Universitätsklinikum Ulm

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Wolfgang Janni

Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeitsbelastung und psychische Gesundheit von Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm – ein Berufsgruppenvergleich

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Mona Sophia Karremann, Laupheim

2019

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Florian Ebner

2. Berichterstatter: PD Dr. Lucia Jerg-Bretzke

Tag der Promotion: 13.04.2021

Für meine Eltern

Teile dieser Dissertation wurden bereits in folgenden Fachartikeln veröffentlicht:

Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Janni W, Ebner F, Rottler E, Walter S, de Gregorio A: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik – Auswertung einer systematischen Berufsgruppen-übergreifenden Befragung. Z Geburtshilfe Neonatol (2020). DOI: 10.1055/a-1200-3070

Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Schochter F, Janni W, Ebner F, Walter S, de Gregorio A: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Gesundheit von Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik im Berufsgruppenvergleich. Pflegewissenschaft, 23: 91-97 (2021)

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS III

1 EINLEITUNG 1

1.1 Stand der Forschung 4

1.1.1 Psychische Gesundheit 4

1.1.2 Patientensicherheit 8

1.1.3 Vereinbarkeit von Beruf und Familie 10

1.1.4 Psychosoziale Arbeitsbelastung 13

1.2 Ziel und Fragestellung 15

2 MATERIAL UND METHODEN 20

2.1 Stichprobe 20

2.2 Messinstrumente 22

2.3 Statistische Analyse 30

3 ERGEBNISSE 31

3.1 Beschreibung der Stichprobe 31

3.2 Ergebnisse der Hypothesen 37

3.2.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie 37

3.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit 43

3.2.3 Psychische und körperliche Gesundheit 50

3.2.4 Patientensicherheit 59

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse 63

4 DISKUSSION 65

4.1 Diskussion der Methodik 65

4.2 Diskussion der Hypothesen 67
4.2.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie 67
4.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit 73
4.2.3 Psychische und körperliche Gesundheit 78
4.2.4 Patientensicherheit 87

4.3 Limitationen 90

4.4 Schlussfolgerung und Ausblick 91

5 ZUSAMMENFASSUNG 95

6 LITERATURVERZEICHNIS 97

7 DANKSAGUNG 114

8 CURRICULUM VITAE 115

Abkürzungsverzeichnis

ERI	Effort-Reward Imbalance
FWC	Family Work Conflict
M	Mittelwert
MBI-D	Maslach Burnout Inventar
N	Anzahl der Teilnehmenden
NEXT	Nurses Early Exit
OC	Overcommitment
PHQ-4	Patient Health Questionnaire-4
RN4-Cast	Registered Nurse Forecasting
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WFC	Work Family Conflict

1 Einleitung

„Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können“ (Weltärztebund 2017).

Dieser Satz ist seit 2017 Bestandteil des Genfer Gelöbnisses, welches 1948 von der World Medical Association im Anschluss an den Nürnberger Ärzteprozess verabschiedet wurde. Es bietet Ärztinnen und Ärzten weltweit Orientierung hinsichtlich der ethischen Verpflichtungen im Arztberuf und ist in Deutschland als Präambel der Berufsordnung vorangestellt. Angesichts der zunehmenden Arbeitsbelastung in Kliniken und der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhten Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten (Beschoner et al. 2019; Braun et al. 2008; Fuß et al. 2008; Tyssen u. Vaglum 2002) wurde der oben genannte Appell in die überarbeitete Fassung aufgenommen.

Es zeigt sich jedoch, dass nicht nur das ärztliche Personal unter hohen Belastungen mit entsprechenden gesundheitlichen Folgen leidet: Beschäftigte in Gesundheitsberufen haben vergleichsweise hohe Ausfallzeiten, wobei insbesondere psychische Störungen ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit sind (Meyer et al. 2018). Da die Gesundheit der Beschäftigten Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung haben kann (Hall et al. 2016; Wallace et al. 2009), ist eine Analyse der ursächlichen Belastungen, spezifisch für die jeweiligen Berufsgruppen, unerlässlich.

Studien zeigen, dass neben Vereinbarkeitskonflikten zwischen Familie und Beruf, zunehmender Bürokratisierung und mangelnder Wertschätzung durch Vorgesetzte (Firth-Cozens 1990; Marburger Bund 2017) insbesondere häufige Überstunden und hoher Zeitdruck von vielen Beschäftigten in Gesundheitsberufen als belastend empfunden wird (Hämmig 2018), was nicht zuletzt auf die angespannte Personalsituation im Gesundheitssektor zurückzuführen ist: In Kliniken gibt es derzeit viele offene Stellen, sowohl für Ärztinnen und Ärzte als auch für Pflegekräfte und Hebammen. Ein Anteil von 60 % der Krankenhäuser hatte im Jahr 2016 Probleme, ärztliche Stellen zu besetzen. Für den Pflegedienst auf Normalstationen lag dieser Wert bei 51 %, für Hebammen bei 46 %. Zwischen und 2011 und 2016 war ein Anstieg der Stellenbesetzungsprobleme in Kliniken, mit Ausnahme des ärztlichen

Dienstes, zu verzeichnen (Blum et al. 2016). Prognostisch ist für den ärztlichen Bereich von mehr als 76 000 unbesetzten Stellen im Jahr 2030 auszugehen (Burkhart et al. 2012). Auch der Engpass an Pflegekräften wird sich laut Prognosen weiter verschärfen, sodass 2030 ein Mangel von mehr als 300 000 Pflegekräften bestehen könnte, was 30 % der dann zu besetzenden Stellen entspricht (Burkhart et al. 2012).

