

C. Fuchs / B.-M. Kurth / P.C. Scriba (Reihen-Hrsg.)

Report Versorgungsforschung



F. W. Schwartz / P. Angerer (Hrsg.)

Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Befunde und Interventionen



Deutscher
Ärzte-Verlag



Reihen-Herausgeber

Prof. Dr. med. Christoph Fuchs
Hauptgeschäftsführer
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Prof. Dr. rer. nat. Bärbel-Maria Kurth
Leiterin der Abteilung für Epidemiologie
und Gesundheitsberichterstattung
Mitglied des Vorstands des
Wissenschaftlichen Beirates der
Bundesärztekammer
Robert Koch-Institut
Seestraße 10
13353 Berlin

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Vorsitzender des Wissenschaftlichen
Beirats
Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Herausgeber Bd. 2

Prof. Dr. med.
Friedrich Wilhelm Schwartz
Institut für Epidemiologie,
Sozialmedizin und
Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
OE 5410
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Priv.-Doz. Dr. med. Peter Angerer
Institut für Arbeits-, Sozial- und
Umweltmedizin
Ludwig-Maximilians-Universität
Ziemssenstr. 1
80336 München

ISBN 978-3-7691-3438-4

aerzteverlag.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- oder Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Wichtiger Hinweis:

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung entsprechen können.

Die angegebenen Empfehlungen wurden von Verfassern und Verlag mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden.

Der Benutzer ist aufgefordert, zur Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

Verfasser und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf deshalb der vorherigen schriftlichen Genehmigung des Verlages.

Copyright © 2010 by
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstraße 2, 50859 Köln

Umschlaggestaltung: Gisela Winter
Titelgrafik: Bettina Kulbe
Manuskriptbearbeitung: T. Andronis
Satz: Plaumann, 47807 Krefeld
Druck/Bindung: Zimmermann Druck + Verlag GmbH,
58802 Balve

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung	1
Einführung	3
<i>P. Angerer, F. W. Schwartz</i>	
Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten – eine Übersicht der internationalen Literatur	7
<i>H. Gothe</i>	
II. Berufspolitische Fragestellungen, Feststellungen und Kommentierungen	15
Ärztinnen und Ärzte im Gleichgewicht – Beruf, Familie, Freizeit und Gesundheit	17
<i>A. Bühnen</i>	
Empirische Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen zur Arbeitszeit von Krankenhausärzten und zu besonderen Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen seit 2001	29
<i>N. Walter, L. Baumann, R. Kaiser</i>	
Ergebnisse einer freiwilligen Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Situation der Ärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern	35
<i>U. Büttner, A. Crusius</i>	
Gesundheitliche Risiken und Ressourcen sächsischer Ärzte – Vorstellung einer repräsentativen Studie	51
<i>A. Hübler, K. Scheuch, G. Müller, H. Kunath, E. Haufe, J. Schulze, B. Güttler</i>	
Arbeitszeit und -zufriedenheit nichtselbständiger Ärzte in München	65
<i>S. Bornschein, B. Erbas, S. Borelli, C. Emminger, J. Hesse, J. Pilz, G. Schwarzkopf-Steinhauser, H. Wenzl, D. Kunze, C. Borelli</i>	
Organisation und Personalentwicklung des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus – Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten	79
<i>A. Ekkernkamp</i>	
Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein	83
<i>T. H. Schröder, H. Raspe</i>	

III. Problemstatus und Befunde in wissenschaftlichen Beiträgen	101
Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden – ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte	103
<i>S. Dettmer, A. Kuhlmei</i>	
Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte	117
<i>W. Oberlander</i>	
Berufsentscheidungen junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot	127
<i>K. Gensch</i>	
Das DFG-Projekt „PROFIL“: Professionalisierung und Integration der Lebenssphären. Geschlechtsspezifische Berufsverläufe in Medizin und Psychologie	137
<i>H.-U. Hohner, E.-H. Hoff, S. Grote, S. Dettmer, L. Olos</i>	
Erwerbsverläufe von Frauen und Männern in der Medizin	149
<i>A. E. Abele</i>	
Ärztmangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin	159
<i>D. Hofmeister, K. Rothe, D. Alfermann, E. Brähler</i>	
Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten	175
<i>P. Angerer, R. Petru, M. Weigl, J. Glaser</i>	
Lebensqualität von berufstätigen Medizinern – Arbeitsbelastung und psychische Gefährdung	185
<i>H. B. Jurkat</i>	
Arbeitsplatzsituation, Arztpersönlichkeit und Befinden in der Weiterbildung als Determinanten weiterer Karriereentscheidungen – zur Nachwuchsproblematik am Beispiel der Psychiatrie und Psychotherapie	199
<i>W. Gaebel, J. Zielasek</i>	
Zufriedenheit unter deutschen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer empirischen Umfrage	209
<i>B. Bestmann, T. Küchler, D. Henne-Bruns</i>	
Sind amerikanische Ärzte zufriedener? – Ergebnisse einer internationalen Studie unter Ärzten an Universitätskliniken	219
<i>K. Janus, V. E. Amelung, L. C. Baker, M. Gaitanides, T. G. Rundall, F. W. Schwartz</i>	
Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Genug Zeit für die Patientenversorgung?	235
<i>H. v. d. Bussche</i>	
Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten zwischen 1975 und 2007	243
<i>R. Wegner, P. Kostova</i>	
Mobbing bei Krankenhausärzten – Prävalenz und Prädiktoren	253
<i>I. Fuß, M. Nübling, D. Schwappach, M. A. Rieger</i>	

Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf Berufsethos, Arbeitsbedingungen und Versorgungsprozesse in Krankenhäusern – Case Management als Lösungsstrategie? ...	263
<i>B. Kunze, E. Nagel</i>	
Ärztliche Entscheidungen unter Kostendruck	271
<i>G. Marckmann, D. Strech</i>	
Arbeitsstörungen bei Ärztinnen und Ärzten aus Sicht der Ärztegesundheit	283
<i>B. Mäulen</i>	
Arbeitsstress bei Ärzten: Neue Instrumente zur Burnout-Diagnostik	291
<i>K. Geuenich</i>	
Psychische Belastung in Abhängigkeit von der Persönlichkeit bei Notärzten	301
<i>F.-G. B. Pajonk, P. Cransac, A. Teichmann, I. Weth</i>	
Erhöhte Burnout-Gefahr bei Klinikärzten?	313
<i>K. Schmid, H. C. Broding R. Kötter, P. Lederer, H. Drexler, J. Kiesel</i>	
Arbeitsbedingte Stressoren und Ressourcen von Klinikärzten – Entwicklung eines Analyseverfahrens	319
<i>M. Keller, E. Bamberg, S. Gregersen</i>	
Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie	325
<i>B. Buddeberg-Fischer, M. Stamm, C. Buddeberg, R. Klaghofer</i>	
Burnout, Depressivität und Substanzgebrauch bei deutschen Ärztinnen und Ärzten	337
<i>M. Braun, C. Schönfeldt-Lecuona, R. Freudenmann, T. Mehta, A. Weltin, F.-G. Pajonk, P. Beschoner</i>	
IV. Interventionsansätze	343
Arbeit und Befinden von Ärzten und Prinzipien gesundheitsorientierter Arbeitsgestaltung im Krankenhaus	345
<i>E. Ulich</i>	
Gestaltung ärztlicher Arbeit im Krankenhaus: Intervention und Evaluation	359
<i>M. Weigl, J. Glaser, S. Hornung, P. Angerer</i>	
Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus – Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen	373
<i>U. Karl-Trummer</i>	
Arbeitsplatzbezogener Stress und Burnout – Möglichkeiten und Grenzen einer Prävention	385
<i>U. Walter, W. Awa, M. Plaumann</i>	
Einfluss von Arbeitsbedingungen auf Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen bei Ärzten: Kasuistiken	395
<i>G. Mundle, H. J. Paulus, E. Gottschaldt</i>	

Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen: Arbeitsgestaltung aus Sicht der Kaufmännischen Leitung	403
<i>M. Zender, S. Krug</i>	
„Patientenkommunikation lernt man nicht nebenbei“: Evaluation eines Trainings zur Arzt-Patienten-Kommunikation für Klinikärzte	411
<i>E. Seigerschmidt, M. Weigl, D. Casar, F. Pedrosa-Gil, P. Angerer</i>	
Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten	419
<i>O. H. Günther, B. Kürstein, S. Riedel-Heller, H.-H. König</i>	

Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus¹ – Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen

Ursula Karl-Trummer

Korrespondenzadresse

Dr. Ursula Karl-Trummer
Zentrum für Gesundheit und Migration
Donau-Universität Krems, Office Wien
Schikanedergasse 12, PO 3, A-1040 Wien

E-Mail: ursula.karl-trummer@donau-uni.ac.at

Tel: +43 27 32/8 93-26 01

Fax: +43 5 86/1 39-916

Schlüsselwörter

Arbeitsplatz Krankenhaus – Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheitsdeterminanten – Mitarbeitergesundheit – subjektive Arbeitsbelastung

Zusammenfassung

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Krankenhaus erbringen in einem hoch belastenden Arbeitsumfeld komplexe Arbeitsleistungen. Wie es um ihre eigene Gesundheit steht, ist bisher weitgehend unbekannt. Ein österreichisches Projekt erhebt Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Spitälern und zeigt:

Ärzte und Ärztinnen sind insbesondere in der Altersgruppe 30–39 physisch fit, aber psychisch hoch belastet. Annähernd zwei Drittel (62,1%) fühlen sich stark emotional von ihrer Arbeit beansprucht. Ein Drittel (34,5%) gehört zu einer Risikogruppe, die sowohl emotionale wie auch körperliche Belastung als hoch angibt. Die wichtigsten organisationalen Ursachen dafür sind Zeit- und Prozessmanagement und Gefühls- und Meinungskontrolle – also suboptimale Arbeitsor-

ganisation und Gesprächs-/Beziehungskultur. Am häufigsten geben Ärzte an, bei der Arbeit unterbrochen zu werden (51,7%), circa 30% müssen mit Gefühlen und Meinungen hinterm Berg halten.

Daten, die klaren Handlungsbedarf erkennen lassen.

Der nachfolgende Beitrag bietet einen Überblick über die Studie, außerdem ein Modell zum Zusammenhang zwischen individueller Gesundheit, Arbeitsbelastung im Setting und organisationalen Gesundheitsdeterminanten sowie die zentralen Ergebnisse zur Gesundheit der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen mit besonderer Berücksichtigung von Ärzten.

Krankenhäuser in ihrer Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter

Krankenhäuser sind Organisationen, die Gesundheit in den Mittelpunkt ihres Handelns stellen. Ihr primäres Ziel ist es, Gesundheit wiederherzustellen. Das gilt zunächst einmal für Patienten, deren Gesundheit naturgemäß im Fokus definierter Aufgaben steht. Die Gesundheit von Mitarbeitern im Krankenhaus hat daneben im Vergleich zu anderen Arbeitssettings bis dato weniger Aufmerksamkeit erfahren, obwohl die Gesundheit der Mitarbeiter eine relevante Bedingung für er-

¹ Dieser Text beruht wesentlich auf folgender Publikation: Karl-Trummer U, Novak-Zezula S: Krankes Krankenhaus? Gesundheit von MitarbeiterInnen in österreichischen Spitälern. Vienna: TRAFO – Transdisziplinäres Forschen. Broschüre 2008.

folgreiche und fehlerarme Behandlung von Patienten ist und das Setting Krankenhaus pathogene Komponenten beinhaltet, die besondere Beachtung verdienen. Studien der European Agency for Safety and Health at Work² weisen Spitäler als eines der belastendsten Arbeitssettings überhaupt aus. Zu den belastenden Faktoren auf struktureller Ebene zählen unter anderem biologische, chemische und radioaktive Substanzen sowie körperliche Belastungen durch spezifische Arbeitshaltungen und Bewegungen. Auf psychischer Ebene werden unter anderem Belastungen durch komplexe Arbeitsabläufe mit gleichzeitig geringem Ausmaß an Selbstkontrolle und suboptimal entwickelter Teamarbeit genannt.

