersten Vorahnung	0,590
39, suchend n. soz. Unterstützung – Ich spreche mit jemandem, um mehr über die Situation herauszufinden	0,716
40, suchend n. soz. Unterstützung - Ich frage einen Freund oder Verwandten, dessen Meinung ich hochschätze	0,712
41, flüchtend/vermeidend - Ich vermeide den Kontakt mit anderen Personen	0,798
43, problemlösend - Ich konzentriere mich nur darauf, was als nächstes zu tun ist – der nächste Schritt	0,680

44, Verantwortung akzeptierend – Als Beteiligte(r) kritisieren Sie sich selbst und machen Sie mir Vorhaltungen	0,649
45, Verantwortung akzeptierend – Als Beteiligte(r) entschuldigen Sie sich und versuchen Sie es wieder gutzumachen	0,792
46, positiv neubewertend – Ich bin mit meiner persönlichen Entwicklung zufrieden	0,697

Die erklärte Gesamtvarianz beträgt 70,7 %, d. h. mehr als zwei Drittel der Gesamtvarianz kann durch die Faktoren erklärt werden. Die höchste Erklärungskraft hat Item 41 mit einem Prozentsatz von 80 %; die niedrigste hat Item 38 mit 59 %. Die reproduzierten Korrelationen ähneln sich und die Residuen fallen niedrig aus, womit ein guter Modellfit gegeben ist. Die Faktorenanalyse wurde nach Varimax rotiert und Faktorladungen > 0,5 wurden einem Faktor wie folgt zugerechnet:

Tab. 7: Faktorenanalyse Coping, eigene Berechnung.

Item-Nummer, Strategie - Text	Komponente				Ladung auf Faktor			
	1	2	3	4	1	2	3	4
33, konfrontierend – Ich versuche die verantwortliche Person zu sprechen und ihre Meinung zu ändern	-,673	,520	,120	-,121	-	+		
35, distanzierend – Ich mache so weiter als ob nichts passiert wäre	,653	-,413	-,085	-,258	+			
36, distanzierend – Ich lasse das Problem nicht an mich herankommen bzw. lehne es ab, zu viel darüber nachzudenken	,750	,038	-,386	-,035	+			
38, selbstkontrollierend – Ich versuche nicht zu hastig zu reagieren oder folge meiner ersten Vorahnung	-,115	,729	,211	-,037		+		
39, suchend n. soz. Unterstützung – Ich spreche mit jemandem, um mehr über die Situation herauszufinden	,022	,129	,328	,769				+
40, suchend n. soz. Unterstützung - Ich frage einen Freund oder Verwandten, dessen Meinung ich hochschätze	,005	,033	-,029	,843				+
41, flüchtend/vermeidend - Ich vermeide den Kontakt mit anderen Personen	-,035	,004	-,872	-,189			-	
43, problemlösend - Ich konzentriere mich nur darauf, was als nächstes zu tun ist – der nächste Schritt	,070	,756	-,041	,320		+		
44, Verantwortung akzeptierend – Als Beteiligte(r) kritisieren Sie sich selbst und machen Sie mir Vorhaltungen	,703	,217	,255	,206	+			
45, Verantwortung akzeptierend – Als Beteiligte(r) entschuldigen Sie sich und versuchen Sie es wieder gutzumachen	,506	,509	,520	-,078	+	+	+	
46, positiv neubewertend – Ich bin mit meiner persönlichen Entwicklung zufrieden	-,317	,296	,710	,066			+	

Die Tabelle zeigt eine Reduktion der im Copingkonzept (Lazarus/Folkman 1984; Lazarus 1991; Folkman et al. 1986) enthaltenen acht bzw. in neueren Studien (Sorlie/Sexton 2001) enthaltenen fünf auf vier Faktoren. Eine Übereinstimmung in allen Fällen ist nur bei der Copingstrategie „suchend nach sozialer Unterstützung“ mit den Items 39 und 40 gegeben, die auf Faktor 4 laden. Wegen ihrer hohen Erklärungskraft wurden die Items 33 und 45 in der Analyse belassen, obwohl sie auf mehrere Faktoren laden. Die Items 33, 35, 36, 44 und 45 laden auf Faktor 1, der als distanzierende, Verantwortung akzeptierende und nicht konfrontierende Copingstrategie zu bezeichnen ist. Mit den positiven Ladungen der Items 33, 38, 43 und 45 entspricht Faktor 2 einer problemlösenden, selbstkontrollierenden, konfrontierenden und Verantwortung akzeptierenden Copingstrategie, die einem Typ-A-Verhalten entspricht (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 121ff). Die Items 41, 45 und 46 laden auf Faktor 3, der als kontaktfreudige, positiv neubewertende und Verantwortung akzeptierende Copingstrategie auszuweisen ist. Da auf eine Regressionsanalyse wegen der geringen Fallzahlen verzichtet werden muss, werden die in den Faktoren enthaltenen Variablen analysiert: diese ergeben in der Stichprobe für Faktor 1 höhere, absolute Zustimmungs-Mittelwerte für Frauen (außer bei Item 33) und Personen in (groß)städtischer Arbeitsumgebung. Beide Gruppen tendieren zu distanzierenden und Verantwortung akzeptierenden Copingstrategien. SpitalsärztlInnen in (groß)städtischer Arbeitsumgebung sind darüber hinaus etwas konfrontationsfreudiger als SpitalsärztlInnen in kleinstädtischer bzw. ländlicher Arbeitsumgebung. Die Mittelwerte der in Faktor 2 enthaltenen Variablen zeigen, dass die befragten Männer problemlösender vorgehen, sich mehr auf den nächsten Arbeitsschritt konzentrieren und versuchen, nicht zu hastig zu reagieren. Dagegen akzeptieren Frauen mehr ihre Verantwortlichkeit durch entschuldigendes Verhalten und wiedergutmachende Handlungen: das trifft auch auf Befragte in (groß)städtischer Arbeitsumgebung zu, die zudem lösungsorientierter und konfrontationsfreudiger vorgehen als ihre KollegInnen in kleinstädtischer bzw. ländlicher Arbeitsumgebung. Die Analyse der in Faktor 3 inkludierten Variablen ergibt eine höhere Kontaktfreudigkeit bei Frauen und Erwerbstägigen in kleinstädtischer bzw. ländlicher Arbeitsumgebung. Frauen und

SpitalsärztInnen in (groß)städtischer Arbeitsumgebung sind zufriedener mit ihrer persönlichen Entwicklung und akzeptieren etwas mehr Verantwortung als ihre Referenzgruppen.

6 Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen den kritischen Blick, mit dem die SpitalsärztInnen ihre berufliche Situation beurteilen und zeigen die Auswirkungen von Gratifikationskrisen auf die Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und Stressbewältigung der MedizinerInnen. Im letzten Kapitel wurden bereits punktuelle Vergleiche zu anderen Studien hergestellt, die hier zusammengefasst, erweitert und mit anderen soziologischen Erkenntnissen verknüpft werden. Die soziodemographische Zusammensetzung der Stichprobe entspricht weitgehend anderen Befragungen der Ärzteschaft: mit einem Anteil von 56,2 % stellen Frauen die Mehrheit der Befragten dar; eine Studie des Instituts für medizinische Soziologie der Berliner Universitätsklinik Charité geht von einem Frauenanteil von 60 % aus (vgl. Dilcher et al. 2012a: 9). Die Medizin wird immer weiblicher und damit verschieben sich die Prioritäten des ärztlichen Personals zugunsten familienkompatibler Arbeitsbedingungen. Das durchschnittliche Alter der Befragten beträgt 46,9 Jahre und liegt damit etwas höher als die von der Bundesärztekammer Deutschland für 2015 angegebenen 41,4 Jahre für KrankenhausärztInnen, wobei seit 1993 ein stetiger Anstieg des Durchschnittsalters zu verzeichnen ist (BÄK 2015). Für Österreich ist ein Jahresvergleich des Alters nur schwer möglich, da diese Daten bisher nicht im Fokus der Erhebungen standen. Auf Anfrage beziffert die Österreichische Ärztekammer für 2017 das durchschnittliche Alter der angestellten ÄrztInnen mit 42,1 Jahren⁹. Ein Grund für das höhere Durchschnittsalter der SpitalsärztInnen in der Stichprobe ist der hohe Anteil an ÄrztInnen in leitender Funktion: 70,9 % der Respondenten sind als OberärztInnen, PrimärärztInnen oder ärztliche DirektorInnen tätig.

Die Befragten arbeiten im Durchschnitt 52 Stunden pro Woche im Krankenhaus (Frauen 50 Stunden, Männer 54,2 Stunden). Eine Umfrage des Marburger Bundes aus dem Jahr 2010 mit 12.000 Respondenten kommt mit einer

⁹ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 18.1.2017

durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 55 Stunden zu einem etwas höheren Ergebnis; über 50 % der Befragten wenden täglich mehr als zwei Stunden für Verwaltungstätigkeiten auf und 41 % der Befragten beurteilen ihre Arbeitsbedingungen als schlecht bis sehr schlecht (vgl. Dilcher et al. 2012a: 10ff). Die aktuelle Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeit ist eine Folge des gesellschaftlichen Drucks auf die Politik und Wirtschaft für bessere Arbeitsbedingungen: nicht nur SpitalsärztInnen ist es ein Anliegen, ihre Arbeitszeit auf ein erträgliches Maß zu beschränken, auch PatientInnen haben kein Interesse daran, von übermüdeten ÄrztInnen behandelt zu werden. Durch den demographischen Wandel der Bevölkerung im deutschsprachigen Raum kommt es zu einer gegenläufigen Entwicklung und einem Nachwuchsmangel des ärztlichen Berufsstandes (vgl. Hofmeister et al. 2010: 159f). Mit zunehmendem Ausscheiden von ÄrztInnen der „Baby-Boomer“-Generation (Geburtsjahrgänge von 1952 bis 1966) gehen viel Erfahrung und bestehende informelle Netzwerke verloren (vgl. Schönberg 2012: 234f). Ein Arbeitskräftemangel bei steigenden Fallzahlen, drastischen Kosteneinsparungen und veralteten Organisationsstrukturen führt zwangsläufig zu Arbeitsverdichtung und Stressbelastung (vgl. Dilcher et al. 2012a: 4). Bei der Analyse der Fehlzeiten fällt die besonders niedrige Krankenstandsdauer der SpitalsärztInnen in der Stichprobe auf: die Befragten gaben an, in den letzten 12 Monaten durchschnittlich 1,44 Tage (Frauen 1,85 Tage, Männer 0,9 Tage) im Krankenstand gewesen zu sein. Diese Werte sind extrem niedrig und widersprechen anderen Erhebungen in hohem Maße: in einer Studie von Raml wird von durchschnittlich 10 Krankenstandstagen pro Jahr ausgegangen (vgl. 2009: 124). Die Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 belegen für die österreichische Erwerbsbevölkerung eine mittlere Anzahl von 17,3 Krankenstandstagen in den letzten 12 Monaten, wobei durchschnittlich 16,6 Tage auf Männer und 18,1 Tage auf Frauen entfallen (vgl. Statistik Austria 2015: 84). In Deutschland werden für das Jahr 2013 bei den AOK-Versicherten im Mittel 18,5 Kalendertage angegeben (vgl. Meyer et al. 2014: 323ff). Es stellt sich die Frage nach einer Erklärung dieser Differenz: mögliche Begründungen der niedrigen Werte in der Stichprobe lassen sich aufgrund der fehlenden