Da unter anderem der vorzeitige Berufsausstieg vieler Angestellter in Gesundheitsberufen zu dem Personalengpass beiträgt, ist es wichtig, einen längeren Verbleib der Beschäftigten im Beruf zu erreichen. Eine schweizerische Studie geht von einem Anteil nicht mehr kurativ tätiger Ärztinnen und Ärzte zwischen 8,4 % und 12,9 % aus (Kraft et al. 2016). Laut einer im Jahr 2017 durchgeführten Umfrage des Marburger Bundes zieht ein erheblicher Anteil von 19 % der Klinikärztinnen und -ärzte in Betracht, die ärztliche Tätigkeit aufzugeben (Marburger Bund 2017). Eine internationale Studie konnte zeigen, dass 21,6 % der befragten Hebammen erwägen, den Beruf zu verlassen (Jarosova et al. 2016). Bereits im Jahr 1999 hatten 17 % einer Stichprobe von Pflegekräften in Deutschland die Absicht, ihren Arbeitsplatz innerhalb des nächsten Jahres aufzugeben. Im Jahr 2015 lag dieser Wert schon bei 40 %, wovon mehr als die Hälfte sogar vorhatte, den Krankenpflegeberuf ganz zu verlassen (Zander u. Busse 2017). Somit scheint sich die Problematik verschärft zu haben.

Bei einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinstudierenden bezüglich der Hauptmotive für das Nichtergreifen bzw. den Ausstieg aus der kurativen Tätigkeit wurden die Arbeitszeiten (25 %), eine problematische Vereinbarkeit von Beruf und Familie (23 %), finanzielle Faktoren (18 %), ein schlechtes Arbeitsklima (16 %) sowie eine zu hohe Arbeitsbelastung (11 %) genannt (Blum u. Löffert 2010). Eine neuere Untersuchung konnte die Arbeitszeiten und das Arbeitspensum sowie die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Kinderbetreuung als wichtige Gründe für die Aufgabe der kurativen Tätigkeit bestätigen (Kraft et al. 2016).

Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich bei einer Befragung von europäischem Pflegepersonal: Mangelnde Vereinbarkeitsmöglichkeiten von Beruf und Familie, ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, eine hohe emotionale Erschöpfung sowie eine konfliktreiche interpersonelle Zusammenarbeit standen in Zusammenhang mit der Intention, den Beruf zu verlassen. Auch ein Ungleichgewicht zwischen den

Anforderungen des Berufs und der dafür erhaltenen Anerkennung war assoziiert mit der Absicht, den Pflegeberuf aufzugeben (Hasselhorn et al. 2003).

Vor dem Hintergrund des viel diskutierten Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist seitens der Politik sowie der Kliniken dringendes Handeln geboten, um die Arbeitsbedingungen von ärztlichem Personal sowie Pflegekräften und Hebammen attraktiver zu gestalten und dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Die vorliegende Untersuchung der psychischen Gesundheit, Arbeitsbelastung sowie Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen an der Universitätsfrauenklinik Ulm soll hilfreich sein, um berufsgruppenspezifische und -übergreifende Problempunkte aufzuzeigen und Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen zu erhalten. Solche Maßnahmen sind notwendig, um den Verbleib im Beruf zu gewährleisten, die Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern und somit die Versorgungsqualität in Kliniken sicherzustellen.
Angesichts der Tatsache, dass laut aktueller Datenlage sowohl die Stellenbesetzungsprobleme (Blum et al. 2016) als auch die hohe Arbeitsbelastung von Beschäftigten (Körber et al. 2018) in besonderem Maße große Krankenhäuser bzw. Universitätskliniken betreffen, ist diese Erhebung an einer Universitätsfrauenklinik besonders sinnvoll.

1.1 Stand der Forschung

1.1.1 Psychische Gesundheit

„Das gesundheitliche Befinden und die Leistungsfähigkeit von Klinikärzten sind eine wertvolle Ressource. Daher gilt es, dieses Gut zu pflegen und zu fördern." schreiben Angerer und Kollegen (2011, S. A833) im Deutschen Ärzteblatt im Rahmen der Publikation ihrer Interventionsstudie an über 500 Ärztinnen und Ärzten zum Thema Auswirkungen der Arbeitssituation auf das gesundheitliche Befinden.

Obgleich die Gesundheit von medizinischem Personal als Ressource unter anderem für die Versorgungsqualität von Patienten bekannt ist (Angerer et al. 2011; Hall et al. 2016), scheint sie nicht ausreichend gefördert zu sein: Studien belegen für Beschäftigte in Gesundheitsberufen ein gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöhtes Risiko für psychische Störungen (Trummer 2010; Wall et al. 1997). In einer an über 11 000 Beschäftigten des National Health Service durchgeführten Studie in England lagen bei 26,8 % der Teilnehmenden Hinweise auf eine psychische Störung vor. Im Vergleich dazu wurde für die Allgemeinbevölkerung ein Wert von 17,8 % festgestellt (Wall et al. 1997). Eine österreichische Untersuchung bekräftigt diese Daten insofern, als die psychische Gesundheit der befragten Klinikangestellten deutlich schlechter als ein internationaler Referenzmittelwert ausfiel (Trummer 2010).

Im Folgenden wird ein Überblick über berufsgruppenübergreifende und -spezifische Forschungsergebnisse zu Depression, Angst und Burnout bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen gegeben.

Depression und Angst

Mehrere Untersuchungen zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte häufiger Symptome einer Depression aufweisen als die Allgemeinbevölkerung (Beschoner et al. 2019; Braun et al. 2008; Firth-Cozens 1998; Tyssen u. Vaglum 2002). Laut aktueller Studienlage scheint die Punktprävalenz einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik bei Ärztinnen und Ärzten in Deutschland zwischen 6 % und 13 % zu liegen (Beschoner et

al. 2019). Im Vergleich dazu wird die 12-Monats-Prävalenz für eine Depression in der Allgemeinbevölkerung auf 7,7 % geschätzt (Jacobi et al. 2014).

Zum Vorkommen von Angsterkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten liegen nur vereinzelte Forschungsergebnisse vor. Eine schweizerische Studie geht bei einem Anteil von 20-30 % junger Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung von einer relevanten Angstsymptomatik aus, wobei vor allem beim Berufseinstieg verstärkt Angstsymptome festgestellt wurden (Buddeberg-Fischer et al. 2009).

