

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Arbeits-Familien-Konflikt und das Job Demands-Resources Modell:

Eine empirische Untersuchung
bei Ärztinnen und Ärzten in Österreich

Verfasserin

Barbara Sperlich

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.^a rer. nat.)

Wien, im September 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka

Danksagung

Die Diplomarbeit war für mich ohne Frage die größte Herausforderung des Studiums, wobei ich nicht immer davon überzeugt war, dass ich sie meistern würde. Doch hatte ich das Glück viele Menschen um mich herum zu haben, die eine unglaublich wichtige Stütze für mich waren.

An erster Stelle stehen meine Eltern und meine Familie. Ich danke euch für eure Liebe, Geduld und Aufrichtigkeit. Besonders meine Großmutter hat mir stets vorgelebt, dass der längere Atem letztendlich siegt.

Lukas, du zeigst mir was im Leben wirklich wichtig ist und wirst nicht müde eingefahrene Denkmuster aufzubrechen und zu hinterfragen. Ich bin glücklich und dir für so vieles dankbar.

Meine Freundinnen und Freunde Claudia Ehrentraut, Eva Wiesmüller, Friedrich Schandalik, Sigrid Schmiedl, Martina Schneider, Anna Ressmann, Lev Ratner, Miriam Endres, Axel Zahlut und Alexios Seibt hatten stets ein offenes Ohr für mich und sorgten in den richtigen Momenten für produktive Arbeitsatmosphäre oder wertvolle Ablenkung. Danke!

Nicht zuletzt danke an die vielen Helfer, die durch ihre Kontakte und ihren Einsatz dazu beigetragen haben, dass meine Stichprobe ein ansehnliches Ausmaß angenommen hat.

Am Institut für Wirtschaftspsychologie war es vor allem die kompetente Betreuung durch Univ. Prof. Dr. Christian Korunka und die fachliche Unterstützung durch die Mitarbeiter des Instituts, vor allem jene von Sara Tement, die mir wichtige Hilfe geleistet haben.

Schließlich möchte ich mich bei Frau Béatrix Pall und Frau Dr. Ilse Behensky bedanken, die in besonders kritischen Momenten für mich da waren und den wesentlichen Anstoß für die Fertigstellung der Diplomarbeit gegeben haben.

Inhaltsverzeichnis

I THEORETISCHER HINTERGRUND	6
1. Einleitung.....	6
2. Arbeits-Familien-Konflikt	9
2.1. Die Entwicklung verschiedener Theorien zum Arbeits-Familien-Konflikt.....	9
2.1.1. Theorien mit dem Schwerpunkt auf dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie	9
2.1.2. Theorien mit dem Schwerpunkt auf der Bereicherung zwischen Arbeit und Familie	13
2.2. Richtung des Konflikts	15
2.3. Bedingungen die zu höherem / niedrigerem WFC führen	16
2.4. Folgen und Auswirkungen des WFC	18
3. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf das Erleben: Das Job Demands-Resources Modell	20
3.1. Grundlagen des Job Demands-Resources Modell	20
3.2. Merkmale der Arbeit: Anforderungen und Ressourcen	21
3.3. Auswirkungen der Arbeit: Burnout und Engagement.....	22
3.3.1. Burnout: allgemeine Erläuterungen, Definition und Merkmale	22
3.3.2. Engagement: allgemeine Erläuterungen, Definition und Merkmale.....	25

3.3.3.	Burnout und Engagement – zwei Seiten einer Medaille?	27
4.	Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten in Österreich.....	29
4.1.	Aktuelle Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in Österreich.....	29
4.2.	Zahlen und Fakten zu Österreichs Ärztinnen und Ärzten.....	31
4.3.	Spezifische Belastungen des Arztberufs	32
4.3.1.	Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten	32
4.3.2.	Tätigkeitsbezogene Belastungen im Arztberuf	33
4.3.3.	Durch umweltbezogene Faktoren bedingte Belastungen im Arztberuf	35
4.3.4.	Beanspruchungsfolgen des Arztberufs.....	36
4.4.	Spezifische Ressourcen des Arztberufs	37
5.	Aktueller Stand der Forschung zum Thema Arbeits-Familien-Konflikt bei Ärztinnen und Ärzten.....	39
II EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG		45
6.	Eigene Themenstellung und Zielsetzung der Diplomarbeit.....	45
6.1.	Persönliches Interesse und Schlussfolgerungen aus der Theorie	45
6.2.	Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen.....	47
7.	Methode	50
7.1.	Durchführung	50
7.2.	Erhebungsinstrumente.....	52

7.2.1.	Screening für Krankenhausärzte (TAA-KH)	53
7.2.2.	Instrument zur Erfassung des Work-Family Conflict (WFC).....	56
7.2.3.	Maslach Burnout Inventory (MBI-GS-D).....	59
7.2.4.	Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9).....	60
7.2.	Stichprobe	61
7.3.	Auswertungsverfahren	63
8.	Darstellung der Ergebnisse	65
8.1.	Deskriptive Ergebnisse	65
8.1.1.	Belastungen und Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten	65
8.1.2.	WFC bei Ärztinnen und Ärzten	67
8.1.3.	Burnout bei Ärztinnen und Ärzten.....	68
8.1.4.	Engagement bei Ärztinnen und Ärzten.....	68
8.2.	Ergebnisse der Hypothesenprüfung	69
8.2.1.	Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen	69
8.2.2.	Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen	82
8.3.	Zusammenfassung der Ergebnisse	88
9.	Diskussion.....	90
9.1.	Diskussion der Ergebnisse	90
9.2.	Empfehlungen für die Praxis	97

10.	Kritische Würdigung der Ergebnisse und Ausblick.....	98
12.	Literaturverzeichnis.....	100
13.	Abbildungsverzeichnis.....	106
14.	Tabellenverzeichnis	107
15.	Anhang.....	109
15.1.	Zusammenfassung.....	109
15.2.	Abstract	110
15.3.	Fragebogen.....	111
15.4.	Eidesstaatliche Erklärung.....	132
15.5.	Lebenslauf	133

I THEORETISCHER HINTERGRUND

1. Einleitung

In einer immer schneller lebenden Gesellschaft, in der Veränderungen immer rascher passieren, ändern sich auch ständig die Anforderungen an berufstätige Personen. Vor allem vor dem Hintergrund des steigenden Bildungsniveaus der Bevölkerung und der zunehmenden Berufstätigkeit von Frauen (Hoff, Grote, Dettmer, Hohner, & Olos, 2005; Marcus-Newhall, Halpern, & Tan, 2008; Wiese, 2007) sehen sich Paare und Familien in stetig wachsendem Ausmaß vor die Herausforderung gestellt, diese beiden Lebensbereiche – Familie und Beruf – miteinander in Einklang zu bringen. Auch die Anzahl der in einem Haushalt lebenden Personen hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. So waren es in den USA im Jahre 1970 noch 21 Prozent der Haushalte mit mehr als fünf Personen, 2005 lebten hingegen nur mehr in zehn Prozent der Haushalte mehr als fünf Personen (Marcus-Newhall, et al., 2008).

Diese Vereinbarkeit wird des Weiteren von neuen Familienformen erschwert. So entstehen beispielsweise Patchworkfamilien und AlleinerzieherInnen (und –verdienerInnen) werden immer häufiger. Das führt in weiterer Folge zur erhöhten Nachfrage nach institutionellen Betreuungsangeboten für Kinder (Wiese, 2007).

Äußerst relevant für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind außerdem die demographischen Veränderungen der Gesellschaft. Die sinkende Geburtenrate und die längere durchschnittliche Lebensdauer führen dazu, dass immer weniger Personen im Erwerbsleben stehen, diese sich aber auch um die Versorgung der teilweise pflegebedürftigen älteren Personen kümmern müssen (Wiese, 2007). Immer weniger Personen sind also für die Versorgung von immer mehr Personen zuständig.

Ein zusätzlicher Punkt sind die neuen Arbeitsverhältnisse, die zunehmend instabiler werden und zu erhöhtem Konkurrenzdruck auf dem Arbeitsmarkt führen (Wiese, 2007).

In weiterer Folge haben diese erschwerten Bedingungen der Vereinbarkeit negative Auswirkungen auf die Wirtschaft. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass der Konflikt zwischen Arbeit und Familie häufig zur Kündigung des Arbeitsplatzes von Seiten der Arbeitnehmer führt, weil diese die schlechte Vereinbarkeit nicht in Kauf nehmen wollen und eine neue Arbeitsstelle suchen (Greenhaus, Parasuraman, & Collins, 2001). Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sollte also nicht nur im Interesse des Einzelnen stehen, sondern aufgrund der weitreichenden Auswirkungen ein Anliegen der gesamten Gesellschaft sein.

Aus den genannten Gründen beschäftigt das Thema der sogenannten „Work-Life Balance“ nun schon seit Jahrzehnten die Forschung der Arbeits- und Organisationspsychologie (für einen Überblick vgl. Eby, Casper, Lockwood, Bordeaux & Brinley, 2005; Frone, 2003). Der Begriff „Work-Life Balance“ wird jedoch beinahe ebenso lange als missverständlich empfunden. So könnte man aufgrund der scheinbaren Gegenüberstellung von Arbeit und Leben meinen, dass die Arbeit nicht wesentlicher Bestandteil des Lebens ist, sondern das Gegenteil von Leben darstellt. Der Begriff der Balance wiederum ist missverständlich, da er unweigerlich das Symbol der Waage anspricht und damit assoziiert wird, dass sich die Arbeit und das Leben in der Waage halten müssen um ein ausgeglichenes Leben führen zu können. Damit wird ausgeschlossen, dass selbst ein „unbalanciertes“ Leben als subjektiv erfüllt und glücklich empfunden werden kann (Hoff, et al., 2005; Resch & Bamberg, 2005; Wiese, 2007). Im Einklang mit dieser häufig genannten Kritik wird daher in dieser Arbeit von der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie bzw. von Konflikten zwischen Arbeit und Familie gesprochen. Damit werden zwei Bereiche gegenübergestellt, die beide wichtige Elemente des Lebens darstellen.

Im ersten Teil der vorliegenden Arbeit wird der theoretische Hintergrund des Konfliktes zwischen Arbeit und Familie näher beleuchtet. Im Zuge dessen werden Theorien für das

Zustandekommen des Konflikts dargelegt (Kapitel 2) und ein allgemeines Modell präsentiert, das als Basis für die eigene empirische Untersuchung dient. In diesem Abschnitt werden auch noch genauer die Auswirkungen der Arbeitsbedingungen bzw. der Unvereinbarkeit von Familie und Beruf geschildert (Kapitel 3).

Im zweiten Teil der theoretischen Ausführungen wird auf die Arbeitssituation und die spezifischen Anforderungen und Belastungen des Medizinerberufes eingegangen und somit Bedingungen, die speziell bei ÄrztInnen vermutlich die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie erschweren, angeführt (Kapitel 4). Bei der Betrachtung dieses Themas ist es ebenfalls wichtig, die demographische Entwicklung der Bevölkerung zu bedenken. Das steigende Lebensalter führt dazu, dass auch die Anzahl älterer und betagter PatientInnen ständig steigt und sich damit auch ÄrztInnen mit veränderten Anforderungen und schließlich Belastungen konfrontiert sehen (Stern, 1996). Zusätzlich bewirken technische Neuerungen und grundsätzliche strukturelle Änderungen der Arbeitsstelle (des Krankenhauses oder der Arztpraxis) veränderte Arbeitsbedingungen (Brähler, Alfermann, & Stiller, 2008). Die Technisierung der Medizin hat eine dauernde Spezialisierung und Arbeitsteilung zur Folge, was letztlich vor allem erhöhten organisatorischen Aufwand bedeutet. Eine weitere Veränderung betrifft die zu behandelnden Krankheiten. Das auf Akutfälle ausgerichtete Krankenhaus sieht sich angesichts der steigenden Häufigkeit chronischer Erkrankungen vor neue Herausforderungen gestellt, die struktureller und organisatorischer Änderungen bedürfen (Stern, 1996).

Schließlich werden diese beiden theoretischen Säulen anhand aktueller Forschungsergebnisse miteinander in Verbindung gesetzt (Kapitel 5) und zur eigenen Fragestellung (Kapitel 6) hingeführt.

2. Arbeits-Familien-Konflikt

2.1. Die Entwicklung verschiedener Theorien zum Arbeits-Familien-Konflikt

Wenn man von einem Konflikt zwischen den beiden Lebensbereichen Arbeit und Familie spricht, so meint man damit üblicherweise eine gewisse Form der Unvereinbarkeit. Diese Unvereinbarkeit kann verschiedene Gründe haben und sich auf vielerlei Weise äußern. In der wissenschaftlichen Literatur wurden dazu verschiedene Theorien publiziert, die auf die unterschiedlichen Hintergründe dieses Konfliktes eingehen. Jene Theorien, die in der Forschung die meiste Beachtung erfahren haben, werden nun kurz vorgestellt.

2.1.1. Theorien mit dem Schwerpunkt auf dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie

Zunächst fanden in der Forschung verschiedene frühe Theorien Eingang, die die Zusammenhänge der beiden Lebensbereiche Arbeit und Familie miteinander in Beziehung setzten.

Die *Segmentations-Theorie* geht dabei davon aus, dass die Arbeit und das Familienleben unabhängige Bereiche des Lebens darstellen, die sich nicht gegenseitig beeinflussen (Frone, 2003).

Die *Kongruenz-Theorie* wiederum postuliert, dass die beiden Bereiche zwar einen (positiven oder negativen) Zusammenhang aufweisen können, dieser aufgrund einer gemeinsamen Ursache aber nicht echt ist. Damit ist gemeint, dass die Zufriedenheit mit der Arbeit und dem Familienleben beispielsweise auf die stabile Persönlichkeitseigenschaft positive Affektivität zurückführbar ist – der Zusammenhang ist also nicht echt (Frone, Russell, & Cooper, 1994).

Erweitert werden diese Ausführungen durch die *Integrations-Theorie*, die davon ausgeht, dass die beiden Bereiche so eng miteinander verbunden sind, dass sie nicht voneinander unterscheidbar sind (Hoff, et al., 2005). Als Beispiel dienen kleine Familienbetriebe (Frone, 2003). In der Literatur wird diese Theorie häufig als Gegensatz zur Segmentations-Theorie gesehen, so legten auch Hoff und seine Mitarbeiter (2005) ihre Untersuchung anhand dieser Unterscheidung an. Als weitere Theorie stellen die Autoren dieser Studie die *Entgrenzungs-Theorie* vor, bei der die Ausübung des Berufs oberste Priorität hat und erst danach an das Familienleben gedacht wird bzw. die Grenzen zwischen Beruf- und Privatleben verschwinden da auch zu Hause gearbeitet wird (Hoff, et al., 2005).

Die darauffolgend entwickelten Theorien gingen dann bereits von einem kausalen Zusammenhang aus. So postuliert etwa die *Spillover-Theorie* einen positiven Zusammenhang in Form einer positiven Korrelation zwischen der Arbeit und dem Familienleben (siehe dazu ausführlicher Kapitel 2.1.2. zur Unterscheidung des positiven und negativen Zusammenhangs) (Frone, 2003).

Im Gegensatz dazu geht die *Kompensations-Theorie* von einem negativen Zusammenhang aus. Demnach führt die Unzufriedenheit in einem der beiden Lebensbereiche dazu, dass weniger Zeit und Energie in diesen Bereich investiert wird, im anderen jedoch zur Kompensation der negativen Erlebnisse erhöht wird (Frone, 2003).

In dieselbe Richtung geht das *Ressource-Drain-Modell*, das ebenfalls einen negativen Zusammenhang postuliert. Man geht davon aus, dass endliche Ressourcen (Zeit, Energie, Aufmerksamkeit etc.), die in einem Lebensbereich benutzt werden, dementsprechend in geringerem Ausmaß im anderen Bereich zur Verfügung stehen (Frone, 2003).

Bei der Betrachtung des Themas aus Sicht der in der Forschung nach wie vor dominierenden Theorie, der *Rollentheorie* geht man von einem Konflikt zwischen den verschiedenen Rollen in den beiden Lebensbereichen Arbeit und Familie aus. Diese Rollenkonflikttheorie, die auch durch zahlreiche Studien belegt werden konnte (Eby, Casper, Lockwood, Bordeaux, & Brinley, 2005; Frone, 2003), wurde erstmals 1960 von

Goode vorgestellt. In seiner frühen Arbeit spricht Goode von sozialen Systemen, die nicht aus Individuen bestehen, sondern aus einer Fülle von Rollen, die für jeden einzelnen charakteristisch sind und ein eigenes Rollensystem bilden. Demnach können zwischen den Anforderungen an die verschiedenen Rollen Konflikte entstehen. Es wird zwar davon ausgegangen, dass eine Person prinzipiell fähig ist, die Anforderungen an verschiedene Rollen zu bewältigen, doch wird auf das Konfliktpotenzial hingewiesen, das immer mehr Rollen und deren Anforderungen in sich birgt. Je mehr verschiedene Rollen eine Person erfüllen muss und je mehr sich die Anforderungen an die Rollen voneinander unterscheiden, umso wahrscheinlicher wird ein Konflikt zwischen den Rollen (Goode, 1960).

Interessant ist außerdem, dass Goode in seinen Ausführungen davon ausgeht, dass das Familienleben zur Reduktion des Rollenkonfliktes dient. Er beschreibt, dass die Anforderungen an die Familienrolle bekannt sind und es daher weitgehend Routine ist, sie zu erfüllen. Interessant ist diese Ansicht aus dem Grund, weil er damit indirekt den positiven Einfluss der Familie auf die Arbeit vorweg nimmt.

In späteren Arbeiten, die sich auf die Rollenkonflikttheorie beziehen, wird aber bereits der Blick auf den Konflikt zwischen der „Arbeitsrolle“ und der „Familienrolle“ gelenkt (Greenhaus & Beutell, 1985; Pleck, 1977).

Beinahe zwei Jahrzehnte nach Einführung der Rollenkonflikttheorie wurde das *Arbeit-Familie-Rollensystem* vorgestellt (Pleck, 1977), indem explizit die männliche und weibliche Arbeitsrolle und die männliche und weibliche Familienrolle angesprochen werden. Diese Rollen ergeben insgesamt das Arbeit-Familie-Rollensystem. Pleck spricht außerdem die Durchlässigkeit der beiden Bereiche Arbeit und Familie an, also inwieweit Anforderungen der Familienrolle auf die Arbeitsrolle einwirken und kommt zu dem Schluss, dass Frauen mit stärkeren Interferenzen von der Familie zur Arbeit umgehen müssen als Männer und Männer umgekehrt stärkere Interferenzen von der Arbeit zur Familie erleben. Diese Ergebnisse wurden von Eagle, Miles und Icenogle (1997)

dahingehend präzisiert, dass keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden konnten, aber Anforderungen aus der Arbeit häufiger auf die Familie Einfluss nehmen als umgekehrt. In weiterer Folge gehen Greenhaus und Beutell (1985) stärker auf den Aspekt des Konfliktes ein, also darauf, dass Personen Konflikte zwischen verschiedenen Rollen erleben – beispielsweise also einen Konflikt zwischen der Arbeitsrolle und der Familienrolle. Die Autoren definieren demnach den Interrollenkonflikt zwischen der Arbeit und der Familie wie folgt:

„A form of interrole conflict in which the role pressures from the work and family domains are mutually incompatible in some respect. That is, participation in the work (family) role is made more difficult by virtue of participation in the family (work) role.” (S. 77)

Diese Definition macht den Gegensatz zwischen Anforderungen an die Familienrolle und an die Arbeitsrolle klar und beinhaltet außerdem bereits implizit die Unterscheidung zwischen dem Arbeits-Familien-Konflikt (Work-Family-Konflikt; WFC) und Familien-Arbeits-Konflikt (Family-Work-Konflikt, FWC)¹, wie er von Frone et al. (Frone, Yardley, & Markel, 1997) explizit untersucht wurde. Auf diesen Aspekt der Wirkrichtung des Konfliktes wird in Kapitel 2.2. näher eingegangen.

Greenhaus & Beutell (1985) gehen in ihrer Untersuchung jedoch noch weiter und fragen nach den Ursachen, die zum Konflikt führen. Sie identifizieren drei Gründe für den Konflikt zwischen der Arbeits- und der Familienrolle. So kann es aufgrund der Zeit, der Beanspruchung und aufgrund des Verhaltens zu Interrollenkonflikten kommen.

Zeitbasierte Konflikte

Die Zeit, die die Ausübung einer Rolle in Anspruch nimmt, macht es schwer, die Anforderungen der anderen Rolle zu erfüllen.

¹ Im Folgenden wird der Arbeits-Familien-Konflikt immer als WFC (Work-family-conflict) bezeichnet.

Beanspruchungsbasierte Konflikte

Die psychische Beanspruchung einer Rolle erschwert es, die Anforderungen an die andere Rolle zu erfüllen.

Verhaltensbasierte Konflikte

Die Verhaltensanforderungen der Rollen sind nicht miteinander vereinbar (z.B. rationales, dominantes Verhalten eines Managers in der Arbeit im Vergleich zu einem sensiblen, emotionalen Verhalten als Vater).

Verhaltensbasierte Konflikte wurden bisher nur in wenigen Studien untersucht. In einer Untersuchung (Carlson, 1999) ging man (ähnlich wie Frone, Yardley, et al., 1997) bezüglich Work-Family-Conflict und Family-Work-Conflict) davon aus, dass diese drei Konflikttypen jeweils einzigartige Bedingungen haben. Der Schwerpunkt der Forschung lag und liegt jedoch auf der Erforschung der ersten beiden Konflikttypen (Wiese, 2007).

2.1.2. Theorien mit dem Schwerpunkt auf der Bereicherung zwischen Arbeit und Familie

Nach der Publikation der Rollenkonflikttheorie im Jahre 1960 (Goode, 1960) wurden in der Forschung zunehmend auch Stimmen laut, die auf den positiven Effekt der Ausübung verschiedener Rollen hinweisen. So nimmt man an, dass die Vorteile verschiedener Rollen (Gewinn an Ressourcen, Anstöße für die eigene Entwicklung) die Nachteile überwiegen (Sieber, 1974).

Ein wichtiger Aspekt der theoretischen Forschung beschäftigt sich mit den positiven und negativen Effekten, die zwischen den beiden Bereichen Arbeit und Familie auftreten. In dem Bestreben die Aufmerksamkeit auch auf die positiven Effekte der Arbeit und der Familie zu lenken und in diesem Sinne einen theoretischen Rahmen für die florierende Forschung bereitstellen zu können, identifizierte man vier unterschiedliche Wirkungen zwischen Arbeit und Familie (Grzywacz & Marks, 2000): negativer bzw. positiver Einfluss der Arbeit auf die Familie und negativer bzw. positiver Einfluss der Familie auf die Arbeit.

Obwohl die meisten Studien dafür sprechen, dass aus Konflikten zwischen der Arbeit und der Familie negative Auswirkungen resultieren, belegen die Autoren, dass die Verbindung von Arbeit und Familie auch positive Auswirkungen hat.

Als einer der wenigen Ansätze zur Untersuchung der positiven Effekte wurde eine Theorie zur Rollenanreicherung vorgestellt (Sieber, 1974). Diese Theorie geht davon aus, dass die Vorteile der Ausübung mehrerer Rollen die negativen Effekte (z.B. Stress) der Rollenbelastung als Folge von Rollenkonflikten ausgleichen. Es werden vier unterschiedliche Arten von Vorteilen der Ausübung multipler Rollen vorgestellt (Sieber, 1974):

Privilegien

Vorteile, die aus den Rechten (im Gegensatz zu den Verpflichtungen) einer Rolle resultieren.

Puffer

Durch die Ausübung multipler Rollen werden Puffer (z.B. in Form von Unterstützung) geboten, die die negativen Effekte der verschiedenen Rollen ausgleichen können.

Ressourcen

Dazu zählen beispielsweise soziale Unterstützung und Einladungen, aber auch Kleidung und Geschenke der verschiedenen Rollen.

Persönlichkeitsbereicherung

Durch die Ausübung mehrerer Rollen wird die Persönlichkeit erweitert.

In den meisten Studien wurde bisher allerdings der negative Einfluss der Arbeit auf die Familie untersucht (Eby, et al., 2005; Frone, 2003). Gründe sehen die Autoren vor allem in der Tatsache, dass sich die Erforschung von Arbeit und Familie aus der Rollenkonflikttheorie ergeben hat, (siehe Kapitel 2.1.1.) die auf den negativen Aspekt fokussiert. Außerdem konnten in Studien immer wieder die negativen Auswirkungen von

Konflikten zwischen Arbeit und Familie aufgezeigt werden, was die allgemeine Aufmerksamkeit in der Forschung auf sich zog und so zu neuen Untersuchungen in dieser Richtung anregte.

Die geplante Studie hat ebenfalls die Untersuchung der aktuellen Situation bezüglich des Ausmaßes an Work-Family-Conflict (WFC) bei Ärztinnen und Ärzten zum Ziel. Damit soll jedoch keineswegs ausgeschlossen werden, dass es auch zu positiven Effekten kommen kann.

2.2. Richtung des Konflikts

Man unterscheidet in der Theorie außerdem die Richtung des Konflikts, der einerseits von der Arbeit auf die Familie wirken kann, sodass sich also die Anforderungen an die Arbeits-Rolle auf die Anforderungen an die Familien-Rolle negativ auswirken (Work-Family-Conflict, WFC), und andererseits von der Familie negativ auf die Arbeit wirken kann (Family-Work-Conflict, FWC). In der vorliegenden Arbeit wird allerdings ausschließlich der Aspekt der Auswirkungen der Arbeit auf die Familie behandelt.

Dazu wird ein Modell vorgestellt, in dem unter anderem die Wirkungsrichtung der auftretenden Konflikte untersucht wird (Frone, Yardley, et al., 1997). Sie nehmen an, dass Konflikte, die von der Arbeit auf die Familie wirken unabhängig von jenen Konflikten zu sehen sind, die von der Familie auf die Arbeit einwirken. Diese Bidirektionalität der beiden Konfliktarten konnten die Autoren in ihrer Untersuchung nachweisen. Unterschiede zeigten sich auch in verschiedenen Prädiktoren, Bedingungen und Auswirkungen, die typisch für die jeweilige Konfliktart sind. Auf Bedingungen und Auswirkungen der Konflikte wird in Kapitel 2.3. und 2.4. ausführlicher eingegangen.

Als weiteres Ergebnis fanden die Autoren eine indirekte reziproke Interaktion der beiden Konfliktarten. So hat der FWC einen indirekten Einfluss auf den WFC über Arbeitsüberlastung. Das heißt, dass bei erhöhtem FWC die Arbeitsüberlastung steigt, weil

man die Sorgen mit der Familie in die Arbeit mitnimmt und daher in weiterer Folge auch der WFC steigt. Auf der anderen Seite hat der WFC einen indirekten Einfluss auf den FWC über stärkere elterliche Überlastung, die entsteht wenn Probleme mit der Arbeit die Rollenausübung zu Hause beeinträchtigen (Frone, Yardley, et al., 1997).

Die Studie von Eagle, Miles und Icenogle (1997) belegte des Weiteren, dass Anforderungen, die an die Person in der Arbeit gestellt werden, sich stärker auf das Familienleben auswirken als sich Anforderungen, die aus dem Familienleben resultieren auf die Arbeit auswirken. Die Autoren führen als mögliche Gründe dafür an, dass Menschen es schlichtweg zulassen, dass die Arbeit überproportional mehr ihrer Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. Außerdem ist es üblich Arbeit mit nach Hause zu nehmen (in Form von physischen Arbeitsunterlagen und -materialen oder in Form von geistiger Beschäftigung mit der Arbeit), wohingegen es unüblich ist das Familienleben mit in die Arbeit zu bringen. Dieses Ergebnis spricht ebenfalls für die Konzentration auf Konflikte die von der Arbeit auf die Familie wirken.