Vergleichsdaten für die Berufsgruppe der SpitalsärztInnen nur schwer ausmachen. Bekannt ist, dass viele ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen trotz Krankheit arbeiten gehen (vgl. AK Oberösterreich 2012: 33f). Das trifft lt. der Onlineausgabe von „WeltN24“ besonders auf ÄrztInnen zu, da sie anderen MedizinerInnen oft misstrauisch gegenüberstehen und sich lieber selbst behandeln (Schöne 2015). Auch sozial erwünschte Antworten auf diese sensible Fragestellung sind möglich, da der Online-Fragebogen meistens über die Geschäftsleitung der Arbeitgeber verteilt wurde bzw. Anonymitätsbedenken zum Ausdruck kamen (siehe Kap. 4.3). Das Anforderungs-Kontroll-Modell (Karasek 1979) geht von einem Anstieg der Krankenstandstage bei hohen Arbeitsanforderungen und niedrigen Kontrollmöglichkeiten (Job-Strain) aus. Der Schluss auf einen niedrigen Job-Strain infolge der niedrigen Krankenstandstage in der Stichprobe wäre verkürzt, da ein Anstieg der Krankenstandstage nur eine Auswirkung von Arbeitsstress darstellt, die nicht isoliert zu betrachten ist. Der hohe Entscheidungsspielraum der ÄrztInnen – besonders in leitender Funktion – kann als weitere Begründung der Diskrepanz aufgefasst werden, da mehr Entscheidungsfreiheit zur Stressminimierung beiträgt.

Gratifikationskrisen entstehen, wenn die persönliche Verausgabung die erhaltene monetäre und nichtmonetäre Belohnung übersteigt. Dieses Ungleichgewicht drückt sich in einer ER-Ratio > 1 aus (folgend in Klammer angegeben): insgesamt leiden 83,3 % (1,33) der Befragten unter Gratifikationskrisen. Mit einem Anteil von 85,2 % (1,35) sind Frauen geringfügig häufiger betroffen als Männer mit einem Anteil von 81 % (1,32). Die im kleinstädtischen bzw. ländlichen Raum tätigen SpitalsärztInnen weisen mit 89,7 % (1,41) den höchsten Anteil an Gratifikationskrisen und die höchste ER-Ratio auf; in (groß)städtischer Arbeitsumgebung sind mit 55,6 % (1,02) noch immer mehr als die Hälfte der Befragten betroffen. Ein Vergleich mit den von der Arbeiterkammer Oberösterreich zur Verfügung gestellten Daten des Arbeitsgesundheitsmonitors¹⁰ ist wegen unterschiedlicher Frage- bzw. Itemformulierungen und den Einbezug von niedergelassenen ÄrztInnen in die

¹⁰ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

Befragung nur punktuell und eingeschränkt möglich. Bei der extrinsischen Verausgabungskomponente von Gratifikationskrisen zeigen sich im Arbeitsgesundheitsmonitor geringere Zustimmungen zu den Aussagen nach hoher Verantwortung (68 % ggü. 97,9 %) und häufigen Überstunden (41 % ggü. 87,5 %) als in der Stichprobe. Als Teil der intrinsischen Belohnungskomponente bemängeln 20 % der im Arbeitsgesundheitsmonitor Befragten die fehlende soziale Unterstützung durch Vorgesetzte; in der Stichprobe sind es mit 37,5 % fast doppelt so viele Personen, die sich in schwierigen Situationen nicht angemessen unterstützt fühlen. Dieses Manko des mangelhaften sozio-emotionalen Rückhalts steigert den Arbeitsstress der Betroffenen erheblich (vgl. Siegrist 1996: 78). Umgekehrt wirkt soziale Unterstützung als Copingstrategie, die das Wohlbefinden und die Gesundheit positiv beeinflusst (vgl. Gunkel et al. 2014: 260). Beim Komplex der übersteigerten Verausgabungsleistung zeigen sich kongruente Zustimmungsraten in beiden Datenbeständen bei den Aussagen nach Schwierigkeiten beim gedanklichen Abschalten von der Arbeit zu Hause (66 %) und am Abend (64 %). Gratifikationskrisen als psychosoziale Arbeitsbelastungen wurden auch in einer Studie bei chirurgisch tätigen AssistenzärztlInnen in Deutschland nachgewiesen (Klein/von dem Knesebeck 2013): von den 920 ÄrztInnen, die mittels standardisiertem Fragebogen im Jahr 2008 befragt wurden, leiden 239 Personen unter Gratifikationskrisen, was einem Anteil von 28,6 % entspricht, wobei geschlechtsspezifisch keine signifikanten Unterschiede festzustellen sind (vgl. ebda: 87). Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen werden die SpitalsärztlInnen von den Autoren als hoch belastet eingestuft, da neben zu hohen Arbeitsanforderungen zu geringe Kontrollmöglichkeiten bestehen (vgl. ebda: 90). Als Folge von Gratifikationskrisen erhöhen sich die Wahrscheinlichkeiten bei den Betroffenen den Arztberuf aufzugeben signifikant (vgl. ebda: 87ff). Während die marginalen geschlechtsspezifischen Unterschiede unsere Resultate decken, fällt die anteilmäßige Differenz der von Gratifikationskrisen Betroffen auf: mögliche Gründe dafür sind die Größe und Zusammensetzung unserer Stichprobe, die unterschiedlichen Länder und Befragungszeitpunkte.

Bei der Erfassung gesundheitlicher Folgen von Gratifikationskrisen treten einige Probleme auf. Die subjektive Gesundheit der Betroffenen ist von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, deren messtechnische Erfassung anspruchsvoll ist. Die Arbeitgeber erhalten von ihren MitarbeiterInnen keine oder nur unzureichende Informationen über deren Gesundheitszustand, da diese um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen (vgl. Badura et al. 2010: 68). Besonders die psychischen Arbeitsbelastungen der Beschäftigten sind schwierig zu thematisieren und daher auch schwierig zu regulieren (vgl. Ahlers 2014: 37). Sie gelten allgemeinhin als unkonkret und vage und werden meistens mit „weiten“ Begriffen wie Stress, Mobbing und Burnout assoziiert. Die Erwerbstätigen geben in Befragungen nur ungern zu, unter psychischen Belastungen zu leiden und damit den Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht gewachsen zu sein (vgl. ebda). Eine höhere Akzeptanz der Befragten genießen Erhebungen, die – wie im vorliegenden Fall – durch Dritte vorgenommen werden, da einem Außenstehenden höhere Neutralität zugeschrieben wird. Fast zwei Drittel der Befragten fühlen sich gesund. Im Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich¹¹ geben 94 % der befragten ÄrztInnen an, bei sehr guter bis guter Gesundheit zu sein. Die Diskrepanz zu unseren Werten kann mit den vorher genannten Unterschieden in der Befragung und Stichprobenzusammensetzung erklärt werden. Als arbeitsbedingte Beschwerden werden im Arbeitsgesundheitsmonitor Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Gedächtnisschwäche und Konzentrationsstörungen, sowie Muskelverspannungen genannt. Fühlen sich Erwerbstätige durch ihre Vorgesetzten belastet, steigt das Risiko von Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Nervosität, Magen- und Darmbeschwerden, sowie Herzrasen (vgl. Kalliauer/Raml 2015: 6). Umgekehrt führen positive Erfahrungen mit dem Verhalten von Vorgesetzten und betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Erwerbstätigen (vgl. ebda: 2). Diese Ergebnisse sind ein Indiz für gesundheitliche Folgen von Gratifikationskrisen, mit ihnen jedoch nicht gleichzusetzen, da ein direkter Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und Gratifikationskrisen im Arbeitsgesundheitsmonitor nicht

¹¹ schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

hergestellt wurde. Generell manifestieren sich die psychischen Auswirkungen von Gratifikationskrisen in negativen Emotionen, die eine chronische Aktivierung des autonomen Nervensystems und damit vielfältige Gesundheitsschädigungen nach sich ziehen (vgl. Biffl et al. 2011: 18). Johannes Siegrist weist in seinen Industriearbeiterstudien Effekte gestörter Struktur- und Funktionskorrespondenz zwischen statusgebundenen Aspekten (Zugehörigkeit, Leistung, Belohnung) und sozioemotionalen Motivationen nach, die ein erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen darstellen (vgl. Siegrist 1996: 244). Nach der Analyse vieler Studien über die Auswirkungen psychosozialer Arbeitsbelastungen an initial gesunden Kollektiven Erwerbstätiger geht er von einer Risikoverdoppelung der untersuchten Krankheitsinzidenz bei bestehenden Gratifikationskrisen aus (vgl. Siegrist 2005: 72f). Eichmann und Saupe sprechen in ihrer Studie über Arbeitsbedingungen in Österreich ebenfalls von epidemiologischen Befunden, die ein doppeltes Erkrankungsrisiko an behandlungswürdigen Depressionen als Folge von Gratifikationskrisen nachweisen (vgl. 2014: 196f). Diese können zum Burnout und in der Folge zu einer Arbeitsunfähigkeit führen (vgl. Hofmeister et al. 2010: 162), was soziologisch ein gesellschaftliches Abstiegsrisiko darstellt, weil das Einkommen drastisch und dauerhaft reduziert wird. In ihrer Studie über Arbeitsstress von SpitalsärztlInnen zeigen Tanner et al. den signifikanten Einfluss von arbeits- und interaktionsbezogenen Stressoren auf gesundheitliche Aspekte wie Irritation und emotionale Verausgabung (vgl. 2015: 5), wodurch die Ergebnisse vorliegender Arbeit im Bereich von Unsicherheit und übersteigerter Verausgabungsleistung unterstützt werden, ohne direkt vergleichbar zu sein, da unterschiedliche Methoden zum Einsatz kamen.