Einem modernen Gesundheitsbegriff³ verpflichtete Krankenhäuser stellen neben dem traditionellen Kerngeschäft der Behandlung von Krankheiten ihrer Patienten zunehmend Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Fokus und weiten diese Aspekte auf ihre Mitarbeiter aus. Vorreiter der Weiterentwicklung und praktischen Umsetzung sind die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser, die in einem internationalen WHO-Netzwerk sowie in nationalen und regionalen Netzwerken verbunden sind. Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind in ihren Aktivitäten einer Erhöhung des Gesundheitsgewinns für Patienten, Mitarbeiter und die Bevölkerung (Regionalentwicklung) verpflichtet. Die dementsprechenden Handlungsfelder und strategischen Definitionen wurden von einer Arbeitsgruppe der WHO in 18 Strategien Gesundheitsfördernder Krankenhäuser festgelegt [1]⁴. Auch in Deutschland besteht ein nationales Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (<http://www.dngfk.de/>).

Gesunde Mitarbeiter – gesunde Organisation – gesunde Gesellschaften

Die Lisbon Strategy⁵ der Europäischen Union macht den Zusammenhang von qualitativ hochstehenden Arbeitsplätzen und der nachhaltigen Entwicklung und Modernisierung eines europäischen Sozialmodells deutlich. Qualität von Arbeitsplätzen wird auch durch die Frage bestimmt, ob sie Personen in ihrer Entwicklung unterstützen und damit auch gesundheitsförderlich gestaltet sind.

Die „Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union“ hält fest: „The workplace influences health and disease in various ways. Work can cause ill-health if employees have to work within health-damaging working conditions, the available skills are inadequate, or the mutual support from colleagues is lacking. At the same time work can be a resource for personal development and enhancement of personal skills“ [2].

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist somit ein wichtiger Faktor zur nachhaltigen Entwicklung nicht nur von Personen und Organisationen, sondern insgesamt für bestehende Sozialmodelle.

Vorraussetzung für gezielte Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist gesichertes Wissen über den Status quo der Gesundheit der Beschäftigten, über

² European Agency for Safety and Health at Work. <http://europe.osha.eu.int/> (08.04.2009)

³ Wir verstehen in diesem Kontext als wesentliche Komponenten eines modernen Gesundheitsbegriffs: salutogen, ressourcenorientiert, gesundheitsförderungs- und präventionsorientiert, setting- und personenorientiert

⁴ Vgl. Homepage des Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernde Krankenhäuser. www.oengk.net (08.04.09)

⁵ Working together for growth and jobs – A new start for the Lisbon Strategy Communication to the Spring European Council. COM (2005), 24, Brussels, 2 February 2005. http://ec.europa.eu/growthandjobs/pdf/COM2005_024_en.pdf (08.04.09)

Wirkfaktoren für die Gesundheit von Mitarbeitern und damit über Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Organisation.

Das Projekt „MitarbeiterInnengesundheit und ihre Determinanten im Setting Krankenhaus“

Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse wurden im Rahmen des transdisziplinären Projekts „MitarbeiterInnengesundheit und ihre Determinanten im Setting Krankenhaus“ (2005–2008) erarbeitet (s. www.trafo-research.at). Darin entwickelte eine Praxisgruppe von sieben österreichischen Krankenhäusern gemeinsam mit einer interdisziplinären Gruppe von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen (Soziologie, Psychologie, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeitsmedizin) ein Monitoring-Instrumentarium zur Erfassung der Mitarbeitergesundheit und ihrer Determinanten im Setting Krankenhaus.

Das wissenschaftliche Ziel des Projekts war die Entwicklung eines Modells zu Zusammenhängen von Gesundheit und Faktoren im Setting Krankenhaus sowie die Operationalisierung des Modells in einem Messinstrument zur quantitativen Erhebung der Mitarbeitergesundheit und ihrer Determinanten.

Das Praxisziel war die systematische Erhebung des Status quo der Gesundheit der Mitarbeiter und das Aufzeigen von Handlungsfeldern für Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit sollte eine nachhaltige, systematische und effiziente Entwicklung des gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzes Krankenhaus ermöglicht werden.

Es liegt mit Projektende ein mehrfach validierter und mit unterschiedlichen technischen Lösungen (Papier- und Internetbefragung) auf Praxistauglichkeit getesteter Mitarbeiterfragebogen vor, der Informationen

zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsbelastung von Mitarbeitern sowie zu Einflussfaktoren auf organisationaler und individueller Ebene liefert. Diese können in Verbindung zu objektiven Strukturdaten der Organisation (Personalstand, Leistungsziffern) gesetzt werden.

Gesundheit in der Arbeitswelt an der Schnittstelle zwischen Organisation und Person

Gesundheit in der Arbeitswelt kann als das Ergebnis verschiedener Einflussfaktoren im Zusammenhang zwischen Organisation und Person definiert werden.

Anleitende Fragen dabei sind folgende:

- ▲ Wie beeinflusst eine Organisation, zum Beispiel ein Krankenhaus, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Individuen, die in dieser Organisation arbeiten?
- ▲ Erweist sich dieser Einfluss unabhängig von bekannten individuellen Gesundheitsdeterminanten – zum Beispiel Lebensstil und Selbstwirksamkeitserwartung – als bedeutsam?

Die Modellentwicklung stellt eine Verbindung zwischen individuellem Handeln (Verhalten) und dem Kontext, in dem dieses Handeln stattfindet (Verhältnis), her. Aus soziologischer Perspektive liegt zwischen Individuum und Kontext die Organisation beziehungsweise das spezifische Setting, das einerseits als handlungsrelevante Bezugsgröße wahrgenommen wird und in dem andererseits individuelles Handeln sichtbar wird.

Eine **Organisation** ist zunächst einmal reine Struktur. Inhalte (= Organisationsziele) sind vorgegeben, Funktionen und Aufgaben zur Erfüllung der Inhalte und Zielerreichung sind definiert. Auf der Ebene der Organisation sind drei Dimensionen entscheidend für die Zielerreichung:

1. **Strukturelle Rahmenbedingungen:** Sie bestimmen die „stoffliche Umwelt“ wie bauliche Strukturen und Arbeitsmittel, welche die Organisation aufweist und ihren Mitgliedern anbietet.
2. **Prozesse beziehungsweise Arbeitsorganisation:** Sie bestimmen die Abläufe, in denen an der Zielerreichung gearbeitet wird, sowie die Definition von Schnittstellen und Kooperationen.
3. **Kulturelle Gegebenheiten:** Sie bilden die Wertestruktur der Organisation ab.