Die Studienlage zur Häufigkeit von Depression und Angst bei Pflegekräften und Hebammen ist insbesondere hinsichtlich nationaler Untersuchungen wenig ergiebig. In Forschungsergebnissen aus Asien variiert die Prävalenz einer mindestens moderaten depressiven Symptomatik bei Pflegepersonal zwischen 12 % und 27 % (Chueh et al. 2019; Lin et al. 2010; Tabrizi u. Kavari 2011). Untersuchungen aus Australien und den USA gehen bei 27-35% der Pflegekräfte von einer depressiven Symptomatik aus (Maharaj et al. 2018; Mealer et al. 2007; Welsh 2009). Eine weitere US-amerikanische Studie konnte bei 18 % der knapp 1200 befragten Pflegekräfte depressive Symptome feststellen, was die Punktprävalenz einer Depression in der amerikanischen Allgemeinbevölkerung von 9 % deutlich übersteigt (Letvak et al. 2012). Die Prävalenz einer Angstsympomatik bei Pflegekräften kann anhand vorangegangener Studien aus Asien, den USA sowie Australien auf 18-37 % geschätzt werden (Cheung et al. 2015; Chueh et al. 2019; Maharaj et al. 2018; Mealer et al. 2007).

Eine Untersuchung an einer Stichprobe australischer Hebammen wies bei einem Anteil von 17,3 % eine depressive Symptomatik nach; bei 20,4 % wurden moderate, schwere oder extreme Angstsymptome festgestellt (Creedy et al. 2017).

Burnout

Laut Maslach und Jackson (1981) sind emotionale Erschöpfung und eine distanzierte, zynische Einstellung gegenüber Patienten sowie die negative Bewertung der eigenen Leistung Symptome eines Burnout. Dieses tritt als Reaktion auf chronische Stressoren im Beruf auf und kann die Gesundheit der Beschäftigten sowie die Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigen (Maslach u. Jackson 1981). Da ein Burnout insbesondere Beschäftigte in sogenannten „helfenden Berufen“ betrifft (Maslach u.

Jackson 1981), existieren zahlreiche Untersuchungen dieses Symptomkomplexes bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen, welche laut aktueller Studienlage häufiger von einer Burnout-Symptomatik betroffen sind als Personal anderer Berufsgruppen (Hämmig 2018).

Sowohl bei Ärztinnen und Ärzten (Braun et al. 2008; Kessler 2008; Kurzthaler et al. 2017; Shanafelt et al. 2015) als auch bei Pflegepersonal (Aiken et al. 2012; Bakker et al. 2000; Van der Schoot et al. 2003) wurde eine hohe Burnout-Prävalenz festgestellt.

Kurzthaler et al. (2017) untersuchten die Burnout-Gefährdung einer Stichprobe österreichischer Klinikärztinnen und -ärzte, wobei sich bei 8,8 % ein hohes und bei weiteren 11,8 % ein mäßiges Risiko zeigte. Laut Shanafelt und Kollegen (2015) bestehen bei 54,5 % der US-amerikanischen Ärztinnen und Ärzte Anzeichen für ein Burnout. Dieser Wert stieg zwischen 2011 und 2014 um 9 % an und liegt oberhalb des Burnout-Anteils der erwerbstätigen amerikanischen Allgemeinbevölkerung (28,6 %).

Aiken et al. (2012) stellten in ihrer Studie an europäischen Pflegekräften bei einem Anteil von 10 % (Niederlanden) bis 78 % (Griechenland) der Teilnehmenden ein hohes Burnout-Risiko fest. Für Deutschland lag dieser Wert bei 30 %. Im Jahr 2010 litten laut der in zwölf europäischen Ländern durchgeführten RN4-Cast-Studie (Registered Nurse Forecasting) 30 % der Pflegekräfte in Deutschland an emotionaler Erschöpfung, eine der drei Burnout-Dimensionen. Dieser Wert lag im Jahr 1999 noch bei lediglich 15 % und hat sich somit verdoppelt (Zander u. Busse 2017).

Mehrere Studien konnten auch für Hebammen eine hohe Burnout-Gefährdung belegen (Hildingsson et al. 2013; Yoshida u. Sandall 2013). Bei einer Befragung schwedischer Hebammen erzielten 39,5 % der Teilnehmenden hohe Werte in der Kategorie „Personal Burnout“ (Hildingsson et al. 2013).

Psychische Gesundheit im Berufsgruppenvergleich

Bei dem überwiegenden Großteil der Forschungsergebnisse zu psychischer Gesundheit bei Beschäftigten im medizinischen Bereich handelt es sich um berufsfeldspezifische Studien, welche keinen direkten Vergleich der Depressions-, Angst- und Burnout-Prävalenz zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssektor bzw. in Kliniken vornehmen.

Hinsichtlich depressiver Symptome weisen vereinzelte Untersuchungsergebnisse auf eine höhere Prävalenz bei Ärztinnen und Ärzten im Vergleich zu Pflegekräften hin (Hämmig 2018; Kessler 2008). Bei einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal in Frankreich zeigten 24 % des ärztlichen Personals und 12 % der Pflegekräfte Anzeichen für eine Depression (Kessler 2008).

Auch zum Berufsgruppenvergleich hinsichtlich einer Burnout-Symptomatik ist die Datenlage gering. Nur wenige Untersuchungen führten einen direkten Vergleich des Burnout-Risikos verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitssektor durch, wobei sich unterschiedliche Ergebnisse zeigten: In einigen Studien wurde ein höheres Burnout-Risiko bei ärztlichem Personal im Vergleich zu Pflegepersonal festgestellt (Kessler 2008; Meßenzehl et al. 2006; Sharma et al. 2008; Vandenbroeck et al. 2017), während andere Untersuchungen zu einem gegenteiligen Ergebnis führten (Chou et al. 2014; Ehresmann et al. 2015).

Auswirkungen auf die Personalsituation

Das hohe Vorkommen von psychischen Beanspruchungsfolgen und Erkrankungen bei medizinischem Personal in Kliniken trägt auch zu dem Personalengpass im Gesundheitssektor bei: Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen liegen Beschäftigte in Gesundheitsberufen mit an der Spitze (Knieps u. Pfaff 2018; Meyer et al. 2018).