Distress wird größtenteils durch eine geringe Lebenszufriedenheit ausgelöst (vgl. Selye 1977: 77). In Übereinstimmung mit einer deutschen Längsschnittstudie über BerufsanfängerInnen in der Humanmedizin ist die Lebenszufriedenheit der befragten ÄrztInnen generell sehr hoch, obwohl viele ÄrztInnen unter Gratifikationskrisen leiden (vgl. Hofmeister et al. 2010: 165ff). Wie ist dieser scheinbare Widerspruch soziologisch zu erklären? Haben wir es hier mit einer Berufsgruppe zu tun, die Arbeits- und Privatleben in ihrer

Bewertung klar trennt? Während im Arbeitsleben ein Verausgabungs-Belohnungs-Missverhältnis wahrgenommen wird, ist die Zufriedenheit mit dem Privatleben so hoch, dass es zu einer insgesamt hohen Lebenszufriedenheit reicht? Diese Einschätzung ist unwahrscheinlich. Eher ist anzunehmen, dass die ÄrztInnen auf Grund anderer Faktoren (übersteigerte Verausgabungsleistung, Glaube an die zukünftige Karriere, Zufriedenheit mit dem bisher Erreichten, Image und Prestige des Berufs) ihr Leben sehr positiv sehen. Hier bedarf es weiterer Forschungsarbeiten, die das Verhältnis der beiden Konstrukte Gratifikationskrisen und Lebenszufriedenheit genauer untersuchen. Zwischen meiner und der deutschen Studie bestehen Differenzen der Ergebnisse im Hinblick auf das Geschlecht, das soziale Berufsalter und den Verlauf von Gratifikationskrisen bei zunehmendem Lebensalter: bei den in meiner Studie befragten österreichischen SpitalsärztInnen sind die Männer um 14,8 % zufriedener mit ihrem Leben als die Frauen; der Zusammenhang zwischen der Lebenszufriedenheit und der Dauer der ärztlichen Erwerbstätigkeit ist ebenso schwach ausgeprägt und nicht signifikant wie der Zusammenhang zwischen wahrgenommenen Gratifikationskrisen und dem Lebensalter der SpitalsärztInnen. Dagegen konnten bei den deutschen MedizinerInnen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Lebenszufriedenheit festgestellt werden, aber die Lebenszufriedenheit sinkt bei BerufsanfängerInnen in den ersten vier Jahren ihrer Erwerbstätigkeit deutlich und die Wahrnehmung von Gratifikationskrisen steigt mit zunehmendem Lebensalter (vgl. ebda). Mögliche Gründe für diese Differenzen liegen in der Stichprobenzusammensetzung und dem Befragungskonstrukt: Hofmeister et al. (2010) fokussieren auf BerufsanfängerInnen mit einem Durchschnittsalter von 27,3 bzw. 31,8 Jahren und erschließen die Lebenszufriedenheit aus einem Konstrukt mehrerer Fragen zur Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen (eigene Person, Sexualität, Freunde, Partnerschaft, Gesundheit), wogegen unsere Studie das gesamte Spektrum des sozialen Berufsalters und Lebensalters einschließt und direkt nach der generellen Zufriedenheit mit dem Leben fragt. Auch länderspezifische Charakteristika sind zu berücksichtigen und sollten zu weiteren komparativen Forschungsarbeiten inspirieren. Bereits in den siebziger Jahren des letzten

Jahrhunderts fand der Soziologe Karasek heraus, dass die Lebenszufriedenheit mit der Arbeitszufriedenheit korreliert (vgl. 1979: 302), wodurch unsere Ergebnisse gestützt werden. Ein gutes Betriebsklima zählt bei den MitarbeiterInnen zu den wichtigsten Aspekten für eine hohe Arbeitszufriedenheit (vgl. Schönberg 2012: 251). Schnittstellenprobleme gibt es in jedem Unternehmen. Nach Dilcher et al. ist im Krankenhaus jedoch die Bereitschaft diese Probleme zu beseitigen deutlich geringer als anderswo, was zu Spannungen in der Belegschaft führt (vgl. 2012a: 18). Zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und des Unternehmenserfolgs sind flache Hierarchien, kurze Entscheidungswege und klar abgegrenzte Verantwortungsbereiche wichtig (vgl. ebda: 20). Die Unternehmenskultur und das Verhalten von Führungspersonen müssen sich mehr um ein gutes Betriebsklima, Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und Anerkennung von Leistungen der SpitalsärztlInnen bemühen (vgl. Schönberg 2012: 247). Dazu gehören auch gruppenspezifische Unternehmensangebote für eine bessere Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben.

Die Arten der Stressbewältigung werden in die Hauptkategorien des emotional-fokussierten und problem-fokussierten Copings eingeteilt, die insgesamt acht Copingstrategien beinhalten, die aus Itemkomplexen bestehen (vgl. Lazarus/Folkman 1984: 150ff, 319; Lazarus 1991: 89ff). Die Zuteilung und Anzahl der Copingstrategien variieren in verschiedenen Studien: als Beispiel sei Coping angeführt, das auf Vermeidung ausgerichtet ist. Während Lazarus und Folkman die Vermeidung als emotional-fokussierte Copingstrategie bezeichnen, zählen Gunkel et al. (vgl. 2014: 263) diese als dritte Hauptkategorie. Bei einer anderen Studie wurden Faktorenanalysen durchgeführt und die ursprünglichen acht auf fünf Copingstrategien reduziert (vgl. Sorlie/Sexton 2001: 966f). Die in vorliegender Arbeit durchgeführte Faktorenanalyse kommt auf vier Copingstrategien. Die Gründe für die Differenzen sind teilweise unklar. Sorlie/Sexton gehen davon aus, dass die Items nicht für jede Stresssituation geeignet sind und die Relevanz der Items je nach Copingphase variiert (vgl. ebda: 972). Trotzdem können einzelne Items verglichen werden: im

Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich¹² findet das Item „Schwierigen Situationen gehe ich lieber aus dem Weg“ eine Zustimmung von 36 % und das Item „Ich bin dabei, mich selbst zu verwirklichen“ eine Zustimmung von 88 %, wobei der Zustimmungsprozentsatz durch die Summation der Antwortausprägungen 1 bis 3 der fünfteiligen Antwortskala (1 = trifft sehr zu, 5 = trifft gar nicht zu) berechnet wurde. Das erste Item verweist auf distanzierende, das zweite Item auf positiv neubewertende Copingstrategien; beide sind dem emotional-fokussierten Coping zuzuordnen. Es zeigen sich nur marginale Differenzen zwischen den Studien: die Zustimmung zu einer distanzierenden Copingstrategie ist im Arbeitsgesundheitsmonitor um 3 % und zu einer positiv neubewertenden Copingstrategie um 7,9 % höher als in meiner Stichprobe. Im Betrieb können Angebote zum Stress- und Konfliktmanagement erfolgreiches Coping unterstützen (vgl. Gunkel et al. 2014: 264). Zudem ist das Verhalten von Führungspersonen als Vorbild ist genauso wichtig wie die MitarbeiterInnen ausreichend und zeitnah zu informieren.

¹² schriftliche Auskunft per E-Mail vom 22.6.2016

7 Conclusio

Die Berufsgruppe der SpitalsärztInnen initiierte einen öffentlichen Diskurs über ihre unzulänglichen Arbeitsbedingungen und schreckte auch vor Streiks nicht zurück, um ihre Forderungen durchzusetzen. Primär wurden als Stressoren die überlagen Arbeitszeiten, die Arbeitsverdichtung durch den Mangel an ärztlichem Personal im Krankenhaus und eine ungenügende monetäre und nichtmonetäre Anerkennung der erbrachten Leistungen kritisiert. Soziologisch basiert diese Kritik auf einer Schieflage des Tausches von Leistung gegen Lohn im Arbeitsverhältnis. Übersteigt die persönliche Verausgabung die erhaltene Belohnung, wird die Reziprozität des gesellschaftlichen Tauschprinzips in ein Ungleichgewicht gebracht und wir sprechen von beruflichen Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 2005: 71f), die als soziale Ungerechtigkeit und Arbeitsstress wahrgenommen werden. Die vorliegende Arbeit analysiert nicht nur das Bestehen von Gratifikationskrisen bei österreichischen SpitalsärztInnen, sondern fokussiert mit der Forschungsfrage und ihren Subfragen die Folgen von Gratifikationskrisen für die ärztliche Gesundheit, die Lebens- und Arbeitszufriedenheit sowie die Stressbewältigung. Das Ziel ist, die Auswirkungen von Gratifikationskrisen besser zu verstehen und dadurch wirksame Präventionsmaßnahmen zu ermöglichen. Zur statistischen Hypothesentestung eines erhöhten Gesundheitsrisikos bei Vorliegen von Gratifikationskrisen, einer übersteigerten Verausgabungsleistung oder beidem und zur Beantwortung der Forschungsfrage(n) wurde ein fünfteiliger Fragebogen entwickelt, der erstmals in Österreich die lange Version des Gratifikationskrisen-Fragebogens nach Siegrist (2012b; 2012c) auf die Gruppe der SpitalsärztInnen anwendet und mit einem spezifischen Fragekomplex zur Stressbewältigung (vgl. Lazarus 1991: 449) verbindet. Die im Querschnittdesign angelegte Befragung kam in ausgewählten Krankenanstalten zum Einsatz und beinhaltet die Angaben von 48 Respondenten, wodurch viele deskriptive und einige multivariate Analysen ermöglicht wurden.

Insgesamt leiden 83,3% der Befragten unter Gratifikationskrisen. Die ER-Ratio gibt die Intensität der Gratifikationskrisen an und liegt mit 1,33 deutlich über dem Sollwert von 1. Zwischen Männern und Frauen bestehen nur marginale Unterschiede. Der Anteil der im ländlichen Raum Betroffenen ist mit 89,7 % und einer ER-Ratio von 1,41 wesentlich höher als im großstädtischen Raum mit 55,6 % und einer ER-Ratio von 1,02; die Intensität einer übersteigerten Verausgabungsleistung (OC-Ratio) verläuft kongruent dazu. Der Zusammenhang zwischen der ER-Ratio und der Arbeitsumgebung ist signifikant und daher für die gesamte Berufsgruppe anzunehmen. In wieweit diese Unterschiede dadurch bedingt sind, dass die Befragung im ländlichen Raum bei einem öffentlichen und im großstädtischen Raum bei einem privatwirtschaftlichen Arbeitgeber durchgeführt wurden, lässt sich in vorliegender Arbeit nicht ausreichend klären und sollte in weiteren Forschungsarbeiten näher untersucht werden. Interventionen zur Prävention oder Abschwächung von Gratifikationskrisen können auf drei Ebenen stattfinden (vgl. Klein/von dem Knesebeck 2013: 91): individuell durch Reflexionen stressreicher Situationen und Praktiken des Zeitmanagements, interpersonell durch die Verbesserung des Führungsverhaltens von Vorgesetzten im Sinne erhöhter Kooperation und Unterstützung der MitarbeiterInnen und strukturell durch Reduktion des ärztlichen Verwaltungsaufwands und der Arbeitszeiten.