2.3. Bedingungen die zu höherem / niedrigerem WFC führen

Verschiedene Studien sprechen für die Existenz von zahlreichen Bedingungen, die zu WFC führen können. In einer Übersicht (Frone, 2003) werden zunächst in Hinblick auf die soeben vorgestellte Rollentheorie Bedingungen angesprochen, die sich aus Anforderungen an die Rolle ergeben. Wichtig ist es zunächst festzuhalten, dass auch in Bezug auf die Bedingungen auf die Unterscheidung zwischen WFC und FWC hingewiesen werden muss. Während Bedingungen für den WFC in der Arbeit zu suchen sind, liegen sie im Falle des FWC in der Familie (Frone, Yardley, et al., 1997). Beide Bereiche sind jedoch von ähnlichen Bedingungen bezüglich der Rolle betroffen. Diese sind das verhaltensmäßige Involvement, das psychologische Involvement, Stressoren und Ressourcen (jeweils in der Arbeit bzw. in der Familie) (Carlson, 1999; Frone, Yardley, et al., 1997; Grzywacz &

Marks, 2000). Während Stressoren den FWC wahrscheinlicher machen, ist es das zu geringe Ausmaß an Ressourcen, das den FWC erhöht (Grzywacz & Marks, 2000). Mit dem verhaltensmäßigen Involvement ist gemeint, dass Zeit, die einer Rolle gewidmet wird, nicht gleichzeitig auch für die andere Rolle zur Verfügung steht (Frone, 2003). Es entspricht somit dem zeitbasierten Konflikt nach Greenhaus & Beutell (1985). Psychologisches Involvement spricht hingegen das Ausmaß an, inwieweit sich eine Person mit einer sozialen Rolle identifiziert und sie als wichtig für ihr Selbstkonzept sieht (Frone, 2003). In diesem Sinne ist eine Person dann psychologisch hoch involviert, wenn sie gedanklich stark mit einer bestimmten Rolle (z.B. Arbeit) beschäftigt ist, während sie sich körperlich schon in ihrer zweiten Rolle befindet (z.B. Familie) (Frone, 2003). Ebenso einen signifikanten Einfluss des Involvement konnte eine weitere Studie belegen (Hammer, Allen, & Grigsby, 1997). Des Weiteren wiesen sie einen Einfluss der persönlichen Karrierebetonung, der wahrgenommenen Flexibilität der Arbeitszeiten und des Konfliktausmaßes des Partners nach. Je höher die Karrierebetonung, je höher das Involvement, je geringer die wahrgenommene Flexibilität und je höher das Konfliktausmaß des Partners umso eher entsteht der Work-Family-Conflict (Parasuraman & Simmers, 2001).

Interessant ist, dass das reine Zeitausmaß, das man der Arbeit widmet, in diesen aktuelleren Studien immer hinter die Rolle des Involvement zurücktritt. Während vor 20 Jahren noch die Betonung auf dem Einfluss der Arbeitszeit lag (Voydanoff, 1988), betonen aktuelle Studien den wesentlich größeren Einfluss der Involviertheit in seine Arbeit (Wiese, 2007). Dennoch findet die Arbeitszeit in aktuellen Untersuchungen Beachtung. Vor wenigen Jahren fand man beispielsweise heraus, dass der Konflikt verstärkt wird je mehr Stunden wöchentlich gearbeitet werden, konkret wird er am größten, wenn die Arbeitszeit 48 Stunden pro Woche überschreitet (Dex & Bond, 2005). Außerdem stellten sie fest, dass Personen, die in höheren Positionen tätig sind, ein erhöhtes Ausmaß an Arbeits-Familien-Konflikt aufweisen. Neben dem zeitlichen Ausmaß der Arbeitszeit wird ebenso die Flexibilität der Arbeitszeit und Stressoren sowie die Anzahl der Kinder als

Einflussfaktoren angeführt (Voydanoff, 1988). Der bereits früh belegte Einfluss der Kinderzahl ist auch der Grund, warum viele nachfolgende Studien diese Variable als Kontrollvariable mit in ihre Untersuchungen aufgenommen haben (Hammer, et al., 1997).

2.4. Folgen und Auswirkungen des WFC

Es ist nicht weiter verwunderlich, dass neben auslösenden bzw. begünstigenden Bedingungen für den WFC negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit ebenso ausführlich untersucht worden sind. Einige Untersuchungen belegten physische Auswirkungen des Konflikts, im Laufe der Jahre der Erforschung dieses Aspekts wurden jedoch auch immer häufiger psychische Auswirkungen untersucht (Eby, et al., 2005). Bei der näheren Betrachtung von Auswirkungen ist ebenso wie bei den Bedingungen festzustellen, dass die Unterscheidung zwischen WFC und FWC äußerst wichtig ist. Denn auch hier scheinen einzigartige Auswirkungen zu existieren, je nachdem um welche Art des Konfliktes es sich handelt. In den folgenden Ausführungen wird der Fokus wie auch schon vorher auf dem WFC liegen.

Frone und Kollegen (Frone, Russell, & Cooper, 1997) fanden zum Beispiel zusätzlich zu gehäuften physischen Symptomen bei Personen mit erhöhtem WFC auch, dass anhand dieses Konflikts Depression, Krankheitsbeschwerden physischer Art, Bluthochdruck und Unzufriedenheit in der Familie vorhergesagt werden kann (Frone, Russell, & Barnes, 1996). Frone und seine Mitarbeiter (1997) entdeckten des Weiteren, dass sowohl der WFC als auch der FWC in positivem Zusammenhang mit Angststörungen, affektiven Störungen und Substanzmissbrauch steht (Frone, et al., 1996). Andere Studien wiederum belegen einen Zusammenhang des Arbeit-Familien-Konfliktes mit verstärktem Stresserleben (Parasuraman & Simmers, 2001).

In ihrem Überblick wird außerdem von Auswirkungen des Konfliktes auf die Arbeit berichtet (Eby, et al., 2005). Verschiedene Studien weisen auf geringere

Arbeitszufriedenheit, vermehrte Kündigungsabsichten (Greenhaus, et al., 2001), schlechter wahrgenommener Erfolg bei der Karriere und geringere Zufriedenheit mit der Karriere hin. Eine zusätzliche Zusammenfassung über Konsequenzen, die mit dem WFC zusammenhängen, bietet eine weitere Untersuchung (Allen, Herst, Bruck, & Sutton, 2000). In einer Typologie fassen die Autoren die Auswirkungen in drei Kategorien zusammen: arbeitsbezogene, nicht arbeitsbezogene und stressbezogene Auswirkungen:

Arbeitsbezogene Auswirkungen

Geringere Arbeitszufriedenheit, geringeres organisationales Commitment, vermehrte Kündigungsabsicht, vermehrte Abwesenheit, geringere Arbeitsleistung, geringere Zufriedenheit mit der Karriere und geringerer Erfolg in der Karriere.

Nicht arbeitsbezogene Auswirkungen

Geringere Lebenszufriedenheit, geringere Zufriedenheit mit der Ehe, mit der Familie, mit der Freizeit und geringere Leistungen in der Familie.

Stressbezogene Auswirkungen

Höhere allgemeine psychische Belastung, vermehrte somatische/physische Symptome, vermehrt Depression, vermehrter Substanzmissbrauch, häufiger Burnout, vermehrter arbeitsbezogener und familienbezogener Stress.

Diese Typologie bietet somit einen geeigneten theoretischen Rahmen zur Einordnung der zahlreichen Untersuchungsergebnisse.

3. Auswirkungen von Arbeitsbedingungen auf das Erleben: Das Job Demands-Resources Modell

3.1. Grundlagen des Job Demands-Resources Modell

In den bisherigen Ausführungen wurde bereits deutlich, dass die Einflussfaktoren auf den WFC und deren Auswirkungen vielfältig sind. Um diese Vielfältigkeit greifbarer zu machen und für die eigene Untersuchung zu vereinfachen, wird nun ein Modell vorgestellt, das dieser Forderung nachkommen soll. Das Job Demands-Resources Modell (JDR-Modell) bietet somit gemeinsam mit den Erläuterungen zum WFC einen geeigneten theoretischen Rahmen für die vorliegende Diplomarbeit. Dieses Modell baut auf anderen Modellen wie beispielsweise dem Job Demands-Control-Modell (JDC-Modell) (Karasek, 1979) auf und erweitert dessen Aussagen. Neben Arbeitsanforderungen und der wahrgenommenen Kontrolle im JDC-Modell, erforscht das JDR-Modell auch die Auswirkung der Ressourcen. Durch die Erweiterung des JDC-Modells um die positive Komponente stellt das JDR-Modell ein ganzheitlicheres Bild der Arbeit dar und ist aufgrund dieser Stärke nach wie vor in der Arbeitsstressforschung vorherrschend.

Das JDR-Modell, wie es von den Autoren vorgestellt wird (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Schaufeli & Bakker, 2004), geht davon aus, dass Arbeitsbedingungen in *Arbeitsanforderungen* (job demands) und *Arbeitsressourcen* (job resources) aufgeteilt werden können, die jeweils mit spezifischen Auswirkungen verbunden sind. Arbeitsanforderungen führen demnach vor allem zu Burnout, Arbeitsressourcen hingegen führen zu Engagement in der Arbeit (Schaufeli & Bakker, 2004). Ursprünglich wurde das Modell von den Autoren zur Erklärung von Burnout entwickelt, im Laufe der Forschungsjahre haben sich jedoch erweiterte Anwendungsbereiche des JDR-Modell gezeigt (Hakanen, Schaufeli, & Ahola, 2008).

Abbildung 1 zeigt das JDR-Modell (Demerouti, et al., 2001). In dieser Grafik wurden bereits die (erweiterten) Ergebnisse einer späteren Studie (Schaufeli & Bakker, 2004) eingearbeitet.

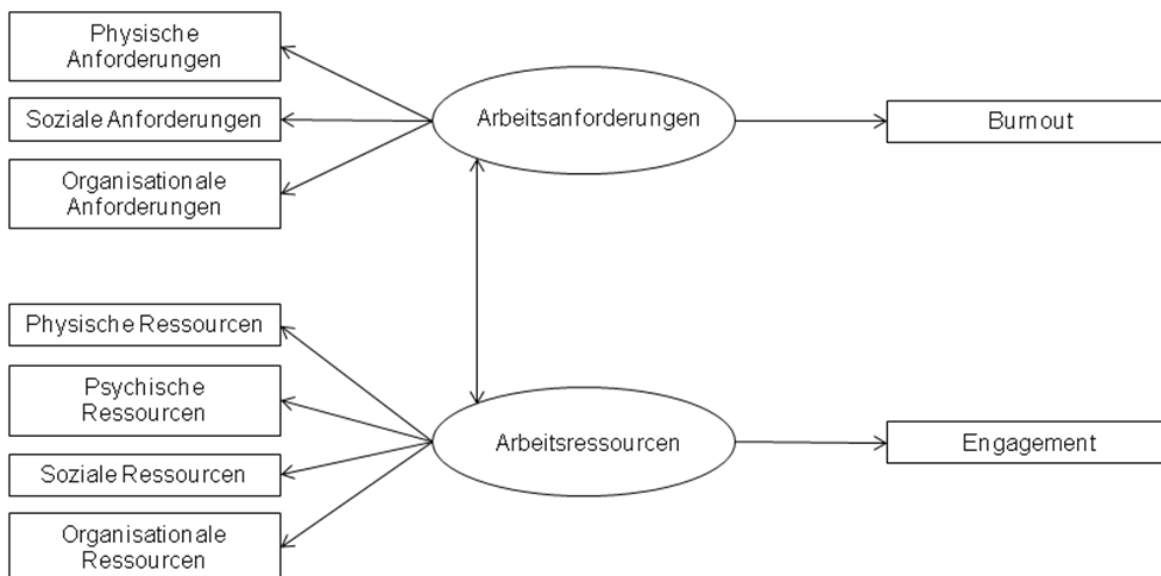


Abbildung 1: Job Demands-Resources-Modell (Demerouti, et al., 2001, S.502; Schaufeli & Bakker, 2004, S. 297)

3.2. Merkmale der Arbeit: Anforderungen und Ressourcen

Arbeitsanforderungen bezeichnen jene physischen, sozialen oder organisationalen Aspekte der Arbeit, die fortwährende physische oder psychische Anstrengung erfordern und daher mit bestimmten physischen und psychischen Kosten verbunden sind. Weiter geht man davon aus, dass die Kosten umso größer sind, je höher die nötige Anstrengung ist (Demerouti, et al., 2001). Wenngleich Arbeitsanforderungen nicht zwingend negativ sein müssen, können sie jedoch schnell zu Stress führen. Dieses hohe Stresslevel kann schließlich zu Burnout führen (Schaufeli & Bakker, 2004).

Arbeitsressourcen beziehen sich auf jene physischen, psychologischen, sozialen oder organisationalen Aspekte der Arbeit, die entweder funktional für das Erreichen von Arbeitszielen sind oder Arbeitsanforderungen und die damit verbundenen Kosten reduzieren oder die persönliche Weiterentwicklung anregen (Demerouti, et al., 2001). Damit wird deutlich, dass Ressourcen nicht nur ein Aufwiegen der Anforderungen bewirken sollen, sondern auch für sich selbst stehend für die persönliche Entwicklung wichtig sind. Ressourcen sind also nicht nur extrinsisch motivierend, sondern durch die Befriedigung der psychologischen Grundbedürfnisse Autonomie, Zugehörigkeit und Kompetenz auch eine Quelle der intrinsischen Motivation. Im Zuge dieses Motivationsprozesses geht man in weiterer Folge davon aus, dass Arbeitsressourcen zu erhöhtem Engagement in der Arbeit führen (Hakanen, et al., 2008). Ein Beispiel für eine solche Ressource sind soziale Kontakte unter KollegInnen. Fühlt man sich mit seinen KollegInnen wohl und kann mit ihnen auch lockere, informelle Gespräche führen, kann sich das äußerst positiv auf die Motivation auswirken.

3.3. Auswirkungen der Arbeit: Burnout und Engagement

Im folgenden Abschnitt werden nun die beiden arbeitsbezogenen Auswirkungen Burnout und Engagement näher beschrieben. Neben einführenden Anmerkungen werden eine Definition und die Kernmerkmale beschrieben.

3.3.1. Burnout: allgemeine Erläuterungen, Definition und Merkmale

Das Burnout-Phänomen ist ohne Frage seit einigen Jahren ein äußerst aktuelles Thema. Dabei ist es in der Gesellschaft beinahe schon im Mode gekommen, darüber zu sprechen und es beispielsweise bei bekannten ManagerInnen nach Beobachtung bestimmter Symptome (aus der Ferne) zu diagnostizieren. Gerade deswegen darf nicht vergessen werden, dass es sich bei Burnout um ein ernstzunehmendes Thema handelt, das

systematisch beleuchtet werden muss. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits festgestellt, kann Burnout eine Folge von zu hohen Arbeitsanforderungen sein, die nicht mehr durch vorhandene Arbeitsressourcen kompensiert werden können. Burnout manifestiert sich nicht plötzlich, sondern schleicht sich im Laufe der Zeit langsam ein. Was zu Beginn vom einzelnen als Motivationstief angesehen wird, kann in weiterer Folge zu Burnout führen, wenn nicht Gegenmaßnahmen getroffen werden. Im Folgenden soll das (wissenschaftliche) Phänomen Burnout und dessen Merkmale kurz beschrieben werden.

Schon lange bevor der Terminus *Burnout* die Wissenschaft und die Gesellschaft geprägt hat, stand das Verhältnis, das Menschen zu ihrer Arbeit haben, im Mittelpunkt der arbeitspsychologischen Forschung. Bereits zu diesem Zeitpunkt wurden Symptome, wie der Verlust von Idealismus und Leidenschaft für den Beruf, genannt. Seit den 1970er Jahren wurde dann der Begriff *Burnout* bereits mit einer gewissen Regelmäßigkeit erwähnt, zunächst jedoch ausschließlich im Bereich der Humandienstleistungen, wo emotionale und interpersonale Stressoren eine wesentliche Rolle spielen. In den 1980er Jahren wurde die Forschung in diesem Bereich zunehmend systematischer, was zur Folge hatte, dass immer mehr Einflüsse der Organisationspsychologie relevant wurden. Das Phänomen Burnout wurde somit auf eine breitere Basis gestellt und seither auch in anderen Berufsgruppen erforscht (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). In diese Zeit fällt auch die Entwicklung des Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981), das erstmals die Messung von Burnout (in den Humandienstleistungen) möglich machte. Mittlerweile existiert auch eine allgemeine Version (MBI-General Survey) (Schaufeli & Bakker, 2004), die für andere Berufsgruppen verwendet werden kann und auch in der vorliegenden Diplomarbeit in der deutschen Version angewandt wurde (siehe Kapitel 7.2.3.). Aufgrund der Erweiterung des Begriffes auf andere Berufsgruppen hat sich auch der Blickwinkel der Gesellschaft zu diesem Thema gewandelt. Vor allem auch in den Medien werden zunehmend Manager genannt, die unter Burnout leiden. Das führt zur weitverbreiteten Ansicht, es handele sich dabei um eine „Manager-Krankheit“.

In der frühen Definition von Burnout findet vor allem der Aspekt der Interaktion mit Menschen im Bereich der Humandienstleistungen Niederschlag:

„Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynism that occurs frequently among individuals who do ‚people work‘ of some kind (Maslach & Jackson, 1981, S. 99).”

Einhergehend mit der Entwicklung des Begriffes veränderte sich auch die Definition von Burnout. Im Jahre 2006 (González-Romá, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2006) wird Burnout bereits als Reaktion auf chronischen Arbeitsstress angesehen, der mit den Symptomen emotionale Erschöpfung, Zynismus und reduziertes Wirksamkeitserleben einhergeht.

Aus der zweiten Definition wird ersichtlich, dass Burnout nicht nur eine Folge von Stressoren im Zusammenhang mit menschlicher Interaktion sein kann, sondern vielmehr allgemeinere Stressoren und Arbeitsanforderungen für die Entstehung von Burnout eine Rolle spielen.

Im Laufe der wissenschaftlichen Untersuchung des Phänomens Burnout hat sich die Scientific Community in einem Konsens darauf geeinigt, dass sich die Charakteristika von Burnout im Wesentlichen auf drei Symptome reduzieren lassen: Erschöpfung, Depersonalisation (Zynismus) und reduziertes Wirksamkeitserleben (Lee & Ashforth, 1990; Maslach, et al., 2001).

Als zentrales Merkmal von Burnout wird nach wie vor die *Erschöpfung* angesehen, da sie sich einerseits für andere deutlich sichtbar manifestiert und andererseits von Betroffenen oft als vorherrschend berichtet wird. Aus diesem Grund ist dieses Merkmal im Vergleich zu den anderen in der Forschung am besten bekannt und wurde intensiv erforscht. Die Erschöpfung reflektiert am deutlichsten den Stressaspekt des Burnout, geht aber nicht auf das charakteristische problematische Verhältnis zwischen Mensch und Arbeit ein (Maslach, et al., 2001).

Das zweite Merkmal, die *Depersonalisation* ist gekennzeichnet durch die emotionale und kognitive Distanzierung zu seiner Arbeit als Folge der Arbeitsüberlastung. Gerade im Bereich der Humandienstleistungen kann Depersonalisation als ein Versuch angesehen werden, Distanz zwischen sich und anderen Menschen zu bringen und diese somit nur mehr als Teil seiner Arbeit anzusehen, ohne Involvement oder Engagement zeigen zu müssen. In anderen Berufsgruppen geht es bei der Depersonalisation darum, sich kognitiv von seiner Arbeit zu distanzieren und eine gewisse zynische Haltung einzunehmen. In Studien wird häufig ein starker Zusammenhang zwischen diesen beiden Kernmerkmalen gefunden (Lee & Ashforth, 1990; Maslach, et al., 2001).

Schließlich ist der Zusammenhang des dritten Merkmals, *reduziertes Wirksamkeitserleben*, mit den anderen beiden Merkmalen weniger deutlich. Eine fordernde Arbeitssituation, die zur Entwicklung von Erschöpfung und Depersonalisation beiträgt, nagt mit hoher Wahrscheinlichkeit auch an der erlebten Wirksamkeit. Weiter ist es aber auch schwer, Effektivität bei der Arbeit zu erleben, wenn man sich erschöpft fühlt oder eine Distanz zu seiner Arbeit aufgebaut hat (Maslach, et al., 2001).

3.3.2. Engagement: allgemeine Erläuterungen, Definition und Merkmale

Ein weiterer Trend in der Forschung betrifft das vermeintliche Gegenteil von Burnout, nämlich Engagement. Anstatt nur mehr die negativen Konsequenzen der Arbeit zu betrachten, haben sich die Forscher zunehmend auf die positiven Seiten der Arbeit konzentriert. Die Positive Psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) hat sich zum Ziel gesetzt, den Fokus von einer reparierenden Psychologie hin zu einer Psychologie zu lenken, die positive Entwicklungen beleuchtet. Die Engagement-Forschung ist daher ein noch relativ junges Untersuchungsgebiet, trotz des schon lange bestehenden Wunsches aus der Wirtschaft, wissenschaftliche Hinweise über Voraussetzungen und förderliche Rahmenbedingungen für hochmotivierte MitarbeiterInnen zu erhalten (Bakker, Schaufeli,

Leiter, & Taris, 2008). Die Autoren betonten des Weiteren, dass engagierte MitarbeiterInnen positive Emotionen der Arbeit gegenüber haben, sich ausgezeichneter physischer und psychischer Gesundheit erfreuen, eher Arbeitsressourcen und persönliche Ressourcen selbst herbeiführen und mit größerer Wahrscheinlichkeit ihr Engagement auf KollegInnen und EhepartnerInnen übertragen. So gesehen ist ein hohes Engagement in der Arbeit sowohl für den/die ArbeitgeberIn als auch für die ArbeitnehmerInnen erstrebenswert. Engagierte MitarbeiterInnen fühlen sich außerdem voller Energie in Bezug auf ihre Arbeit, können dieser effektiv nachgehen, sind fähig mit den an sie gestellten Anforderungen umzugehen und identifizieren sich stark mit ihrer Arbeit (Bakker, et al., 2008; Schaufeli, Salanova, Gonzáles-Romá, & Bakker, 2002).

Engagement wird wie folgt definiert (Schaufeli, et al., 2002):

„Hence, engagement is defined as a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption. Rather than a momentary and specific state, engagement refers to a more persistent and pervasive affective-cognitive state that is not focused on any particular object, event, individual, or behavior.” (Schaufeli, et al., 2002, S.74)

In der Definition wird ein weiterer Aspekt von Engagement deutlich. Es handelt sich dabei nicht um ein momentanes, situationsbedingtes Hochgefühl in Bezug auf die Arbeit, das beispielsweise aufgrund einer erfolgreich absolvierten Aufgabe erlebt wird, sondern vielmehr um eine situationsüberdauernde Eigenschaft, die keiner bestimmten Quelle entstammt.

Auf Basis der Forschung zu Burnout, haben sich aus den Untersuchungen drei Kernmerkmale von Engagement herauskristallisiert:

Das erste Merkmal ist die *Vitalität (Vigor)*, die ein/e MitarbeiterIn erlebt. Dieses Merkmal ist charakterisiert durch ein hohes Level an Energie und Belastbarkeit bei der Arbeit. Die MitarbeiterInnen sind bereit Anstrengungen in die Arbeit zu investieren und zeigen selbst in schwierigen Situationen Ausdauer (Bakker, et al., 2008). Das heißt, dass sie

beispielsweise auch ohne Aufforderung freiwillig Dinge in der Arbeit erledigen, die eigentlich nicht in ihrem Aufgabenbereich liegen.

Als zweites Merkmal beschreibt die *Hingabe (Dedication)* das Ausmaß an Involviertheit in die Arbeit und das Erleben von Bedeutsamkeit, Enthusiasmus, Inspiration, Stolz und Herausforderung (Bakker, et al., 2008). Ein/e MitarbeiterIn mit starker Hingabe fühlt sich seiner/ihrer Arbeit persönlich stark verbunden und sucht aktiv nach neuen Aufgaben.

Schließlich geht es beim *Aufgehen in der Arbeit (Absorption)* um völlige Konzentration und Vertiefung in die Arbeit, sodass das Gefühl entsteht, die Zeit würde schnell vergehen und man könnte sich nur schwer wieder von der Arbeit lösen (Bakker, et al., 2008).

3.3.3. Burnout und Engagement – zwei Seiten einer Medaille?

Wenn man also davon ausgeht Engagement als Gegenteil von Burnout zu betrachten, kann Burnout als Verlust von Engagement in der Arbeit angesehen werden. Engagement wäre somit durch geringe Erschöpfung und Zynismus, aber hohes Wirksamkeitserleben gekennzeichnet. Somit wären auch beide Phänomene mit nur einem Instrument messbar (MBI). Diese Betrachtung ist jedoch nur dann möglich, wenn beide Phänomene entgegengesetzte Pole auf einem gemeinsamen Kontinuum darstellen (Schaufeli, et al., 2002). In einer späteren Studie konnte schließlich gezeigt werden, dass die Konstrukte Burnout und Engagement gesamt gesehen nicht als Gegenpole angesehen werden können. Es wurde jedoch bestätigt, dass die beiden Kernmerkmale von Burnout, Erschöpfung und Depersonalisation, jeweils den Gegenpol der beiden Kernmerkmale von Engagement, Energie und Hingabe, darstellen. Es handelt sich dabei also um zwei verschiedene Dimensionen, hinsichtlich derer unterschieden werden muss. Einerseits die Dimension Aktivierung, die von Erschöpfung bis Vitalität reicht und andererseits die Dimension Identifikation, die die beiden Pole Depersonalisation (Zynismus) und Hingabe verbindet (González-Romá, et al., 2006; Schaufeli, et al., 2002). Im Gegensatz dazu können die beiden Merkmale reduziertes Wirksamkeitserleben und Aufgehen in der Arbeit *nicht* als

Gegenpole angesehen werden, sondern als zwei unterschiedliche Aspekte. Aus diesem Grund argumentieren die Autoren auch, dass zwei unterschiedliche Instrumente zur Messung zum Einsatz kommen sollten. Zur Messung von Burnout wird das Verfahren Maslach Burnout Inventory (MBI), und zur Messung von Engagement das Verfahren Utrecht Work Engagement Scale (UWES) eingesetzt. Konzeptuell gesehen kann man Engagement zwar durchaus als positives Gegenstück zu Burnout sehen, strukturell unterscheiden sie sich jedoch wie erwähnt, sodass eine getrennte Erfassung notwendig ist (Schaufeli, et al., 2002).

4. Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten in Österreich

4.1. Aktuelle Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeit in Österreich

Der Beruf des/der Arztes/Ärztin ist in Österreich ohne Frage nach wie vor ein hoch angesehener. Befragt man seinen Freundes- und Bekanntenkreis werden jedoch im gleichen Atemzug auch die schweren Arbeitsbedingungen und hohen Anforderungen an den/die Arzt/Ärztin genannt.