Weiterhin erbrachten Studien Hinweise auf einen Zusammenhang einer depressiven Symptomatik sowie eines hohen Burnout-Levels mit der Intention, den Pflegeberuf (Hasselhorn et al. 2003; Kessler 2008; Lai et al. 2008) bzw. die kurative ärztliche Tätigkeit (Embracio et al. 2012; Pantenburg et al. 2016) aufzugeben. Unter anderem die NEXT-Studie (Nurses Early Exit Study), eine zwischen 2002 und 2005 in zehn Staaten Europas durchgeführte Befragung von fast 40 000 Pflegekräften, belegt den Zusammenhang zwischen einem hohen Burnout-Risiko und der Intention, den Pflegeberuf zu verlassen. Unter den Teilnehmenden in Deutschland dachten 8,4 % „mehrmals pro Woche“ oder „täglich“ daran, den Beruf aufzugeben. Weitere 10 % erwogen dies „mehrmals pro Monat“ (Hasselhorn et al. 2003).

Somit ist es im Hinblick auf den viel diskutierten Ärzte- und Pflegekräftemangel essentiell, Maßnahmen zum Erhalt der psychischen Gesundheit von medizinischem

Personal zu ergreifen. Zu diesem Zweck ist eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen erforderlich, welche inzwischen, unter anderem aufgrund von gesetzlichen Vorgaben, in vielen Unternehmen regelmäßig durchgeführt wird, so auch in Kliniken.

1.1.2 Patientensicherheit

Forschungsergebnisse der Vergangenheit zeigen, dass großer Zeitdruck und hohes Arbeitsaufkommen in Kliniken nicht nur für medizinisches Personal ein Gesundheitsrisiko darstellen können, sondern auch für Patienten (Rogers et al. 2004; Zander u. Busse 2017). Das Institute of Medicine veröffentlichte im Jahr 1999 den Bericht „To Err is Human“, in welchem die Anzahl von jährlich durch Fehler von Medizinern zu Tode kommenden Patienten in den USA auf 44 000 bis 98 000 geschätzt wird (Kohn et al. 1999). Eine neuere Untersuchung geht von behandlungsbedingten Patientenschäden bei 3-4 % der Krankenhausbehandlungen aus; hiervon seien 28 % durch Fehler bedingt (Scheppokat u. Neu 2007).
Laut der RN4-Cast-Studie sind 80 % der befragten Pflegekräfte in Deutschland der Meinung, dass nicht genug Pflegepersonal vorhanden ist, um eine gute Qualität der Patientenversorgung gewährleisten zu können (Zander u. Busse 2017).
Eine Untersuchung an Hebammen in deutschen Kreißsälen konnte zeigen, dass 65 % der befragten Hebammen drei oder mehr Frauen gleichzeitig betreuten. Weiterhin konnten 52 % ihre Aufgaben nicht während der regulären Arbeitszeit bewältigen und 89 % leisteten regelmäßige Überstunden ab (Stahl 2016). In einer US-amerikanischen Studie an mehreren geburtshilflichen Teams äußerten sich 92 % der Ärztinnen und Ärzte, 98 % der Pflegekräfte und 93 % der Hebammen besorgt über die Sicherheit ihrer Patientinnen (Maxfield et al. 2013). Die genannten Studien zeigen zudem, dass ein verantwortungsvoller Umgang mit Fehlern und Beschwerden von einem erheblichen Anteil der befragten Hebammen kritisch eingeschätzt wird (Stahl 2016) und Bedenken hinsichtlich einer eingeschränkten Patientensicherheit oftmals nicht offen geäußert werden (Maxfield et al. 2013).

Bei der Betrachtung vorhergehender Forschungsergebnisse stellten sich mehrere Faktoren als bedeutsam für die Qualität der Patientenversorgung heraus: Rogers et al. (2004) belegten an einer Stichprobe von Pflegekräften, dass Personalmangel und die damit einhergehende Mehrarbeit negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben können.

Zudem liegen Hinweise vor, dass ein geringes psychisches Wohlbefinden im Sinne von Depression und Ängstlichkeit sowie ein hohes Burnout-Risiko von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal mit einer höheren Anzahl selbst wahrgenommener Fehler assoziiert sind (Hall et al. 2016). In einer US-amerikanischen Studie konnte des Weiteren ein signifikanter Zusammenhang zwischen Burnout bei Pflegekräften und dem vermehrten Vorkommen nosokomialer Infektionen festgestellt werden (Cimiotti et al. 2012).

In einer Untersuchung von Loerbroks et al. (2016) wurde eine höhere psychosoziale Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten im Sinne eines Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Belohnung mit einer als schlechter wahrgenommen Qualität der Patientenversorgung in Zusammenhang gebracht.

Auch Übermüdung, was in Kliniken insbesondere durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst ein bedeutendes Problem darstellt, kann zu einer eingeschränkten Patientensicherheit führen. Laut einer Untersuchung von Dawson und Reid (1997) ist Schlafentzug über 24 Stunden hinsichtlich der Leistungseinschränkung in etwa vergleichbar mit einem Blutalkoholgehalt von knapp 1,0 Promille. Zudem zeigen Studien, dass bei regelmäßigem Ableisten von 24-Stunden-Schichten eine Häufung von ärztlichen Fehlern auftritt (Landrigan et al. 2004). Neuschwander und Kollegen (2017) führten eine Untersuchung zu den Auswirkungen von Schlafmangel auf nicht-technische Fähigkeiten (z.B. Kommunikationsverhalten, Sozialkompetenz, Leitung eines Teams) an einer Stichprobe von Anästhesisten durch. In einer simulierten Notfallsituation zeigte die Gruppe mit ausreichend Schlaf signifikant bessere Werte hinsichtlich der besagten Fähigkeiten, insbesondere der Teamarbeit, als die Gruppe mit Schlafmangel nach einem Nachtdienst.