Eine Organisation kann ihre Ziele aber nur erreichen, wenn ihr **Personen** zur Verfügung stehen, die bereit sind, in der Organisation bestimmte vordefinierte Rollen zu übernehmen und ihr Verhalten und Handeln danach auszurichten. Gleichzeitig weisen diese Personen für sich gesehen ihre eigene Persönlichkeit und Wertestruktur auf. Darüber hinaus bringen sie auch unterschiedliche soziale Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Berufserfahrung sowie spezifische Kenntnisse, Fähigkeiten und Wahrnehmungen mit ein.

Der Raum, in dem Organisation und Individuum aufeinandertreffen, ist die Ebene der Funktions- und Rollenübernahme. Hier verbinden sich Annahmen bezüglich der Inhalte (= was zu tun ist, um Organisationsziele zu erreichen) und der sozialen Beziehungen (= wie es miteinander getan werden soll). Die Person übernimmt eine spezifische **Aufgabe** in der Organisation, die sowohl von der „Identität“ der Organisation wie auch von individuellen Werten und Handlungsstrategien definiert wird.

Gesundheit und Wohlbefinden von Personen sind wesentliche Faktoren für organisationales und individuelles Handeln. Organisationen brauchen hinreichend gesunde Mitarbeiter, um erfolgreich zu sein, und deren Wohlbefinden im Hinblick auf seine Verbindung zur Organisation muss hinreichend groß sein, damit Personen nicht kündigen und ihre Arbeitskraft einer anderen Organi-

sation zur Verfügung stellen. Für Personen ist ein hinreichendes Ausmaß an Gesundheit und Wohlbefinden zentral für die Erhaltung der eigenen Person. Gesundheit und Wohlbefinden werden im gegenständlichen Modell als Ergebnis bestimmter Einflussfaktoren beziehungsweise Determinanten gesehen, die in der Organisation, der Person und in der Verbindung zwischen Person und Organisation verortbar sind⁶. Dabei wird von zwei Grundfaktoren ausgegangen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden im Kontext von Arbeit und Arbeitsplatz beeinflussen:

1. Das Setting, in dem Tätigkeiten ausgeführt werden: Das sind Tätigkeiten zur Selbsterhaltung (z.B. Regeneration, Nahrungsaufnahme) und Tätigkeiten zur Erfüllung einer Funktion beziehungsweise Berufsrolle. Orientiert am Qualitätsmodell von Donabedian [4, 5, 6] wird hier zwischen Strukturen und Prozessen unterschieden, die ein Ergebnis (z.B. Qualität der Pflege) oder aber die Gesundheit der Mitarbeiter beeinflussen. Ergänzend dazu wurde eine dritte Dimension zur Beschreibung der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz eingeführt, die festlegt, **unter welchen Bedingungen** gehandelt wird. Diese Dimension repräsentiert die kulturellen Gegebenheiten am Arbeitsplatz.
2. Die zu verrichtende Tätigkeit/Aufgabe, die festlegt, **was zu tun ist** und welches Handeln erwartet wird.

Als gesundheitsrelevante Bezüge zwischen diesen Punkten können definiert werden:

1. Gestaltbarkeit als Beziehung zwischen Setting und Person

Inwieweit hat eine Person die Möglichkeit, einen vorhandenen Raum für sich zu gestalten und damit im Sinne des Empowerment selbstbestimmt für das eigene Wohlbefinden zu sorgen? Wie sehr kann

⁶ Für eine systemtheoretische Formulierung dieser Annahme vgl. [3]

eine Person Arbeitsabläufe und Tempo selbst bestimmen, Entscheidungen darüber treffen, wann was erledigt wird?

2. Funktionalität als Beziehung zwischen Setting und Aufgabe

Inwieweit ist das Setting auf eine Art gestaltet, dass es die zu leistende Aufgabe unterstützt? Liegt das Werkzeug, das am meisten gebraucht wird, leicht zugänglich oder in der untersten Lade? Hat das Zimmer, in dem geschlafen werden soll, einen Vorhang und Schalldämmung beziehungsweise liegt es abseits von Lärmquellen?

3. Erfüllbarkeit als Beziehung zwischen Person und Aufgabe

Stehen der Person die nötigen materiellen Hilfsmittel zur Bewältigung spezifischer Aufgaben – auch kommunikativer Aufgaben – zur Verfügung, gibt es zum Beispiel einen Besprechungsraum für Teamsitzungen? Sind die zu erfüllenden Aufgaben der Qualifikation der Person angemessen, oder sind sie über beziehungsweise unterfordernd?

Dabei nimmt das Modell Bezug auf folgende Gesundheitskonzepte:

- ▲ Sense of Coherence [7, 8] und Self Efficacy [9, 10], wo Gesundheit in Abhängigkeit von der individuellen Überzeugung, in einer prinzipiell sinn- und vertrauensvollen Welt Probleme selbst in die Hand nehmen und mit Unterstützung anderer lösen zu können, gesehen wird.
- ▲ Konzepte des Empowerments, wo die Bedeutung von Partizipation und Mitbestimmung als wesentliche Faktoren für Gesundheit von Personen und Gruppierungen [11, 12, 13, 14] betont wird.
- ▲ Konzepte aus den Debatten zur Lebensqualität, in denen die subjektive Selbsteinschätzung von Gesundheit und die Erfüllbarkeit von Rollenerwartungen als wesentliche Dimensionen von Lebensqualität beziehungsweise Gesundheit definiert sind [15, 16, 17].

▲ Konzepte der klassischen Modelle von Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie [11, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

▲ Gesundheitsförderungskonzepte, die neben individuellen Faktoren die Bedeutung des Kontextes beziehungsweise Settings in ihrer Wirkung auf Gesundheit betonen [24, 25].