Bei der Betrachtung der Arbeitssituation und den Arbeitsbelastungen einer spezifischen Berufsgruppe ist es zunächst jedoch wichtig, auf die Rahmenbedingungen dieser Tätigkeit Bezug zu nehmen. So nimmt beispielsweise die Politik, die Wirtschaft und die Verwaltung immer stärker Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit (Ärztekammer, 2011). Vor allem der steigende bürokratische und Dokumentationsaufwand setzt der freien Ausübung der beruflichen Pflichten Grenzen und schränkt die Ärztinnen und Ärzte in ihrer wahrgenommenen Handlungs- und Entscheidungsfreiheit stark ein (Stern, 1996). Nicht zuletzt ist dieser bürokratische und Verwaltungsaufwand dadurch gekennzeichnet, dass ÄrztInnen heutzutage öfters eine Doppelrolle als Arzt/Ärztin und Führungskraft einnehmen als noch vor einigen Jahren, im niedergelassenen Bereich ist man als Arzt/Ärztin gar selbständige/r UnternehmerIn (Ulich, 2003).

Wie bereits in der Einleitung angesprochen spielt die Veränderung der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Die ‚alternde‘ Gesellschaft führt dazu, dass immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen ärztliche Behandlung

benötigen und zu völlig neuen Anforderungen an den/die Arzt/Ärztin führen. Zusätzlich nimmt die Prävalenzrate chronischer Erkrankungen ständig zu, was wiederum Einfluss auf die Art der ärztlichen Versorgung hat, und sich Spitäler auf Akutfälle spezialisiert haben (Stern, 1996).

Ständig präsent ist des Weiteren die Kostenfrage des österreichischen Gesundheitssystems. Österreichische Ärztinnen und Ärzte müssen damit umgehen, von der Politik und der Wirtschaft als ‚Kostenverursacher‘ angesehen zu werden und unter diesem Druck zu arbeiten. Ausgaben müssen ständig gerechtfertigt werden und die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen argumentiert werden (Ärzttekammer, 2011). Im zitierten Wahrnehmungsbericht der Österreichischen Ärztekammer wird dieser Umstand besonders deutlich. So gab die Österreichische Ärztekammer 2009 zwei Studien beim Institut für Höhere Studien (IHS) in Auftrag, die die Bedeutung des österreichischen Gesundheitswesens für die Wirtschaft und dessen Wachstumseffekt (als Rechtfertigung der hohen Kosten) untersuchen soll.

Eine weitere Rahmenbedingung der ärztlichen Tätigkeit ist der Fortschritt in der Technologie medizinischer Geräte zur Diagnose und Therapie verschiedenster Erkrankungen. Dieser Fortschritt hat die Spezialisierung und immer stärkere Arbeitsteilung medizinischer Tätigkeit zur Folge. Einerseits bedeutet dieser technische Fortschritt sicherlich Erleichterungen und Beschleunigung in der Diagnose und Therapie, andererseits kommt es dadurch jedoch auch zu neuen Anforderungen und Belastungen an den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin (Stern, 1996; Ulich, 2003).

Auch die Ansprüche der PatientInnen haben sich im Laufe der Jahre verändert. Der/die (immer gleiche) behandelnde Arzt/Ärztin galt früher noch als ‚Gott in Weiß‘, dem/der beinahe uneingeschränkter Respekt und Vertrauen entgegengebracht wurde. Heutzutage ist das Phänomen zu beobachten, dass PatientInnen aufgrund besserer Informiertheit und erleichtertem Zugang zu Informationen zunehmend kritischer und auch anspruchsvoller werden (Stern, 1996). Der/die ‚mündige PatientIn‘ sucht sich seine/n Arzt/Ärztin aus,

wechselt diese/n häufiger und weiß bereits selbst gut über seinen/ihren eigenen Gesundheitszustand Bescheid (Brähler, et al., 2008).

4.2. Zahlen und Fakten zu Österreichs Ärztinnen und Ärzten

In Österreich sind im Jahre 2011 insgesamt 40.130 Ärztinnen und Ärzte tätig. Davon arbeiten rund 37% ausschließlich unselbstständig bei Dienstgebern, also etwa in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen, 26% sind ausschließlich in Ordinationen als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig und 14 % arbeiten sowohl in einem Angestelltenverhältnis als auch in einer Ordination. Die restlichen 33 % entfallen auf ÄrztInnen in der Turnusausbildung und jene, die in nicht-medizinischen Bereichen tätig sind. Unter den angestellten ÄrztInnen sind die meisten im Alter zwischen 30 und 38 Jahren, und zwischen 45 und 53 Jahren alt, wobei das Geschlechterverhältnis in der älteren Gruppe deutlich zu Gunsten der Männer ausfällt. In der jüngeren Gruppe ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen jedoch bereits ausgeglichen (Ärztekammer, 2011).

Betrachtet man den Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen zeigt sich ein etwas anderes Bild. Hier sind die meisten ÄrztInnen im Alter zwischen 45 und 58 Jahren, wobei hier auch deutlich mehr Männer sowohl als Fachärzte als auch als Allgemeinmediziner tätig sind (Ärztekammer, 2011). Es zeichnet sich also insgesamt das Bild ab, dass die Allgemeinmedizin deutlich in männlicher Hand liegt, wohingegen das Verhältnis bei angestellten ÄrztInnen ausgeglichen ist. Betrachtet man bei den niedergelassenen ÄrztInnen jedoch die Gruppe der jungen Ärzte (unter 30 bis 40 Jahre alt), ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen wieder deutlich ausgeglichener. Möglicherweise zeigt sich die Tatsache, dass mehr Frauen in die Medizin drängen zunächst im angestellten Bereich und manifestiert sich erst im Laufe der Zeit auch im niedergelassenen Bereich. Eine mögliche Erklärung dafür wäre auch, dass sich viele junge Ärztinnen direkt nach ihrer

Ausbildung zunächst für einige Jahre als Angestellte in einem Krankenhaus entscheiden, bevor sie eine eigene Praxis eröffnen (Stern, 1996).

4.3. Spezifische Belastungen des Arztberufs

4.3.1. Zur Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten

Während belastende Arbeitsumstände von anderen Berufsgruppen im Gesundheitssystem schon seit längerem bekannt und mittlerweile gut untersucht sind (z.B. Krankenpflegekräfte), dauerte es bei ÄrztInnen deutlich länger. In erster Linie wurde dieses Thema im Rahmen der Diskussion um die Qualität ärztlicher Leistungen angesprochen und war somit lange Zeit ein Aspekt, mit dem man sich notgedrungen beschäftigen muss um zu verhindern, dass PatientInnen Schaden erleiden. ÄrztInnen selbst waren scheinbar lange bereit, gewisse Umstände in Kauf zu nehmen um ihre Tätigkeit ausüben zu können. In letzter Zeit hat sich jedoch auch das berufliche Selbstbild insofern gewandelt, als ÄrztInnen gleiche Rechte wie andere Berufsgruppen einfordern und sich gegen die belastenden Arbeitsumstände wehren (Ulich, 2003). Insgesamt betrachtet wird deutlich, dass ÄrztInnen die Gesamtbelastung zu einem großen Teil als sehr hoch einschätzen (Jurkat & Reimer, 2001). Bedenklich ist weiter auch, dass in einer anderen Studie (Von dem Knesebeck, Klein, Grosse Frie, Blum, & Siegrist, 2010) ca. 44% der TeilnehmerInnen angeben, dass die Qualität der PatientInnenversorgung manchmal oder oft durch Überarbeitung beeinträchtigt ist.

Insgesamt können Arbeitsbelastungen in drei Kategorien unterschieden werden (Brähler, et al., 2008; Stern, 1996):

- Tätigkeitsbezogene Belastungen (z.B. Zeitdruck, Verwaltungsaufwand)
- Durch umweltbezogene Faktoren bedingte Belastungen (z.B. Spitalsstrukturen, wenig Feedback, Entlohnung)
- Beanspruchungsfolgen (z.B. Rückenschmerzen, Müdigkeit, Burnout)

Auf diese drei Aspekte wird in den nun folgenden Kapiteln näher eingegangen. Als Vorgriff soll jedoch bereits an dieser Stelle erwähnt sein, dass inhaltliche Anforderungen an ÄrztInnen (wie das Miterleben von Krankheit, Leid und Tod) nicht als Hauptbelastungsquellen angesehen werden können (Stern, 1996).

4.3.2. Tätigkeitsbezogene Belastungen im Arztberuf

Ohne Frage ist eine der am leichtesten erkennbaren Belastungen im Arztberuf der zeitliche Arbeitsumfang. Studien belegen die auch unter Laien weit verbreitete Ansicht, dass ÄrztInnen sehr viel Zeit für ihre Arbeit aufwenden (müssen). Befragte ÄrztInnen arbeiten durchschnittlich 9,6 Stunden täglich und verrichten durchschnittlich 33 Überstunden pro Monat (Brähler, et al., 2008), wöchentlich wird 55 Stunden lang gearbeitet und pro Nacht nur durchschnittlich 6,4 Stunden geschlafen (Stern, 1996). Für AssistenzärztInnen werden sogar durchschnittlich 63 Stunden, für OberärztInnen 68 Stunden und für ChirurgInnen 70 Stunden Arbeit pro Woche angegeben (Ulich, 2003). Eine aktuelle Umfrage unter österreichischen ÄrztInnen zeigt ähnlich wie bereits Stern (1996) eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 56 Stunden, die durchschnittliche Maximalarbeitszeit beträgt 71 Stunden (Ärztekammer, 2011). Als Folge der starken zeitlichen Belastung kann weiter genannt werden, dass ÄrztInnen es als sehr belastend erleben zu wenig Freizeit und zu wenig Zeit für Privatleben zu haben und somit auch mangelnde Vereinbarkeit ihres Berufs mit der Familie erleben (Brähler, et al., 2008; Stern, 1996). Im gleichen Sinne werden Überstunden, Nachtdienste, Zeitknappheit und Zeitdruck als Belastungen genannt (Glaser

& Weigl, 2008; Stern, 1996). Der Zeitdruck wird besonders häufig als belastend angegeben, dieser resultiert aus einer Verdichtung der Arbeit aufgrund steigender Fallzahlen je Arzt (Ärzttekammer, 2011). Hinsichtlich der Arbeitszeit fühlen sich ÄrztInnen am stärksten gegenüber anderen Berufsgruppen benachteiligt, auch der Ausgleich von Überstunden durch Freizeit ist aus Personalmangel selten möglich, weshalb Überstunden meistens ausbezahlt werden oder gar nicht ausgeglichen werden können. In der Praxis liegen Überstunden und Bereitschaftsdienst auch oft nahe beisammen, was zu einem weiteren Anstieg der realen Arbeitszeit führt (Stern, 1996). In den letzten Jahren gibt es aus diesem Grund auch rechtliche Bestrebungen, die maximale Wochenarbeitszeit von ÄrztInnen zu beschränken. In Österreich liegt diese Grenze bei 60 Stunden pro Woche, wobei bei der Befragung durch die Österreichische Ärztekammer ganze 27% der SpitalsärztInnen angeben, diese zu überschreiten, 8% arbeiten sogar mehr als 99 Stunden (Ärzttekammer, 2011).

Bei den tätigkeitsbezogenen Belastungen wird außerdem der Verwaltungsaufwand immer wieder als sehr belastend erlebt. In verschiedenen Studien wird dieser Aspekt sogar als der am meisten beeinträchtigende genannt (Ärzttekammer, 2011; Brähler, et al., 2008; Stern, 1996). Vor allem junge ÄrztInnen direkt nach ihrer Ausbildung geben an, nicht damit gerechnet zu haben, dass die Verwaltung und Dokumentation einen derart großen Anteil an ihrer Tätigkeit haben wird (Stern, 1996). Dieser Aufwand ist bei niedergelassenen ÄrztInnen nur leicht höher als bei SpitalsärztInnen (Brähler, et al., 2008). Hier kann auch das Problem widersprüchlicher Aufträge hinzugezählt werden (Glaser & Weigl, 2008). Einzelne Aufgaben stehen zueinander im Widerspruch und führen oftmals dazu, dass Tätigkeiten durchgeführt werden müssen, für die man gar nicht zuständig ist. Schließlich können widersprüchliche Aufträge in verminderter Qualität der Arbeit und Nichterreichen von Zielen resultieren. Die Autoren führen in weiterer Folge den Zusatzaufwand, Qualitätseinbußen und Informationsdefizite an.

Neben dem Verwaltungsaufwand stellen auch noch Arbeitsunterbrechungen und unvorhergesehene Ereignisse eine Belastung dar, die die vollständige Ausführung eines

Arbeitsschrittes (z.B. eines Anamnesegesprächs mit einem Patienten) verhindern (Glaser & Weigl, 2008; Ulich, 2003).

Nicht zu vernachlässigen ist außerdem die hohe Verantwortung für andere Menschen (Keller, 2005) und die damit verbundene Gefahr von Fehlentscheidungen (Stern, 1996). Mitunter müssen in kürzester Zeit lebensnotwendige Entscheidungen getroffen werden ohne die Möglichkeit sich mit einem Kollegen zu beraten.

Des weiteren werden patientenbezogene Stressoren angeführt (Glaser & Weigl, 2008). Hierbei geht es um die fordernde Interaktion mit PatientInnen, die sich in schlechter Verfassung befinden und um Erschwernisse des Kontakts durch Ungeduld oder schlechte Sprachkenntnisse. Ebenso kommt es laut den Autoren zu physischen Stressoren, die durch eine ungünstige Arbeitsumgebung, physische Belastungen (etwa durch langes Stehen oder bestimmte Körperhaltungen) und erhöhtem Verletzungs- und Erkrankungsrisiko bedingt sein können.

Insgesamt betrachtet liegen tätigkeitsbezogene Belastungen an erster Stelle der Belastungen von ÄrztInnen und hier vor allem die Arbeitszeiten, der Zeitdruck und Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten (Ärzttekammer, 2011).

4.3.3. Durch umweltbezogene Faktoren bedingte Belastungen im Arztberuf

Als wichtige Belastungen werden in diesem Bereich mangelndes Feedback, unklare Erfolgskriterien, mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte, widersprüchliche Anweisungen durch Vorgesetzte, hohe Ansprüche der Vorgesetzten und geringe Aussicht auf Weiterbeschäftigung genannt. Gerade in sozialen Beziehungen zu Vorgesetzten und KollegInnen am Arbeitsplatz liegen demnach potenzielle Belastungen für ÄrztInnen, die aus Konflikten entstehen können (Stern, 1996).

Bei den umweltbezogenen Faktoren ist weiter die Gestaltung der Arbeitsumgebung hervorzuheben (Keller, 2005). Gerade bei ärztlichen Behandlungen sind die vollständige Ausstattung der Behandlungsräume mit allen notwendigen Geräten und Materialien, die ausreichende Beleuchtung und gute klimatische Bedingungen relevant (Ulich, 2003).

Schließlich darf nicht auf die Rahmenbedingungen des Krankenhauses vergessen werden. Die finanzielle Lage des Krankenhauses spielt dabei ebenso eine Rolle wie das Vorhandensein ausreichenden (und gut qualifizierten) Personals (Ulich, 2003) sowie die Gestaltung der Unternehmenskultur ganz allgemein (Stern, 1996). In Österreich wird von der Ärztekammer immer wieder die Forderung laut, dass der Personalstand deutlich erhöht werden müsste – 88 Prozent der Befragten sind mit der Personalsituation unzufrieden. Hier wären vor allem Administrationsassistenten und vermehrtes Personal in den Ambulanzen notwendig (Ärztekammer, 2011). Glaser und Weigl (Glaser & Weigl, 2008) sprechen in diesem Bereich von organisationalen und sozialen Stressoren, die die Personalsituation, organisatorische Änderungen und die Zusammenarbeit mit KollegInnen, Vorgesetzten und PatientInnen betreffen.

4.3.4. Beanspruchungsfolgen des Arztberufs

Die Gesundheit und Beanspruchungsfolgen von ÄrztInnen betreffend konnten bereits zahlreiche Befunde gesammelt werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass ÄrztInnen berufsbedingt sehr sensibilisiert auch in Bezug auf Fragen zur eigenen Gesundheit sind. Andererseits kann man auch davon ausgehen, dass ÄrztInnen im Durchschnitt ein wenig gesundheitsförderliches Verhalten an den Tag legen und daher kaum als ‚gutes Vorbild‘ vorangehen können (Stern, 1996).

In der Studie von Stern (Stern, 1996) zeigen sich vor allem die beiden Beanspruchungsfolgen Müdigkeit und Reizbarkeit als besonders relevant. Außerdem werden Rücken- und Muskelschmerzen, innere Unruhe und Grübeleien als belastend erlebt. Allerdings gehen ÄrztInnen laut dieser Studie vergleichsweise selten in Krankenstand (im

Durchschnitt 3,8 Tage pro Jahr), 42% der Befragten schätzen ihre berufliche Belastung als besonders hoch ein.

Eine weitere bekannte Beanspruchungsfolge ist Burnout. Bei ÄrztInnen stellt sich das Bild dieses Phänomens derart dar, dass diese einen hohen Grad emotionaler Erschöpfung erleben, eine mittlere Tendenz zur Depersonalisierung und ein mittleres Maß an Wirksamkeitserleben in der Arbeit haben (Stern, 1996). Eine weitere Studie geht davon aus, dass ca. 25-30% der in Krankenhäusern ambulant und stationär tätigen ÄrztInnen im Laufe der Jahre der Berufsausübung an Burnout leiden (Brähler, et al., 2008).

Außer Acht lassen darf man des Weiteren nicht das erhöhte Auftreten von psychischen Erkrankungen bei ÄrztInnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Hier sind besonders Depressionen, eine erhöhte Suizidrate und Suchterkrankungen (Drogen-, Medikamenten- und Alkoholmissbrauch) mit einer Prävalenz von 10-15% hervorzuheben (Brähler, et al., 2008). In einer Untersuchung (Hughes, et al., 1999) fanden die Autoren bezüglich der verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen heraus, dass AnästhesistInnen, NotärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen und PsychiaterInnen besonders anfällig für Substanzmissbrauch sind, PathologInnen, RadiologInnen und KinderärztInnen sind hingegen seltener betroffen. Vermutlich auch aus Gründen der Verfügbarkeit greifen betroffene PsychiaterInnen mit 26% häufiger zu Benzodiazepinen als zu anderen Suchtmitteln. Medikamente werden vor allem von AllgemeinmedizinerInnen und GynäkologInnen konsumiert, NotärztInnen nehmen im Vergleich zu anderen Fachrichtungen häufiger Kokain.

4.4. Spezifische Ressourcen des Arztberufs

Neben der geringen Arbeitszeitbelastung und einem großen Handlungsspielraum in der Arbeit ist die soziale und hier insbesondere die familiäre Unterstützung wichtig. Eine weitere Ressource ist die Kontrolle über den eigenen Arbeitsplatz (Stern, 1996). Der Handlungsspielraum beschreibt dabei die Möglichkeit auf seine Tätigkeit selbstständig

Einfluss zu nehmen und selbst bestimmen zu können, welche Entscheidungen man trifft. Bei der sozialen Unterstützung sind am Arbeitsplatz das Verhältnis zu den Kollegen und den Vorgesetzten und die Anerkennung der Arbeitsleistung durch diese hervorzuheben (Ulich, 2003).

Ganz besonders wichtig scheint jedoch der inhaltliche Aspekt der ärztlichen Tätigkeit zu sein. Menschen helfen zu können ist für die meisten der Hauptgrund überhaupt Arzt/Ärztin zu werden und diesen Beruf trotz widriger Umstände weiter auszuführen. Daher besteht auch der große Wunsch danach, mehr Zeit für einzelne PatientInnenkontakte zu haben woraus wiederum die Forderung nach Reduktion von administrativen Tätigkeiten und mehr Personal resultiert (Ärztekammer, 2011).

In einer systematischen Untersuchung (Glaser & Weigl, 2008) fand man speziell für die Gruppe der KrankenhausärztInnen aufgabenbezogene, personelle, materielle und soziale Ressourcen. Zu aufgabenbezogenen Ressourcen zählen die Transparenz ärztlicher Tätigkeit, Transparenz der Aufgaben im Krankenhaus, zeitliche Transparenz, Vorgesetztenfeedback, Tätigkeitsspielraum und Partizipationschancen. Unter personelle, materielle und soziale Ressourcen werden die Personalsituation, räumliche Ressourcen, materielle Ausstattung, soziales Klima, interne Kooperation (mit KollegInnen, Vorgesetzten, PatientInnen, Angehörigen) und externe Kooperation (mit KollegInnen etc. anderer Abteilungen) subsumiert.

5. Aktueller Stand der Forschung zum Thema Arbeits-Familien-Konflikt bei Ärztinnen und Ärzten

In diesem Kapitel sollen nun die vorgestellten theoretischen Säulen derart miteinander in Beziehung gestellt werden, die bisher erläutert wurden. Es werde also jene Forschungsergebnisse berichtet, die konkret bei Ärztinnen und Ärzten der Frage nachgegangen sind, wie diese Arbeit und Familie miteinander vereinbaren und wie deren Arbeitssituation in der Realität aussieht.

In einigen Untersuchungen wurde die Frage danach, wie ÄrztInnen es schaffen Arbeit und Familie unter einen Hut zu bringen, mittels eines oder einiger weniger Items in einem Fragebogen untersucht. Der allgemeine Tenor dieser Untersuchungsergebnisse legt nahe, dass ÄrztInnen ihr Privatleben auf Kosten der Arbeit einschränken müssen bzw. ihr Privatleben unter der Arbeit leidet (Ärzttekammer, 2011; Brähler, et al., 2008; Stern, 1996).

Andere Studien gehen dieser Frage detaillierter nach und versuchen auf breiterer Ebene eine Antwort zu geben. Im folgenden Abschnitt sollen nun die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien kurz dargestellt werden um einen Überblick über den bisherigen Forschungsstand zu geben:

Im Jahre 1987 stellte man fest, dass Ärztinnen weniger Zeit in der Arbeit verbringen als ihre männlichen Kollegen (Weisman & Teitelbaum, 1987). In Zahlen ausgedrückt bedeutet das, dass Ärzte 7,5 Stunden mehr arbeiten als Ärztinnen, obwohl beide Geschlechter im Durchschnitt mehr als 60 Stunden pro Woche in der Arbeit verbringen. Angesichts der Jahreszahl dieser Untersuchung sprechen auch die Autoren davon, dass dieser Effekt durch verstärkte Verpflichtungen der Frauen im Haushalt und in der Kinderversorgung zu Stande kommt. Es wird außerdem darauf verwiesen, dass dieser Effekt in jüngeren Stichproben

geringer wird, was wiederum für eine Veränderung der Rollenaufteilung in jüngeren Generationen spricht. In Bezug auf die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie wird auch in diesem Fall davon ausgegangen, dass der Arztberuf insgesamt nicht sehr förderlich ist, Frauen haben es aber aufgrund vermehrter Verpflichtungen schwieriger selbst wenn sie weniger arbeiten.

Leiter und Durup (Leiter & Durup, 1996) untersuchten in einer Stichprobe von weiblichem Gesundheitspersonal in einem Krankenhaus die Auswirkungen von der Arbeit auf die Familie und umgekehrt. Für diese Stichprobe konnte in Übereinstimmung mit der aktuellen Forschung (Eagle, Miles, & Icenogle, 1997) für einen Zeitraum von drei Monaten gezeigt werden, dass sich die Arbeit deutlich auf die Familie auswirkt, der Effekt der Familie auf die Arbeit ist jedoch wesentlich geringer. Die Studie von Leiter und Durup konnte weiter die zentrale Rolle der emotionalen Erschöpfung für die Arbeit von Krankenhauspersonal belegen. Die emotionale Erschöpfung steht in einem negativen Zusammenhang mit der Unterstützung durch Vorgesetzte, in positiver Beziehung mit Arbeitsüberlastung und Konflikten zwischen der Arbeit und der Familie. Diese zuletzt genannte Beziehung ist auch die einzige reziproke. Das bedeutet, dass ein verstärkter Konflikt zwischen Arbeit und Familie mit größerer Wahrscheinlichkeit zu erhöhter emotionaler Erschöpfung führt, aber auch umgekehrt die emotionale Erschöpfung einen Konflikt wahrscheinlicher macht. Einen positiven Einfluss auf das Familienleben konnte besonders für das persönliche Wirksamkeitserleben festgestellt werden. Das Gefühl etwas erreicht zu haben beeinflusst die Zufriedenheit mit der Ehe positiv, ebenso die Unterstützung durch Freunde und das Ausmaß inwieweit ein Konflikt zwischen Arbeit und Familie wahrgenommen wird. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Rolle des Wirksamkeitserlebens in der Arbeit als wichtige Ressource für das allgemeine Wohlbefinden einer Person. Als weitere Ressource wird die soziale Unterstützung angesehen.

Eine weitere Studie bescheinigt den ÄrztInnen ebenfalls ein hohes Arbeitsvolumen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen (Bergman, Ahmad, & Stewart, 2008). Insgesamt verbringen die Teilnehmer dieser Studie 75 Stunden mit der Erledigung von Aufgaben in

der Arbeit *und* in der Familie. Dennoch zeigt sich die traditionelle Rollenverteilung zwischen Männern und Frauen. Während Männer mehr Zeit in bezahlte Arbeit stecken, sind Frauen stärker im Haushalt und in der Kindererziehung engagiert. Die Karriere von Frauen in der Medizin wird damit auch wesentlich stärker von diesen Verpflichtungen beeinflusst, als jene von Männern und resultiert in einer Doppelbelastung. Zum Gesundheitszustand der Ärztinnen und Ärzte stellen die Autoren fest, dass sie insgesamt in guter körperlicher und geistiger Verfassung sind und häufiger über positive Anstrengungen und Stress berichten als über negative Arbeitsüberlastung.

Aktuell wurde der Konflikt zwischen Arbeit und Familie bei deutschen KrankenhausärztInnen untersucht (Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach, & Rieger, 2008). In Deutschland ist in den letzten Jahren das Problem des ÄrztInnenmangels zu beobachten. Die Autoren führen die Abwanderung der ÄrztInnen ins Ausland oder in nicht klinische Berufe auf die mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf zurück. Tatsächlich finden sie in ihrer Untersuchung einen deutlich erhöhten Konflikt zwischen der Arbeit und der Familie bei deutschen KrankenhausärztInnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Der Konflikt war besonders bei jüngeren ÄrztInnen, hohen zeitlichen Arbeitsanforderungen, Anzahl an Arbeitstagen trotz Krankheit und kurzfristigen Änderungen im Dienstplan erhöht. Außerdem zeigte der Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung auch insgesamt verstärkten Stress und höhere Lebensqualität bei geringerem allgemeinem Wohlbefinden. Als Ressource wurde die Qualität der Kommunikation in der Arbeit herausgefiltert. Ein verstärkter Konflikt zwischen Arbeit und Familie war außerdem mit höheren Burnout-Raten und anderen Stresssymptomen verbunden, ebenso berichteten jene ÄrztInnen auch häufiger über das Vorhaben zu kündigen. Im Gegensatz dazu hängt ein niedriger Konflikt zwischen Arbeit und Familie mit erhöhter Arbeitszufriedenheit, besserem selbstberichteten Gesundheitszustand, besserer Leistungsfähigkeit und größerer Lebenszufriedenheit im Allgemeinen zusammen. Insgesamt scheint es also in Deutschland häufig zur schlechten Vereinbarkeit von Arbeit

und Familie zu kommen. Prädiktoren dafür werden in der Arbeitsorganisation und sozialen Beziehungen in der Arbeit gesehen.