Zu den Faktoren, die Einfluss auf die Gesundheit von medizinischem Personal und somit indirekt auf die Patientensicherheit haben können, zählen neben der Arbeitszeitbelastung durch Schicht- und Bereitschaftsdienst (Beschoner et al. 2019)

unter anderem eine problematische Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Lukasczik et al. 2018) sowie eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung im Sinne eines Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Belohnung (Limbrecht-Ecklundt et al. 2015). Auf diese Belastungsfaktoren wird im Folgenden näher eingegangen.

1.1.3 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Das Nebeneinander von mehreren Rollen kann mit Konflikten einhergehen, welche sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit sowie das allgemeine Wohlbefinden auswirken können (Amstad et al. 2011). Insbesondere bei Beschäftigten im medizinischen Bereich treten laut aktueller Datenlage aufgrund der hohen Arbeitszeitbelastung durch Schicht- und Bereitschaftsdienst sowie durch das Anfallen von Mehrstunden häufig Interrollenkonflikte auf (Lukasczik et al. 2018). Laut einer schweizerischen Studie fühlen sich Beschäftigte in Gesundheitsberufen deutlich häufiger mit Vereinbarkeitsschwierigkeiten konfrontiert als Erwerbstätige in nicht-gesundheitsbezogenen Berufen (Hämmig 2018).

Weitere berufsgruppenspezifische Forschungsergebnisse verdeutlichen diese Problematik: Bei Krankenhausärztinnen und -ärzten konnte ein höheres Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung festgestellt werden (Fuß et al. 2008). In einer 2017 durchgeführten, bundesweiten Umfrage des Marburger Bundes zeigten sich 70 % der Klinikärztinnen und -ärzte unzufrieden mit den vom jeweiligen Arbeitgeber angebotenen Möglichkeiten, Privatleben bzw. Familie und Beruf zu vereinbaren (Marburger Bund 2017). Bei einer Befragung von Frauenärztinnen und -ärzten antworteten 88 % der weiblichen und 72 % der männlichen Teilnehmenden auf die Frage „Meinen Sie, dass Familie und Beruf miteinander vereinbar sind?“ mit „nein“ (Hancke et al. 2012). Fast 60 % der Frauenärztinnen gaben an, sich außerfamiliäre Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu wünschen. Diese wurden allerdings nur in 5-13 % der Fälle von den jeweiligen Arbeitgebern angeboten (Hancke et al. 2012). Es liegen nur wenige Erhebungen zum Stand der Kinderbetreuungsmöglichkeiten an Kliniken in Deutschland vor. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts boten im Jahr 2010 nur 15 % der Kliniken betriebseigene Kinderbetreuungsangebote an. Die

Platzzahlen wurden von 49 % der Kliniken als bedarfsgerecht bewertet; 18 % gaben an, dass das Angebot den Bedarf nicht decken würde (Bühren u. Löffert 2010).
Auch Pflegekräfte und Hebammen erfahren oftmals einen Vereinbarkeitskonflikt. Im Rahmen einer Befragungsstudie an Hebammen in der Schweiz stellte sich neben Arbeitspensum, Arbeitszeiten sowie mangelnder Wertschätzung ärztlicherseits auch die problematische Vereinbarkeit von Familie und Beruf als ein bedeutender Belastungsfaktor heraus (Eissler u. Jerg-Bretzke 2015). Die NEXT-Studie an europäischem Pflegepersonal konnte insbesondere den zeitabhängigen Konflikt durch häufige Überstunden, Schicht- mit Nachtdienst und quantitative Arbeitsanforderungen als relevant für die Vereinbarkeitsproblematik identifizieren (Simon et al. 2004).
Im Berufsgruppenvergleich weisen Ärztinnen und Ärzte laut vorangegangenen Forschungsergebnissen eine höhere Vereinbarkeitsproblematik auf als Pflegepersonal (Hämmig 2018; Hämmig et al. 2012; Körber et al. 2018; Pal u. Saksvik 2008). Des Weiteren scheint der Einfluss des Berufs auf die Familie im Allgemeinen stärker ausgeprägt als umgekehrt (Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. 2016; Simon et al. 2004).

Hinsichtlich eines Geschlechterunterschieds gibt es kontroverse Ergebnisse: Viele Untersuchungen stellten keinen Unterschied bezüglich des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie fest (Fuß et al. 2008; Hancke et al. 2014; Simon et al. 2004), wohingegen einige Studien auf einen höheren Konflikt bei weiblichen Beschäftigten hinweisen (Ádám et al. 2008; AlAzzam et al. 2017).
Auch folgende Daten deuten auf eine ausgeprägtere Vereinbarkeitsproblematik bei weiblichen Beschäftigten hin: Laut Buddeberg-Fischer, Stamm und Kollegen (2008) arbeiten Ärztinnen mit Kindern in hierarchisch niedrigeren Positionen als Ärztinnen ohne Kinder, wohingegen dieser Unterschied bei Ärzten nicht besteht (Buddeberg-Fischer, Stamm et al. 2008). Eine Untersuchung an Frauenärztinnen und -ärzten zeigte zudem, dass Ärztinnen insgesamt seltener in höheren Hierarchieebenen arbeiten als ihre männlichen Kollegen (Hancke et al. 2012). Des Weiteren ließ sich eine Vereinbarkeitsproblematik bei Ärztinnen als wichtiger Grund für den Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit feststellen, wohingegen dies bei Männern eine weitaus geringere Rolle spielte (Bolliger et al. 2016).

Laut der genannten Studienergebnisse scheint also bei weiblichen Angestellten im Gesundheitswesen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen ein ausgeprägterer Vereinbarkeitskonflikt zu bestehen, was angesichts des hohen Frauenanteils in Gesundheitsberufen zusätzlich an Bedeutung gewinnt.

Universitätskliniken sind laut aktueller Studienergebnisse im Vergleich zu Kommunalkliniken verstärkt von der Vereinbarkeitsproblematik betroffen. 43 % der Ärztinnen und Ärzte sowie 73 % der Pflegekräfte an einem Kommunalklinikum gaben an, genügend Möglichkeiten zu haben, Beruf und Familie vereinbaren zu können, wohingegen dieser Anteil an einer Universitätsklinik mit 20 % (Ärztinnen und Ärzte) bzw. 63 % (Pflegekräfte) deutlich geringer war (Körber et al. 2018).