An der Schnittstelle zwischen Organisation und Person liegen Konzepte, die weder allein aus der Qualität der Organisation noch auf Grundlage individueller Eigenschaften erklärt werden können und anhand derer abgebildet wird, welchen Einfluss Settingfaktoren auf die Gesundheit von Individuen haben: die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung, das Wohlfühlen am Arbeitsplatz, dem Arbeitsplatz attribuierte gesundheitliche Beschwerden und die subjektiv wahrgenommene Arbeitsfähigkeit. Hier ergibt sich ein Interventionsbereich, in dem Organisationen Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter nehmen können.

2c[iio] – Cooperation/Culture [Individuum/Organisation]

Das geschilderte Modell wurde in einem Fragebogen zur Messung der Gesundheit und ihrer Determinanten operationalisiert, dem 2c[iio]⁷. Dabei steht 2c für „cooperation“ und „culture“, aber auch für „to see“. [io] steht für Individuum und Organisation.

Der wissenschaftlich entwickelte und getestete⁸ Fragebogen zur Messung von Mitarbeitergesundheit und ihrer Determinanten

⁷ Ursula Karl-Trummer, Robert Griebler, Sonja Novak-Zezula (2007): 2c[iio], Fragebogen zur Erhebung der Gesundheit von MitarbeiterInnen und ihrer Determinanten im Setting Krankenhaus

⁸ Entwickelt auf Basis von Literatur-, Modell- und Fragebogenrecherchen, elf Fokusgruppen mit Krankenhausmitarbeitern, einer Expertenbefragung (Delphi). Insgesamt 125 Fragen, Ausfülldauer ca. 20 Minuten, drei psychometrische Testungen (n1 = 250, n2 = 2190, n3 = 937)

am Arbeitsplatz Krankenhaus erhebt objektive und subjektive Gesundheit, Settingfaktoren zu Strukturen, Arbeitsorganisation und Kultur, subjektiv erlebte Arbeitsbelastung, Arbeitsfähigkeit sowie personenbezogene Daten.

Die Bewertung des **Settings Krankenhaus** wird anhand dreier Dimensionen vorgenommen, die in Beziehung zur Gesundheit der Mitarbeiter gesetzt werden:

▲ **Strukturelle Rahmenbedingungen:**

Qualität und Verfügbarkeit der Arbeitsmittel, sicheres Arbeiten am Arbeitsplatz, unterstützender Arbeitsplatz, Licht-, Temperatur- und Lärmverhältnisse, Qualität des Raumklimas, Regenerations- und Verpflegungsmöglichkeiten, Nacht-, Schicht- und Wochenenddienste, Kontakt mit Gefahrenstoffen und Strahlung, angemessene Einkommens- und Karriere-möglichkeiten.

▲ **Prozesse/Arbeitsorganisation:**

Rollenklarheit, Gefühls- und Meinungskontrolle, Verfügbarkeit von Informationen, Ausübung kompetenzüberschreitender und berufsfremder Tätigkeiten, Zeitdruck, Überstunden, Handlungsspielräume, Unterbrechungen, Planung und Verteilung der Arbeit durch den/die Vorgesetzten.

▲ **Kulturelle Gegebenheiten:**

Unterstützung durch den Vorgesetzten, Kooperation mit den Kollegen, Unterstützung durch die Kollegen, Fehler- und Konfliktkultur, Gratifikation durch Vorgesetzte, Kollegen und Patienten.

Die **Aufgabe**, die Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz erfüllen, wird über die Berufsgruppe und die Organisationseinheit erfragt.

Auf Ebene der **Person** werden Daten zur „objektiven“ und subjektiven Gesundheit (körperliche und psychische Gesundheit/SF12, körperliche und psychische Beschwerden, Krankenstände, Beeinträchtigungen und Verletzungen), zum Lebensstil, zur Selbstwirksamkeitserwartung und statisti-

sche Informationen (Alter, Geschlecht, Dauer der Berufszugehörigkeit, Führungsverantwortung) erhoben.

Im Interface beziehungsweise im „gemeinsamen Raum“ von **Organisation und Person** liegen folgende Konzepte:

- ▲ Die subjektiv erlebte **Arbeitsbelastung**⁹, die erfasst, inwieweit sich Mitarbeiter durch ihre Arbeit körperlich und emotional beansprucht fühlen.
- ▲ Das **Wohlfühlen am Arbeitsplatz**, das in Form eines Einzelitems erhoben wird und „die soziale Gesundheit“ repräsentiert.
- ▲ **Attribuierte Beschwerden**, die angeben, welche Beschwerden und Erkrankungen dem Arbeitsplatz zugeschrieben werden.
- ▲ Die subjektiv eingeschätzte **Arbeitsfähigkeit**, die sowohl für die gegenwärtige Situation als auch prospektiv für die nächsten 2 Jahre erfragt wird.

Ausgewählte Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse resultieren aus einer Erhebung, die 2006 in sechs österreichischen Krankenhäusern durchgeführt wurde.

Die Stichprobe

Insgesamt liegen 2190 auswertbare Fragebögen vor (125–648/Haus), für jedes Krankenhaus eine nach Berufsgruppen und Organisationseinheiten repräsentative Stichprobe. Der Rücklauf betrug durchschnittlich 54,2% (47,9–72,9%). Rund 77% der Befragten sind weiblich: In allen Berufsgruppen mit Ausnahme der Ärzte und Ärztinnen besteht ein Frauenüberhang. 57,5% der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind 40 Jahre oder älter. 16,5% üben eine Leitungsfunk-

⁹ Der Begriff „Belastung“ wird hier verwendet im Sinne der arbeitsmedizinischen Arbeitsbeanspruchung. Alle Arbeitsmediziner seien für diese Unschärfe im Sinne der allgemeinen Lesbarkeit um Verständnis gebeten.

tion aus und 20,2% sind teilzeitbeschäftigt. Die Auswertung nach Berufsgruppen zeigt folgendes Bild: 10,8% Ärzte und Ärztinnen, 54,4% Pflegepersonal, 10,2% medizinisch-technisches und therapeutisches Personal, 9,3% Verwaltungspersonal, 15,2% andere Berufsgruppen (insb. Raumpflege, Technik).