Knapp zwei Drittel der befragten SpitalsärztlInnen fühlen sich sehr oder eher gesund, weisen gleichzeitig aber deutliche Gratifikationskrisen auf. Die ER-Ratio steigt von 1,08 bei sehr guter bis 3,08 bei sehr schlechter Gesundheit tendenziell an. Größere Anteilsunterschiede zeigen sich nur in der räumlichen Dimension: in der Stadt tätige SpitalsärztlInnen fühlen sich zu 89 % gesund, am Land sind es nur 59 %. Gratifikationskrisen und eine übersteigerte Verausgabungsleistung haben einen signifikanten, negativen Einfluss auf die Gesundheit ($r = -0,43$ bzw. $-0,46$); am größten ist dieser Einfluss, wenn beide Aspekte zutreffen ($r = -0,47$). Konkrete Krankheitsinzidenzen wurden in vielen Studien ausgemacht und im Ergebnis- und Diskussionsteil dieser Arbeit beschrieben.

Gratifikationskrisen wirken sich signifikant und negativ auf die Zufriedenheit der SpitalsärztInnen mit ihrem Leben, dem Arbeitsklima, der Kooperation mit anderen Abteilungen, der Behandlungsqualität der PatientInnen und der Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben (Work-Life-Balance) aus ($r = -0,57$ bis $-0,67$). Die generelle Lebenszufriedenheit der Befragten sinkt bei bestehenden Gratifikationskrisen um 10 %, bleibt aber auf einem sehr hohen Niveau. Wie ist das soziologisch zu erklären? Der Vergleich mit einer deutschen Studie, die zu ähnlichen Ergebnissen kommt (Hofmeister et al. 2010) lässt Fragen offen, die einen Ansatzpunkt für zukünftige Forschungsarbeiten bieten. Im großstädtischen Raum tätige SpitalsärztInnen sind in allen Bereichen am zufriedensten; männliche Befragte ebenso, außer bei der Behandlungsqualität. Die Kooperationszufriedenheit reduziert sich in der Gruppe der von Gratifikationskrisen Betroffenen um 37,5 %, steigt aber mit zunehmender Berufsdauer signifikant, was auf soziale Anpassungsleistungen der Personen verweist. Nur die Hälfte der Befragten ist mit der Work-Life-Balance zufrieden; bei Frauen, die unter Gratifikationskrisen leiden, sinkt dieser Wert auf 38,1 %. Obwohl immer mehr Krankenhäuser Programme zur Verbesserung der Work-Life-Balance implementieren, besteht noch großer Handlungs- und Optimierungsbedarf.

Der Einsatz und Erfolg von Stressbewältigung in Form verschiedener Copingstrategien hängt von der Situationsbewertung der Personen ab und hat das Ziel, die Transaktion zwischen Umwelt und Person zu verbessern (vgl. Siegrist 1996: 36; Lazarus/Folkman 1984: 138). Durch auftretende Gratifikationskrisen verändert sich der Einsatz von Copingstrategien bei SpitalsärztInnen signifikant: die Selbstbeurteilung durch eine positive Neubewertung der persönlichen Entwicklung und die Akzeptanz von Verantwortung werden negativ beeinflusst, die Suche nach sozialer Unterstützung und die Kommunikation mit KollegInnen und Pflegepersonal werden reduziert; für geplante und durchdachte Problemlösungsstrategien stehen weniger Ressourcen zur Verfügung. Frauen versuchen eher, Arbeitsstress über Selbstkritik zu bewältigen. SpitalsärztInnen in kleinstädtischer

bzw. ländlicher Arbeitsumgebung suchen signifikant weniger nach sozialer Unterstützung. Mit Selbstbeurteilung und Akzeptanz von Verantwortung bestehen signifikante, negative Korrelationen, welche auch bei einem verminderten Gesundheitszustand der Personen festzustellen sind. Umgekehrt wirken sich höhere Zufriedenheitswerte vor allem positiv auf die Selbstbeurteilung aus. Die theoretischen Modelle von Coping und Gratifikationskrisen wurden anhand der aktuell erhobenen Daten mittels explorativer Faktorenanalyse überprüft. Während erhebliche Abweichungen zum Copingkonzept festgestellt wurden, entsprechen die ermittelten Faktoren bei den Gratifikationskrisen im Wesentlichen dem zugrunde gelegten Modell.

8 Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Ahlers, Elke (2014): Möglichkeiten und Grenzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht einer arbeitnehmerorientierten Wissenschaft. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin-Heidelberg: Springer. S. 35 – 43. DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_5.

AK Oberösterreich (2012): Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor. Grundlagen, Ziele und Ergebnisse. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich. http://media.arbeiterkammer.at/ooe/publikationen/arbeitklimaindex/AKI_Schriftenreihe_Band_2.pdf Download am 25.1.2017.

AK Oberösterreich (2016): Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich. <https://ooe.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitswelt/arbeitklima/Arbeitsgesundheitsmonitor.html> Angesehen am 8.7.2016.

Backhaus, Klaus; Erichson, Bernd; Plinke, Wulff; Weiber Rolf (2011): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin: Springer Verlag.

Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer. DOI 10.1007/978-3-642-04337-6.

Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.) (2014): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin-Heidelberg: Springer. DOI 10.1007/ 978-3-662-43531-1.

Baltaci, Köksal (2015): Wie Ärzte gehalten werden können. In: DiePresse.com. Online-Ausgabe vom 28.7.2015. Wien: "Die Presse" Verlags-Gesellschaft m.b.H. Co KG. <http://diepresse.com/home/panorama/wien/ideenfuerwien/4785740/Wie-Aerzte-gehalten-werden-konnen> Angesehen am 25.1.2017.

Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke; Schmidt, Sascha; Rieger, Monika A.; Berger, Elisabeth; Wittich, Andrea; Dieterle, Wilfried E. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. <http://d-nb.info/992064201/34/> Download am 25.1.2017.

BÄK – Bundesärztekammer Deutschland (2015): Ärztestatistik 2015.
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf Download am 4.1.2017.

Bernard, Claude (1865): *Introduction a l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Flammarion.

Biffl, Gudrun; Faustmann, Anna; Gabriel, Doris; Leoni, Thomas; Mayrhuber, Christine; Rückert, Eva (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht. Krems/Wien: Donau-Universität Krems in Zusammenarbeit mit dem WIFO im Auftrag der Arbeiterkammer Wien.
<http://duweb.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/migrationglobalisierung/forschung/ak-wien-psychische-belastungen-2011.pdf> Download am 25.1.2017.

Bödeker, Wolfgang (2010): Arbeitsunfähigkeitsanalysen. In: Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 239 – 245. DOI 10.1007/978-3-642-04337-6.

Borgetto, Bernhard (2010): Soziale Beziehungen und Gesundheit. In: Badura, Bernhard; Walter, Uta; Hehlmann, Thomas (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer. S. 339 – 349. DOI 10.1007/978-3-642-04337-6.

Cannon, Walter B. (1928): The mechanisms of emotional disturbance of bodily functions. *New England Journal of Medicine* 198. S. 877 – 884.

Cannon, Walter B. (1932): *The Wisdom of the Body*. New York: W. W. Norton & Co.

Dilcher, Bettina; Hammerschlag, Lutz (Hg.) (2012): Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-8349-7155-5.

Dilcher, Bettina; Hammerschlag, Lutz; Althoff, Jochen (2012a): Effiziente Strukturen und attraktive Arbeitsplätze im Krankenhaus? Das muss kein Widerspruch sein! In: Dilcher, Bettina; Hammerschlag, Lutz (Hg.): Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 3 – 26. DOI 10.1007/978-3-8349-7155-5_1.

Durkheim, Emile (1893): *De la division du travail social*. Paris: F. Alcan.

Eichmann, Hubert; Saupe, Bernhard; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hg.): (2014): Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Follow-Up-Studie. Sozialpolitische Studienreihe Band 15. Wien: Verlag des ÖGB GmbH. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-412528> Download am 25.1.2017.

Folkman, Susan; Lazarus, Richard S.; Dunkel-Schetter, Christine; DeLongis, Anita; Gruen, Rand J. (1986): Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5). S. 992 – 1003. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992> Download am 25.1.2017.

Folkman, Susan; Lazarus, Richard S. (1988): *Ways of Coping Questionnaire (Research Edition)*. Redwood City, CA: Mind Garden, Consulting Psychologists Press, Inc.

Gunkel, Ludwig; Böhm, Sandra; Tannheimer, Nicole (2014): Resiliente Beschäftigte – eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin-Heidelberg: Springer. S. 257 – 268. DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_25.

Hay, Donald; Oken, Donald (1972): The Psychological Stresses of Intensive Care Unit Nursing. *Psychosomatic Medicine*, 34 (2). S. 109 – 118. DOI 10.1007/978-1-4684-2256-6_26.

Hasselhorn, Hans Martin; Ebener, Melanie (2014): Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Motivation bei älter werdenden Belegschaften. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin-Heidelberg: Springer. S. 75 – 84. DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_8.

Hofmeister, Dirk; Rothe, Katharina; Alfermann, Dorothee; Brähler, Elmar (2010): Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Fuchs, Christoph; Kurth, Bärbel-Maria; Scriba, Peter C. (Reihen-Hg.) (2010): *Report Versorgungsforschung*. Band 2. Schwartz, Friedrich Wilhelm; Angerer, Peter (Hg.): *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 159 - 173

Kalliauer, Johann; Raml, Reinhard (2015): Beruf beeinflusst die Gesundheit. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich.
https://media.arbeiterkammer.at/ooe/presseunterlagen/arbeitsgesundheitsmonitor/PKU_03.12.2015_Arbeitsgesundheitsmonitor.pdf Download am 5.12.2015.

Karasek, Robert A. Jr. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain. Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly* 24 (2). S. 285 – 308. DOI 10.2307/2392498.