Eine funktionierende „Work-Life-Balance“ rückt jedoch für viele Arbeitnehmer im medizinischen Bereich immer mehr in den Vordergrund. Vereinbarkeitskonflikte beeinflussen die Arbeitszufriedenheit (Cortese et al. 2010; Fuß et al. 2008) sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit (Fuß et al. 2008) der Beschäftigten und nehmen Einfluss auf die Personalausstattung der Kliniken, da sie über den Verbleib der Beschäftigten im Beruf mitbestimmen. Mehrere Studien an Ärztinnen und Ärzten (Fuß et al. 2008; Pantenburg et al. 2014), Pflegepersonal (Simon et al. 2004) sowie Klinikpersonal im Allgemeinen (Hämmig 2018) belegen einen Zusammenhang zwischen einem hohen Interrollenkonflikt und der Intention, den Beruf zu verlassen. Eine internationale Untersuchung an 1190 Hebammen bekräftigt diese Assoziation: Es konnte gezeigt werden, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine wichtige Bedeutung für die Arbeitszufriedenheit von Hebammen hat, welche wiederum in einem negativen Zusammenhang mit der Intention, den aktuellen Arbeitsplatz bzw. Beruf zu verlassen steht (Jarosova et al. 2016). Somit scheinen Vereinbarkeitsmöglichkeiten für die Beschäftigten in Kliniken hohe Relevanz zu besitzen und stellen wichtige Instrumente dar, um beispielsweise Teilzeitquoten zu verringern sowie einen früheren oder überhaupt einen Wiedereinstieg in den Beruf nach der Elternzeit zu erreichen und somit dem Fachkräftemangel entgegenzusteuern (Blum 2019; Burkhart et al. 2012).
Studien zeigen zudem, dass Vereinbarkeitskonflikte Einfluss auf die psychische und körperliche Gesundheit der Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen in Kliniken haben. So bringen einige Autoren Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Familie mit

einem erhöhten Burnout-Risiko (Fuß et al. 2008; Hämmig 2018; Leineweber et al. 2014) sowie dem vermehrten Vorkommen von Angst- und Depressionssymptomen (Flaig 2014; Zhang et al. 2017) in Zusammenhang. Zudem weisen mehrere Studien auf einen Zusammenhang zwischen einem Arbeit-Familie-Konflikt und einem erhöhten kardiometabolischen Risiko (Berkman et al. 2015) sowie muskuloskelettalen Beschwerden hin (Kim et al. 2013).

1.1.4 Psychosoziale Arbeitsbelastung

Das von Siegrist (1996) entwickelte Effort-Reward Imbalance (ERI) Modell dient der Quantifizierung psychosozialer Arbeitsbelastungen durch die Erfassung eines Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Belohnung im Beruf. Fehlende Arbeitszufriedenheit sowie chronischer beruflicher Stress werden als Resultate eines Missverhältnisses zwischen den Anforderungen des Berufs und der Anerkennung für erbrachte Leistungen, beispielsweise Gehalt, Arbeitsplatzsicherheit sowie positive Rückmeldung von Kollegen und Vorgesetzten, erachtet. Nach dem ERI-Modell resultiert aus diesem Ungleichgewicht eine Gratifikationskrise, die durch ein Gefühl von fehlender Kontrolle und Ohnmacht gekennzeichnet ist und negative Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit hat (Siegrist 1996).

Insbesondere bei Personal im medizinischen Bereich weisen zahlreiche Studien auf ein ungünstiges Verausgabungs-Belohnungs-Verhältnis hin (Beschoner et al. 2019; Braun et al. 2008; Hasselhorn et al. 2003). Braun und Kollegen (2008) stellten bei fast 20 % einer Stichprobe von Psychiatern ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung fest. Dieser Prozentsatz überstieg den Wert der Vergleichsstichprobe (Braun et al. 2008). In der NEXT-Studie zur Erfassung der Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegepersonal zeigten sich im europäischen Vergleich für Deutschland die höchsten Werte für den Faktor Anstrengung und vergleichsweise niedrige Belohnungs-Werte. Etwa 21 % der teilnehmenden Pflegekräfte wiesen ein ungünstiges Verhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung auf. Auch eine hohe Verausgabungsneigung (Overcommitment) konnte festgestellt werden (Hasselhorn et al. 2003). Dieses psychische Verhaltensmuster, welches bei Personal in

Gesundheitsberufen laut mehreren Untersuchungen besonders ausgeprägt zu sein scheint (Hasselhorn et al. 2003; Li et al. 2005; Rockenbauch et al. 2006), kann ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Anerkennung verstärken und eine Gratifikationskrise verschlimmern (Rödel et al. 2004).

Bestehende Forschungsergebnisse belegen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen eine Assoziation zwischen einer hohen psychosozialen Arbeitsbelastung und der Absicht, den aktuellen Arbeitsplatz oder sogar den Beruf zu verlassen (Hämmig 2018; Hasselhorn et al. 2003).
Studien zeigen zudem, dass ein Anstrengungs-Belohnungs-Missverhältnis negative Auswirkungen auf das psychische Befinden der Beschäftigten (Beschoner et al. 2019; Dragano et al. 2011; Klein et al. 2010; Limbrecht-Ecklundt et al. 2015; Rugulies et al. 2017) sowie deren körperliche Gesundheit haben kann. Insbesondere ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen ist bekannt (Kuper et al. 2002; Peter et al. 1998; Schnall et al. 1994). Des Weiteren weisen Studienergebnisse auf einen Zusammenhang mit muskuloskelettalen Beschwerden hin (Dragano et al. 2003; Simon et al. 2008).

1.2 Ziel und Fragestellung

Es liegen unterschiedliche Forschungsergebnisse zu psychosozialer Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen vor. Der Großteil der Studien befasst sich allerdings spezifisch mit einer Berufsgruppe, wohingegen bisher nur wenige berufsgruppenübergreifende Erhebungen in einer Klinik sowie wenige direkte Berufsgruppenvergleiche durchgeführt wurden. Des Weiteren wurden Hebammen nur selten in solche Untersuchungen miteingeschlossen.