In einer Studie aus Ungarn (Ádám, Györffy, & Susánszky, 2008) konnte ebenfalls ein verstärkter Konflikt zwischen Arbeit und Familie für Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten festgestellt werden. In weiterer Folge untersuchten die Autoren den Zusammenhang zwischen diesem WFC und Burnout. Der Konflikt stellte sich als starker Prädiktor für Burnout (bzw. für die zwei zentralen Merkmale emotionale Erschöpfung und Depersonalisation) heraus. Ebenso wie andere Studien sehen auch die Autoren dieser Untersuchung den WFC als Mediator zwischen Arbeitsmerkmalen und Burnout. Als Beispiel dafür soll nun über zwei Studien berichtet werden:

Zunächst stellte man für eine Stichprobe von AssistenzärztInnen in niederländischen Spitälern fest, dass der WFC als Mediator zwischen Merkmalen der Arbeit und des Privatlebens und arbeitsbezogenen und allgemeinen psychischen Gesundheitsmerkmalen fungiert (Geurts, Rutte, & Peeters, 1999). Insbesondere wirken sich vier Merkmale negativ auf den Konflikt zwischen Arbeit und Familie aus: Im Bereich des Privatlebens ist das ein/e EhepartnerIn, der/die häufig Überstunden macht, in der Arbeit ist es ein ungünstiger Dienstplan, hohe Arbeitszeitbelastung und Abhängigkeit von dem/der Vorgesetzten. Auswirkungen des WFC waren erhöhte emotionale Erschöpfung und Depersonalisation auf der einen Seite und psychosomatische Beeinträchtigungen und Schlafmangel auf der anderen Seite.

In einem ähnlichen Ansatz untersuchte man kürzlich ebenfalls den Mediationseffekt des Work-Family-Conflict (WFC) (Aminah, 2010). Hierbei ging es um den Konflikt zwischen Arbeit und Familie als Mediator zwischen Rollenüberlastung und emotionaler Erschöpfung. Die Ergebnisse zeigten den Zusammenhang zwischen der Rollenüberlastung und dem WFC und der emotionalen Erschöpfung. Weitere Zusammenhänge wurden zwischen dem WFC und der emotionalen Erschöpfung aufgezeigt. Anhand weiterer statistischer Analysen konnte gezeigt werden, dass der Konflikt teilweise die Beziehung

zwischen der Rollenüberlastung und der emotionalen Erschöpfung mediiert. Junge AssistenzärztInnen, die eine Überlastung erleben, scheinen emotional ausgelaugter zu sein und den Konflikt zwischen Arbeit und Familie stärker zu erleben als jene, die keine Überlastung empfinden.

Verhältnismäßig viele Studien wurden zum Thema Burnout in Gesundheitsberufen durchgeführt. Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf Pflegepersonal, jedoch rückt auch hier der Fokus immer mehr auf das gesamte Gesundheitspersonal und so auch auf ÄrztInnen. Wie bereits erwähnt sind ÄrztInnen wesentlich gefährdeter am Burnout-Syndrom zu leiden als die Allgemeinbevölkerung. Besonders häufig sind junge AssistenzärztInnen und StudentInnen betroffen (Niku, 2004). In der bereits zitierten Studie aus Ungarn (Ádám, et al., 2008) wurde neben dem stärkeren Erleben des Konflikts bei Ärztinnen auch festgestellt, dass diese als Folge daraus ebenfalls häufiger unter Burnout leiden. Der Konflikt zwischen Arbeit und Familie konnte auch in diesem Fall das Auftreten von Burnout vorhersagen. Je stärker der Konflikt wahrgenommen wird, umso eher tritt Burnout auf. In Bezug auf den Umgang mit PatientInnen wurde Burnout ebenfalls bei AllgemeinmedizinerInnen untersucht (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld, & Van Dierendonck, 2000). In dieser Längsschnittstudie konnte der Einfluss von mangelnder Reziprozität im PatientInnenkontakt auf Burnout festgestellt werden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass fordernde PatientInnenkontakte zu einem Mangel an Reziprozität in der Arzt/Ärztinnen-PatientIn-Beziehung führen, die in weiterer Folge den/die Arzt/Ärztin emotional auslaugen und auf diese Weise den Burnout-Prozess in Gang setzen. Die Konsequenz, die daraus resultiert, ist, dass sie dem Kontakt mit den PatientInnen und sich selbst gegenüber zunehmend negativ eingestellt sind (Depersonalisation und reduziertes Wirksamkeitserleben) und sich emotional stärker von den PatientInnen distanzieren. Durch diese emotionale Distanzierung des/der Arztes/Ärztin von seinem/r PatientIn wird jedoch eine Negativspirale in Gang gesetzt. Gerade diese Distanzierung führt nämlich dazu, dass in Zukunft die weiteren PatientInnenkontakte als noch anstrengender erlebt werden. Ein weiterer interessanter Aspekt zu diesem Thema wurde ein Jahr später aufgedeckt. Die

Autoren untersuchten die „Ansteckung“ mit Burnout unter AllgemeinmedizinerInnen (Bakker, Schaufeli, Sixma, & Bosveld, 2001). Sie gehen von der Hypothese aus, dass wahrgenommene Beschwerden von KollegInnen über Burnout und die eigene Empfänglichkeit für emotionale Ansteckung einen Einfluss auf die eigene emotionale Erschöpfung haben und somit einen unabhängigen Teil der Varianz des Auftretens von Burnout erklären können. Die Ergebnisse unterstützten diese Hypothese. Zusätzlich zeigte sich auch, dass die Empfänglichkeit für die von anderen gezeigten Gefühle einen moderierenden Effekt auf die Beziehung zwischen den wahrgenommenen Beschwerden über Burnout von KollegInnen und der eigenen emotionalen Erschöpfung ausübt. Die „Ansteckung“ mit Burnout ist also besonders deutlich unter jenen AllgemeinmedizinerInnen, die allgemein hoch empfänglich für emotionale Reize sind. Diese kann unbewusst geschehen oder bewusst, wenn KollegInnen beispielsweise untereinander den Gesundheitszustand ihrer PatientInnen diskutieren.

II EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

6. Eigene Themenstellung und Zielsetzung der Diplomarbeit

6.1. Persönliches Interesse und Schlussfolgerungen aus der Theorie

Das persönliche Interesse am Thema hat sich aus mehreren Gründen ergeben. Zunächst einmal sind meine Eltern an der medizinischen Universität Wien beschäftigt, der Bekanntenkreis besteht also zu einem großen Teil aus Personen in Gesundheitsberufen. Durch Unterhaltungen mit diesen Bekannten und Freunden hat sich das Interesse an den Besonderheiten dieses Berufsfeldes ergeben. Bald ist mir auch aufgefallen, dass es scheinbar in diesem Beruf besonders schwierig ist ein funktionierendes Privatleben zu führen.

Nach eingehender Recherche und Analyse der Literatur zum Thema hat sich nun folgendes Forschungsmodell ergeben (Abbildung 2).

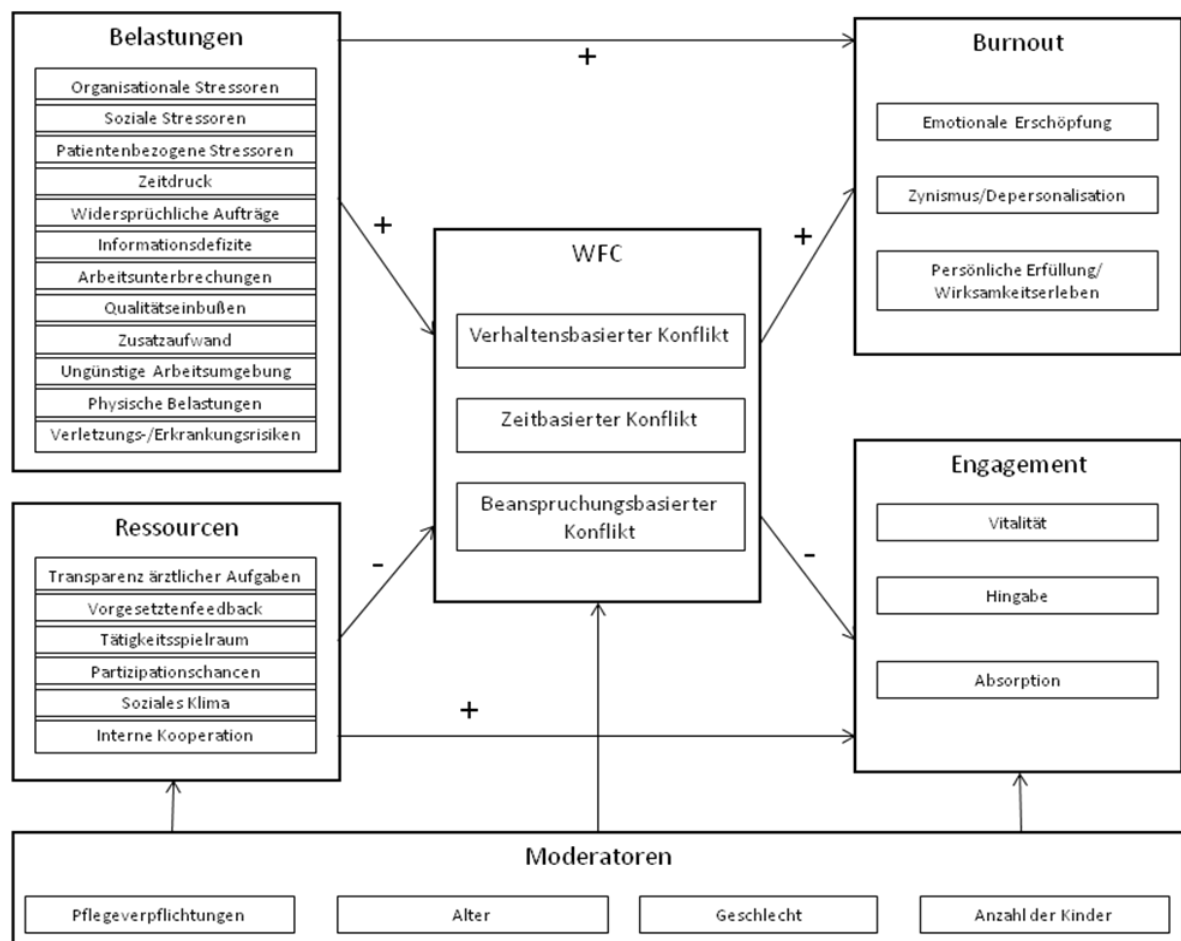


Abbildung 2: Forschungsmodell

Diesem Modell liegt die in Kapitel 2.1.1.2. beschriebene Rollentheorie nach Greenhaus und Beutell (1985) zu Grunde, insbesondere die Unterscheidung in verhaltensbasierte, zeitbasierte und beanspruchungsbasierte Konflikte wird hier ersichtlich. Die Anwendung dieser Theorie folgt dem vorherrschenden Vorgehen der Forschung zu diesem Thema. Die Untersuchung fokussiert somit auf den negativen Aspekt in der Interaktion der beiden Lebensbereiche Arbeit und Familie, sie beschäftigt sich mit dem Konflikt, der entstehen kann. Der positive Aspekt der gegenseitigen Bereicherung (siehe Grzywacz und Marks, 2000) der beiden Lebensbereiche wird hier außen vor gelassen.

Bezüglich der Richtung des Konfliktes (siehe Frone, Yardley et al., 1997) werden in der vorliegenden Diplomarbeit ausschließlich die Auswirkungen der Arbeit auf die Familie untersucht, da man herausgefunden hat, dass Anforderungen und Belastungen aus der Arbeit häufiger auf die Familie Einfluss nehmen als umgekehrt (Eagle, et al., 1997). Im Speziellen werden die besonderen Arbeitsbedingungen von ÄrztInnen auf den WFC und auf arbeitsbezogene Reaktionen untersucht. Als Rahmen dient das Job-Demands-Resources-Modell (siehe Kapitel 3), das mittels ärztespezifischer Belastungen und Ressourcen ergänzt und angepasst wurde. Die spezifischen Belastungen des Arztberufs werden hier als Folge übermäßiger Beanspruchung verstanden, weshalb diese in das Forschungsmodell aufgenommen wurden. Das JDR-Modell hat sich bereits in zahlreichen Untersuchungen als bedeutsam erwiesen (Eby, et al., 2005). In Übereinstimmung mit der Literatur (Aminah, 2010; Geurts, et al., 1999) wird auch in diesem Modell der WFC als Mediator zwischen arbeitsbezogenen Belastungen und Ressourcen und arbeitsbezogenen Auswirkungen angesehen. In allen drei Bereichen können Moderatoren wirksam werden, die die Ergebnisse beeinflussen. Für die eigene Untersuchung relevant sind dabei allerdings nur die Moderatoren Geschlecht, Alter und Anzahl der Kinder. Die vierte Moderatorvariable des Modells, Pflegeverpflichtungen, wurde für eine weitere Untersuchung im Rahmen der Dissertation einer Kollegin an der Universität Wien, Sara Tement, miterhoben. Trotz zahlreicher Studien zu einzelnen Aspekten dieses Themas wurde bisher noch nie ein derart umfassendes Modell bei Ärzten untersucht.

6.2. Zielsetzung der Arbeit und Hypothesen

Ziel dieser Untersuchung ist es das Zusammenspiel arbeitsbezogener Belastungen und Ressourcen mit dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie und den beiden arbeitsbezogenen Auswirkungen, Burnout und Engagement, näher zu beleuchten. Genauer gesagt ist es von Interesse, die bereits für andere Fragestellungen verifizierten Modellvorstellungen für die dieser Studie zugrunde liegende Stichprobe nachzuvollziehen.

Im Detail soll in weiterer Folge auch erforscht werden, welche speziellen Belastungen und Ressourcen sich besonders stark oder schwach auswirken. Deskriptiv soll auch darauf eingegangen werden, wie sich die Arbeitssituation für ÄrztInnen in Österreich konkret darstellt, respektive welche Belastungen und Ressourcen besonders relevant sind, wie stark der WFC tatsächlich wahrgenommen wird und wie verbreitet Burnout und Engagement in der österreichischen Ärzteschaft ist.

Hypothese 1a: Das Ausmaß der Belastungen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Work-Family-Conflict (WFC).

Diese Hypothese ergibt sich aus der Annahme, dass arbeitsbezogene Anforderungen und Stressoren den WFC verstärken (Frone, 2003; Voydanoff, 1988). Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 2.3.

Hypothese 1b: Das Ausmaß der Belastungen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Burnout.

Konkruent zum Job Demands – Resources Modell (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001) ergibt sich diese Hypothese (siehe Kapitel 3.).

Hypothese 2a: Das Ausmaß der Ressourcen steht in einer negativen Beziehung mit dem Ausmaß des WFC.

Ebenso wie Anforderungen und Stressoren den Konflikt zwischen Arbeit und Familie wahrscheinlicher machen sollen (Hypothese 1a), sind es Ressourcen, die diesen abschwächen oder weniger wahrscheinlich machen sollen (Carlson, 1999; Frone, Yardley, et al., 1997; siehe Kapitel 2.3.).

Hypothese 2b: Das Ausmaß der Ressourcen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Engagement.

Bei dieser Hypothese wird ebenfalls der Bezug zum JDR-Modell deutlich, der davon ausgeht, dass Ressourcen in der Arbeit vor allem zu mehr Engagement führen (siehe Kapitel 3.; Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

Hypothese 3a: Das Ausmaß des WFC steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Burnout.

Hypothese 3b: Das Ausmaß des WFC steht in einer negativen Beziehung mit dem Ausmaß des Engagement.

In der Literatur werden neben Bedingungen, die zu einem höheren WFC führen auch Folgen eines hohen bzw. niedrigen WFC angegeben. Im Einklang mit dem JDR-Modell, dass als Rahmenmodell gilt, geht die Untersuchung davon aus, dass ein hoher WFC zu Burnout und ein niedriger zu Engagement führt. Studien, die diesen Schluss nahe legen sind jene von Parasuraman & Simmers (2001), Eby, et al. (2005) und Allen, Herst, Bruck und Sutton (2000).

7. Methode

Im folgenden Abschnitt wird die Operationalisierung der Hypothesen erläutert. Ebenfalls wird darauf eingegangen, wie bei der Untersuchung vorgegangen wurde, wie die Datenerhebung durchgeführt wurde und wie es zur Auswahl der Stichprobe gekommen ist. Schließlich werden auch noch die Erhebungsinstrumente und Auswertungsverfahren genauer beschrieben.

7.1. Durchführung

Die Querschnittuntersuchung zum Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei österreichischen ÄrztInnen wurde im Erhebungszeitraum von Jänner bis April 2010 durchgeführt. Die Erhebung erfolgte dabei zunächst im Papier-Bleistift-Format, aufgrund des geringen Erfolgs wurde die Erhebung in weiterer Folge schließlich in eine Online-Version umgewandelt. Dadurch konnte ein Link per e-Mail versendet werden, durch den die TeilnehmerInnen zum Online-Fragebogen geführt wurden.

Als Druckversion wurde der Fragebogen zunächst unter Freunden und Bekannten verteilt, mit der Bitte diese auch an weitere bekannte und/oder verwandte Ärztinnen und Ärzte zu verteilen. Nach einem recht vielversprechenden Beginn dieser Erhebungsmethode, ebte der Zustrom der Fragebögen jedoch recht rasch ab, weshalb der Wechsel zur Online-Methode erfolgte. Bei dieser Methode liegt der große Vorteil darin, dass der Fragebogen zu jedem beliebigen Zeitpunkt durch den/die TeilnehmerIn abgerufen und ausgefüllt werden kann. Die e-Mail-Adressen wurden teilweise wiederum im Freundes- und Bekanntenkreis gesammelt. Zusätzlich wurde der Zugang zu e-Mail-Adressen von ÄrztInnen über die Homepage der österreichischen Ärztekammer möglich (www.aerztekammer.at, Zugriff am

14.02.2010), wo eine Liste aller in Österreich tätigen ÄrztInnen vorhanden ist, in die teilweise auch e-Mail-Adressen eingetragen waren. Der Versand des Links zum Fragebogen per e-Mail wurde zunächst für das Bundesland Wien durchgeführt. Weil die Rücklaufquote in diesem Fall aber bereits zufriedenstellend war, wurde davon abgesehen weitere Bundesländer miteinzubeziehen.

Außerdem bekam ich für die Online-Version gleich zu Beginn die Rückmeldung, dass es angenehmer sei den Fragebogen im Internet auszufüllen, da man ohnehin bereits am Computer säße um zu arbeiten und man dann nebenbei den Fragebogen ausfüllen könnte. Sowohl in der Druckversion, als auch in der Online-Version war als Kontaktadresse für Rückfragen meine e-Mail-Adresse angegeben. Diese Möglichkeit wurde jedoch ausschließlich von Online-TeilnehmerInnen genutzt. Abgesehen von optischen und graphischen Unterschieden, waren die beiden Versionen des Fragebogens inhaltlich identisch und können somit als vergleichbar angesehen werden.

Bei der Zusammensetzung der Stichprobe wurde (so weit wie möglich) darauf geachtet, dass Männer und Frauen gleichermaßen angesprochen und zur Teilnahme bewogen wurden. Außerdem war es ein Anliegen möglichst viele verschiedene Fachrichtungen und auch Altersgruppen miteinzubeziehen um eine möglichst heterogene Stichprobenzusammensetzung zu erreichen.

Das Ausfüllen der Fragebögen (unabhängig ob handschriftlich oder online) erfolgte selbstständig, mit der Möglichkeit der Kontaktaufnahme im Falle von Rückfragen.

7.2. Erhebungsinstrumente

Für die Erstellung des Fragebogens war es besonders wichtig auf bereits entwickelte, gut validierte Skalen zurückzugreifen. Um die Belastungen und Ressourcen von ÄrztInnen zu erfassen, kam das Instrument von Glaser und Weigl (2008) zum Einsatz. Dabei wurde jedoch nicht der gesamte Fragebogen eingesetzt, sondern theoriegeleitet jene Variablen ausgewählt, die zum Job Demands-Resources Modell insofern inhaltlich passen, als dass sie mit den darin postulierten Zusammenhängen konform sind (siehe Kapitel 3). Als Vorlage diente also das JDR-Modell, in welches die von Glaser und Weigl (2008) identifizierten für ÄrztInnen spezifische Belastungen und Ressourcen eingepasst wurden.

Im Falle des Konfliktes zwischen Arbeit und Familie wurde die deutschsprachige Übersetzung und Adaptation einer englischsprachigen Skala verwendet. Bei den beiden Konstrukten Burnout und Engagement konnten die bereits bewährten Verfahren MBI-GS-D und UWES-9 eingesetzt werden. Eine Übersicht über alle Verfahren bietet die folgende Tabelle, die Verfahren werden auch in den folgenden Abschnitten noch genauer dargestellt und beschrieben.

Verfahren	Variablen
TAA Screening für Krankenhausärzte	Aufgabenbezogene Ressourcen
	Personelle, materielle und soziale Ressourcen
	Organisationale und soziale Stressoren
	Aufgabenbezogene Stressoren
	Physische Stressoren
WFC-Skala	Konflikte zwischen Arbeit und Familie
MBI-GS-D	Burnout
UWES-9	Engagement

Tabelle 1: Eingesetzte Verfahren und die damit erhobenen Variablen

7.2.1. Screening für Krankenhausärzte (TAA-KH)

Das Screening-Verfahren für Krankenhausärzte stellt eine Erweiterung und Adaptation des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens für das Krankenhaus dar, welches in einer Selbst- und einer Fremdbeobachtungsversion (TAA-KH-S und TAA-KH-O) erhältlich ist (Büssing, Glaser, & Höge, 2002a). In dieser ursprünglichen Version erfasst das TAA-KH die Arbeitssituation von Pflegekräften im Krankenhaus. Die Erweiterung und Adaptation durch Glaser und Weigl (2008) wurde speziell für ÄrztInnen im Krankenhaus durchgeführt. Dadurch wird es möglich deren Arbeitsbelastungen und Ressourcen detailliert zu erfassen. Eine eigene Adaption fand schließlich noch bezüglich der verwendeten Begriffe statt. Da an der vorliegenden Untersuchung auch ÄrztInnen aus dem niedergelassenen Bereich teilgenommen haben, wurde darauf geachtet, dass die Begriffe für beide Fälle verständlich sind bzw. wenn notwendig wurde der für den jeweils anderen Bereich entsprechende Begriff verwendet. Ein Beispiel ist der Begriff ‚Dienstplan‘, der für niedergelassene ÄrztInnen in den Begriff ‚Pläne für die Ordination‘ umgemünzt wurde.

Aus den sechs verschiedenen Verfahrensbereichen mit 31 Skalen wurden fünf Verfahrensbereiche und 18 Skalen ausgewählt. Das Antwortformat reicht auf einer fünfstufigen Skala von ‚nein, gar nicht‘ bis ‚ja, genau‘. In Tabelle 2 werden die verwendeten Skalen, die Anzahl der Items und Beispielitems aufgelistet. Die ersten sechs Skalen erheben das Ausmaß an vorhandenen Ressourcen und werden daher mit einem (R) gekennzeichnet.

Skala	Anzahl der Items	Beispielitem
Transparenz ärztlicher Aufgaben (R)	3	Man weiß genau, wozu die eigene Arbeit dient.
Vorgesetztenfeedback (R)	2	Der Vorgesetzte gibt einem klare Rückmeldungen zur eigenen Arbeitsleistungen.
Tätigkeitsspielraum (R)	7	Man kann selbst festlegen, wie man seine Arbeit erledigt.
Partizipationschancen (R)	4	Man kann die Erstellung von Dienstplänen/Plänen für Ordinationszeiten mit beeinflussen.
Soziales Klima (R)	6	In dieser Abteilung/Ordnation besteht ein vertrauensvolles Verhältnis unter den Ärzten.
Kooperation intern (R)	4	Die Zusammenarbeit mit den Kollegen klappt in dieser Abteilung/Ordnation gut.
Organisationale Stressoren	6	In dieser Abteilung/Ordnation ist man immer wieder mit Problemen der Belegung konfrontiert (z.B. Fehlbelegung, Überbelegung).
Soziale Stressoren	4	In dieser Abteilung/Ordnation ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen immer wieder belastet.
Patientenbezogene Stressoren	5	Die Arbeit mit Patienten in schlechter psychischer Verfassung ist immer wieder belastend.
Zeitdruck	5	Man muss sich immer wieder sehr beeilen und wird trotzdem nicht mit seiner Arbeit fertig.

Tabelle 2: Skalen des TAA-KH

Skala	Anzahl der Items	Beispielitem
Widersprüchliche Aufträge	4	Man erhält immer wieder Arbeitsaufträge, die sich nicht miteinander vereinbaren lassen.
Informationsdefizite	3	Für die Arbeit erforderliche Informationen sind immer wieder nicht vorhanden.
Arbeitsunterbrechungen	3	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil man Kollegen aushelfen muss.
Qualitätseinbußen	3	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Fehler macht.
Zusatzaufwand	4	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten wiederholen muss.
Ungünstige Arbeitsumgebung	6	Der Grundriss der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig.
Physische Belastungen	3	Man muss immer wieder unter Kraftanwendung operieren.
Verletzungs-/Erkrankungsrisiko	4	Bei der Arbeit ist man erhöhten Infektionsgefahren ausgesetzt (z.B. durch septische Wunden, Körpersekrete).

Fortsetzung von Tabelle 2: Skalen des TAA-KH

Im Anschluss werden die verwendeten Skalen einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Die Skala ‚Vorgesetztenfeedback‘ wurde allerdings aus dieser und allen weiteren statistischen Auswertungen ausgeschlossen, da beinahe ein Drittel der Untersuchungsteilnehmer angaben, dass die im Item beschriebene Situation auf sie nicht zutrifft, da sie keinen Vorgesetzten haben. Das legte nahe, dass diese Skala für die teilnehmende Stichprobe nicht relevant ist und wurde daher nicht in die weiteren Berechnungen miteinbezogen. Aus dem gleichen Grund wurden bei den Skalen ‚Soziales Klima‘, ‚Kooperation intern‘, ‚soziale Stressoren‘, ‚Zeitdruck‘ und ‚Widersprüchliche Aufträge‘ jene Items im Nachhinein entfernt, welche sich auf Vorgesetzte beziehen. Diese Skalen stehen den weiteren Berechnungen somit nur mehr mit fünf, drei, drei, vier und drei Items zur Verfügung. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse der verbleibenden 17 Skalen finden sich in Tabelle 3.

Skala	Cronbach's Alpha (α)
Transparenz ärztlicher Aufgaben (R)	.79
Tätigkeitsspielraum (R)	.94
Partizipationschancen (R)	.88
Soziales Klima (R)	.64
Kooperation intern (R)	.56
Organisationale Stressoren	.87
Soziale Stressoren	.79
Patientenbezogene Stressoren	.84
Zeitdruck	.88
Widersprüchliche Aufträge	.81
Informationsdefizite	.88
Arbeitsunterbrechungen	.88
Qualitätseinbußen	.84
Zusatzaufwand	.92
Ungünstige Arbeitsumgebung	.91
Physische Belastungen	.82
Verletzungs-/Erkrankungsrisiko	.85

Tabelle 3: Reliabilitäten der verwendeten Skalen des TAA-KH

Die Reliabilitäten sind weitgehend deutlich über .7 und damit als durchwegs akzeptabel zu bezeichnen. Lediglich die Reliabilitäten der beiden Skalen ‚soziales Klima‘ und ‚Kooperation intern‘ liegen unter diesem Grenzwert. Im Falle des sozialen Klimas liegt der im Manual des Instruments angegebene Wert bei .80, die hier gefundene Reliabilität liegt deutlich darunter, was für mangelnde Itemtrennschärfe sprechen könnte. Bei der internen Kooperation könnte der niedrige Wert darin begründet sein, dass diese Skala aus lediglich drei Items besteht. Auf jeden Fall muss die Interpretation der mit diesen Skalen gefundenen Ergebnisse sehr vorsichtig passieren.