In diesem Beitrag wird ein Fokus auf folgende Fragestellungen gelegt:

1. Wie gesund sind die Mitarbeiter, wie schätzen sie ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit ein?
2. Wie hängen subjektiv erlebte Arbeitsbelastung und Gesundheit zusammen?
3. Wie belastet fühlen sich die Mitarbeiter bei und durch ihre Arbeit?
4. Was sind die wesentlichen Einflussfaktoren für das Ausmaß der subjektiv erlebten Arbeitsbelastung?

Wie gesund sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?

Ärztlich diagnostizierte und selbst diagnostizierte Erkrankungen¹⁰

Die am häufigsten genannten ärztlich diagnostizierten Erkrankungen sind:

Muskel-Skelett-Erkrankungen (41,7%), neurologisch-sensorische Erkrankungen (13,9%) sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13,2%). Insbesondere der Anteil der Mitarbeiter, die über Muskel-Skelett-Erkrankungen klagen, liegt über dem internationalen Vergleichswert (38,1%)¹¹.

Betrachtet man zusätzlich die Selbsteinschätzung bezüglich Erkrankungen, steigen die Werte auf 59,5% für Muskel-Skelett-Erkrankungen und auf 21,7% für neurologisch-sensorische Erkrankungen an. Auffällig sind dabei die Angaben zu psychischen Erkrankungen: 21,2% berichten von psychischen Erkrankungen, der Anteil von ärztlich diagnostizierten Erkrankungen liegt aber unter 10%. Psychische Erkrankungen

sind damit die einzigen, bei denen der Anteil an selbst eingeschätzten Erkrankungen über dem an ärztlich diagnostizierten Erkrankungen liegt. Das könnte einen Hinweis darauf liefern, dass bei psychischen Beschwerden weniger häufig professionelle Hilfe gesucht wird als bei körperlichen. Insgesamt gesehen nehmen psychische Erkrankungen den dritten Platz ein.

Gesundheit und Arbeitsplatz

36% der Mitarbeiter führen ihre gesundheitlichen Probleme direkt auf ihre Arbeitsumgebung zurück. Dieser Wert liegt deutlich über dem österreichischen Schnitt von 23%¹².

16% der Befragten gehen davon aus, dass sie ihre derzeitige Arbeit in den nächsten 2 Jahren nicht mehr so ausführen werden können wie bisher.

10,3% schätzen die eigene Arbeitsfähigkeit als „schlecht“ ein.

32% der Mitarbeiter fühlen sich durch ihre Arbeit physisch und emotional stark belastet. Dieser Anteil von circa einem Drittel ist konstant nach der Dauer der Berufszugehörigkeit und dem Alter der Beschäftigten.

Wie ist Gesundheit über Alter und Berufsgruppen verteilt?

Im Vergleich zu einem internationalen Referenzmittelwert von 50 als „durchschnittliche Gesundheit“¹³ sind die befragten Mitarbeiter

¹⁰ Verwendetes Maß: COPSOQ [vgl. 22]

¹¹ Vgl. FFAS-, COPSOQ-Mitarbeiterbefragung zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz

¹² Vgl. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH (2007): Vierte Erhebung über die Arbeitsbedingungen in Europa. http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Newsletter_Maerz_2007.doc (08.04.2009)

¹³ Verwendetes Maß: SF 12 mit seinem Referenzwert der amerikanischen Allgemeinbevölkerung, dazu auch: <http://www.sf-36.org/tools/sf12.shtml> (09.04.2009)

im Bereich körperliche Gesundheit mit 48,11 knapp unter dem Referenzwert, im Bereich der psychischen Gesundheit mit 44,77 deutlich darunter.

Im Vergleich nach Berufsgruppen und nach Alterskategorien zeigen sich deutliche Unterschiede:

- ▲ **Physische Gesundheit:** Während alle Berufsgruppen mit Ausnahme des Verwaltungspersonals, das ein höheres Niveau körperlichen Wohlbefindens angibt, in der Altersgruppe bis 29 Jahre knapp unter dem internationalen Vergleichswert liegen, gehen die Bewertungen in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen auseinander: Besonders auffällig sind hier die Ärzte und Ärztinnen, deren körperliche Gesundheit einen Höchstwert erreicht, und das Pflegepersonal, das im Vergleich die schlechteste Bewertung abgibt. Werte des Pflegepersonals verschlechtern sich weiter nach Altersgruppen, während die physische Gesundheit der Ärzte auf dem im Vergleich mit den anderen Berufsgruppen hohem Niveau stagniert. Ein Einbruch der physischen Gesundheit zeigt sich bei medizinisch-technischem und therapeutischen Personal, bei Verwaltungspersonal und der Restgruppe in den Altersgruppen ab 40.
- ▲ **Psychische Gesundheit:** Die Werte für die psychische Gesundheit liegen für alle Berufs- und Altersgruppen deutlich unter denen für physische Gesundheit und dem Referenzwert. In der Altersgruppe der bis 29-Jährigen weist das Verwaltungspersonal den schlechtesten Wert im Berufsgruppen-Vergleich auf. Dieser Wert wird in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen noch unterschritten. Ärzte in dieser Altersgruppe weisen einen ähnlich schlechten Wert auf. In den Altersgruppen 40–49 verbessert sich dieser Wert aber, und Ärzte in der Altersgruppe über 49 weisen im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen die besten Bewertungen auf.

Wie hängen subjektiv erlebte Arbeitsbelastung und Gesundheit zusammen?

Erlebte Arbeitsbelastung weist einen deutlichen Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit, dem Wohlfühlen am Arbeitsplatz und der Gesundheit von Mitarbeitern auf.

- ▲ Physische Arbeitsbelastung hat Auswirkungen vor allem auf körperliche Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlfühlen am Arbeitsplatz.
- ▲ Emotionale Arbeitsbelastung hat Auswirkungen vor allem auf psychische Gesundheit, psychische Erkrankungen, Arbeitsfähigkeit und Wohlfühlen am Arbeitsplatz.

Subjektiv erlebte Arbeitsbelastung ist somit ein wichtiger Indikator für Gesundheit auf individueller Ebene. Gleichzeitig zeigt er direkte Zusammenhänge zwischen Arbeit und Belastung auf und kann der Organisation Hinweise für Maßnahmen bieten, gesundheitsfördernd zu agieren, noch bevor Erkrankungen entstanden sind.