Karl-Trummer, Ursula; Novak-Zezula, Sonja; Loidolt, Astrid; Schmied, Hermann (2007): MitarbeiterInnengesundheit und ihre Determinanten im Setting Krankenhaus. Endbericht für das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

Klein, Jens; von dem Knesebeck, Olaf (2013): Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Berufsperspektiven chirurgisch tätiger Assistenzärzte. In: Fuchs, Christoph; Kurth, Bärbel-Maria; Scriba, Peter C. (Reihen-Hg.) (2013): Report Versorgungsforschung. Band 6. Fuchs, Christoph; Koch, Thea; Scriba, Peter C. (Hg.): Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung. Eine Herausforderung für die gesamte Ärzteschaft. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

LaRocco, James M.; House, James S.; French, John R. P. Jr. (1980): Social Support, Occupational Stress, and Health. *Journal of Health and Social Behaviour* 21 (3), S. 202–218. <http://www.jstor.org/stable/2136616> Download am 25.1.2017.

Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan (1984): Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.

Lazarus, Richard S. (1991): Emotion and Adaption. New York: Oxford University Press.

Merton, Robert K. (1936): The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review* 1 (6). S. 894 – 904. <http://www.jstor.org/stable/2084615> Download am 25.1.2017.

Merton, Robert K. (1957): Social theory and social structure. Revised and enlarged edition. Glencoe, IL: The Free Press.

Meyer, Markus; Modde, Johanna; Glushanok, Irina (2014): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin-Heidelberg: Springer. S. 323 – 511. DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_31.

ÖÄK - Österreichische Ärztekammer (2015): Tagung der europäischen Spitalsärzte: EU-Arbeitszeitrichtlinie soll eingehalten werden. Arbeitsbedingungen und Ärztemangel sind gesamteuropäisches Problem. http://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/4682060?_101_INSTANCE_777cp2QuE8rt_redirect=%2F Angesehen am 25.1.2017.

- RamI**, Reinhard (2009): Positive Indikatoren der Gesundheit im Kontext Arbeit. Eine interdisziplinäre Erweiterung des Gesundheitsbegriffs und dessen Folgen für die Differenzierung gesundheitlicher Lagen bei unselbstständig Beschäftigten. Graz: Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Dissertation.
- RamI**, Reinhard (2012): Wissenschaftliche Grundlagen des Österreichischen Arbeitsgesundheitsmonitors. In: AK Oberösterreich: Der Österreichische Arbeitsgesundheitsmonitor. Grundlagen, Ziele und Ergebnisse. Linz: Arbeiterkammer Oberösterreich.
http://media.arbeiterkammer.at/oe/publikationen/arbeitklimaindex/AKI_Schriftenreihe_Band_2.pdf Download am 25.1.2017.
- Rödel**, Andreas; Siegrist, Johannes; Hessel, Aike; Brähler, Elmar (2004): Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 25 (4). S. 227 – 238. DOI 10.1024/0170-1789.25.4.227.
- Schönberg**, Gerlinde (2012): Personalentwicklung im demografischen Wandel als Chance für das Krankenhaus. In: Dilcher, Bettina (Hg.); Hammerschlag, Lutz: Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 231 – 256. DOI 10.1007/978-3-8349-7155-5_11.
- Schöne**, Lajos (2015): Die Götter in Weiß sind kränker als ihre Patienten. In: WeltN24. Online-Ausgabe vom 30.4.2015. Berlin: WeltN24 GmbH.
<http://www.welt.de/gesundheit/article140318244/Die-Goetter-in-Weiss-sind-kraenker-als-ihre-Patienten.html> Download am 25.1.2017.
- Selye**, Hans (1936): A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. Nature 138 (3479). S. 32. DOI 10.1038/138032a0.
- Selye**, Hans (1973): The Evolution of the Stress Concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. American Scientist, 61 (6). S 692 - 699.
<http://www.jstor.org/stable/27844072> Angesehen am 25.1.2017.
- Selye**, Hans (1977): Stress. Lebensregeln vom Entdecker des Stress-Syndroms. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Siegrist**, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Siegrist**, Johannes (2005): Medizinische Soziologie. 6. Aufl. München: Elsevier.

Siegrist, Johannes (2012): Die ärztliche Rolle im Wandel. *Bundesgesundheitsblatt* 55 (9). Berlin: Springer. S. 1100 – 1105. DOI 10.1007/s00103-012-1527-y.

Siegrist, Johannes (2012a): Effort-reward imbalance at work – theory, measurement and evidence. Düsseldorf: University Düsseldorf, Dept. of Medical Sociology. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/ERI-Website.pdf Download am 24.4.2016.

Siegrist, Johannes (2012b): Effort-reward imbalance questionnaires. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Questionnaires/German/D_ERI_LONG_NOV2012.pdf Download am 19.2.2016.

Siegrist, Johannes (2012c): Overcommitment. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/Questionnaires/German/D_OC_NOV2012.pdf Download am 24.4.2016.

Siegrist, Johannes; Starke, Dagmar; Chandola, Tarani; Godin, Isabelle; Marmot, Michael; Niedhammer, Isabelle; Peter, Richard (2004): The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8). S. 1483-1499. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00351-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00351-4) Download am 25.1.2017.

Siegrist, Johannes, Li, Jian; Montano, Diego (2014): Psychometric properties of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Düsseldorf: University Düsseldorf, Dept. of Medical Sociology. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/institut_fuer_medizinische_soziologie_id54/ERI/PsychometricProperties.pdf Download am 24.4.2016.

Sorlie, Tore; Sexton, Harold C. (2001): The factor structure of “The Ways of Coping Questionnaire” and the process of coping in surgical patients. *Personality and Individual Differences* 30 (6). S. 961 – 975. DOI 10.1016/S0191-8869(00)00086-6.

Statistik Austria (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Statistik Austria (2016): Personal im Gesundheitswesen. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html Download am 4.1.2017.

Tanner, Grit; Bamberg, Eva; Kozak, Agnessa; Kersten, Maren; Nienhaus, Albert (2015): Hospital physicians' work stressors in different medical specialities: a statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 10 (7). S. 1 – 8. DOI 10.1186/s12995-015-0052-y.

Thielsch, Meinald T.; Weltzin, Simone (2012): Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In: Thielsch, Meinald T.; Brandenburg, Torsten (Hg.) (2012): *Praxis der Wirtschaftspsychologie II. Themen und Fallbeispiele für Studium und Anwendung*. Münster: MV Wissenschaft. S. 109 – 127.

<https://books.google.at/books?hl=de&lr=&id=SH7LwVCjFMgC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Praxis+der+Wirtschaftspsychologie+II&ots=FS8jVsv1WD&sig=ex48WYCLGT5rYxODE4py27oyRcg#v=onepage&q=Praxis%20der%20Wirtschaftspsychologie%20II&f=false> Angesehen am 25.1.2017.

Unipark & QuestBack (2014): Online-Umfragen einfach erstellen. Köln: QuestBack GmbH. <http://www.unipark.com/de/> Angesehen am 25.1.2017.

Vahle-Hinz, Tim; Plachta, Anna (2014): Flexible Beschäftigungsverhältnisse. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hg.): *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin-Heidelberg: Springer. S. 103 – 111. DOI 10.1007/978-3-662-43531-1_11.

Weber, Max (2006) [1904/05]: *Die protestantische Ethik und der „Geist“ des Kapitalismus*. München: FinanzBuch Verlag GmbH.

9 Anhänge

9.1 Der Fragebogen

Fragebogen SpitalsärztInnen

Herzlich Willkommen zur SpitalsärztInnen-Umfrage über berufsbedingte Stressformen und Gesundheit. Mit dieser unabhängigen Befragung im Zuge meiner Masterarbeit (Universität Wien) soll ein wissenschaftlicher Beitrag dazu geleistet werden, arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken und Stressbewältigungsmöglichkeiten von angestellten ÄrztInnen in Österreich besser zu verstehen und dadurch mögliche Präventionsmaßnahmen aufzuzeigen. Dazu sind Ihre Einschätzungen von enormer Wichtigkeit.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert, sodass jegliche Rückschlüsse auf Ihre Person ausgeschlossen sind. Das Beantworten der Fragen wird ca. 10 Minuten Ihrer Zeit beanspruchen.

Die Ergebnisse der Umfrage werden zentral zur Verfügung gestellt. Sollten Sie Fragen zur Umfrage oder Probleme mit dem Fragebogen haben, wenden Sie sich unter Angabe Ihrer E-Mail-Adresse gerne jederzeit an mich unter heinz.piwonka@chello.at Vielen Dank im Voraus für Ihre Mitarbeit!

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen und geben Sie für jede der Fragen an, ob Sie voll zustimmen, zustimmen, nicht zustimmen oder gar nicht zustimmen.

Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Die häufigsten Störungsursachen sind:

.....
.....

Bei meiner Arbeit habe ich viel Verantwortung zu tragen.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Es ist notwendig, häufig Überstunden zu machen.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Ich werde bei meiner Arbeit ungerecht behandelt.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind gut.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Ich erfahre - oder erwarte - eine Verbesserung meiner Arbeitssituation.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Mein eigener Arbeitsplatz ist sicher.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

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

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

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

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

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

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich mein Gehalt für angemessen.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf herum.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Wenn ich etwas verschiebe, was ich eigentlich heute tun müsste, kann ich nachts nicht schlafen.

stimme voll zu stimme zu stimme nicht zu stimme gar nicht zu

Es folgen nun Fragen zu Ihrer Gesundheit, Arbeitszufriedenheit und beruflichen Situation:

Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen ein?

sehr gut gut mittelmäßig eher schlecht sehr schlecht

Wie zufrieden sind Sie...

mit Ihrem Leben generell?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher nicht zufrieden gar nicht zufrieden

mit dem Arbeitsklima in Ihrer derzeitigen Abteilung?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher nicht zufrieden gar nicht zufrieden

mit der Kooperation zwischen ihrer und anderen medizinischen Abteilungen?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher nicht zufrieden gar nicht zufrieden

mit der Qualität der Patientenbehandlung in Ihrer Abteilung?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher nicht zufrieden gar nicht zufrieden

mit dem Gleichgewicht zwischen Arbeits- und Privatleben (Work-Life-Balance) in Ihrem Krankenhaus?

- sehr zufrieden eher zufrieden eher nicht zufrieden gar nicht zufrieden

Machen Sie derzeit regelmäßig Nacht- oder Wochenenddienste im Spital?

- nur Nachtdienste nur Wochenenddienste beides keine Dienste

Wie viele Stunden beträgt derzeit im Durchschnitt Ihre wöchentliche Arbeitszeit?

Bitte rechnen Sie regelmäßige Überstunden, Nacht- und Wochenenddienste mit ein.

Wochenstunden:

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenstand?

Tage:

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten im Urlaub?