7.2.2. Instrument zur Erfassung des Work-Family Conflict (WFC)

Bei der Erfassung dieses Konstrukts wurde ebenfalls auf die deutsche Übersetzung einer gut bewährten Skala zurückgegriffen. Die Originalversion (Carlson, Kacmar, & Williams, 2000) wurde in drei verschiedenen Studien mittels fünf unterschiedlichen Stichproben

erprobt, entwickelt und validiert. Dabei werden sechs verschiedene Dimensionen erhoben, die die Kombination von drei verschiedenen Formen des Konflikts (zeit-, beanspruchungs- und verhaltensbasierter Konflikt; siehe Kapitel 2.1.1.2.) mit den beiden Richtungen des Konflikts (Work-Family Conflict und Family-Work Conflict) enthalten. Auf diese Weise wird es ermöglicht, auch nur einzelne Kombination zu erfassen. Es konnte gezeigt werden, dass jede Skala valide und konsistent ist (Carlson, et al., 2000).

Die deutsche Übersetzung und Entwicklung des Instruments wurde neun Jahre später aus Mangel an vergleichbar validen multidimensionalen Skalen durchgeführt und kann als gelungen betrachtet werden (Wolff & Rieger, 2009). Parallel zur Originalversion ist die Erfassung derselben sechs Dimensionen des WFC möglich, weshalb es auch hier zum Einsatz kommt. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18 Items, wobei jeweils drei Items eine Skala bilden. Das Antwortformat ist siebenstufig und reicht von ‚trifft nicht zu‘ bis ‚trifft zu‘. Tabelle 4 zeigt die Skalen des Verfahrens, die Anzahl der Items und je ein Beispielitem. In Tabelle 5 werden die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse gezeigt. Diese liegen in einem Bereich von .77 bis .91 und sind damit zufriedenstellend.

Skala	Anzahl der Items	Beispielitem
WFC-Zeit	3	Meine Arbeit hält mich mehr als mir lieb ist von Unternehmungen mit meiner Familie/meinem Partner ab.
FWC-Zeit	3	Die Zeit, die ich mit meiner Familie/meinem Partner verbringe, hält mich von meinen beruflichen Aufgaben ab.
WFC-Beanspruchung	3	Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme bin ich oft zu erschöpft um etwas mit meiner Familie/meinem Partner zu unternehmen.
FWC-Beanspruchung	3	Weil ich zu Hause so viele Dinge zu tun habe, mache ich mir oft auch am Arbeitsplatz Gedanken über Dinge, die meine Familie/meinen Partner betreffen.
WFC-Verhalten	3	Die Art, mit der ich bei meiner Arbeitstätigkeit Probleme löse, funktioniert bei Problemen zu Hause nicht.
FWC-Verhalten	3	Verhaltensweisen, die zu Hause gut funktionieren, sind für meine Arbeit ineffektiv.

Tabelle 4: Skalen des Instruments zur Erfassung des WFC

Skala	Cronbach's Alpha (α)
WFC-Zeit	.89
FWC-Zeit	.83
WFC-Beanspruchung	.90
FWC-Beanspruchung	.77
WFC-Verhalten	.86
FWC-Verhalten	.91

Tabelle 5: Reliabilitäten des Instruments zur Erfassung des WFC

7.2.3. Maslach Burnout Inventory (MBI-GS-D)

Die Erfassung von Burnout kann mit Hilfe des Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981), einem weit verbreitet eingesetzten und gut bewährten Instrument, durchgeführt werden. In diesem Fall kommt die deutsche Übersetzung der General Scale (GS) des MBI von Büssing und Glaser zum Einsatz (Büssing & Glaser, 1998). Die verkürzte Version der Gesamtskala erlaubt es mit ähnlicher hoher Präzision die drei Konstrukte emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Erfüllung zu erheben. Die Gesamtskala besteht aus 32 Items, die hier verwendete verkürzte Version kommt mit 16 Items aus, wobei das Antwortformat sechsstufig ist und von ‚nie‘ bis ‚sehr oft‘ reicht. In Tabelle 6 werden die Skalen des MBI vorgestellt.

Skala	Anzahl der Items	Beispielitem
Emotionale Erschöpfung	5	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.
Depersonalisation	5	Seit ich in diesem/r Krankenhaus/Ordination arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.
Persönliche Erfüllung	6	Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.

Tabelle 6: Skalen des MBI-GS-D

In der folgenden Tabelle (Tabelle 7) wurden die Skalen auf ihre Reliabilität hin überprüft. Die Werte sind mit .72, .81 und .88 durchaus zufriedenstellend.

Skala	Cronbach's Alpha (α)
Emotionale Erschöpfung	.88
Depersonalisation	.81
Persönliche Erfüllung	.72

Tabelle 7: Reliabilitäten des MBI-GS-D

7.2.4. Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9)

Um das Engagement bei ÄrztInnen zu untersuchen kann ebenfalls ein in der Forschung beliebtes Instrument zum Einsatz kommen. In der vorliegenden Untersuchung kommt die Kurzversion der Utrecht Work Engagement Scale mit neun Items zum Einsatz (Schaufeli, Bakker, & Salanova, 2006). Die Autoren entdeckten in dieser länderübergreifenden Studie, dass die ursprünglichen 17 Items auf neun Items reduziert werden können. Auch in diesem Fall kann von einem validen Instrument ausgegangen werden. Die neun Items erfassen die drei Dimensionen von Engagement mit jeweils drei Items: Energie, Aufgehen in der Arbeit und Hingabe. Das Antwortformat ist siebenstufig mit den Antwortmöglichkeiten ‚nie‘ bis ‚immer‘. Tabelle 8 gibt die Skalen inklusive Beispielitems wieder.

Skala	Anzahl der Items	Beispielitem
Energie	3	Bei meiner Arbeit bin ich voll überschäumender Energie.
Aufgehen in der Arbeit	3	Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.
Hingabe	3	Ich bin stolz auf meine Arbeit.

Tabelle 8: Skalen der UWES-9

Skala	Cronbach's Alpha (α)
Energie	.86
Aufgehen in der Arbeit	.87
Hingabe	.87

Tabelle 9: Reliabilitäten der UWES-9

In Tabelle 9 wird die Reliabilität der Skalen anhand von Cronbach's Alpha angegeben. Die Reliabilitäten sind auch in diesem Fall als gut zu bezeichnen.

7.2. Stichprobe

Die Stichprobe setzt sich aus Ärztinnen und Ärzten aus unterschiedlichen Fachbereichen und unterschiedlichen Altersgruppen zusammen. Es wurde außerdem darauf geachtet, dass die TeilnehmerInnen aus dem niedergelassenen und dem angestellten Bereich rekrutiert werden. Die Gesamtstichprobe bestand zunächst aus insgesamt 322 Ärztinnen und Ärzten, es wurden jedoch zuerst jene TeilnehmerInnen ausgeschlossen, die den Fragebogen zu größeren Teilen nicht vollständig ausgefüllt wurden. Einzelne fehlende Werte führten dabei nicht, das Fehlen mehrerer Skalen jedoch schon zu einem Ausschluss aus den weiteren Berechnungen. Weitere Überlegungen wurden dahingehend angestellt, dass nur jene ÄrztInnen in die Stichprobe mit aufgenommen werden sollten, die im weiteren Sinne tatsächlich eine Familie haben um die Aussagekraft für die Vereinbarkeit von Familie und Bereich aufrechtzuerhalten. Für diesen Zweck wurde ‚Familie‘ dahingehend definiert, dass sich zwei oder mehr Personen in einer zumindest ‚familienähnlichen Lebenssituation‘ befinden müssen. Ausgeschlossen werden diesen Überlegungen zufolge als nur jene TeilnehmerInnen, die keine feste Beziehung führen und auch keine Kinder haben (Singles). In der schließlich ausgewählten Stichprobe von 274 ÄrztInnen befinden sich also sowohl AlleinerzieherInnen, unverheiratete Paare mit oder ohne Kinder als auch verheiratete Paare mit oder ohne Kinder.

In der untersuchten Stichprobe befinden sich 143 Männer und 116 Frauen, was einem Prozentsatz von 52% bzw. 42% entspricht. Die restlichen 6% haben hierzu keine Angaben gemacht. Im Durchschnitt sind die TeilnehmerInnen 46 Jahre alt, wobei der Range von 25 bis 83 Jahre reicht. Angesichts des hohen Eintrittsalters aufgrund des langen Ausbildungsweges ist das relativ hohe Durchschnittsalter zwar nicht weiter verwunderlich, dennoch überrascht das höchste Alter eines Teilnehmers mit 83 Jahren doch stark. Die Altersverteilung zeigt, dass die meisten befragten ÄrztInnen zwischen 41 und 50 Jahre alt sind (41%). Bis zu einem Alter von 30 Jahren sind 7% in der Stichprobe enthalten, 24% sind zwischen 31 und 40 Jahren alt, 22% sind zwischen 51 und 60 Jahren alt und 8% sind

über 60 Jahre alt. Die Vorstellung eines ‚älteren‘ Arztes, wie er hinter dem Schreibtisch seiner Ordination sitzt, scheint nicht weiter abwegig zu sein und gilt nach wie vor als prototypisch für den Arztberuf.

Interessant ist weiter die Arbeitszeit der befragten ÄrztInnen. Im Durchschnitt arbeiten diese 51 Stunden pro Woche, wobei Frauen etwas weniger arbeiten als Männer (49 Stunden versus 52 Stunden im Durchschnitt). In diesem Fall ist wieder der Range der Arbeitszeiten interessant, welcher von 10 bis zu 90 Wochenarbeitsstunden reicht. Bis zu 40 Stunden pro Woche arbeiten lediglich 27% der Befragten, das heißt dass 73% regelmäßig (viele) Überstunden machen. Ein Prozentsatz von 13% gibt an, 50 Stunden pro Woche zu arbeiten, 8% arbeiten 55 Stunden pro Woche. Ein stattlicher Prozentsatz von 19% arbeitet 60 Stunden pro Woche und immerhin 7% verbringen 70 Stunden in der Arbeit. Der Höchstwert von 90 Arbeitsstunden pro Woche wurde von zwei Personen angegeben.

Bezüglich des Arbeitsortes geben 39% an nur im Krankenhaus tätig zu sein, 19% arbeiten ausschließlich in einer Ordination als niedergelassene/r Arzt/Ärztin und stolze 27% arbeiten sowohl im Krankenhaus als auch in einer Ordination. Wenige ÄrztInnen (3%) gaben an an einem anderen Arbeitsplatz (z.B. Insitut, Labor, Pflegeheim etc.) tätig zu sein.

Die medizinischen Fachrichtungen sind wie erhofft sehr breit gestreut. Am häufigsten vertreten sind ÄrztInnen aus der Allgemeinmedizin (17%), direkt gefolgt von der Zahnmedizin (14%). Der hohe Anteil an ZahnärztInnen ist aufgrund der Stichprobenzugänglichkeit über die Universitätszahnklinik Wien erklärbar. 9% der Befragten sind in der Inneren Medizin tätig, 7% arbeiten als ChirurgInnen, jeweils 6% sind AnästhesistInnen und PädiaterInnen und 5% sind als RadiologInnen tätig. Weitere vertretene Fachrichtungen sind Gynäkologie, Neurologie, Ophthalmologie (Augenheilkunde), Dermatologie, Oto-Rhino-Laryngologie (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde), Kardiologie, Psychiatrie, Onkologie, Orthopädie, Pathologie, Hygiene, Psychiatrie, Pulmologie (Lungenheilkunde), theoretische Medizin und Urologie.

Im Durchschnitt haben 68% der befragten ÄrztInnen Kinder. Im Mittel sind es zwei Kinder, mit denen sie durchschnittlich 25 Stunden pro Woche verbringen. Nach dem Familienstand gefragt geben 83% an in einer festen Partnerschaft zu leben oder verheiratet zu sein. Wenn es darum geht wer die Hauptverantwortung für die Kinder übernimmt gibt ein Viertel an, dass beide Partner gleichwertig Verantwortung übernehmen, 16% sagen dass sie es selbst sind und in 22% der Fällen der/die PartnerIn. Nur zu zwei Prozent sind es andere (wie Großmutter, Kindermädchen etc.), die hauptverantwortlich sind. Getrennt nach Geschlecht betrachtet, verschiebt sich die Verteilung in erwarteter Richtung. So sagen Frauen etwa, dass sie zu 35% selbst hauptverantwortlich sind und zu 3% der Partner, zu 20% sind es beide Partner. Männer hingegen übernehmen laut eigenen Angaben nur zu 4% die Hauptverantwortung und zu 41% ihre Partnerin, bei 33% übernehmen beide gleichwertig Verantwortung. Diese Werte sprechen eine deutliche Sprache und zeigen, dass es nach wie vor üblich ist, als Frau für die Kinder zu sorgen und den Großteil der Erziehung zu übernehmen.

7.3. Auswertungsverfahren

Bei Betrachtung des Forschungsmodell und der zugehörigen Hypothesen in Kapitel 6.1. wird deutlich, dass es sich dabei um Annahmen über Beziehungen handelt, die klassischerweise mittels Regression analysiert werden (Bortz & Schuster, 2010). Geht man von einer Beziehung zwischen Variablen aus, kann ein Merkmal aufgrund eines (oder mehrerer) anderen anhand einer linearen Regression vorhergesagt werden. In den Sozialwissenschaften sind diese Vorhersagen aber selbstverständlich bei weitem nicht so genau wie in der Mathematik. Im Falle unserer Fragestellungen kann man nur versuchen, ein Modell zu finden, dass das gesuchte Merkmal bestmöglich vorhersagt um so die Stärke der Beziehung bestimmen zu können. Je genauer man eine solche ‚Kriteriumsvariable‘ durch eine oder mehrere ‚Prädiktorvariablen‘ aufgrund einer Regressionsgleichung vorhersagen kann, umso stärker ist die Beziehung der Variablen (Bortz & Schuster, 2010).

Die Regressionsgleichung für einen Prädiktor wird üblicherweise in der folgenden Form angegeben: $y = a + b \cdot x$, wobei y die Kriteriumsvariable und x die Prädiktorvariable darstellt (Bortz & Schuster, 2010). Wie bei einer klassischen Geradengleichung, wie wir sie aus der Mathematik kennen, gibt der Koeffizient b die Steigung der Geraden an. In unserem Fall bedeutet diese Steigung die Richtung des Zusammenhangs, also ob dieser positiv oder negativ ist. Ein positives Vorzeichen von b steht dabei für einen positiven, ein negatives für einen negativen Zusammenhang. Die Konstante a gibt an, wo sich die Gerade im Koordinatensystem von Prädiktor- und Kriteriumsvariable befindet, also wie weit vom Nullpunkt die Gerade entfernt liegt. Die Idee der Regression ist nun, die für die vorliegenden Daten optimale Gerade zu finden, die bestmöglich die gefundenen Daten beschreibt (Field, 2009).

Die Kriteriumsvariable kann nun mit einer einfachen linearen Regression anhand eines Prädiktors beschrieben werden, oder anhand mehrerer Prädiktoren (multiple Regression). Die multiple Regressionsanalyse stellt dabei das in der Psychologie am häufigsten angewandte Verfahren dar (Bortz & Schuster, 2010). In den folgenden hypothesenprüfenden Berechnungen kommen beide Verfahren zum Einsatz (siehe Kapitel 8.2).

Aufgrund der in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge können die Prädiktor- und Kriteriumsvariablen genau festgesetzt werden. Je nach Hypothese nehmen die untersuchten Variablen jedoch manchmal die Rolle als Prädiktor- und manchmal als Kriteriumsvariable ein.

8. Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Kapiteln werden zunächst einige deskriptive Ergebnisse dargestellt, die einen besseren Überblick über die Daten ermöglichen sollen. Im Anschluss werden die angeführten Hypothesen überprüft und die Ergebnisse dieser Analyse aufgelistet. Schließlich werden die für die Interpretation relevanten Ergebnisse nochmals übersichtlich dargestellt und erklärt. Alle berichteten Ergebnisse wurden mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS®, Version 16 ausgewertet.

8.1. Deskriptive Ergebnisse

8.1.1. Belastungen und Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten

Um einen Eindruck zu bekommen, welche untersuchten Belastungen für die verwendete Stichprobe besonders relevant sind, wird in Tabelle 10 ein Belastungsprofil dargestellt. In dieses Profil sind der Mittelwert (MW) und die Standardabweichung (SD) der jeweiligen Skala angeführt. Eine hohe Ausprägung steht dabei immer für eine hohe Belastung durch den jeweiligen Faktor.

Belastungsskalen des TAA-KH	MW	SD	1	2	3	4	5
Organisationale Stressoren	2.62	1.24					
Soziale Stressoren	2.01	.97					
Patientenbezogene Stressoren	2.97	1.28					
Zeitdruck	3.07	1.23					
Widersprüchliche Aufträge	2.49	1.23					
Informationsdefizite	2.42	1.05					
Arbeitsunterbrechungen	2.87	1.28					
Qualitätseinbußen	2.31	1.14					
Zusatzaufwand	2.67	1.21					
Ungünstige Arbeitsumgebung	2.45	1.36					
Physische Belastungen	2.64	1.33					
Verletzungs-/Erkrankungsrisiko	3.03	1.34					

Tabelle 10: Deskriptive Ergebnisse der Belastungsskalen des TAA-KH (N=274)

Die Ergebnisse zeigen ein wenig differenziertes Belastungsprofil mit den höchsten Ausprägungen auf den Skalen ‚Zeitdruck‘, ‚Verletzungs-/Erkrankungsrisiko‘, ‚Patientenbezogene Stressoren‘ und ‚Arbeitsunterbrechungen‘. Die geringsten Ausprägungen finden sich bei den Skalen ‚soziale Stressoren‘ und ‚Qualitätseinbußen‘. Den Autoren zufolge sind auf jeden Fall jene Belastungen als kritisch zu betrachten, die

einen Wert über 3 annehmen (Büssing, Glaser, & Höge, 2002b). In diesem Fall sind das die beiden Skalen ‚Zeitdruck‘ und ‚Verletzungs-/Erkrankungsrisiko‘.

Tabelle 11 zeigt nun auf der anderen Seite das Ausmaß der vorhandenen Ressourcen wiederum in einem Profil. In diesem Fall sind niedrige Werte besonders ungünstig, weil sie dafür sprechen, dass Ressourcen in geringem Ausmaß vorhanden sind.

Ressourcenskalen des TAA-KH	MW	SD	1	2	3	4	5
Transparenz ärztlicher Aufgaben	4.34	.78					
Tätigkeitsspielraum	3.46	1.20					
Partizipationschancen	3.02	1.41					
Soziales Klima	3.71	1.09					
Kooperation intern	3.79	1.06					

Tabelle 11: Deskriptive Ergebnisse der Ressourcenskalen des TAA-KH (N=274)

Das Ressourcenprofil weist die höchsten Werte auf den Skalen ‚Transparenz ärztlicher Tätigkeit‘, ‚soziales Klima‘ und ‚Kooperation intern‘ auf. Geringe Ausprägungen sind auf den Skalen ‚Tätigkeitsspielraum‘ und ‚Partizipationschancen‘ zu finden.

8.1.2. WFC bei Ärztinnen und Ärzten

Tabelle 12 zeigt die deskriptiven Ergebnisse für den Konflikt zwischen Arbeit und Familie für die Stichprobe der ÄrztInnen. Es werden ebenfalls der Mittelwert, die Standardabweichung und das Minimum bzw. Maximum der Skalenwerte angegeben. Der Mittelwert aller drei Skalen liegt über dem Skalenmittelwert von vier, was für einen insgesamt geringen Konflikt zwischen Arbeit und Familie spricht. Am stärksten ausgeprägt ist der zeitbezogene WFC, dieser kommt auch in die Nähe des kritischen Bereichs.

WFC-Skalen	MW	SD	Min-Max
WFC-Zeit	3.90	2.02	1-7
WFC-Beanspruchung	3.66	1.94	1-7
WFC-Verhalten	3.61	2.12	1-7

Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse der WFC-Skalen (N=274)

8.1.3. Burnout bei Ärztinnen und Ärzten

In Tabelle 13 werden die deskriptiven Ergebnisse des MBI-GS-D präsentiert. Der höchste Wert liegt mit 2.64 immer noch unterhalb der Skalenmitte, die beiden anderen Werte liegen mit 1.62 und 1.70 nahe beieinander im unteren Wertebereich. Insgesamt ist Burnout in der untersuchten Stichprobe niedrig ausgeprägt.

Skalen des MBI-GS-D	MW	SD	Min-Max
Emotionale Erschöpfung	2.64	1.33	1-6
Depersonalisation/Zynismus	1.62	1.40	1-6
Persönliche Erfüllung	1.70	.80	1-6

Tabelle 13: Deskriptive Ergebnisse der Skalen des MBI-GS-D (N=274)

8.1.4. Engagement bei Ärztinnen und Ärzten

Abschließend werden in Tabelle 14 noch die deskriptiven Ergebnisse der UWES-9 zur Erfassung des Engagement angeführt. Hier zeigt sich mit Werten zwischen 3.40 und 3.87 auf einem Range von 1-7 ebenfalls ein recht homogenes Bild. Alle Werte liegen jedoch unterhalb der Skalenmitte von 4, was für eine geringe Ausprägung aller drei Komponenten von Engagement spricht.

Skalen des UWES-9	MW	SD	Min-Max
Energie	3.40	1.35	1-7
Aufgehen in der Arbeit	3.37	1.49	1-7
Hingabe	3.87	1.38	1-7

Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse der Skalen des UWES-9 (N=274)

8.2. Ergebnisse der Hypothesenprüfung

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung dargestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen erläutert, da damit die Beantwortung der ersten vier Hypothesen ermöglicht werden soll. Danach werden die Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen aufgelistet, welche die Basis für die Beantwortung der letzten beiden Hypothesen darstellen sollen. Bei allen Berechnungen wurden zunächst die Voraussetzungen überprüft, die in allen Fällen als erfüllt angenommen werden können.

8.2.1. Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen

Bei allen folgenden Berechnungen wurden in einem ersten Schritt die vermuteten Moderatoren als Kontrollvariablen eingefügt, woraus jeweils das Modell 1 resultierte. Zur Verbesserung der Vorhersagequalität des Modells wurden im zweiten Schritt die Prädiktoren hinzugefügt, zunächst alle im Forschungsmodell als relevant erachteten Prädiktoren. Im Ausschlussverfahren wurden danach all jene Prädiktoren einzeln entfernt, die für die vorliegenden Daten nicht relevant sind um die Vorhersagequalität und Aussagekraft der einzelnen Prädiktoren weiter zu verbessern. Die Entscheidung dafür, welche Prädiktoren jeweils zu entfernen sind, wurde auf Basis der Parameter der Modellpassung (Signifikanz der Änderung in R^2 , der ANOVA und der Koeffizienten) gefällt. Prädiktoren mit besonders ungünstigen Werten, die für eine geringe Relevanz sprechen, wurden Schritt für Schritt entfernt. Dabei wurde darauf geachtet, die insgesamt

durch das Modell erklärte Varianz zu stark zu reduzieren. Dadurch entstand das verbesserte, für die Beantwortung der Fragestellung relevante Modell (Modell 2). Im Modell 2 sind also jeweils immer nur jene Prädiktoren einbezogen, die in einer relevanten Beziehung zur jeweiligen Kriteriumsvariable stehen.

In den folgenden Tabellen werden jeweils die nichtstandardisierten Koeffizienten B, der Standardfehler von B und der standardisierte Koeffizient Beta (β) aufgelistet.

Beziehung zwischen den Belastungen und dem WFC

Da die drei Aspekte des WFC als getrennt zu betrachten sind und es naheliegend ist, dass jeweils unterschiedliche Prädiktoren relevant sind, wurden die Berechnungen für diese drei Aspekte getrennt durchgeführt.

Tabelle 15 zeigt die Ergebnisse der Beziehung zwischen den Belastungen und dem zeitbezogenen Aspekt des WFC. Von den ursprünglich 12 Belastungsskalen, die in die Berechnungen miteingingen, blieben in Modell 2 zwei Belastungsskalen übrig, die für die Beschreibung der Daten relevant sind, nämlich Zeitdruck ($\beta=.33$, $p<.001$) und Informationsdefizite ($\beta=.23$, $p<.01$). Das positive Vorzeichen lässt den Schluss zu, dass der zeitbezogene WFC umso höher wird, je höher der Zeitdruck und die Informationsdefizite in der Arbeit sind. Es wird jedoch auch deutlich, dass das Alter der TeilnehmerInnen eine gewisse Rolle spielt ($\beta=-.15$, $p<.05$). Je älter die TeilnehmerInnen sind, umso geringer fällt der zeitbezogene WFC aus. Modell 2 erklärt 22% mehr an Varianz, als wenn nur die Moderatoren alleine zur Berechnung herangezogen werden, insgesamt können durch das Modell 2 somit 28% der Varianz erklärt werden.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	18.70	2.73	
Alter in Jahren	-.14	.05	-.24**
Geschlecht	-.01	.86	.00
Anzahl der Kinder	-.14	.47	-.02
Modell 2			
Konstante	8.36	2.81	
Alter in Jahren	-.09	.04	-.15*
Geschlecht	-.44	.76	-.04
Anzahl der Kinder	-.26	.41	-.04
Zeitdruck	.45	.10	.33***
Informationsdefizite	.46	.15	.23**

Tabelle 15: Beziehung der Belastungen mit dem zeitbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.06$ für Modell 1, $\Delta R^2=.22$ für Modell 2 ($p<.001$).

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Die nächste Tabelle (Tabelle 16) zeigt die Ergebnisse für den verhaltensbezogenen WFC. Hier fallen die Beziehungen weniger eindeutig aus, es konnten vier Ressourcen als relevant eingestuft werden. Als Prädiktoren für den verhaltensbezogenen WFC stellten sich somit Informationsdefizite ($\beta=.27$, $p<.01$), Qualitätseinbußen ($\beta=.23$, $p<.05$), patientenbezogene Stressoren ($\beta=.20$, $p<.05$) und Verletzungs-/Erkrankungsrisiken ($\beta=.17$, $p<.05$) heraus. Je höher diese Belastungen ausgeprägt sind, umso höher ist der verhaltensbezogene WFC. Trotz der nichtsignifikanten Beziehung der Skala ‚Zusatzaufwand‘ wurde diese im Modell belassen, die die Entfernung dieses Prädiktors die Qualität des Modells insgesamt zu stark verschlechtert hätte. Mittels Modell 2 können 21% der Varianz erklärt werden.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	11.76	2.85	
Alter in Jahren	.01	.05	.02
Geschlecht	-.34	.90	-.03
Anzahl der Kinder	-.27	.49	-.04
Modell 2			
Konstante	-.26	3.47	
Alter in Jahren	.07	.05	.12
Geschlecht	-.37	.83	-.03
Anzahl der Kinder	-.48	.45	-.08
Soziale Stressoren	-.25	.21	-.11
Patientenbezogene Stressoren	.23	.09	.20*
Informationsdefizite	.55	.19	.27**
Zusatzaufwand	-.17	.15	-.13
Qualitätseinbußen	.47	.23	.23*
Verletzungsrisiken	.21	.10	.17*

Tabelle 16: Beziehung der Belastungen mit dem verhaltensbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.002$ für Modell 1, $\Delta R^2=.21$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, ** $p<.01$.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	11.82	2.64	
Alter in Jahren	-.07	.04	-.12
Geschlecht	.97	.83	.09
Anzahl der Kinder	.53	.45	.09
Modell 2			
Konstante	2.00	2.70	
Alter in Jahren	-.01	.04	-.02
Geschlecht	.73	.72	.07
Anzahl der Kinder	.55	.39	.10
Zeitdruck	.29	.11	.22**
Zusatzaufwand	.55	.13	.45***
Arbeitsunterbrechungen	-.22	.15	-.14

Tabelle 17: Beziehung der Belastungen mit dem beanspruchungsbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.03$ für Modell 1, $\Delta R^2=.26$ für Modell 2 ($p<.001$). ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Tabelle 17 gibt schließlich die Ergebnisse der Berechnungen zur Beziehung zwischen den Belastungen und dem beanspruchungsbezogenen WFC wieder. In diesem Fall konnten die beiden Prädiktoren Zusatzaufwand ($\beta=.45$, $p<.001$) und Zeitdruck ($\beta=.22$, $p<.01$) herausgefiltert werden. Je mehr Zusatzaufwand erforderlich ist und je mehr Zeitdruck in der Arbeit herrscht, umso größer ist der belastungsbezogene WFC. Dieses zweite Modell erklärt insgesamt 29% der Varianz.