Wie belastet fühlen sich die Mitarbeiter bei ihrer Arbeit?

Ein Drittel aller Mitarbeiter fühlt sich von der Arbeit emotional und physisch belastet: Bei den Ärztinnen überwiegt die emotionale Arbeitsbelastung, bei der Pflege die physische. In diesen beiden Berufsgruppen ist der Anteil der „Hochbelasteten“ beachtenswert: 41,4% der Pflegepersonen und 34,5% der Ärztinnen fühlen sich sowohl körperlich als auch emotional belastet.

Über alle Berufsgruppen hinweg beträgt der Anteil der Hochbelasteten rund ein Drittel. Dieser Anteil ist konstant für alle Altersgruppen und nach der Dauer der Berufszugehörigkeit.

Was sind die wesentlichen Einflussfaktoren für das Ausmaß der erlebten Arbeitsbelastung?

Folgende Setting-Determinanten in den Dimensionen Struktur, Arbeitsorganisation und Kultur beeinflussen¹⁴ die subjektiv wahrgenommene Arbeitsbelastung:

Physische Belastung

- Nacht-, Schicht- und Wochenenddienste, Kontakt mit gefährlichen Substanzen und mit Strahlung, Funktionalität der Ausstattung, Lärm
- Zeitdruck, Klarheit des Aufgabenbereichs
- Gefühls- und Meinungskontrolle, Gratifikation

Emotionale Belastung

- Überstunden, Funktionalität der Ausstattung, Lärm, Regenerationsmöglichkeiten
- Unterbrechungen, Zeitdruck, Information, Planung und Verteilung der Arbeit, Klarheit der Rollen und des Aufgabenbereichs
- Gefühls- und Meinungskontrolle, Gratifikation, Kooperation mit Kollegen und Vorgesetzten, Fehler- und Konfliktkultur

Berücksichtigt man die Stärke des Zusammenhangs, kristallisieren sich zwei zentrale Einflussfaktoren heraus: **Zeit- und Prozessmanagement** sowie **Gefühls- und Meinungskontrolle**.

Für beide Belastungsebenen – körperliche und emotionale – ist es vor allem die Gefühls- und Meinungskontrolle, die belastend wirkt.

Rund ein Drittel aller Mitarbeiter gibt an, ihre Gefühle und Meinungen an ihrem Arbeitsplatz immer oder oft unterdrücken zu müssen, am häufigsten davon betroffen sind das Verwaltungspersonal, Ärzte und Pflegepersonen.

Der Faktor Zeit- und Prozessmanagement wird unter anderem deutlich in der Frage,

wie oft Arbeitsabläufe unterbrochen werden müssen. Hier zeigt sich, dass vor allem Ärzte unter Unterbrechungen leiden.

Fazit und Ausblick

Mitarbeiter im Krankenhaus sind starken Belastungen im Arbeitsumfeld ausgesetzt. Dieses Arbeitsumfeld mit seinen Komponenten auf struktureller, prozessualer und kultureller Ebene wirkt auf die Gesundheit aller Mitarbeiter, insbesondere in den Faktoren Arbeitszeit, Unterbrechungen und Zeitdruck sowie Gefühls- und Meinungskontrolle.

Gesundheit und Belastungen sind zwischen Berufs- und Altersgruppen ungleich verteilt: Ärzte fühlen sich in der Altersgruppe 30–39 physisch am gesündesten und psychisch am kränksten.

Die vorliegenden Daten weisen damit insbesondere auf die Belastungssituation von Ärzten in der Altersgruppe zwischen 30–39 hin, die eine hohe emotionale Belastung in Kombination mit einer schlechten psychischen Verfassung aufweisen. Eine heikle Kombination, die durch den Umstand, dass die physische Verfassung in dieser Gruppe am besten eingeschätzt wird, nicht entschärft wird. Eine gute physische Verfassung kann auch als Grundlage für Selbstausbeutung und permanente Überbelastung dienen.

Unklar ist, welche Konsequenzen diese Belastungen auf die Behandlungsqualität und Fehleranfälligkeit haben. Unklar ist auch, welche Karriereverläufe Ärzte aufweisen. In den Altersgruppen ab 40 sind sich verbessernde Werte der psychischen Gesundheit zu verzeichnen – sind die stark Belasteten nicht mehr im Krankenhaus, oder haben sie sich mit zunehmender Erfahrung

¹⁴ Beta-Koeffizienten ($> .150$) kontrolliert für Alter, Geschlecht, Dauer der Anstellung, Führungsposition, Arbeitszeit, Selbstwirksamkeit und Berufsgruppenzugehörigkeit

und Alter arrangieren können? Diese Fragen sind mit der vorliegenden Studie nicht beantwortbar. Feststellbar ist aber, dass Ärzte insgesamt in den Belastungsindikatoren die höchsten Werte in der emotionalen Belastung zeigen. Gefühls- und Meinungskontrolle als Belastungsdeterminante wird von beinahe einem Drittel der Ärzte oft bis immer als notwendig erlebt. Ärzte geben am häufigsten an, bei der Arbeit unterbrochen zu werden.

Sie stehen damit gerade in jenen Indikatoren, die hohen Einfluss auf erlebte Belastung und Gesundheit haben, an erster Stelle eines „Belastungsrankings“ von Berufsgruppen im Krankenhaus.

Die Ergebnisse zeigen, dass Handlungsbedarf besteht. Dabei ist es wichtig, zielgruppenspezifische Maßnahmen zu treffen, da Belastung und Bedürfnisse von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterschiedlich sind.

Sie zeigen auch, das betriebliches Gesundheitsmanagement Sinn macht: Faktoren der Organisation beeinflussen Gesundheit und können positiv gestaltet werden.

Entscheidet sich ein Krankenhaus für betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter, empfiehlt es sich,

- ▲ eine Erhebung zur Gesundheit der Mitarbeiter im Haus durchzuführen, um einen differenzierten Blick auf die Gesundheit der Mitarbeiter zu bekommen und spezifische Stärken und Schwächen der Organisation kennenzulernen,
- ▲ die Möglichkeit des Benchmarking mit anderen Spitälern zu nutzen, um die eigene Situation mit anderen vergleichen, sich orientieren und voneinander lernen zu können.