Tage:

Im Arbeitsleben kann es immer wieder zu Problemen und Konflikten kommen, die durch unterschiedliche Erwartungen der Personen verursacht werden. Stellen Sie sich nun bitte eine schwierige und stressige Arbeitssituation im Team vor, an der Sie beteiligt sind. In wie weit stimmen Sie folgenden Aussagen zu bzw. nicht zu?

Ich versuche die verantwortliche Person zu sprechen und ihre Meinung zu ändern.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich zeige meinen Ärger der Person, die das Problem verursacht hat.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich mache so weiter als ob nichts passiert wäre.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich lasse das Problem nicht an mich herankommen bzw. lehne es ab, zu viel darüber nachzudenken.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich versuche meine Gefühle für mich zu behalten.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich versuche nicht zu hastig zu reagieren oder folge meiner ersten Vorahnung.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich spreche mit jemandem, um mehr über die Situation herauszufinden.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich frage einen Freund oder Verwandten, dessen Meinung ich hochschätze.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich vermeide den Kontakt mit anderen Personen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich erstelle mir einen Handlungsplan und verfolge ihn.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich konzentriere mich nur darauf, was als nächstes zu tun ist – der nächste Schritt.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Als Beteiligte(r) kritisiere ich mich selbst und mache mir Vorhaltungen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Als Beteiligte(r) entschuldige ich mich und versuche es wiedergutzumachen.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Wenn Sie an Ihre Vergangenheit von Ihrer Kindheit bis heute denken, in wie weit stimmen Sie folgenden Aussagen zu bzw. nicht zu?

Ich bin mit meiner persönlichen Entwicklung zufrieden.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Ich weiß heute, was im Leben wichtig ist.

stimme zu stimme eher zu stimme eher nicht zu stimme nicht zu

Abschließend beantworten Sie bitte aus statistischen Gründen noch einige Fragen zu Ihrer Person:

In welchem Jahr sind Sie geboren?

Geburtsjahr:

Welches Geschlecht haben Sie?

weiblich männlich

Welche berufliche Position üben Sie derzeit aus?

TurnusärztlIn
 AssistenzärztlIn
 StationsärztlIn
 OberärztlIn
 PrimärärztlIn
 ärztliche(r) DirektorIn
 andere Position, nämlich:

Wie lange sind Sie schon in dieser Position tätig?

Jahre/Monate:

Wie lange sind Sie insgesamt schon als Arzt/Ärztin tätig?

Jahre/Monate:

In welcher Abteilung sind Sie derzeit tätig?

Abteilung:

In welcher Umgebung sind Sie derzeit spitalsärztlich tätig?

im (groß)städtischen Raum im (kleinstädtischen) ländlichen Raum

9.2 SPSS-Syntax

```
*****
*** Berechnung Positions-, Arztdauer und Alter ***
*****
```

DATASET ACTIVATE DataSet1.
COMPUTE posdauer=v54 + v55/12.
VARIABLE LABELS posdauer 'Positionsdauer in Jahren'.
EXECUTE.

fre posdauer.

COMPUTE arztdauer=v56 + v57/12.
VARIABLE LABELS arztdauer 'Arztdauer in Jahren'.
EXECUTE.

fre arztdauer.

compute alter=2016 - v50.
variable labels alter 'Alter'.
execute.

fre alter.

```
*****
*** Revers Rekode v1 bis v24, außer v11 (ungerecht behandelt) und v21 (Abschalten sehr leicht) ***
*** und Berechnung Effort, Reward, OC, ERI (Korrekturfaktor = 10/5 = 2), Gratifikationskrise j/n ***
*****
```

RECODE v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v12 v13 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v22 v23 v24 (1=4) (2=3) (3=2) (4=1).
value labels v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v12 v13 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v22 v23 v24 1'stimme gar nicht zu' 2'stimme nicht zu' 3'stimme zu' 4'stimme voll zu'.
EXECUTE.
fre v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v13 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v21 v22 v23 v24.

COMPUTE effort=v1+v2+v6+v7+v8.
VARIABLE LABELS effort 'Summe Effort'.
EXECUTE.
fre effort.

COMPUTE reward=v9+v10+v11+v12+v13+v14+v15+v16+v17+v18.
VARIABLE LABELS reward 'Summe Reward'.
EXECUTE.
fre reward.

COMPUTE rewardw=v9+v10+v11+v16.
VARIABLE LABELS rewardw 'Summe Reward - Wertschätzung'.
EXECUTE.

COMPUTE rewarda=v12+v15+v17+v18.
VARIABLE LABELS rewarda 'Summe Reward - berufl. Aufstieg'.
EXECUTE.

COMPUTE rewards=v13+v14.
VARIABLE LABELS rewards 'Summe Reward - Sicherheit'.
EXECUTE.

fre reward rewardw rewarda rewards.

COMPUTE oc=v19+v20+v21+v22+v23+v24.
VARIABLE LABELS oc 'Summe Overcommitment'.
EXECUTE.
fre oc.

* ERI errechnen

compute eri=2*effort/reward.
variable labels eri 'ERI - Quotient'.

execute.
fre eri.

RECODE eri (Lowest thru 1=0) (1.001 thru Highest=1) INTO gratkrise.
VARIABLE LABELS gratkrise 'Gratifikationskrise'.
value labels gratkrise 0'keine Gratifikationskrise' 1'Gratifikationskrise'.
EXECUTE.
fre gratkrise.

* Overcommitment errechnen (analog zu eri)

compute ocratio=10/6*oc/reward.
variable labels ocratio 'OC - Quotient'.
execute.
fre ocratio.

RECODE ocratio (Lowest thru 1=0) (1.001 thru Highest=1) INTO ockrise.
VARIABLE LABELS ockrise 'Verausgabungskrise'.
value labels ockrise 0'keine Verausgabungskrise' 1'Verausgabungskrise'.
EXECUTE.
fre ockrise.

* Kombinierte Krise errechnen (ERI + OCratio)

compute erocratio=eri*ocratio.
variable labels erocratio 'Kombinierter Quotient (eri*ocratio)'.
execute.
fre erocratio.

recode erocratio (Lowest thru 1=0) (1.001 thru Highest=1) INTO erockrise.
VARIABLE LABELS erockrise 'Kombinierte Krise'.
value labels erockrise 0'keine kombinierte Krise' 1'kombinierte Krise'.
EXECUTE.
fre erockrise.

*** Rekodieren Abteilung ***

RECODE v58 ('Anä'=1) ('Anästhesie'=1) ('Anästhesie und Intensiv'=1) ('Anästhesie und Intensivmedizin'=1) ('Direktion/Anästhesie'=1) INTO abteilung.
RECODE v58 ('chirurgie'=2) ('Chirurgie'=2) ('OP'=2) ('OP-Assistentin'=2) INTO abteilung.
RECODE v58 ('Frauenheilkunde und Geburtshilfe'=3) ('Gynäkologie'=3) INTO abteilung.
RECODE v58 ('Innere Medizin'=4) ('interne'=4) ('Pädiatrie'=4) ('Rheumatologie'=4) INTO abteilung.
RECODE v58 ('Institut für Medizinisch Chemische Labordiagnostik, ärztliche Direktion'=5) ('Zentrallabor'=5) INTO abteilung.
RECODE v58 ('Neurologie'=6) INTO abteilung.
RECODE v58 ('Orthopädie'=7) INTO abteilung.
RECODE v58 ('radiologie'=8) ('Radiologie'=8) ('Radiologie-Diagnostik'=8) INTO abteilung.
RECODE v58 ('unfall'=9) ('Unfallchirurgie'=9) INTO abteilung.
VARIABLE LABELS abteilung 'Abteilung rekodiert'.
VALUE LABELS abteilung 1'Anästhesie' 2'Chirurgie' 3'Gynäkologie' 4'Innere Medizin' 5'Labordiagnostik' 6'Neurologie'
7'Orthopädie' 8'Radiologie' 9'Unfallchirurgie'.
EXECUTE.
fre v58 abteilung.

*** Rekodieren Position (ärztl. Direktorin raus aus Kat. "andere" ***
*** und Aufteilung Position in Management j/n ***

DO IF (v53='ärztliche Direktorin (3 Jahre) und Primärärztin (10 Jahre)').
RECODE v52 (7=6).
END IF.
EXECUTE.

RECODE v53 ('ärztliche Direktorin (3 Jahre) und Primärärztin (10 Jahre)'=-99').
EXECUTE.

fre v52 v53.

```
recode v52 (4=1) (5=1) (6=1) (else=0) into managem.  
variable labels managem 'Management-Position (OA, Prim, ärztl. Dir.)'.  
value labels managem 1'Management' 0'kein Management'.  
execute.
```

fre managem.

```
*****  
*** Rekodieren Gesundheit ***  
*****
```

* Rekodieren Wert 6 = mittelmäßig auf Wert 3, Rest bleibt gleich.

```
RECODE v25 (6=3) (1=1) (2=2) (4=4) (5=5).  
EXECUTE.  
fre v25.
```

* Rekodieren Gesundheit auf dichotom (0 = gesund, 1 = nicht gesund)

```
RECODE v25 (1 thru 2=0) (3 thru Highest=1) INTO gesund.  
VARIABLE LABELS gesund 'Gesundheit dichotom'.  
value labels gesund 0'gesund' 1'nicht gesund'.  
EXECUTE.
```

fre v25 gesund.

```
*****  
*** Rekodieren Zufriedenheitswerte ***  
*****
```

```
RECODE v26 v27 v28 v29 v30 (1=4) (2=3) (3=2) (4=1).  
value labels v26 v27 v28 v29 v30 1'gar nicht zufrieden' 2'eher nicht zufrieden' 3'eher zufrieden' 4'sehr zufrieden'.  
EXECUTE.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

```
*****  
*** Rekodieren Coping ***  
*****
```

* Rekodieren Zuordnungen für Coping-Variablen

```
RECODE v35 v36 v37 v38 v39 v40 v41 v42 v43 v44 v45 v46 v47 v48 v49 (1=3) (2=2) (3=1) (4=0).  
value labels v35 v36 v37 v38 v39 v40 v41 v42 v43 v44 v45 v46 v47 v48 v49 0'stimme nicht zu' 1'stimme eher nicht zu'  
2'stimme eher zu' 3'stimme zu'.  
EXECUTE.  
fre v35 v36 v37 v38 v39 v40 v41 v42 v43 v44 v45 v46 v47 v48 v49.
```

* Werte je Copingstrategie errechnen und auf 100 (%) normieren