Somit kann man sagen, dass für die unterschiedlichen Aspekte des WFC teilweise unterschiedliche Prädiktoren wirksam werden. So sind beispielsweise die Prädiktoren ‚patientenbezogene Stressoren‘, ‚Qualitätseinbußen‘ und ‚Verletzungsrisiken‘ ausschließlich für den verhaltensbezogenen WFC relevant. Der Zusatzaufwand ist ausschließlich beim belastungsbezogenen WFC, und das Alter ausschließlich beim zeitbezogenen WFC ein signifikanter Prädiktor.

Beziehung zwischen den Belastungen und Burnout

Bei der Beziehung zwischen den Belastungen und Burnout wurde wiederum der Ansatz gewählt, die Berechnungen getrennt für die drei Dimensionen von Burnout durchzuführen.

Tabelle 18 geht auf die Beziehung der Belastungen mit emotionaler Erschöpfung ein. Als relevante Prädiktoren konnten der Zusatzaufwand ($\beta=.45$, $p<.001$), widersprüchliche Aufträge ($\beta=.33$, $p<.01$) und Arbeitsunterbrechungen ($\beta=-.26$, $p<.01$) identifiziert werden, das Modell erklärt insgesamt 33% der Varianz. Je höher also der Zusatzaufwand und je mehr widersprüchliche Aufträge erteilt werden, umso stärker ist die emotionale Erschöpfung. Interessant ist jedoch die negative Beziehung der Arbeitsunterbrechungen mit emotionaler Erschöpfung. Demnach ist diese dann besonders niedrig, wenn Arbeitsunterbrechungen häufig sind.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	16.35	2.66	
Alter in Jahren	-.10	.05	-.18*
Geschlecht	.76	.84	.07
Anzahl der Kinder	.16	.46	.03
Modell 2			
Konstante	6.59	2.60	
Alter in Jahren	-.04	.04	-.06
Geschlecht	.65	.71	.06
Anzahl der Kinder	.26	.39	.04
Widersprüchliche Aufträge	.57	.17	.33**
Arbeitsunterbrechungen	-.42	.15	-.26**
Zusatzaufwand	.56	.13	.45***

Tabelle 18: Beziehung der Belastungen mit emotionaler Erschöpfung

Anmerkungen: $R^2=.04$ für Modell 1, $\Delta R^2=.29$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Im nächsten Schritt wurde die Beziehung der Belastungen mit Depersonalisation näher beleuchtet (Tabelle 19). Hier zeigen sich ebenfalls drei Belastungsfaktoren als bedeutsam. Demnach ist die Depersonalisation umso höher, je mehr widersprüchliche Aufträge erteilt werden ($\beta=.42$, $p<.001$) und je mehr Zusatzaufwand ($\beta=.39$, $p<.01$) zu leisten ist. Die Beziehung mit dem Zeitdruck ist ein negativer. Je mehr Zeitdruck herrscht, umso geringer ist die Depersonalisation ($\beta=-.19$, $p<.05$). Insgesamt erklärt das zweite Modell einen Varianzanteil von 27%.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	9.09	2.51	
Alter in Jahren	-.04	.04	-.07
Geschlecht	.10	.79	.01
Anzahl der Kinder	.06	.43	.01
Modell 2			
Konstante	1.37	2.59	
Alter in Jahren	.02	.04	.04
Geschlecht	.02	.68	.00
Anzahl der Kinder	.15	.37	.03
Zeitdruck	-.23	.11	-.19*
Widersprüchliche Aufträge	.67	.17	.42***
Arbeitsunterbrechungen	-.21	.15	-.14
Zusatzaufwand	.45	.13	.39**

Tabelle 19: Beziehung der Belastungen mit Depersonalisation

Anmerkungen: $R^2=.004$ für Modell 1, $\Delta R^2=.27$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$.

Bei der dritten Dimension von Burnout – persönlicher Erfüllung – konnte das in Tabelle 20 dargestellte Modell errechnet werden, welches insgesamt 25% der Varianz erklären kann. Bei dieser Skala wurde eine Umpolung vorgenommen, sodass eine hohe Ausprägung wie bei den anderen Dimensionen von Burnout ebenfalls ungünstig ist. Für diesen Faktor zeigen sich vor allem die Belastungsfaktoren ‚Qualitätseinbußen‘, ‚ungünstige Arbeitsumgebung‘ und ‚Arbeitsunterbrechungen‘ verantwortlich. Je mehr Qualitätseinbußen in Kauf genommen werden müssen und je ungünstiger die Arbeitsumgebungen sind, desto geringer ist die persönliche Erfüllung. Umgekehrt führen Arbeitsunterbrechungen interessanterweise zu stärkerer persönlicher Erfüllung.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	11.70	1.56	
Alter in Jahren	-.04	.03	-.11
Geschlecht	-.13	.50	-.02
Anzahl der Kinder	.22	.27	.06
Modell 2			
Konstante	8.39	1.83	
Alter in Jahren	-.03	.03	-.08
Geschlecht	-.22	.45	-.04
Anzahl der Kinder	.35	.24	.10
Widersprüchliche Aufträge	.21	.11	.21
Arbeitsunterbrechungen	-.21	.09	-.22*
Qualitätseinbußen	.36	.11	.33**
Ungünstige Arbeitsumgebung	.12	.04	.25**
Verletzungsrisiken	-.10	.06	-.15

Tabelle 20: Beziehung der Belastungen mit persönlicher Erfüllung

Anmerkungen: $R^2=.01$ für Modell 1, $\Delta R^2=.24$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, ** $p<.01$.

Insgesamt zeigen sich für die verschiedenen Dimensionen von Burnout teils gleiche und teils unterschiedliche Prädiktoren. So zeigt sich der Zeitdruck nur bei der Depersonalisation als (negativer) Prädiktor, während Qualitätseinbußen und eine ungünstige Arbeitsumgebung nur für geringe persönliche Erfüllung relevant sind.

Beziehung zwischen Ressourcen und WFC

Bei den Berechnungen zur Beziehung zwischen Ressourcen und den drei Aspekten des WFC wurde ebenfalls die gleiche Vorgehensweise gewählt wie bisher.

Tabelle 21 zeigt die Relevanz der Prädiktoren für den zeitbezogenen WFC. Hier konnte für das zweite Modell eine signifikante Beziehung zwischen dem Tätigkeitsspielraum ($\beta=-.20$, $p<.05$) und der Transparenz ($\beta=-.17$, $p<.05$) mit dem zeitbezogenen WFC herausgefunden werden. Je stärker diese beiden Ressourcen vorhanden sind, umso geringer ist der zeitbezogene WFC. Insgesamt erklärt das Modell allerdings nur einen Varianzanteil von 14%.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	18.73	2.71	
Alter in Jahren	-.14	.05	-.24**
Geschlecht	-.12	.86	-.01
Anzahl der Kinder	-.08	.47	-.01
Modell 2			
Konstante	27.04	3.64	
Alter in Jahren	-.09	.05	-.15
Geschlecht	-.48	.83	-.04
Anzahl der Kinder	.05	.45	.01
Transparenz	-.49	.21	-.17*
Tätigkeitsspielraum	-.16	.06	-.20*

Tabelle 21: Beziehung der Ressourcen mit dem zeitbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.06$ für Modell 1, $\Delta R^2=.08$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, ** $p<.01$.

Für den beanspruchungsbezogenen WFC konnte nur eine relevante Ressource identifiziert werden (Tabelle 22), daher ist der erklärte Varianzanteil mit insgesamt 11% auch relativ gering. Diesem Ergebnis zufolge führt ein hoher Tätigkeitsspielraum in der Arbeit zu einem geringen beanspruchungsbezogenen Konflikt zwischen Arbeit und Familie ($\beta=-.19$, $p<.05$).

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	11.84	2.64	
Alter in Jahren	-.07	.04	-.12
Geschlecht	.91	.84	.08
Anzahl der Kinder	.55	.46	.09
Modell 2			
Konstante	20.07	3.87	
Alter in Jahren	-.03	.05	-.05
Geschlecht	.63	.45	.06
Anzahl der Kinder	.63	.45	.11
Transparenz	-.27	.21	-.10
Tätigkeitsspielraum	-.15	.07	-.19*
Interne Kooperation	-.25	.17	-.11

Tabelle 22: Beziehung der Ressourcen mit dem beanspruchungsbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.03$ für Modell 1, $\Delta R^2=.08$ für Modell 2 ($p<.01$). * $p<.05$.

Beim verhaltensbezogenen WFC ist ebenfalls nur ein Prädiktor signifikant, die Transparenz ($\beta=-.24$, $p<.01$). Je höher die Transparenz ausgeprägt ist, umso geringer ist der verhaltensbezogene WFC. Auch in diesem Fall ist jedoch die erklärte Varianz sehr niedrig, sie liegt bei nur 6%. Die Ergebnisse sind in Tabelle 23 dargestellt.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	11.70	2.82	
Alter in Jahren	.01	.05	.02
Geschlecht	-.24	.89	-.02
Anzahl der Kinder	-.32	.45	-.05
Modell 2			
Konstante	20.43	3.84	
Alter in Jahren	.03	.05	.04
Geschlecht	-.47	.87	-.04
Anzahl der Kinder	-.29	.47	-.05
Transparenz	-.70	.21	-.24**

Tabelle 23: Beziehung der Ressourcen mit dem verhaltensbezogenen WFC

Anmerkungen: $R^2=.003$ für Modell 1, $\Delta R^2=.06$ für Modell 2 ($p<.001$). ** $p<.01$.

Insgesamt kann gesagt werden, dass für die drei Aspekte des WFC nur die beiden Ressourcen ‚Transparenz‘ und ‚Tätigkeitsspielraum‘ eine bedeutsame Rolle spielen.

Beziehung zwischen den Ressourcen und Engagement

Die Berechnungen wurden wiederum getrennt für die drei Dimensionen von Engagement durchgeführt.

Betrachtet man in Tabelle 24 die Beziehung zwischen den Ressourcen und der Vitalität, zeigt sich, dass mit einer erklärten Varianz von insgesamt 33% ein verhältnismäßig gutes Modell gefunden wurde. Die signifikanten Prädiktoren für Vitalität sind den Ergebnissen zufolge der Tätigkeitsspielraum ($\beta=.41$, $p<.001$), die interne Kooperation ($\beta=.23$, $p<.001$) und die Transparenz ($\beta=.15$, $p<.05$). Je breiter der Tätigkeitsspielraum wahrgenommen wird, je besser die interne Kooperation bzw. je höher die Transparenz ist, umso höher ist die Vitalität. Außerdem spielt hier das Geschlecht der TeilnehmerInnen eine Rolle ($\beta=.15$, $p<.05$), wonach Frauen eher Vitalität erleben.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	7.34	1.84	
Alter in Jahren	.04	.03	.11
Geschlecht	.75	.58	.10
Anzahl der Kinder	-.09	.32	-.02
Modell 2			
Konstante	-3.35	2.31	
Alter in Jahren	-.02	.03	-.05
Geschlecht	1.13	.49	.15*
Anzahl der Kinder	-.20	.27	-.05
Transparenz	.28	.13	.15*
Tätigkeitsspielraum	.22	.04	.41***
Interne Kooperation	.37	.10	.23***

Tabelle 24: Beziehung der Ressourcen mit Vitalität

Anmerkungen: $R^2=.02$ für Modell 1, $\Delta R^2=.31$ für Modell 2 ($p<.001$). * $p<.05$, *** $p<.001$.

Für die Beziehung zwischen Ressourcen und Hingabe (Tabelle 25) konnten die gleichen signifikanten Prädiktoren unter den Ressourcen errechnet werden, wie bereits für die Vitalität gezeigt wurden. Je höher der Tätigkeitsspielraum ($\beta=.34$, $p<.001$), die Transparenz ($\beta=.19$, $p<.01$) bzw. die interne Kooperation ($\beta=.19$, $p<.01$), umso stärker ist die Hingabe ausgeprägt. Die erklärte Varianz liegt bei insgesamt 30%.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	10.12	1.86	
Alter in Jahren	.03	.03	.07
Geschlecht	.38	.59	.05
Anzahl der Kinder	-.13	.32	-.03
Modell 2			
Konstante	-.71	2.39	
Alter in Jahren	-.03	.03	-.09
Geschlecht	.77	.50	.10
Anzahl der Kinder	-.24	.27	-.06
Transparenz	.36	.13	.19**
Tätigkeitsspielraum	.21	.04	.34***
Interne Kooperation	.30	.11	.19**

Tabelle 25: Beziehung der Ressourcen mit Hingabe

Anmerkungen: $R^2=.01$ für Modell 1, $\Delta R^2=.29$ für Modell 2 ($p<.001$). ** $p<.01$, *** $p<.001$.

	B	SE B	β
Modell 1			
Konstante	7.70	2.03	
Alter in Jahren	.03	.03	.03
Geschlecht	.58	.64	.07
Anzahl der Kinder	.15	.35	.03
Modell 2			
Konstante	-3.20	2.69	
Alter in Jahren	-.03	.03	-.06
Geschlecht	.92	.57	.11
Anzahl der Kinder	.07	.31	.02
Transparenz	.28	.15	.14
Tätigkeitsspielraum	.19	.05	.32***
Interne Kooperation	.42	.12	.24**

Tabelle 26: Beziehung der Ressourcen mit Aufgehen in der Arbeit

Anmerkungen: $R^2=.01$ für Modell 1, $\Delta R^2=.24$ für Modell 2 ($p<.001$). ** $p<.01$, *** $p<.001$.

In Tabelle 26 wird schließlich die Beziehung zur dritten Dimension von Engagement – Aufgehen in der Arbeit – dargestellt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass in diesem Fall

nur die beiden Ressourcen Tätigkeitsspielraum ($\beta=.32$, $p<.001$) und interne Kooperation ($\beta=.24$, $p<.01$) relevant sind. Das bedeutet, dass ÄrztInnen umso mehr in ihrer Arbeit aufgehen, je mehr Tätigkeitsspielraum vorhanden ist und je besser die interne Kooperation funktioniert.

Insgesamt konnten für die drei Dimensionen von Engagement nur drei (bzw. zwei) relevante Prädiktoren gefunden werden: Transparenz, Tätigkeitsspielraum und interne Kooperation.

8.2.2. Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen

In den folgenden Abschnitten wurden zur Berechnung ausschließlich einfache lineare Regressionen angewandt um die individuelle Bedeutung der drei Aspekte des WFC für die drei Dimensionen von Burnout bzw. von Engagement darzustellen. Aus Gründen der besseren Übersicht wurden die Ergebnisse von jeweils drei Regressionsberechnungen in einer Tabelle dargestellt. In den folgenden Tabellen sind jeweils die Werte für den nichtstandardisierten Koeffizienten B, den Standardfehler von B, den standardisierten Koeffizienten Beta (β), die Korrelation des Prädiktors mit dem Kriterium (R) und das Bestimmungsmaß (R^2) angegeben.

Beziehung zwischen dem WFC und Burnout

Zunächst soll die Beziehung zwischen dem WFC und emotionaler Erschöpfung näher beleuchtet werden. Tabelle 27 zeigt, dass alle drei Aspekte des WFC einzeln betrachtet signifikante Prädiktoren für emotionale Erschöpfung sind. Die stärkste Beziehung hat der beanspruchungsbasierte WFC ($\beta=.73$, $p<.001$), hier liegt die erklärte Varianz bei 53% und die Korrelation bei .73. Das heißt, dass emotionale Erschöpfung zu einem großen Teil aufgrund des beanspruchungsbasierten Konflikts zwischen Arbeit und Familie erklärt werden kann. Der zeitbasierte WFC erklärt 32% Prozent der Varianz ($\beta=.56$, $p<.001$), der verhaltensbasierte Konflikt immerhin 16% ($\beta=.39$, $p<.001$).

In allen drei Fällen gilt also, dass ein höherer Konflikt (zeit-, beanspruchungs- bzw. verhaltensbasiert) mit stärkerer emotionaler Erschöpfung einhergeht.

	B	SE B	β	R	R ²
Modell WFC-Zeit				.56***	.32***
Konstante	6.66	.65			
WFC-Zeit	.56	.05	.56***		
Modell WFC-Beanspruchung				.73***	.53***
Konstante	4.92	.52			
WFC-Beanspruchung	.75	.04	.73***		
Modell WFC-Verhalten				.39***	.16***
Konstante	9.04	.67			
WFC-Verhalten	.39	.06	.39***		

Tabelle 27: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit emotionaler Erschöpfung

Anmerkungen: ***p<.001.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Beziehung des WFC mit Depersonalisation (Tabelle 28). Hier sind ebenfalls alle drei Aspekte des WFC für sich betrachtet signifikante Prädiktoren. Auch in diesem Fall steht der beanspruchungsbasierte Konflikt im stärksten Zusammenhang mit Depersonalisation ($\beta=.42$, $p<.001$, $R=.42$), die erklärte Varianz liegt bei 17%. Ebenfalls signifikant ist die Beziehung des zeitbasierten ($\beta=.34$, $p<.001$) und des verhaltensbasierten Konflikts ($\beta=.31$, $p<.001$).

Es gilt ebenfalls, dass ein höherer Konflikt (zeit-, beanspruchungs- bzw. verhaltensbasiert) mit stärkerer Depersonalisation einhergeht.

	B	SE B	β	R	R ²
Modell WFC-Zeit				.34***	.12***
Konstante	4.25	0.71			
WFC-Zeit	.33	.06	.34***		
Modell WFC-Beanspruchung				.42***	.17***
Konstante	3.56	.67			
WFC-Beanspruchung	.41	.06	.42***		
Modell WFC-Verhalten				.31***	.10***
Konstante	4.91	.67			
WFC-Verhalten	.29	.05	.31***		

Tabelle 28: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Depersonalisation

Anmerkungen: ***p<.001.

Schließlich werden in Tabelle 29 die Ergebnisse der Beziehung zwischen dem WFC und persönlicher Erfüllung dargestellt. Die Skala persönliche Erfüllung wurde umgepolt, sodass wie bei den anderen beiden Dimensionen von Burnout hohe Werte für ungünstige Ausprägungen stehen. Hier stellt sich der zeitbasierte Konflikt als stärkster Prädiktor heraus ($\beta=.30$, $p<.001$). Ebenfalls signifikant ist die Beziehung des beanspruchungsbasierten Konflikts ($\beta=.28$, $p<.001$) und des verhaltensbasierten Konflikts ($\beta=.23$, $p<.001$) mit persönlicher Erfüllung. Auch die Korrelationen der einzelnen Prädiktoren sind signifikant und liegen zwischen .23 und .30. Das Bestimmungsmaß zeigt jedoch, dass jeweils nur ein geringer Prozentsatz der Varianz erklärt wird (5% bis 9%).

Das positive Vorzeichen bedeutet aufgrund der Umpolung, dass ein höherer Konflikt (zeit-, beanspruchungs- bzw. verhaltensbasiert) mit geringerer persönlicher Erfüllung einhergeht.

	B	SE B	β	R	R ²
Modell WFC-Zeit				.30***	.09***
Konstante	8.32	.45			
WFC-Zeit	.18	.04	.30***		
Modell WFC-Beanspruchung				.28***	.08***
Konstante	8.51	.44			
WFC-Beanspruchung	.17	.04	.28***		
Modell WFC-Verhalten				.23***	.05***
Konstante	8.91	.43			
WFC-Verhalten	.14	.04	.23***		

Tabelle 29: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit persönlicher Erfüllung

Anmerkungen: *** $p < .001$.

Zusammenfassend zeigt sich, dass alle drei Aspekte des WFC für sich betrachtet signifikante Prädiktoren für alle drei Dimensionen von Burnout darstellen. Für die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation ist der beanspruchungsbasierte Konflikt der stärkste Prädiktor, für die persönliche Erfüllung ist es der zeitbasierte WFC.

Beziehung zwischen WFC und Engagement

Bei der Untersuchung der Beziehung zwischen dem WFC und Engagement wird in Tabelle 30 zunächst die Dimension der Vitalität betrachtet.

Alle drei Aspekte des WFC stellten sich alleine betrachtet als signifikante Prädiktoren für Vitalität heraus. Die erklärte Varianz der Modelle liegt nur bei 5% bis 7%, die stärkste Beziehung ist jedoch jene zwischen dem beanspruchungsbasierten WFC und Vitalität ($\beta = -.27$, $p < .001$). Die Beziehungen mit dem zeitbasierten WFC ($\beta = -.24$, $p < .001$) und dem verhaltensbasierten WFC ($\beta = -.23$, $p < .001$) liegen knapp darunter.

	B	SE B	β	R	R ²
Modell WFC-Zeit				.24***	.06***
Konstante	12.02	.50			
WFC-Zeit	-.16	.04	-.24***		
Modell WFC-Beanspruchung				.27***	.07***
Konstante	12.12	.48			
WFC-Beanspruchung	-.18	.04	-.27***		
Modell WFC-Verhalten				.23***	.05***
Konstante	11.79	.46			
WFC-Verhalten	-.15	.04	-.23***		

Tabelle 30: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Vitalität

Anmerkungen: ***p<.001.

Je stärker der Konflikt (zeit-, beanspruchungs- bzw. verhaltensbasiert) ausgeprägt ist, umso geringer ist das Erleben von Vitalität.

Auch bei der Dimension der Hingabe (Tabelle 31) stellen sich alle drei Aspekte für sich betrachtet als signifikante Prädiktoren heraus. Die stärkste Beziehung besteht zum zeitbasierten Konflikt ($\beta=-.26$, $p<.001$), gefolgt von der Beziehung zum beanspruchungsbasierten Konflikt ($\beta=-.25$, $p<.001$) und der Beziehung zum verhaltensbasierten Konflikt ($\beta=-.19$, $p<.01$). Die Korrelationen liegen zwischen .19 und .26, das Bestimmungsmaß zeigt jedoch, dass jeweils nur ein geringer Varianzanteil erklärt wird (4% bis 7%).

Dennoch kann man davon ausgehen, dass ein stärkerer Konflikt (zeit-, beanspruchungs- bzw. verhaltensbasiert) zu geringerer Hingabe in der Arbeit führt.

	B	SE B	β	R	R ²
Modell WFC-Zeit				.26***	.07***
Konstante	13.64	.51			
WFC-Zeit	-.17	.04	-.26***		
Modell WFC-Beanspruchung				.25***	.06***
Konstante	13.50	.50			
WFC-Beanspruchung	-.17	.04	-.25***		
Modell WFC-Verhalten				.19**	.04**
Konstante	12.98	.48			
WFC-Verhalten	-.13	.04	-.19**		

Tabelle 31: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Hingabe

Anmerkungen: **p<.01, ***p<.001.

Zur Beziehung zwischen den Aspekten des WFC und ‚Aufgehen in der Arbeit‘ – der dritten Dimension von Engagement – wurden ebenfalls Regressionen gerechnet. Alle drei einfachen linearen Regressionen sind jedoch nicht signifikant, weshalb sie hier nicht detailliert berichtet werden. Gerade noch signifikant sind lediglich die Korrelationen der drei Aspekte des WFC mit Aufgehen in der Arbeit. Die Korrelation zwischen dem zeitbasierten bzw. dem beanspruchungsbasierten WFC und ‚Aufgehen in der Arbeit‘ liegt jeweils bei -.11 (p<.05), die Korrelation mit dem verhaltensbasierten WFC bei -.10 (p<.05).

Insgesamt kann man sagen, dass die verschiedenen Aspekte des WFC nur einen geringen Varianzanteil von Engagement erklären. Für die beiden Dimensionen Vitalität und Hingabe zeigten sich jedoch alle drei Aspekte des WFC als signifikante Prädiktoren, ‚Aufgehen in der Arbeit‘ konnte von keinem Aspekt des WFC signifikant vorhergesagt werden.

8.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Reliabilitäten der verwendeten Skalen sind größtenteils auf einem sehr guten Niveau. Lediglich die beiden Skalen ‚soziales Klima‘ und ‚Kooperation‘ intern (zwei Ressourcenskalen des TAA-KH) liegen unter .70, weshalb die Interpretation dieser Skalen mit Einschränkungen geschehen sollte.

Bei den deskriptiven Ergebnissen für die vorliegende Stichprobe fällt zunächst bei den Belastungen auf, dass nur zwei der insgesamt zwölf Skalen im kritischen Bereich liegen. Demnach sind ÄrztInnen am meisten durch Zeitdruck und Verletzungs- und Erkrankungsrisiken belastet. Die Ressourcen liegen hingegen alle im zufriedenstellenden Bereich, was dafür spricht, dass alle untersuchten Ressourcen in ausreichendem Ausmaß vorhanden sind. Der WFC ist insgesamt ebenfalls eher niedrig ausgeprägt, am ehesten kommt es jedoch zu einem Konflikt in der Zeitkomponente des WFC. Alle drei Burnout-Dimensionen liegen ebenfalls im unteren Wertebereich, im Vergleich zu den anderen beiden Dimensionen ist jedoch die emotionale Erschöpfung am stärksten ausgeprägt. Die Skalen des Engagements weisen Werte im mittleren Skalenbereich auf, was auf eine mittelmäßige Ausprägung von Engagement in der Ärzteschaft hindeutet.

Die Ergebnisse der multiplen Regressionen zeigen zunächst für die drei Aspekte des WFC, dass für den zeitbezogenen WFC hauptsächlich der Zeitdruck und Informationsdefizite bei den Belastungen verantwortlich sind, außerdem spielt das Alter eine Rolle. Je höher die beiden Belastungen ausgeprägt sind und je niedriger das Alter, umso höher ist der zeitbezogene WFC. Bei dem verhaltensbezogenen WFC sind es Informationsdefizite, Qualitätseinbußen, patientenbezogene Stressoren und Verletzungs- und Erkrankungsrisiken die relevant sind. Schließlich zeigen sich beim belastungsbezogenen WFC der Zusatzaufwand und der Zeitdruck als besonders wichtig. Einige Belastungen sind also für mehrere Aspekte des WFC zuständig, andere scheinen sich nur auf einen Bereich

auszuwirken. Sieht man sich die Ressourcen an, wirken sich ausschließlich der Tätigkeitsspielraum und die Transparenz auf den WFC aus. Für den zeitbezogenen Konflikt sind beide signifikant, für den beanspruchungsbezogenen nur der Tätigkeitsspielraum, und für den verhaltensbezogenen nur die Transparenz.

Für die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation sind widersprüchliche Aufträge und der Zusatzaufwand besonders ungünstig. Arbeitsunterbrechungen spielen ebenfalls für das Ausmaß der emotionalen Erschöpfung und die persönliche Erfüllung eine Rolle. Für letztere aber in einer nicht erwarteten Weise: Je mehr Arbeitsunterbrechungen, desto höher die persönliche Erfüllung. Die Depersonalisation steht außerdem mit Zeitdruck in einer positiven Beziehung, eine ungünstige Arbeitsumgebung und Qualitätseinbußen führen zu geringerer persönlicher Erfüllung.