Diagnosebilder im Benchmarking

Körperliches Wohlbefinden (kw), psychisches Wohlbefinden (pw), Arbeitsfähigkeit (af) und Wohlfühlen am Arbeitsplatz (wa)

von Mitarbeitern im Krankenhaus hängen eng mit drei Settingfaktoren der Organisation zusammen: den strukturellen Rahmenbedingungen (st), der Arbeitsorganisation (ao) und der Kultur am Arbeitsplatz (ku). Die subjektiv erlebte Arbeitsbelastung (ab) zeigt, inwieweit die Mitarbeiter eines Krankenhauses ihre gesundheitlichen Probleme dem Arbeitsplatz zuschreiben. Lebensstil (ls) und die Selbstwirksamkeitserwartung (sw) sind zusätzliche relevante Gesundheitsdeterminanten auf Personenebene, die ebenfalls von der Organisation beeinflusst werden können.

Mit dem Mitarbeiterfragebogen 2c[i]o wurden Gesundheitsdiagnosen für sechs österreichische Krankenhäuser (H1–H6) erstellt. Die sechs daraus abgeleiteten Ergebnisse können für Benchmarking verwendet werden.

Literaturverzeichnis

1. Pelikan JM, Dietscher C, Krajic K, Nowak P: 18 core strategies for health promoting hospitals (HPH). In: Gröne O, Garcia-Barbero M (Hrsg.): Health Promotion in Hospitals: Evidence and quality management. Kopenhagen (WHO Regional Office for Europe): World Health Organization 2005; 48–67.
2. European Network for Workplace Health Promotion: The Luxembourg declaration on workplace health promotion in the European Union (2007). http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf (08.04.2009).
3. Pelikan JM: Understanding differentiation of health in late modernity – by use of sociological system theory. In: McQueen DV, Kickbusch IS (Hrsg.): Health and modernity: The role of theory in health promotion. New York: Springer 2007; 74–102.
4. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44, 166–206.
5. Donabedian A: Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press 1980.

6. Donabedian A: An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press 2003.
7. Antonovsky A: Orientation to life questionnaire (SOC-Scala). In: Bengel J, Strittmatter R, Willmann H (Hrsg.): What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenetic model of health. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999; 124–128.
8. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 6. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.
9. Schwarzer R (Hrsg.): Self-efficacy: Thought control of action. Washington DC: Hemisphere 1992.
10. Bandura A: Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman 1997.
11. Karasek R, Theorell T: Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books 1990.
12. Stark W: Empowerment – fördernde Bedingungen schaffen statt Defizite beheben. In: Paulus P, Deter D (Hrsg.): Gesundheitsförderung: Zwischen Selbstverwirklichung und Empowerment. Köln: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 1998; 39–43.
13. Tandon R: Knowledge, participation and empowerment. Adult Education and Development 1998; 50: 85–91.
14. Trummer U, Müller UO, Nowak P, Stidl T, Pelikan JM: Does physician patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. Patient Educ Couns 2006; 61(2), 299–306.
15. New England Medical Center (Hrsg.): Fragebogen zum Gesundheitszustand. IQOLA SF-36 German Version 01.03.1992.
16. Bullinger M, Kirchberger I, Ware JE: Der deutsche SF-36 Health Survey, Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instrumentes zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1995; 1, 21–36.
17. McHorney CA, Ware JE, Raczek A: The MOS-36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Medical Care 1993; 3: 247–63.
18. Siegrist J: Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. J Occup Health Psychol 1996; 1: 27–43.
19. Udris I, Frese M: Belastung und Beanspruchung. In: Graf Hoyos C, Frey D (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch. Weinheim: Beltz 1999; 429–445.
20. Aschauer A, Blumberger W, Harringer I, Keppelmüller P, Niederberger K, Ratzenböck I: Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz – Endbericht 2004, Forschungsprojekt, Linz.
21. Badura B, Hehlmann T: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 2003.
22. Nübling M, Stöfel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F: Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen – Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag 2005.
23. Van Veldhoven M, Taris T, de Jonge J, Broersen S: The relationship between work characteristics and employee health and well-being: how much complexity do we really need? Int J Stress Manag 2005, 12(1), 3–28.
24. Dooris M: Healthy Settings: theory and practice. In: Dooris M, Hobbs A (Hrsg.): Healthy settings in England's North West: report of conference. Preston: University of Central Lancashire 2003.
25. Dooris M: Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. Health Promotion International 2006; 21(1): 55–65.

Report Versorgungsforschung

Band 2

F. W. Schwartz / P. Angerer (Hrsg.)

Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten

Befunde und Interventionen

Arbeitsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten

Ärztinnen und Ärzte sind eine kostbare Ressource im Gesundheitswesen. Von ihren Fähigkeiten, aber auch von ihrer Bereitschaft und ihren Möglichkeiten zum Engagement hängt entscheidend die Qualität der Patientenversorgung ab. Voraussetzung für ihren Einsatz sind Wohlbefinden und Gesundheit. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen für Ärzte ist somit ein zentrales Thema für die Versorgungsforschung.

Der 2. Band der Reihe „Report Versorgungsforschung“ basiert auf dem Symposium „Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten“, bei dem im Februar 2009 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler ihre Forschungsarbeiten vorgestellt und diskutiert haben. Für den vorliegenden Band wurden die Vorträge und Präsentationen um weitere wichtige Studienergebnisse ergänzt. Der Report Versorgungsforschung vermittelt damit ein umfassendes und aktuelles Bild des Forschungsstands zur Situation von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland.

Interessierten Ärztinnen und Ärzten sowie allen Akteuren, die auf die Gestaltung des Gesundheitswesens Einfluss nehmen, liefert dieser Band Daten, Analysen und Schlussfolgerungen, die der Gesundheitsförderung von Ärzten und damit einer guten Patientenversorgung dienen sollen.

ISBN 978-3-7691-3438-4



**Deutscher
Ärzte-Verlag**

aerzteverlag.de