```
COMPUTE confrontive=100*((v35 + v36) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS confrontive 'Confrontive'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE distancing=100*((v37 + v38) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS distancing 'Distancing'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE selfcont=100*((v39 + v40) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS selfcont 'Self-Controlling'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE socsup=100*((v41 + v42) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS socsup 'Seeking social support'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE escavd=100*v43/3.  
VARIABLE LABELS escavd 'Escape-Avoidance'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE probsolv=100*((v44 + v45) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS probsolv 'Planful problem solving'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE resp=100*((v46 + v47) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS resp 'Accepting responsibility'.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE reapp=100*((v48 + v49) / 2) / 3.  
VARIABLE LABELS reapp 'Positive reappraisal'.  
EXECUTE.
```

```
fre confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp.
```

* Relative Zustimmung als Anteile des persönlichen Portfolios von Copingstrategien berechnen

```
compute copsum = confrontive + distancing + selfcont + socsup + escavd + probsolv + resp + reapp.  
variable labels copsum 'Summe aller Copingstrategien'.  
execute.
```

```
compute confrontive_r = confrontive / copsum.  
variable labels confrontive_r 'relative Zustimmung konfrontierend'.  
execute.
```

```
compute distancing_r = distancing / copsum.  
variable labels distancing_r 'relative Zustimmung distanzierend'.  
execute.
```

```
compute selfcont_r = selfcont / copsum.  
variable labels selfcont_r 'relative Zustimmung selbst-kontrollierend'.  
execute.
```

```
compute socsup_r = socsup / copsum.  
variable labels socsup_r 'relative Zustimmung suchend nach sozialer Unterstützung'.  
execute.
```

```
compute escavd_r = escavd / copsum.  
variable labels escavd_r 'relative Zustimmung flüchtend/vermeidend'.  
execute.
```

```
compute probsolv_r = probsolv / copsum.  
variable labels probsolv_r 'relative Zustimmung problemlösend'.  
execute.
```

```
compute resp_r = resp / copsum.  
variable labels resp_r 'relative Zustimmung Verantwortung akzeptierend'.  
execute.
```

```
compute reapp_r = reapp / copsum.  
variable labels reapp_r 'relative Zustimmung positiv neubewertend'.  
execute.
```

```
*****  
*** Descriptive Statistics ERI ***  
*****
```

* Effort and Mean Values ERI-Quot. for Questions (Expression "stimme zu")

```
fre v1 v2 v6 v7 v8.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v1  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v2  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
```

```
/MISSING=VARIABLE.  
  
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v6  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v7  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v8  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

*Reward und Mittelwerte ERI-Quot. für Fragen (Ausprägung "stimme zu")

fre v9 v10 v11 v12 v13 v14 v15 v16 v17 v18.

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v9  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v10  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v11  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v12  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v13  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v14  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v15  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v16  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

SUMMARIZE

```
/TABLES=eri BY v17
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v18
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

* Overcommitment und Mittelwerte ERI-Quot. für Fragen (Ausprägung "stimme zu")

fre v19 v20 v21 v22 v23 v24.

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v19
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v20
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v21
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v22
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v23
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=eri BY v24
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

* Overcommitment und Mittelwerte OC-Quot. für Fragen (Ausprägung "stimme zu")

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v19
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v20
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v21
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v22
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v23
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE
/TABLES=ocratio BY v24
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

* Mittelwerte und Standardabweichungen ERI

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=effort reward oc eri
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX semean.
```

* Kreuztabellen ERI mit Geschlecht, Alter, Arztdauer, Posdauer, Position.

```
CROSSTABS
/TABLES=v51 BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=alter BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=arztdauer BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=posdauer BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=v52 BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT row
/COUNT ROUND CELL.
```

* Korrelation Gratifikationskrise j/n, Position (Spearman)

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=gratkrise v52
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation ERI-Quot., Positionsdauer

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=eri posdauer
```

```
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation ERI-Quot., Arztdauer

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=eri arztdauer
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation ERI-Quot., Alter

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=eri alter
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
*****
*** ERI - Tabelle ***
*****
```

* gratkrise j/n nach Geschlecht und Umgebung

```
CROSSTABS
/TABLES=gratkrise BY v51
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI CORR
/CELLS=COUNT col
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=gratkrise BY v59
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI CORR
/CELLS=COUNT col
/COUNT ROUND CELL.
```

* ERI-Quotient, Effort, Reward ++, OC nach Geschlecht, Umgebung, Position und Management-Position

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=eri effort reward rewardw rewarda rewards ocratio erocratio
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=eri effort reward rewardw rewarda rewards ocratio erocratio
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v52.
SPLIT FILE SEPARATE BY v52.
DESCRIPTIVES VARIABLES=eri effort reward rewardw rewarda rewards ocratio erocratio
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY managm.
SPLIT FILE SEPARATE BY managm.
DESCRIPTIVES VARIABLES=eri effort reward rewardw rewarda rewards ocratio erocratio
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

SPLIT FILE OFF.

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=eri effort reward rewardw rewarda rewards ocratio erocratio
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

* Kreuztabelle Gratifikationskrise und Management-Position

```
CROSSTABS
/TABLES=managm BY gratkrise
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR
```

```
/CELLS=COUNT ROW
/COUNT ROUND CELL.
```

* Kreuztabelle Position und Umgebung

```
CROSSTABS
/TABLES=v52 BY v59
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT col
/COUNT ROUND CELL.
```

* Korrelation (Pearson) Alter und Gratifikationskrise

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=alter eri
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES XPROD
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation (Pearson) Arztdauer, Positionsdauer und Gratifikationskrise

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=arztdauer posdauer eri
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES XPROD
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
*****
*** Soziodemographie ***
*****
```

fre alter v51 v52 v53 posdauer arztdauer abteilung v59.

* Alter, Arztdauer, Pos.dauer

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=alter arztdauer posdauer
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

* Mittelwerte für Positionsdauer nach Position

```
SUMMARIZE
/TABLES=posdauer BY v52
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

* Mittelwerte für Positionsdauer nach Stadt/Land

```
SUMMARIZE
/TABLES=posdauer BY v59
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'
/MISSING=VARIABLE.
```

* Korrelation Alter, Arztdauer (Pearson)

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=alter arztdauer
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation Alter, Posdauer (Pearson)

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=alter posdauer
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation Position, Posdauer (Spearman)

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=v52 posdauer
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Chi-2 und Cramers V Geschlecht, Umgebung

```
CROSSTABS
/TABLES=v59 BY v51
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT row
/COUNT ROUND CELL.
```

* Chi-2 und Cramers V Geschlecht, Abteilung

```
CROSSTABS
/TABLES=abteilung BY v51
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

```
*****
***  Objektive Daten  ***
*****
```

* Dienste

fre v31.

* Kreuztabelle für Dienste nach Stadt/Land und Geschlecht

```
CROSSTABS
/TABLES=v31 BY v59
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR
/CELLS=COUNT col
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=v31 BY v51
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR
/CELLS=COUNT col
/COUNT ROUND CELL.
```

* Krankenstandstage, Urlaubstage und Wochenarbeitszeit in Stunden nach Geschlecht und Umgebung

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=v33 v34 v32
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=v33 v34 v32
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
```

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=v33 v34 v32
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

split file off.

* Kreuztabellen Krankenstandstage und Gesundheit

```
CROSSTABS
/TABLES=v33 BY v25
```

```
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CORR  
/CELLS=COUNT ROW  
/COUNT ROUND CELL.
```

* Korrelation Krankenstandstage (Pearson) mit wtl. Arbeitszeit, Urlaubstage Alter, ERI, OC-Ratio, EROC-Ratio

```
CORRELATIONS  
/VARIABLES=v33 v32 v34 alter eri ocratio erocratio  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation Krankenstandstage (Spearman) mit Gratifikationskrisen-Parametern

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=v33 v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v13 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v21 v22 v23 v24  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation Krankenstandstage (Spearman) mit Gesundheit, Lebenzuf., Arbeitsklima, Kooperation, Qualität, Work-Life-Bal.

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=v33 v25 v26 v27 v28 v29 v30  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
*****  
*** Gesundheit ***  
*****
```

* Chi-2 und Korr. Gesundheit und Gratifikationskrise

```
CROSSTABS  
/TABLES=gesund BY gratkrise  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR  
/CELLS=COUNT ROW COLUMN  
/COUNT ROUND CELL.
```

* Korrelation ERI und Gesundheit (Pearson: AV ERI, Spearman: AV Gesundheit)

```
CORRELATIONS  
/VARIABLES=eri v25  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/STATISTICS DESCRIPTIVES  
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=eri v25  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation Overcommitment und Gesundheit (Spearman: AV Gesundheit)

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=ocratio v25  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Korrelation kombinierter Ratio und Gesundheit (Spearman: AV Gesundheit)

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=erocratio v25  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Kreuztabelle ERI und Gesundheitszustand

```
CROSSTABS  
/TABLES=eri BY v25  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI CORR
```

```
/CELLS=COUNT COLUMN  
/COUNT ROUND CELL.
```

* Gesundheit und Mittelwerte ERI-Quot.

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY v25  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=eri BY gesund  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

* Gesundheit und Mittelwerte Overcommitment

```
SUMMARIZE  
/TABLES=ocratio BY v25  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=ocratio BY gesund  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

* Gesundheit und Mittelwerte kombinierter Ratio

```
SUMMARIZE  
/TABLES=erocratio BY v25  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

```
SUMMARIZE  
/TABLES=erocratio BY gesund  
/FORMAT=VALIDLIST NOCASENUM TOTAL LIMIT=100  
/TITLE='Zusammenfassung von Fällen'  
/MISSING=VARIABLE.
```

* Kreuztabelle Gesundheit und Geschlecht

```
CROSSTABS  
/TABLES=v25 BY v51  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR  
/CELLS=COUNT col  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS  
/TABLES=gesund BY v51  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR  
/CELLS=COUNT col  
/COUNT ROUND CELL.
```

* Kreuztabelle Gesundheit und Umgebung

```
CROSSTABS  
/TABLES=v25 BY v59  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR  
/CELLS=COUNT col  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
CROSSTABS  
/TABLES=gesund BY v59  
/FORMAT=AVALUE TABLES
```

```
/STATISTICS=CHISQ PHI CORR  
/CELLS=COUNT col  
/COUNT ROUND CELL.
```

```
*****  
*** Lebens- und Arbeitszufriedenheit ***  
*****
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

* Korrelation (Spearman) mit ERI, Gesundheit, Lebenufr., Arbeitsklima, Kooperation, Qualität, Work-Life-Bal.

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=eri v25 v26 v27 v28 v29 v30  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Zufriedenheiten nach Gratifikationskrise j/n

```
SORT CASES BY gratkrise.  
SPLIT FILE SEPARATE BY gratkrise.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

split file off.