Die Ressourcen Tätigkeitsspielraum und interne Kooperation sind für alle drei Dimensionen von Engagement relevant. Bei der Hingabe und der Vitalität spielt die Transparenz ebenfalls eine Rolle. Es zeigt sich außerdem, dass das Geschlecht relevant ist und Frauen eher Vitalität erleben.

Die Beziehung des WFC mit Burnout und Engagement wurde mittels einfacher Regressionen untersucht. Es zeigt sich, dass insgesamt betrachtet alle drei Aspekte des WFC mit allen drei Dimensionen von Burnout in Beziehung stehen. Ein höherer Konflikt zwischen Arbeit und Familie führt zu signifikant stärkerer emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation und zu schwächer ausgeprägter persönlicher Erfüllung. Bei der Beziehung des WFC zu Engagement zeigt sich lediglich eine signifikante Beziehung zu Vitalität und Hingabe, nicht jedoch zu Aufgehen in der Arbeit. Für Vitalität und Hingabe sind ebenfalls alle drei Aspekte des WFC relevant. Je stärker der Konflikt ausgeprägt ist, umso geringer sind Vitalität und Hingabe in der Arbeit.

9. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die eben dargestellten Ergebnisse in Bezug zur Theorie gestellt. Außerdem soll kritisch hinterfragt werden, inwiefern Probleme bei der Erhebung der Daten aufgetreten sind und wie aussagekräftig die Ergebnisse auch außerhalb der Stichprobe sind. In einem Ausblick wird schließlich darauf hingewiesen wie die Erforschung des Themas in Zukunft weitergeführt werden könnte und es werden Empfehlungen für die Praxis geboten.

9.1. Diskussion der Ergebnisse

Zielsetzung der Untersuchung war es, die Einflussfaktoren und Auswirkungen des WFC näher zu untersuchen. Da wir in einer Gesellschaft leben, in der die Anforderungen an berufstätige Personen ständig wachsen, ein funktionierendes und erfülltes Familienleben aber dennoch angestrebt wird, stellt sich die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Gerade die Berufsgruppe der ÄrztInnen sieht sich angesichts spezifischer Belastungsfaktoren vor besonderen Herausforderungen diesbezüglich gestellt. Andererseits sind auch besondere Ressourcen denkbar, die wirksam werden können und somit möglicherweise die Belastungen in Schach halten.

In einer ersten Betrachtung der Ergebnisse soll zunächst auf die deskriptiven Ergebnisse hingewiesen werden, wonach der WFC in jedem Aspekt (zeit-, beanspruchungs- und verhaltensbezogen) eher mittelmäßig ausgeprägt ist. ÄrztInnen erleben also insgesamt betrachtet keinen starken Konflikt zwischen Arbeit und Familie. Am ehesten spielt noch der Zeitaspekt eine Rolle, was mit den hohen durchschnittlichen Arbeitszeiten erklärt werden kann, die einerseits in der Theorie berichtet werden (Ärzttekammer, 2011), sich

aber auch bei den eigenen Ergebnissen widerspiegeln. Dass der WFC in der vorliegenden Studie eher gering ausgeprägt ist, steht deutlich im Widerspruch zur bisherigen Forschung. In einem gemeinsamen Tenor gehen die meisten Studien davon aus, dass Ärztinnen und Ärzte Familie und Beruf eher schlechter miteinander vereinbaren können (Ádám, et al., 2008; Brähler, et al., 2008; Fuß, et al., 2008; Leiter & Durup, 1996). Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass es Ärztinnen und Ärzten in Österreich besser gelingt Arbeit und Familie miteinander zu vereinbaren, als das in anderen Ländern der Fall ist. Möglicherweise ist auch die Kinderbetreuung in Österreich besser geregelt, obwohl es hier auch häufig zu Kritik kommt. Im Durchschnitt verdienen ÄrztInnen auch deutlich besser als Angehörige anderer Berufsgruppen, wodurch sie sich die Vereinbarkeit durch die Bezahlung von Haushaltspersonal und Kinderbetreuung leichter leisten können.

Bei den Belastungsfaktoren zeigt sich, dass nur der Zeitdruck und das Verletzungs- und Erkrankungsrisiko höhere Belastungen für ÄrztInnen darstellen. Dieses Ergebnis ist im Einklang mit den Ergebnissen der Ärztekammer (2011), die ebenfalls den Zeitdruck als besonders belastend aufgrund steigender Fallzahlen je Arzt/Ärztin angeben. Hinzu kommt der immer höhere bürokratische Aufwand (Brähler, et al., 2008; Stern, 1996). Andererseits zeigte sich nicht, wie in der Literatur berichtet, dass organisationale Stressoren, soziale Stressoren, widersprüchliche Aufträge, Informationsdefizite und Qualitätseinbußen hohe Belastungen darstellen. Die Ressourcen betreffend können alle fünf Faktoren als ausreichend vorhanden angesehen werden. Die ÄrztInnen geben an, dass besonders die Transparenz ärztlicher Tätigkeiten gegeben ist und die interne Kooperation gut funktioniert. Die Ergebnisse zeigen also, dass ÄrztInnen gut darüber Bescheid wissen, was zu tun ist und gut mit Ihren Kollegen zusammenarbeiten können.

Die Ergebnisse zu Burnout und Engagement zeigen, dass Burnout aber auch Engagement eher niedrig ausgeprägt sind. Österreichische ÄrztInnen leiden also kaum unter Burnout, aber auch das Ausmaß des Engagement lässt zu wünschen übrig. Bei Burnout zeigt sich jedoch ein ähnliches Muster wie es auch von Stern (1996) berichtet wird. Auch in dieser Untersuchung ist emotionale Erschöpfung am höchsten ausgeprägt, erst danach folgen

Depersonalisation und persönliche Erfüllung. Insgesamt steht das Ergebnis jedoch im Widerspruch zur Forschung, wonach ÄrztInnen ein höheres Ausmaß an Burnout erleben. Die Ergebnisse sprechen auch dafür, dass Burnout und Engagement nicht einfach zwei Pole einer gemeinsamen Dimension sind, sondern vielmehr zwei unabhängige Konstrukte darstellen (González-Romá, et al., 2006; Schaufeli, et al., 2002). Im Falle einer gemeinsamen Dimension wäre nämlich zu erwarten gewesen, dass entweder Burnout oder Engagement eher hoch bzw. niedrig ausgeprägt sind, was hier nicht der Fall ist.

Im Anschluss sollen nun die Ergebnisse der Hypothesenprüfung näher erläutert werden, diese sollen detaillierte Aussagen über die Beziehungen der Einflussfaktoren und Auswirkungen des WFC ermöglichen.

Hypothese 1a: Das Ausmaß der Belastungen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Work-Family-Conflict (WFC).

Die Ergebnisse zur ersten Hypothese zeigen, dass einige Belastungen tatsächlich in einer positiven Beziehung mit dem WFC stehen, womit die Hypothese 1a insgesamt beibehalten werden kann. Differenziert betrachtet spielen jedoch für die drei Aspekte des WFC jeweils unterschiedliche Belastungen eine Rolle, es gibt nur wenige Überschneidungen. Nur für den zeitbezogenen WFC spielt das Alter eine Rolle und zwar dahingehend, dass mit höherem Alter ein geringerer Konflikt einhergeht. In Übereinstimmung mit der Untersuchung der Österreichischen Ärztekammer (2011) kann man schlussfolgern, dass jüngere ÄrztInnen mehr Wochenstunden arbeiten. Hinzu kommt, dass jüngere ÄrztInnen üblicherweise auch häufiger jüngere Kinder haben, für deren Betreuung sie verantwortlich sind. Beides erhöht den zeitbezogenen Konflikt. Außerdem spielt für den zeitbezogenen WFC (ebenso wie für den beanspruchungsbezogenen) der Zeitdruck eine Rolle. Dieser Befund ist ebenfalls naheliegend, erhöhter Zeitdruck führt oft zu längeren Arbeitszeiten und erhöhter Beanspruchung. Informationsdefizite sind für den zeitbezogenen und den verhaltensbezogenen WFC relevant. Dies lässt sich insofern erklären, als Informationsdefizite im Normalfall bedeuten, dass mehr Zeit in die Beschaffung von

Informationen gesteckt werden muss und das den Konflikt verstärkt. Außerdem könnten Informationsdefizite oftmals dazu führen, dass beispielsweise ein forscheres Verhalten an den Tag gelegt werden muss um Informationen zu bekommen bzw. man trotz fehlender Informationen oft lebenswichtige Entscheidungen treffen muss, was in der Familie nicht der Fall ist. Ausschließlich für den verhaltensbezogenen Konflikt zeigen sich patientenbezogene Stressoren, Qualitätseinbußen und Verletzungsrisiken. In allen drei Fällen ist es verständlich, dass in der Arbeit in Bezug auf diese Faktoren andere Verhaltensweisen gezeigt werden, als in der Familie. Der Umgang mit Patienten kann ein ganz anderes Verhalten erfordern, ebenso muss mit Qualitätseinbußen und Verletzungsrisiken in der ärztlichen Tätigkeit ganz anders umgegangen werden. Schließlich spielt der Zusatzaufwand noch eine bedeutende Rolle für den beanspruchungsbezogenen WFC. Ist in der Arbeit ein erhöhter Aufwand erforderlich, wirkt sich das unweigerlich auf die persönliche Beanspruchung aus, weshalb der WFC in dieser Dimension verstärkt wird.

Hypothese 1b: Das Ausmaß der Belastungen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Burnout.

Auch für die zweite Hypothese zeigt sich ein differenziertes Bild, die Hypothese 1b kann ebenfalls beibehalten werden. Somit kann diese Annahme des JDR-Modells (Demerouti, et al., 2001) und die Untersuchung von Ádám et al. (2008) bestätigt werden. Hier zeigen sich nur wenige Prädiktoren als alleinig relevant für die drei Dimensionen von Burnout. Zeitdruck ist nur für Depersonalisation und Qualitätseinbußen und eine ungünstige Arbeitsumgebung nur für die persönliche Erfüllung relevant. Interessant ist das Ergebnis, dass mehr Zeitdruck mit einem geringeren Ausmaß an Depersonalisation einhergeht. Eine mögliche Erklärung ist, dass erhöhter Zeitdruck im Zusammenhang mit der Arbeit an PatientInnen dazu führt, dass schneller Ergebnisse und Behandlungserfolge gesehen werden und es dadurch zu einem Erfolgserlebnis kommt was das Erleben von Depersonalisation verringert. Dass Qualitätseinbußen und eine ungünstige Arbeitsumgebung zu geringerer persönlicher Erfüllung führen, kann darin begründet liegen, dass eben diese Faktoren für jemanden persönlich besonders wichtig dafür sind, ob

man durch seine Arbeit erfüllt ist. So kann eine ungünstige Arbeitsumgebung dazu führen, dass man sich nicht wohl fühlt und seine Arbeit nicht optimal ausüben kann (Keller, 2005), was die persönliche Erfüllung verringert. Die weiteren Ergebnisse überschneiden sich über die verschiedenen Dimensionen von Burnout hinweg. Für die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation spielen widersprüchliche Aufträge eine Rolle. Emotionale Erschöpfung wird außerdem, ebenso wie die persönliche Erfüllung von Arbeitsunterbrechungen beeinflusst. Diese Beziehung ist vor allem wegen ihres negativen Vorzeichens so interessant. Demnach führen häufigere Arbeitsunterbrechungen zu geringerer emotionaler Erschöpfung und mehr persönlicher Erfüllung. Dieses Ergebnis ist erklärbar, wenn Arbeitsunterbrechungen als Pause angesehen werden, die dem/der Arzt/Ärztin die Möglichkeit geben neue Kraft durch eine (wenn auch nur kurze) soziale Interaktion mit KollegInnen zu schöpfen. Schließlich spielt der Zusatzaufwand in erwarteter Richtung für die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation eine wichtige Rolle.

Hypothese 2a: Das Ausmaß der Ressourcen steht in einer negativen Beziehung mit dem Ausmaß des WFC.

Die Annahme dieser Hypothese besagt, dass mehr Ressourcen zu einem geringeren WFC führen. Das konnte auch bestätigt werden, weshalb die dritte Hypothese ebenfalls beibehalten werden kann. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass nur ein relativ geringer Anteil an Varianz des WFC durch die Ressourcen erklärt werden können (6-9%). Ressourcen sind somit zwar relevant für die Erklärung des WFC, spielen jedoch vermutlich nur eine untergeordnete Rolle. Für den zeitbezogenen und den verhaltensbezogenen WFC ist die Transparenz ein signifikanter Prädiktor. Ist den ÄrztInnen also klar, was zu tun ist, erleben sie diesen Konflikt in geringerem Ausmaß. Der Tätigkeitsspielraum ist ebenfalls für den zeitbezogenen, aber auch für den beanspruchungsbezogenen WFC wichtig. Insgesamt betrachtet sind also nur die beiden Ressourcen Transparenz und Tätigkeitsspielraum für die Erklärung des WFC relevant.

Dass der Tätigkeitsspielraum eine ganz entscheidende Rolle spielt, bestätigt auch die Untersuchung von Stern (1996).

Hypothese 2b: Das Ausmaß der Ressourcen steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Engagement.

Für diese Hypothese konnten der Tätigkeitsspielraum und die interne Kooperation als signifikante Prädiktoren für alle drei Dimensionen von Engagement herausgefiltert werden. Demnach kann auch diese Hypothese beibehalten werden. Ebenso wie die Ergebnisse zur Hypothese 1b sprechen sie für die Gültigkeit des JDR-Modells (Demerouti, et al., 2001). Es ist also für ein verstärktes Erleben von Vitalität, Hingabe und Aufgehen in der Arbeit wichtig, dass man selbst entscheiden kann welche Tätigkeiten man ausübt und dass die Kooperation mit den KollegInnen gut funktioniert. Einschränkend muss für die interne Kooperation an dieser Stelle die geringe Reliabilität dieser Skala angemerkt werden. Das bedeutet, dass diese Aussage zwar für die vorliegende Stichprobe getroffen werden kann, jedoch nicht zwingend für alle ÄrztInnen gilt. Für die Vitalität und die Hingabe ist außerdem die Transparenz wichtig, also dass man weiß, wozu man eine bestimmte Tätigkeit verrichtet. Ein interessantes Ergebnis ist schließlich, dass das Geschlecht für die Vitalität eine Rolle spielt. Demzufolge erleben Frauen mehr Vitalität in der Arbeit, Ärztinnen sind also vitaler als ihre männlichen Kollegen.

Hypothese 3a: Das Ausmaß des WFC steht in einer positiven Beziehung mit dem Ausmaß des Burnout.

Diese Hypothese kann eindeutig beibehalten werden. Die Ergebnisse zeigen starke Beziehungen zwischen allen drei Aspekten des WFC und den drei Dimensionen von Burnout. Die stärkste Beziehung herrscht zwischen dem WFC, insbesondere dem beanspruchungsbasierten Konflikt und emotionaler Erschöpfung (der Anteil erklärter Varianz liegt bei 53%). Dieser Befund zeigt deutlich, dass der WFC besonders stark zum Erleben von Burnout, insbesondere von emotionaler Erschöpfung beiträgt. Dieses Ergebnis

steht in Übereinstimmung mit der Theorie, die auch von einem besonders starken Zusammenhang zwischen dem WFC und emotionaler Erschöpfung ausgeht (Leiter & Durup, 1996) Relativ wenig Varianz kann der WFC bei der persönlichen Erfüllung erklären. Dieser Befund kann als Beleg für die Ergebnisse von Maslach & Jackson (1981) gesehen werden, die einräumten, dass die Skala ‚persönliche Erfüllung‘ als unabhängig von den anderen beiden betrachtet werden muss.

Hypothese 3b: Das Ausmaß des WFC steht in einer negativen Beziehung mit dem Ausmaß des Engagement.

Schließlich zeigt die letzte Hypothese 3b nur schwache signifikante Beziehungen zwischen den drei Aspekten des WFC und Vitalität und Hingabe, nur 4-7% der Varianz von Engagement können durch diese beiden Faktoren erklärt werden. Keine signifikante Beziehung konnte zwischen Aufgehen in der Arbeit und Engagement nachgewiesen werden. Diese Hypothese muss somit verworfen werden. Das steht im Widerspruch zu der Annahme, dass ein geringer Konflikt zwischen Arbeit und Familie Engagement fördern sollte.

Insgesamt wird deutlich, dass Belastungen eine deutlich engere Beziehung zum WFC, und der WFC eine deutlich engere Beziehung zu Burnout aufweisen als umgekehrt Ressourcen zum WFC und der WFC zu Engagement. Dieses Muster macht deutlich, dass die positive Bereicherung zwischen Arbeit und Familie von einem gesonderten Fragebogen erhoben werden muss und nicht schlichtweg mit dem Fernbleiben eines Konflikts gleichgesetzt werden kann. Somit können die Ergebnisse auch als Beleg für das unabhängige Vorhandensein von Bereicherungen und Konflikten zwischen den beiden Lebensbereichen Arbeit und Familie angesehen werden.

9.2. Empfehlungen für die Praxis

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen keinen unmittelbaren dringenden Handlungsbedarf wenn es um das Wohlergehen der österreichischen ÄrztInnen geht. Dennoch wurden einige Punkte deutlich, die Verbesserungsvorschläge nach sich ziehen. Dass die meisten Verbesserungsvorschläge für die Praxis allerdings unweigerlich mit Kosten verbunden sind, ist jedoch unumgänglich.

Zur weiteren Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf werden immer häufiger Betriebskindergärten eingerichtet. Da das prinzipiell auch in Krankenhäusern möglich ist, wäre das ein guter Ansatzpunkt zur Verbesserung. Aufgrund der vorherrschenden Kosten- und Budgetstruktur des Gesundheitswesens muss dieser Vorschlag jedoch vermutlich noch längere Zeit eine Idee bleiben.

Was die Reduktion der tätigkeitsbezogenen Belastungen betrifft, stellt sich wiederum die Frage nach der Organisationsstruktur. Vielfach ist es Aufgabe der Führungskraft, die ÄrztInnen zu entlasten, dennoch ist dies oft auch nicht möglich, da es schlicht an Personal mangelt. Oftmals ist eine Entlastung aber auch indirekt schon dadurch zu erreichen, dass der Kontakt zur Führungskraft verstärkt wird und man alleine durch Aussagen wie: „Ich weiß, dass es anstrengend für dich ist, aber im Moment kann ich das nicht ändern, weil...“, subjektiv Entlastung verspürt weil man die Begründung dafür kennt.

Die Hauptressourcen Transparenz und interne Kooperation können schließlich dafür genutzt werden, die Verstärkung der emotionalen Erschöpfung zu verhindern. Durch kollegiale Gespräche und im manchen Fällen Supervision kann Schlimmeres verhindert werden und das Wohlbefinden in der Arbeit gesteigert werden.

10. Kritische Würdigung der Ergebnisse und Ausblick

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Befragung sehr gut aufgenommen wurde. Aufgrund des Zugangs zur Stichprobe zunächst über das Schneeballprinzip, kann jedoch keine genaue Aussage zum Rücklauf getätigt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist daher ein systematischerer Zugang über Krankenhausabteilungen oder die Ärztekammer anzuraten.

Einige Bedenken wurden von den TeilnehmerInnen zur Länge des Fragebogens geäußert, weshalb viele ÄrztInnen den Fragebogen von vornherein nicht ausfüllen wollten angesichts der vielen Seiten. Selbst nach dem Hinweis auf die Bearbeitungszeit von ca. 15 Minuten, waren nur mehr wenige ÄrztInnen, die zunächst diese Bedenken äußerten zur Teilnahme bereit. Daraus ergibt sich, dass die Stichprobe möglicherweise dahingehend verzerrt wurde, dass nur jene ÄrztInnen teilgenommen haben, die ein geringeres Zeitproblem haben als andere KollegInnen. Dieser Umstand ist gerade bei der Untersuchung des zeitbezogenen Konflikts zwischen Arbeit und Familie nicht unwesentlich. Eine Kürzung des Fragebogens aufgrund der gefundenen Ergebnisse ist daher im Interesse des Forschers und kann vor allem bei den Belastungs- und Ressourcenskalen vorgenommen werden.

Weiter muss angemerkt werden, dass die Reliabilitäten der Skalen ‚Soziales Klima‘ und ‚Interne Kooperation‘ des TAA-KH nicht zufriedenstellend waren, was die Aussagekraft dieser Skalen deutlich herabsetzt. Als Verbesserungsvorschlag ist die Konstruktion einer neuen Skala oder die inhaltliche Adaption bereits bestehender Skalen für den ärztlichen Bereich naheliegend.

Für die Teilnahme per Online-Fragebogen muss die Überlegung mit einbezogen werden, dass diese Form der Befragung an sich wieder eine Verzerrung der Stichprobe mit sich bringt. Selbst wenn das Vorhandensein eines Computers mit Internetzugang heutzutage

beinahe selbstverständlich ist, sind nicht alle ÄrztInnen geschult im Umgang damit bzw. oft schlichtweg nicht bereit, einen Fragebogen am Computer auszufüllen.

Eine weitere Überlegung zur Stichprobe betrifft die Repräsentativität. Obwohl auf eine ausgewogene Verteilung zwischen Männern und Frauen und verschiedene Fachrichtungen Acht gegeben wurde, ist es wahrscheinlich, dass manche Fachrichtungen überrepräsentiert sind und die Ergebnisse in eine bestimmte Richtung verzerrt wurden.

In der Breite der Stichprobe liegt ebenfalls der nächste Kritikpunkt. Im Laufe der Untersuchung zeigte sich, dass sich viele Fachrichtungen in Bezug auf Belastungen und Ressourcen zwar ähnlich sind, manche sich jedoch wieder völlig voneinander unterscheiden. Für die Zukunft ist es daher dringend erforderlich, die einzelnen medizinischen Fachrichtungen unabhängig voneinander zu betrachten. Dabei wäre es besonders interessant, die Belastungs- und Ressourcenprofile verschiedener Fachrichtungen einander gegenüberzustellen um basierend auf diesen Ergebnissen Ideen für Verbesserungen in der Praxis bieten zu können.

Wie für viele andere Fragestellungen auch, wäre auch eine Längsschnittuntersuchung zum Thema wünschenswert. Auf diese Weise könnten Aussagen über Veränderungen über einen längeren Zeitraum getätigt werden.

12. Literaturverzeichnis

- Ádám, S., Györfy, Z., & Susánszky, É. (2008). Physician burnout in Hungary: a potential role for work family conflict. *Journal of Health Psychology*, 13, 847-855.
- Allen, T. D., Herst, D. E. L., Bruck, C. S., & Sutton, M. (2000). Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 278-308.
- Aminah, A. (2010). Work-family conflict among junior physicians: its mediating role in the relationship between role overload and emotional exhaustion. *Journal of Social Sciences*, 6(2), 265-271.
- Ärzttekammer, Ö. (2011). *Wahrnehmungsbericht 2009 und 2010 - Gesundheitswesen unter der Lupe*. Wien: Österreichische Ärztekammer.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: an emerging concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., & Bosveld, W. (2001). Burnout contagion among general practitioners. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(1), 82-98.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.
- Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D. E. (2008). Work family balance, stress, and salivary cortisol in men and women academic physicians. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 54-61.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer Verlag.
- Brähler, E., Alfermann, D., & Stiller, J. (2008). *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Büssing, A., & Glaser, J. (1998). *Managerial stress und burnout. A collaborative international study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44)*. München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.
- Büssing, A., Glaser, J., & Höge, T. (2002a). *Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Handbuch zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen bei Beschäftigten im stationären Pflegebereich*. Dortmund/Berlin: Wirtschaftsverlag NW.
- Büssing, A., Glaser, J., & Höge, T. (2002b). *Screening psychischer Belastungen in der stationären Krankenpflege (Belastungsscreening TAA-KH-S). Manual und Materialien*. Dortmund/Berlin: Wirtschaftsverlag NW.
- Carlson, D. S. (1999). Personality and role variables as predictors of three forms of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 55, 236-243.
- Carlson, D. S., Kacmar, K. M., & Williams, L. J. (2000). Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56, 249-276.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Dex, S., & Bond, S. (2005). Measuring work-life balance and its covariates. *Work Employment Society*, 19, 627-636.
- Eagle, B. W., Miles, E. W., & Icenogle, M. L. (1997). Interrole conflicts and the permeability of work and family domains: are there gender differences? *Journal of Vocational Behavior*, 50, 168-184.
- Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., & Brinley, A. (2005). Work and family research in IO/OB: Content analysis and review of the literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behavior*, 66, 124-197.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles: Sage.
- Frone, M. R. (2003). Work-family Balance. In J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143-162). Washington: American Psychological Association.
- Frone, M. R., Russell, M., & Barnes, G. M. (1996). Work-family conflict, gender, and health-related outcomes: a study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.

- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1994). Relationship between job and family satisfaction: Causal or noncausal covariation? *Journal of Management*, 20(3), 565-579.
- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1997). Relation of work-family conflict to health outcomes: a four-year longitudinal study of employed parents. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70, 325-335.
- Frone, M. R., Yardley, J. K., & Markel, K. S. (1997). Developing and testing an integrative model of the work-family interface. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 145-167.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D., & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and work-family conflict in german hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BioMed Central Public Health*, 8, 353-369.
- Geurts, S., Rutte, C., & Peeters, M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*, 48, 1135-1148.
- Glaser, J., & Weigl, M. (2008). TAA Screening für Krankenhausärzte.
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165-174.
- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 25(4), 483-496.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Greenhaus, J. H., Parasuraman, S., & Collins, K. M. (2001). Career Involvement and family Involvement as moderators of relationships between work-family conflict and withdrawal from a profession. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(2), 91-100.
- Grzywacz, J. G., & Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the work-family interface: an ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 111-126.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: a three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241.

- Hammer, L. B., Allen, E., & Grigsby, T. D. (1997). Work-family conflict in dual-earner couples: within-individual and crossover effects of work and family. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 185-203.
- Hoff, E.-H., Grote, S., Dettmer, S., Hohner, H.-U., & Olos, L. (2005). Work-life-balance: berufliche und private Lebensgestaltung von Frauen und Männern in hoch qualifizierten Berufen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49(4), 196-207.
- Hughes, P. H., Storr, C. L., Brandenburg, N. A., Baldwin, D. C., Anthony, J. C., & Sheehan, D. V. (1999). Physician substance use by medical speciality. *Journal of Addictive Diseases*, 18(2), 23-37.
- Jurkat, H. B., & Reimer, C. (2001). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82(32/33), 1745-1750.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Keller, M. (2005). *Pilotstudie zur Erfassung psychischer Belastungen von Krankenhausärzten im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung: Entwicklung und Überprüfung eines Analyseverfahrens*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege - BGW.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75(6), 743-747.
- Leiter, M. P., & Durup, M. J. (1996). Work, home, and in-between: a longitudinal study of spillover. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 32(1), 29-47.
- Marcus-Newhall, A., Halpern, D. F., & Tan, S. J. (Eds.). (2008). *The Changing Realities of Work and Family*. Chichester: Blackwell Publishing.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Niku, T. K. (2004). Resident Burnout. *American Medical Association*, 292(23), 2880-2889.
- Parasuraman, S., & Simmers, C. A. (2001). Type of employment, work-family conflict and well-being: a comparative study. *Journal of Organizational Behavior*, 22(5), 551-568.