* Zufriedenheiten nach Geschlecht und Umgebung

```
SORT CASES BY v51.  
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

```
SORT CASES BY v59.  
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

split file off.

* Zufriedenheiten nach Geschlecht und Umgebung (Gratifikationskrise j/n)

```
SORT CASES BY gratkrise v51.  
SPLIT FILE SEPARATE BY gratkrise v51.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

```
SORT CASES BY gratkrise v59.  
SPLIT FILE SEPARATE BY gratkrise v59.
```

fre v26 v27 v28 v29 v30.

split file off.

* Korrelation (Spearman) mit Alter, Arztdauer, Posdauer, Lebenufr., Arbeitsklima, Kooperation, Qualität, Work-Life-Bal.

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=alter arztdauer posdauer v26 v27 v28 v29 v30  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
*****  
*** Coping ***  
*****
```

fre v35 v37 v38 v39 v40 v41 v42 v43 v44 v45 v46 v47 v48 v49.

* Zustimmungsprozentsätze Copingstrategien (%)

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp  
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```

SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.

SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.

SPLIT FILE OFF.

* relative Zustimmung als Anteil eines Portfolios von Copingstrategien nach Geschlecht und Umgebung (%)

DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive_r distancing_r selfcont_r socsup_r escavd_r probsolv_r resp_r reapp_r
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.

SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive_r distancing_r selfcont_r socsup_r escavd_r probsolv_r resp_r reapp_r
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.

SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=confrontive_r distancing_r selfcont_r socsup_r escavd_r probsolv_r resp_r reapp_r
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.

SPLIT FILE OFF.

* Korrelationen ERI, Alter und normierte Copingstrategien (Pearson)

CORRELATIONS
/VARIABLES=eri alter confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.

* Korrelation Gesundheit, Geschlecht, Umgebung, Zufriedenheiten und Copingstrategien (Spearman)

NONPAR CORR
/VARIABLES=v25 v51 v59 v26 v27 v28 v29 v30 confrontive distancing selfcont socsup escavd probsolv resp reapp
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

* Diagramm ERI - positive reappraisal

GRAPH
/SCATTERPLOT(BIVAR)=eri WITH reapp
/MISSING=LISTWISE
/TITLE='ERI - positive reappraisal'.

* Diagramm ERI - seeking social support

GRAPH
/SCATTERPLOT(BIVAR)=eri WITH socsup
/MISSING=LISTWISE
/TITLE='ERI - seeking social support'.

* Diagramm Gesundheitszustand - accepting responsibility

GRAPH
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v25 WITH resp
/MISSING=LISTWISE
/TITLE='Gesundheitszustand - accepting responsibility'.

* Diagramm Gesundheitszustand - positive reappraisal

GRAPH
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v25 WITH reapp

```

```
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Gesundheitszustand - positive reappraisal'.
```

* Diagramm Gesundheitszustand - planful problem solving

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v25 WITH probsolv  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Gesundheitszustand - planful problem solving'.
```

* Diagramm Geschlecht - accepting responsibility

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v51 WITH resp  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Geschlecht - accepting responsibility'.
```

* Diagramm Geschlecht - problem solving

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v51 WITH probsolv  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Geschlecht - problem solving'.
```

* Diagramm Umgebung - seeking social support

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v59 WITH socsup  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Umgebung - socsup'.
```

* Diagramm Umgebung - accepting responsibility

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v59 WITH resp  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Umgebung - resp'.
```

* Diagramm Umgebung - positive reappraisal

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v59 WITH reapp  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Umgebung - reapp'.
```

* Diagramm Lebenszufriedenheit - positive reappraisal

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=v26 WITH reapp  
/MISSING=LISTWISE  
/TITLE='Lebenszufriedenheit - reapp'.
```

* Diagramm Alter - positive distancing (signifikant, ohne Ausreißer nicht signifikant)

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=alter WITH distancing BY lfdn (NAME)  
/MISSING=LISTWISE.
```

USE ALL.

COMPUTE filter_\$(lfdn ~= 654 & lfdn ~= 1003).

VARIABLE LABELS filter_\$ 'lfdn ~= 654 & lfdn ~= 1003 & lfdn '+'
'~= 1002 & lfdn ~= 1006 (FILTER)'.

VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

FORMATS filter_\$(f1.0).

FILTER BY filter_\$.

EXECUTE.

```
GRAPH  
/SCATTERPLOT(BIVAR)=alter WITH distancing BY lfdn (NAME)  
/MISSING=LISTWISE.
```

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=alter distancing
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
FILTER OFF.
USE ALL.
EXECUTE.
```

```
*****
***  Faktorenanalyse Gratifikationskrisen  ***
*****
```

* Ausschluß von v13, Ergebnis: 4 Faktoren

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v21 v22 v23 v24
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
FACTOR
/VARIABLES v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v21 v22 v23 v24
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS v1 v2 v6 v7 v8 v9 v10 v11 v12 v14 v15 v16 v17 v18 v19 v20 v21 v22 v23 v24
/PRINT INITIAL CORRELATION SIG KMO INV REPR AIC EXTRACTION ROTATION FSQURE
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/SAVE REG(ALL)
/METHOD=CORRELATION.
```

fre fac1_4 fac2_4 fac3_4 fac4_4.

* Korrelationen neuer Faktor 4 mit ERI, Geschlecht, Umgebung

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=fac4_4 eri v51 v59
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING=PAIRWISE.
```

* Variablen in Faktor 4 (soz. Unterstützung, Arbeitsplatzsicherheit ++, Abschalten zu Hause) nach Geschlecht und Umgebung

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac4_4 v13 rewards v14 v10 v21
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac4_4 v13 v14 rewards v10 v21
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac4_4 v13 v14 rewards v10 v21
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

SPLIT FILE OFF.

```
*****
***  Faktorenanalyse Coping  ***
*****
```

* Ausschluß von v36, v39, v44, v49. Ergebnis: 4 Faktoren

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=v35 v37 v38 v40 v41 v42 v43 v45 v46 v47 v48
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/STATISTICS DESCRIPTIVES
```

```

/MISSING=PAIRWISE.

FACTOR
/VARIABLES v35 v37 v38 v40 v41 v42 v43 v45 v46 v47 v48
/MISSING LISTWISE
/ANALYSIS v35 v37 v38 v40 v41 v42 v43 v45 v46 v47 v48
/PRINT INITIAL CORRELATION SIG KMO INV REPR AIC EXTRACTION ROTATION FSQURE
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/SAVE REG(ALL)
/METHOD=CORRELATION.

```

```
fre fac1_2 fac2_2 fac3_2 fac4_2.
```

* Variablen in Faktor 1 (distanzierende, Verantwortung akzeptierende und nicht konfrontierende Copingstrategie) nach Geschlecht und Umgebung

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac1_2 v35 v37 v38 distancing v46 v47 resp
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac1_2 v35 v37 v38 distancing v46 v47 resp
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac1_2 v35 v37 v38 distancing v46 v47 resp
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

* Variablen in Faktor 2 (problemlösenden, selbstkontrollierenden, konfrontierenden und Verantwortung akzeptierende Copingstrategie) nach Geschlecht und Umgebung

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac2_2 v35 v40 v45 v47
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac2_2 v35 v40 v45 v47
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac2_2 v35 v40 v45 v47
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```

* Variablen in Faktor 3 (kontaktfreudige, positiv neubewertende und Verantwortung akzeptierende Copingstrategie) nach Geschlecht und Umgebung

```
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac3_2 v43 v47 v48
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v51.
SPLIT FILE SEPARATE BY v51.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac3_2 v43 v47 v48
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SORT CASES BY v59.
SPLIT FILE SEPARATE BY v59.
DESCRIPTIVES VARIABLES=fac3_2 v43 v47 v48
/STATISTICS=MEAN STDDEV RANGE MIN MAX semean.
```

```
SPLIT FILE OFF.
```


9.3 Abstract

Die in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte beklagen im öffentlichen Diskurs ihre als schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen und ihren Arbeitsstress. Übersteigen berufliche Verausgabungen die dafür erhaltenen Belohnungen, entstehen Gratifikationskrisen, die soziale und individuelle Auswirkungen auf die Gesundheit, Lebens- und Arbeitszufriedenheit, sowie die Stressbewältigung der Betroffenen haben. Auf Basis theoretischer Modelle zu Gratifikationskrisen und Stressbewältigung wird im Querschnittsdesign ein Fragebogen entwickelt, der empirisch in ausgewählten Krankenhäusern Österreichs zum Einsatz kommt. Die Analyse des Rücklaufs zeigt die hohe Präsenz (83,3 %) von Gratifikationskrisen bei den Befragten (n = 48). Während geschlechtsspezifisch nur marginale Unterschiede bestehen, sind im ländlichen Raum (89,7 %) wesentlich höhere Anteile von Betroffenen festzustellen als im großstädtischen Raum (55,6 %). Zwischen Gratifikationskrisen und dem subjektiven Gesundheitszustand der ÄrztInnen besteht eine signifikante, negative Korrelation ($r = -0,43$); diese besteht auch mit der Lebens- und Arbeitszufriedenheit der SpitalsärztInnen ($r = -0,57$ bis $-0,67$). Gratifikationskrisen wirken sich signifikant negativ auf Stressbewältigungsstrategien der Selbstbeurteilung, Akzeptanz von Verantwortung, Suche nach sozialer Unterstützung und geplanter Problemlösung aus. Ein Vergleich der Ergebnisse mit nationalen und internationalen Studien vertieft die Erkenntnisse.

Hospital doctors complain about their poor working conditions and working stress in public discourse. An Effort-Reward-Imbalance (ERI) arises in case of exceeding occupational efforts compared with received rewards and affects employees' health, life- and job satisfaction and coping in a social and individual way. Based on theoretical models of ERI and coping a questionnaire will be developed on a cross-sectional research design and empirically applied in selected Austrian hospitals. The analysis show a high incidence of ERI (83,3 %) among the respondents (n = 48). While gender-specific differences are marginal,

in rural areas much higher rates of affected persons can be found (89,7 %) than in urban areas (55,6 %). Significant negative correlations exist between ERI and the subjective health status of the physicians ($r = -0,43$), the life- and job satisfaction ($r = -0,57$ to $-0,67$) and the coping strategies in the form of positive reappraisal of the person's situation, acceptance of responsibility, seeking social support and planful problem solving. To deepen the understanding of ERI and its consequences, present results will be compared to other national and international studies.