- Pleck, J. H. (1977). The work-family role system. *Social Problems*, 24(4), 417-427.
- Resch, M., & Bamberg, E. (2005). Work-Life-Balance - ein neuer Blick auf die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben? *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49(4), 171-175.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: a cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzáles-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Siebert, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 39(4), 567-578.
- Stern, K. (1996). *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster: Waxmann.
- Ulich, E. (2003). *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Von dem Knesebeck, O., Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K., & Siegrist, J. (2010). Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(14), 248-253.
- Voydanoff, P. (1988). Work role characteristics, family structure demands, and work/family conflict. *Journal of Marriage and Family*, 50(3), 749-761.
- Weisman, C. S., & Teitelbaum, M. A. (1987). The work-family role system and physician productivity. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(3), 247-257.
- Wiese, B. S. (2007). Work-Life-Balance. In K. Moser (Ed.), *Wirtschaftspsychologie* (pp. 246-261). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wolff, H.-G., & Rieger, S. (2009). *Eine deutschsprachige Adaptation der Skala zur Messung von Konflikten zwischen Arbeit und Familie von Carlson, Kacmar &*

Williams (2000). Paper presented at the 6. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der DGPs.

13. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Job Demands-Resources-Modell (Demerouti, et al., 2001, S. 502; Schaufeli & Bakker, 2004, S.297)	21
Abbildung 2: Forschungsmodell.....	46

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Eingesetzte Verfahren und die damit erhobenen Variablen.....	52
Tabelle 2: Skalen des TAA-KH.....	54
Tabelle 3: Reliabilitäten der verwendeten Skalen des TAA-KH.....	56
Tabelle 4: Skalen des Instruments zur Erfassung des WFC	58
Tabelle 5: Reliabilitäten des Instruments zur Erfassung des WFC.....	58
Tabelle 6: Skalen des MBI-GS-D	59
Tabelle 7: Reliabilitäten des MBI-GS-D.....	59
Tabelle 8: Skalen der UWES-9.....	60
Tabelle 9: Reliabilitäten der UWES-9	60
Tabelle 10: Deskriptive Ergebnisse der Belastungsskalen des TAA-KH (N=274)	66
Tabelle 11: Deskriptive Ergebnisse der Ressourcenskalen des TAA-KH (N=274)	67
Tabelle 12: Deskriptive Ergebnisse der WFC-Skalen (N=274).....	68
Tabelle 13: Deskriptive Ergebnisse der Skalen des MBI-GS-D (N=274)	68
Tabelle 14: Deskriptive Ergebnisse der Skalen des UWES-9 (N=274).....	69
Tabelle 15: Beziehung der Belastungen mit dem zeitbezogenen WFC	71
Tabelle 16: Beziehung der Belastungen mit dem verhaltensbezogenen WFC	72
Tabelle 17: Beziehung der Belastungen mit dem belastungsbezogenen WFC.....	72
Tabelle 18: Beziehung der Belastungen mit emotionaler Erschöpfung.....	74
Tabelle 19: Beziehung der Belastungen mit Depersonalisation.....	75
Tabelle 20: Beziehung der Belastungen mit persönlicher Erfüllung	76
Tabelle 21: Beziehung der Ressourcen mit dem zeitbezogenen WFC	77
Tabelle 22: Beziehung der Ressourcen mit dem beanspruchungsbezogenen WFC	78
Tabelle 23: Beziehung der Ressourcen mit dem verhaltensbezogenen WFC.....	79
Tabelle 24: Beziehung der Ressourcen mit Vitalität.....	80

Tabelle 25: Beziehung der Ressourcen mit Hingabe	81
Tabelle 26: Beziehung der Ressourcen mit Aufgehen in der Arbeit	81
Tabelle 27: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit emotionaler Erschöpfung	83
Tabelle 28: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Depersonalisation.....	84
Tabelle 29: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit persönlicher Erfüllung.....	85
Tabelle 30: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Vitalität	86
Tabelle 31: Beziehung der drei Aspekte des WFC mit Hingabe	87

15. Anhang

15.1. Zusammenfassung

Die Studie hatte zum Ziel, das Job Demands – Resources Modell als Rahmen um den Aspekt des Arbeits-Familien-Konflikt zu erweitern und diese Dimensionen bei österreichischen ÄrztInnen zu untersuchen. In einer Querschnittuntersuchung an 274 ÄrztInnen aus verschiedenen Fachrichtungen und Krankenhäusern bzw. Ordinationen wurden mittels Fragebogen in Papierform oder eines Online-Fragebogens die Daten erhoben. Deskriptiv zeigte sich nur ein mittelmäßig ausgeprägter Work-family-conflict (WFC), eine geringe bis mittelmäßige Ausprägung von Burnout und ebenfalls eine mittelmäßige Ausprägung von Engagement. Als zentrale Belastungen konnten Zeitdruck und Verletzungs- und Erkrankungsrisiken ermittelt werden, bei den Ressourcen wirken vor allem die Transparenz ärztlicher Aufgaben und interne Kooperation. Mittels Regressionsanalysen konnten die positiven Beziehungen zwischen Belastungen und dem WFC, Belastungen und Burnout, Ressourcen und Engagement und dem WFC und Burnout eindeutig nachgewiesen werden. Für den WFC waren dabei die Belastungen Zeitdruck, Zusatzaufwand, Informationsdefizite, patientenbezogene Stressoren, Qualitätseinbußen und Verletzungsrisiken relevant, auch das Alter spielte für den zeitbezogenen WFC eine Rolle. Auf Burnout wirkten vor allem die Belastungen widersprüchliche Aufträge, Arbeitsunterbrechungen, Qualitätseinbußen, ungünstige Arbeitsumgebung, Zeitdruck und Zusatzaufwand. Die Ressourcen Transparenz, Tätigkeitsspielraum und interne Kooperation sind für Engagement wichtig. Eine schwächere negative Beziehung konnte zwischen Ressourcen und dem WFC gezeigt werden, keine durchgängig signifikante negative

Beziehung zeigte sich zwischen dem WFC und Engagement. Als Ressourcen für den WFC konnten Transparenz und Tätigkeitsspielraum identifiziert werden.

15.2. Abstract

The purpose of the present study was to broaden the Job Demands – Resource model with the aspect of the work-family-conflict and to analyse these dimensions on a group of austrian physicians. In a cross-sectional design data was collected from 274 male and female physicians from various medical fields and institutions (hospitals and ordinations). The survey could be filled in on paper or online. The descriptive results showed a middle value for the work-family-conflict, for engagement and a mild to middle value for burnout. The most important demands were time pressure and the risk for injuries or affection, relevant ressourcen were transparency of medical tasks and intern cooperation. Regression analyses showed positive relationships between demands and WFC, demands and burnout, ressourcen and engagement and WFC and burnout. Demands for WFC are time pressure, additional effort, deficits in informations, stressors related to patients, loss in quality and risks for injuries. In addition to that, age played a significant role for the time-related WFC. The demands contradictory instructions, work disruptions, loss of quality, unfavourable working environment, time pressure and additonal effort take an effect on burnout. Transparency, operation range and intern cooperation are important for engagement. There was a weaker negative relationship between ressourcen and WFC, but no consistent negative relationship could be shown between WFC and Engagement. Relevant ressourcen for WFC are transparency and operation range.

15.3. Fragebogen



Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Universität Wien führe ich eine Befragung zum Thema der Arbeits- und Lebenssituation von Ärztinnen und Ärzten durch.

Aus diesem Grund bitte ich Sie an der folgenden Befragung teilzunehmen.

Sie helfen mir durch Ihre Teilnahme sehr und tragen wesentlich zur Erforschung dieser Thematik bei!

Beantworten Sie jedoch bitte unbedingt alle Fragen, da andernfalls der gesamte Fragebogen nicht ausgewertet werden kann.

Alle ihre Angaben werden selbstverständlich anonymisiert ausgewertet und verarbeitet, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Bei Rückfragen stehe ich gerne auch per e-mail zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Barbara Sperlich

e-mail: a0501017@unet.univie.ac.at

1. Arbeitssituation von Ärzten

Im Folgenden finden Sie Aussagen über Bedingungen Ihrer Arbeitstätigkeit. Dabei geht es stets um Ihre Meinung, also darum, wie Sie Ihre Arbeit auf Ihrem Hauptarbeitsplatz beurteilen. Es kann also keine richtigen und falschen Antworten geben.

Bitte überlegen Sie sich, ob die jeweiligen Aussagen auf Ihre Arbeitstätigkeit, die Sie zurzeit hauptsächlich ausüben, zutreffen. Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die entsprechende Antwort, die nach Ihrer Meinung am ehesten zutrifft, in einem der fünf Antwortkästchen an! Machen Sie bitte bei jeder Aussage nur ein Kreuz.

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Transparenz ärztlicher Aufgaben						
1.	Man weiß genau, wozu die eigene Arbeit dient	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2.	Man weiß genau darüber Bescheid, wofür man zuständig ist	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3.	Man weiß ausreichend über den Aufgabenbereich der Kollegen Bescheid	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Vorgesetztenfeedback						
4.	Der Vorgesetzte gibt einem klare Rückmeldung zur eigenen Arbeitsleistung	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5.	Der Vorgesetzte gibt einem klare Rückmeldung zum eigenen Arbeitsverhalten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Tätigkeitsspielraum						
6.	Man kann selbst festlegen, wie man seine Arbeit erledigt	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7.	Man kann seinen Arbeitsablauf selbst festlegen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8.	Man kann selbst auswählen, welche Arbeitsmethoden und Arbeitsmittel man einsetzt	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9.	Man kann selbst entscheiden, welche Aufgaben man zu erledigen hat	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10.	Man kann selbst über die Arbeitsziele entscheiden	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11.	Man kann bei der Erledigung der Aufgaben eigenen Vorstellungen umsetzen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12.	Man kann bei der Durchführung der Aufgaben kreativ sein	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Partizipationschancen						
13.	Man kann die Erstellung von Dienstplänen/Plänen für Ordinationszeiten mit beeinflussen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14.	Man kann die Ausstattung (z.B. Material, Räume) mit beeinflussen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15.	Man kann Personalentscheidungen mit beeinflussen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
16.	Man kann Entscheidungen über die Arbeitsmenge mit beeinflussen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Soziales Klima						
17.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis unter den Ärzten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
18.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Pflegekräften/Helfern	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
19.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zum Vorgesetzten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
20.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Patienten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
21.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Kollegen anderer Bereiche	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Soziales Klima						
22.	In dieser Abteilung/Ordination besteht ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Angehörigen der Patienten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Interne Kooperation						
23.	Die Zusammenarbeit mit den Kollegen klappt in dieser Abteilung/Ordination gut	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
24.	Die Zusammenarbeit mit dem Vorgesetzten klappt in dieser Abteilung/Ordination gut	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
25.	Die Zusammenarbeit mit den Patienten klappt in dieser Abteilung/Ordination gut	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
26.	Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Patienten klappt in dieser Abteilung/Ordination gut	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Organisationale Stressoren						
27.	In dieser Abteilung/Ordination ist man immer wieder mit Problemen der Belegung konfrontiert (z.B. Fehlbelegung, Überbelegung)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
28.	Man wird immer wieder mit unsicheren Informationen/Gerüchten konfrontiert	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
29.	Man wird immer wieder mit personellen Änderungen konfrontiert	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
30.	Man wird immer wieder mit Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
31.	Man wird immer wieder mit organisatorischen Änderungen konfrontiert	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
32.	In dieser Abteilung/Ordination gibt es wegen Personalwechsel und Abwesenheit immer wieder Probleme	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Soziale Stressoren						
33.	In dieser Abteilung/Ordination ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen immer wieder belastet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34.	In dieser Abteilung/Ordination ist die Zusammenarbeit mit den Vorgesetzten immer wieder belastet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35.	In dieser Abteilung/Ordination ist die Zusammenarbeit mit den Patienten immer wieder belastet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Soziale Stressoren						
36.	In dieser Abteilung/Ordination ist die Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Abteilungen/Ordinationen immer wieder belastet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Patientenbezogene Stressoren						
37.	Die Arbeit mit Patienten in schlechter psychischer Verfassung ist immer wieder belastend	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
38.	Die Arbeit mit fordernden, ungeduldigen Patienten ist immer wieder belastend	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
39.	Die Arbeit mit Patienten in schlechter körperlicher Verfassung ist immer wieder belastend	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
40.	Die Arbeit mit Patienten mit schlechten Sprachkenntnissen ist immer wieder belastend	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
41.	Die Arbeit mit sterbenden Patienten ist immer wieder belastend	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Zeitdruck						
42.	Man muss sich immer wieder sehr beeilen und wird trotzdem nicht mit seiner Arbeit fertig	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
43.	Man hat bei der Arbeit immer wieder zu viel auf einmal zu tun	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
44.	Man hat bei der Arbeit wegen kurzfristigen Terminvorgaben immer wieder Zeitdruck	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
45.	Man hat bei der Arbeit wegen Terminvorgaben durch den Vorgesetzten immer wieder Zeitdruck	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
46.	Man hat bei der Arbeit wegen Wünschen von Patienten immer wieder Zeitdruck	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Widersprüchliche Aufträge						
47.	Man erhält immer wieder Arbeitsaufträge, die sich nicht miteinander vereinbaren lassen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
48.	Man hat immer wieder so viel zu tun, dass die Qualität der Arbeit darunter leidet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
49.	Man erhält vom Vorgesetzten immer wieder Anweisungen, von denen man weiß, dass sie nicht zum geforderten Ergebnis führen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
50.	Man muss immer wieder Aufgaben verrichten, für die man eigentlich nicht zuständig ist	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Informationsdefizite						
51.	Für die Arbeit erforderliche Informationen sind immer wieder nicht vorhanden	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
52.	Bei der Arbeit ist einem immer wieder unklar, wie man sich erforderliche Informationen beschaffen kann	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
53.	Bei der Arbeit gibt es immer wieder Probleme bei der Weiterleitung von Informationen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Arbeitsunterbrechungen						
54.	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil man Kollegen aushelfen muss	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
55.	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil Telefon/Piepser klingeln	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
56.	Man muss die Arbeit immer wieder unterbrechen, weil man von Personen gerufen wird	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Qualitätseinbußen						
57.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Fehler macht	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
58.	Man muss sich bei der Arbeit immer wieder über Vorschriften oder Regeln hinwegsetzen, um überhaupt fertig zu werden	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
59.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass die Qualität der eigenen Arbeit darunter leidet	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Zusatzaufwand						
60.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten wiederholen muss	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
61.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man Tätigkeiten neu beginnen muss	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
62.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders konzentrieren muss	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
63.	Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass man sich besonders anstrengen muss	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Ungünstige Arbeitsumgebung						
64.	Der Grundriss der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
65.	Die Einrichtung der Räume ist für die tägliche Arbeit ungünstig	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
66.	Man ist bei der Arbeit immer wieder Lärm ausgesetzt	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
67.	Man arbeitet immer wieder unter schlechten Lichtverhältnissen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
68.	Man arbeitet immer wieder unter schlechten klimatischen Verhältnissen (z.B. Temperatur, Luftfeuchtigkeit)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
69.	Man muss bei der Arbeit immer wieder lange Wege zurücklegen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Physische Belastungen						
70.	Man muss immer wieder unter Kraftanwendung operieren/behandeln	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
71.	Man muss immer wieder lange stehen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
72.	Man muss immer wieder in ungünstiger Körperhaltung arbeiten	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
Verletzungs-/Erkrankungsrisiken						
73.	Bei der Arbeit ist man erhöhten Infektionsgefahren ausgesetzt (z.B. durch septische Wunden, Körpersekrete)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
74.	Bei der Arbeit besteht eine erhöhte Gefahr, sich Stich- oder Schnittverletzungen zuzufügen (z.B. an Kanülen, Lanzetten)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
75.	Bei der Arbeit ist man erhöhten Dermato­segefahren ausgesetzt (Gefahr von Hautkrankheiten)	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
76.	Bei der Arbeit muss man mit Gefahrenstoffen (bspw. Gase, Chemikalien) umgehen	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

2. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr persönliches Erleben in Bezug auf Ihre Familie und Ihren Beruf.

Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu? Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie auf der Skala von „Trifft nicht zu“ bis „Trifft zu“ eines der Kästchen ankreuzen.

		Trifft nicht zu			Teils/tei ls			Trifft zu
77	Meine Arbeit hält mich mehr als mir lieb ist von Unternehmungen mit meiner Familie/meinem Partner ab.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
78	Die Zeit, die ich für meine Arbeit aufbringen muss, hält mich davon ab, genügend Verantwortung im Haushalt zu übernehmen.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
79	Da mich meine beruflichen Pflichten sehr viel Zeit kosten, kann ich nicht an Aktivitäten meiner Familie/meines Partners teilnehmen.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
80	Die Zeit, die ich mit meiner Familie/meinem Partner verbringe, hält mich von meinen beruflichen Aufgaben ab.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
81	Wenn ich Zeit mit meiner Familie/meinem Partner verbringe, führt dies oft dazu, dass ich auf Gelegenheiten verzichten muss, die für meine Karriere nützlich wären.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇

		Trifft nicht zu			Teils/tei ls			Trifft zu
82	Aufgrund meiner familiären/partnerschaftlichen Pflichten verpasse ich berufliche Termine oder Unternehmungen.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
83	Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme bin ich oft zu erschöpft, um etwas mit meiner Familie/meinem Partner zu unternehmen.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
84	Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme bin ich oft mit den Nerven am Ende, so dass ich mich nicht mehr um meine Familie/meinen Partner kümmern kann.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
85	Aufgrund der Belastungen am Arbeitsplatz bin ich oft so ausgelaugt, dass ich zu Hause nicht mal mehr die Dinge machen kann, die ich gerne tue.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
86	Weil ich zu Hause so viele Dinge zu tun habe, mache ich mir oft auch am Arbeitsplatz Gedanken über Dinge, die meine Familie/meinen Partner betreffen.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
87	Da ich oft durch familiäre/partnerschaftliche Belange gestresst bin, fällt es mir schwer, mich auf meine Arbeit zu konzentrieren.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
88	Die Belastungen im familiären/partnerschaftlichen Bereich beeinträchtigen oft meine Arbeitsleistung.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
89	Die Art, mit der ich bei meiner Arbeitstätigkeit Probleme löse, funktioniert bei Problemen zu Hause nicht .	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7

		Trifft nicht zu			Teils/tei ls			Trifft zu
90	Verhaltensweisen, die für meine Arbeitstätigkeit effektiv und notwendig sind, wären zu Hause völlig fehl am Platze.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
91	Das Verhalten, das meine Arbeitsproduktivität steigert, hilft mir zu Hause nicht , ein besseres Familienmitglied/besserer Partner zu sein.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
92	Verhaltensweisen, die zu Hause gut funktionieren, sind für meine Arbeit ineffektiv.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
93	Verhaltensweisen, die zu Hause effektiv und notwendig sind, wären an meinem Arbeitsplatz völlig fehl am Platze.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7
94	Die Art, wie ich zu Hause mit Problemen umgehe, hilft mir an meinem Arbeitsplatz nicht weiter.	☐ _1	☐ _2	☐ _3	☐ _4	☐ _5	☐ _6	☐ _7

3. Auswirkungen von Arbeit

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu Gefühlen, die sich auf Ihre Arbeit an Ihrem Hauptarbeitsplatz beziehen. Falls bei Ihnen das angesprochene Gefühl nie auftritt, kreuzen Sie bitte „Dieses Gefühl tritt nie auf“ an. Falls das angesprochene Gefühl bei Ihnen auftritt bzw. Sie das Gefühl kennen, geben Sie bitte an wie häufig das Gefühl bei Ihnen auftritt.

		Wie <u>oft</u> haben Sie das Gefühl?					
		nie	sehr selten	eher selten	manchma l	eher oft	sehr oft
95.	Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
96.	Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
97.	Ich fühle mich durch meine Arbeit gefühlsmäßig erschöpft.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
98.	Ich habe in dieser Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
99.	Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
100.	Den ganzen Tag zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
101.	Ich kann die Probleme, die in meiner Arbeit entstehen, effektiv lösen.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

		Wie <u>oft</u> haben Sie das Gefühl?					
		nie	sehr selten	eher selten	manchma l	eher oft	sehr oft
102.	Ich habe das Gefühl, dass ich einen effektiven Beitrag für diese/s Krankenhaus/Ordination leiste.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
103.	Seit ich in diesem/r Krankenhaus/Ordination arbeite, habe ich weniger Interesse an meiner Arbeit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
104.	Meine Begeisterung für meine Arbeit hat abgenommen.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
105.	Ich leiste meiner Meinung nach gute Arbeit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
106.	Ich bin guter Stimmung, wenn ich in meiner Arbeit etwas erreicht habe.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
107.	Ich möchte nur meine Arbeit tun und in Ruhe gelassen werden.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
108.	Ich bin zynischer darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
109.	Ich bezweifle die Bedeutung meiner Arbeit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
110.	Bei meiner Arbeit bin ich sicher, dass ich die Dinge effektiv erledige.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

Im Folgenden finden Sie Aussagen dazu, wie man die Arbeit erleben kann. Kreuzen Sie bitte das für Sie an Ihrem Hauptarbeitsplatz Zutreffende an.

		nie	fast nie	ab und zu	regelmä- ßig	häufig	sehr häufig	imme- r
111.	Bei meiner Arbeit bin ich voll überschäumender Energie.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
112.	Beim Arbeiten fühle ich mich fit und tatkräftig.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
113.	Ich bin von meiner Arbeit begeistert.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
114.	Meine Arbeit inspiriert mich.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
115.	Wenn ich morgens aufstehe, freue ich mich auf meine Arbeit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
116.	Ich fühle mich glücklich, wenn ich intensiv arbeite.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
117.	Ich bin stolz auf meine Arbeit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
118.	Ich gehe völlig in meiner Arbeit auf.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇
119.	Meine Arbeit reißt mich mit.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆	☐ ₇

4. Allgemeine Angaben

Abschließend bitte ich Sie um die Angabe einiger persönlicher Daten zu Ihrer Arbeit und Ihrem Familienleben. Selbstverständlich werden auch diese Daten absolut vertraulich behandelt.

Bitte kreuzen Sie die Kästchen neben den auf Sie zutreffenden Angaben an bzw. schreiben Sie in die leeren Felder.

120.	Alter	Jahre
121.	Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich
122.	Name des abgeschlossenen Studiums (z.B. Medizin)	
123.	Medizinische Fachrichtung (z.B. Allgemeinmedizin, Anästhesie, Orthopädie)	
124.	Arbeitsplatz (Mehrfachantworten möglich)	☐ Krankenhaus ☐ Ordination ☐ Anderer Arbeitsplatz, nämlich:
125.	Falls sie an mehreren Arbeitsplätzen tätig sind: Welchen Arbeitsplatz bezeichnen sie als ihren Hauptarbeitsplatz?	☐ Krankenhaus ☐ Ordination ☐ Anderer Arbeitsplatz, nämlich:
126.	Wie viele Stunden arbeiten Sie <u>in der Woche</u> (im Durchschnitt)?	Stunden
127.	Familienstand	☐ Alleinstehend ☐ geschieden ☐ In fester Partnerschaft lebend ☐ verwitwet ☐ verheiratet

128.	Haben Sie Kinder? Falls Nein → weiter bei Frage 133.	☐ Ja ☐ Nein
129.	Anzahl der Kinder	Kinder
130.	Alter jedes Kindes	☐ 1. _____ Jahre ☐ 4. _____ Jahre ☐ 2. _____ Jahre ☐ 5. _____ Jahre ☐ 3. _____ Jahre
131.	Wie viele Kinder leben mit Ihnen im gemeinsamen Haushalt (an mindestens drei Tagen in der Woche)?	Kinder
132.	Wie viele Stunden <u>in der Woche</u> verbringen Sie mit den Kindern (im Durchschnitt)?	Stunden
133.	Wer in Ihrer Familie übernimmt die Hauptverantwortung für die Kinder (d.h. verbringt die meiste Zeit mit den Kindern, trifft die meisten Entscheidungen im Zusammenhang mit den Kindern)?	☐ Ich ☐ Ich und mein/e Partner/in gleichwertig ☐ Mein/e Partner/in ☐ Andere (z.B. Großeltern, Tagesmutter)
134.	Haben Sie Pflegeverpflichtungen für einen älteren Familienangehörigen (z. B. Hilfe bei täglichen Verrichtungen – kochen, putzen oder Hilfe bei Annahme der Mahlzeiten oder beim Umziehen)? Falls Nein → bitte geben Sie den Fragebogen ab	☐ Ja ☐ Nein
135.	Anzahl der älteren Familienangehörigen, die Sie pflegen	Familienangehörige

136.	Alter jedes Familienangehörigen, den Sie pflegen	☐ 1. _____Jahre ☐ 2. _____Jahre ☐ 3. _____Jahre ☐ 4. _____Jahre
137.	Wie viele Stunden <u>in der Woche</u> verbringen Sie mit der Pflege der Familienangehörigen (im Durchschnitt)?	Stunden

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

15.4. Eidesstaatliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die Diplomarbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen angefertigt habe, und dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen hat. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Wien, den _____

(Unterschrift)

15.5. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Barbara Sperlich

Geburtsdatum, -ort: 11.02.1987 in Wien

Schulbildung:

1993-1997 Volksschule Elisabethplatz, 1040 Wien

1997-2005 Öffentliches Gymnasium der Stiftung Theresianische Akademie, 1040 Wien

Auslandsaufenthalte:

August 1999 Sprachaufenthalt in Paris

Juni 2001 Sprachaufenthalt in Paris

März 2003 Sprachaufenthalt in Irland (Dublin, Westküste)

Studium:

Seit 2005 Studium der Psychologie an der Universität Wien

Seit 2007 Studium der Betriebswirtschaft an der Universität Wien und an der
Wirtschaftsuniversität Wien

Berufliche Tätigkeiten:

2005 Tätigkeit in der Ordination Prof. DDr. Erwin Jonke mit den Schwerpunkten:
Qualitätsmanagement (ISO 9001:2000), Marketing, Finanzwesen,
Mitarbeitereinstellung, Mitarbeitercoaching

2006-2008 Modeberatung und Verkauf bei der Firma Dantendorfer, 1010 Wien

Juli bis Oktober 2008

Praktikum bei HILL International Unternehmensberatung (Pflichtpraktikum)

November 2008 – Februar 2009

Tätigkeit bei HILL International mit den Schwerpunkten:
Qualitätsmanagement (Corporate Identity, Trainingsevaluation etc.),
Datenbank- und Websitebetreuung

Juni – August 2009

Praktikum bei Trialogis Organisationsberatung & Mediation

September 2009

Unterstützung der Kongressorganisation der Arbeits- und
Organisationspsychologie in Wien und Teilnahme

September 2009 – August 2010

Studienassistentin am Institut für Wirtschaftspsychologie an der Universität
Wien mit den Schwerpunkten: Forschung (Literaturrecherche, Verwaltung
von Datenbanken, Dateneingabe) und Organisation (Projekte wie z.B.
Mitarbeiterbefragung an der Universität Wien)

Seit Juli 2008

Mitorganisation und Betreuung der monatlich stattfindenden
Abendveranstaltung „Gesundheitspolitisches Forum“ des Institutes für
Humanistisches Management

Seit September 2010

Projektmitarbeit an der Universität Wien (Erstellung eines Inventars zur
Risikobereitschaft bei finanziellen Entscheidungen)

September 2010 – Dezember 2010

Unternehmensberatung TQS: Protokollführung bei Workshops zur
MitarbeiterInnenbefragung 2010 der Wiener Stadtwerke

Ehrenamtliche Tätigkeiten:

Engagement in der Vereinigung ehemaliger Theresianisten bei der Studienberatung für
Schüler der 7. und 8. Klassen und als Mitglied des Ballkomitees.

*Bildung ist etwas Wunderbares. Doch sollten wir uns von Zeit zu Zeit daran erinnern, dass
wirklich Wissenswertes nicht gelehrt werden kann.*

Oscar Wilde