Aufgrund dieser Tatsachen sowie vor dem oben beschriebenen Problemhintergrund setzt sich die vorliegende Arbeit zum Ziel, Erkenntnisse über mögliche Ansatzpunkte für entsprechende Verbesserungsmaßnahmen zu gewinnen. Diese sind notwendig, um die Gesundheit sowie die Arbeitszufriedenheit des medizinischen Personals in Kliniken zu stärken und nicht zuletzt dem drohenden bzw. schon eingetretenen Ärzte- und Pflegekräftemangel entgegenzuwirken.

Hierzu wurde eine Befragung zu den Parametern psychosoziale Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit sowie Vereinbarkeit von Beruf und Familie in Beziehung zu Gesundheit und in Relation zur Allgemeinbevölkerung vorgenommen. Der Fokus lag auf dem Vergleich der Berufsgruppen, um mithilfe einer berufsgruppenspezifischen Belastungsanalyse möglichst gezielte Maßnahmen ergreifen zu können. Die durch Konflikte zwischen Beruf und Familie entstehende Belastung wurde erfasst. Eine Untersuchung des Bedarfs hinsichtlich verschiedener Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wurde durchgeführt. Des Weiteren wurden die Arbeitszufriedenheit, die psychosoziale Arbeitsbelastung sowie die Verausgabungsneigung der Mitarbeitenden erfasst. Die psychische Gesundheit wurde im Hinblick auf Anzeichen für Burnout sowie Symptome einer Depression und Angststörung untersucht. Zudem wurde der Einfluss von Arbeitszeitmodellen auf das psychische und subjektive körperliche Befinden untersucht.

Im Fokus der vorliegenden Arbeit stehen dabei folgende Fragestellungen:

- Wie hoch ist der Interrollenkonflikt zwischen Beruf und Familie bei medizinischem Personal der Frauenklinik? Gibt es Unterschiede zwischen Geschlechtern und Berufsgruppen?
- Wie hoch ist die psychosoziale Arbeitsbelastung im Sinne eines Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Belohnung von medizinischem Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm? Welche Berufsgruppen zeigen sich diesbezüglich besonders belastet?
- Wie verhält es sich mit der psychischen Gesundheit des medizinischen Personals? Gibt es einen Unterschied zur Allgemeinbevölkerung? Finden sich Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der Frauenklinik?
- Gehen eine problematische Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung mit einer schlechteren psychischen Gesundheit der Beschäftigten einher?

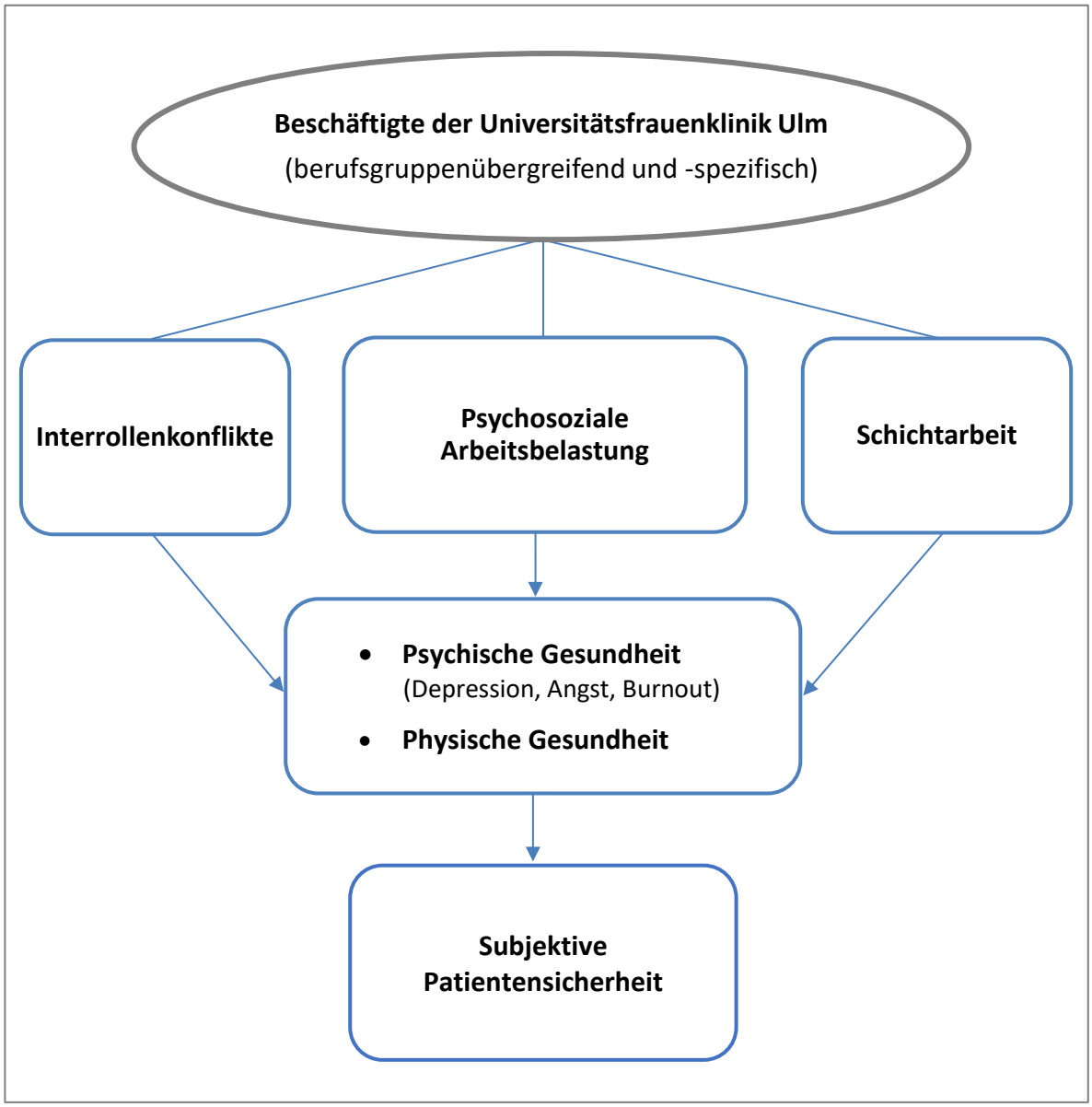

Abbildung 1: Grafische Darstellung der Fragestellung

Im Hinblick auf den derzeitigen Stand der Forschung wurden folgende Hypothesen festgelegt:

Hypothese 1: Vereinbarkeit von Beruf und Familie

a) Bei medizinischem Personal findet sich ein Konflikt zwischen den Arbeitsbedingungen und den familiären Verantwortlichkeiten. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besteht ein größerer wechselseitiger Konflikt zwischen Beruf und Familie (Fuß et al. 2008; Kopetsch 2010; Simon et al. 2004).

b) Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie (Pal u. Saksvik 2008).
c) Bei Beschäftigten mit Kind zeigt sich ein größeres Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie als bei Beschäftigten ohne Kind (Mache et al. 2015; Simon et al. 2004).
d) Weibliche Mitarbeiterinnen erfahren einen größeren Konflikt zwischen Beruf und Familie als männliche Mitarbeiter (Buddeberg-Fischer, Stamm et al. 2008; Hancke et al. 2012).
e) Bei den Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm besteht ein hoher Bedarf an Maßnahmen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. (Hancke et al. 2012; Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. 2016).

Hypothese 2: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

a) Medizinisches Personal zeigt eine hohe Arbeitsbelastung durch ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung. Dies wird durch eine ausgeprägte persönliche Verausgabungstendenz zusätzlich verschärft (Braun et al. 2008; Hämmig 2018; Hasselhorn et al. 2003).
b) Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Anerkennung und somit hinsichtlich ihres Risikos für Gratifikationskrisen (Hämmig 2018).
c) Ein hohes Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie geht mit einer geringen Arbeitszufriedenheit einher (Amstad et al. 2011; Fuß et al. 2008; Yildirim u. Aycan 2008).

Hypothese 3: Psychische und körperliche Gesundheit

a) Bei medizinischem Personal zeigen sich häufiger Symptome einer Depression und Angsterkrankung als bei der Allgemeinbevölkerung (Hämmig 2018; Trummer 2010; Wall et al. 1997).

b) Medizinisches Personal weist häufiger Symptome eines Burnout auf als die Allgemeinbevölkerung (Bakker et al. 2000; Fuß et al. 2008).
c) Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich ihrer subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit (Kessler 2008; Meßenzehl et al. 2006).
d) Ein hohes Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie geht mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen einher (Ádám et al. 2008; Amstad et al. 2011; Firth-Cozens 1990; Fuß et al. 2008).
e) Bei Beschäftigten im Schichtdienst lässt sich eine schlechtere subjektive körperliche und psychische Gesundheit feststellen (Bøggild u. Knutsson 1999; Harth et al. 2009; Monk et al. 1996; Wisetborisut et al. 2014).
f) Mobbing und interpersonelle Konflikte sind mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen assoziiert (Kessler 2008).
g) Gratifikationskrisen korrelieren mit einer schlechten subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit (Bakker et al. 2000; Buddeberg-Fischer, Klaghofer et al. 2008; Kivimäki et al. 2007; Larisch et al. 2003; Rugulies et al. 2012).

Hypothese 4: Patientensicherheit

a) Durch den in Kliniken herrschenden Zeitdruck sowie das hohe Arbeitsaufkommen wird die subjektiv wahrgenommene Qualität der Patientenversorgung beeinträchtigt (Aiken et al. 2012; Rogers et al. 2004).
b) Ein vermehrtes Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen sowie ein hohes Burnout-Risiko sind assoziiert mit einer als schlechter wahrgenommenen Patientensicherheit (Hall et al. 2016).
c) Eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung sowie eine hohe Verausgabungsneigung stehen in negativem Zusammenhang mit der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung (Loerbroks et al. 2016).

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobe

Im Rahmen des Qualitätsmanagements der Universitätsfrauenklinik Ulm wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, bei der alle Beschäftigten einen Fragebogen zu Arbeit und Gesundheit erhielten. Dieser wurde in Kooperation mit der Sektion Medizinische Psychologie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erstellt. Es handelt sich um eine longitudinale Studie mit zwei Erhebungszeiträumen. Der erste fand im August und September 2017 statt, der zweite im April und Mai 2018. Die Befragung erfolgte freiwillig sowie anonym. Die Fragebögen wurden in der Ulmer Frauenklinik ausgeteilt und die Rückgabe erfolgte über die Hauspost an die Sektion Medizinische Psychologie. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem ersten Befragungszeitpunkt der Longitudinalstudie. Dabei soll insbesondere der Vergleich der verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der Themen Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie psychische Gesundheit im Vordergrund stehen.
Nach Prüfung der Ethikkommission der Universität Ulm war für das Projekt kein spezielles Ethikvotum erforderlich, da die Daten anonym erhoben wurden (Schreiben vom 22. Juni 2018).

Die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm wurden aufgegliedert in die Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Verwaltungs- und Schreibdienst sowie „Sonstige“. Eine Teilstichprobe „medizinisches Personal“ wurde gebildet, welche sich aus den Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und Hebammen zusammensetzt. Um Berufsgruppenvergleiche durchzuführen, wurden drei Gruppen gebildet: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Hebammen, Verwaltungs- und Schreibdienst und Sonstige. Pflegekräfte und Hebammen wurden zu einer Gruppe zusammengefasst, da es in einer Frauenklinik deutliche Überschneidungen hinsichtlich der Arbeitsorte und der Tätigkeiten gibt. So arbeiten sowohl Pflegekräfte als auch Hebammen auf Wochenstationen. Des Weiteren gab es einige Mehrfachnennungen bei Pflege und Hebammen. Die im Verwaltungs- und Schreibdienst arbeitenden Beschäftigten wurden mit den sonstigen Angestellten

zusammengefasst, da davon auszugehen ist, dass in der Mehrzahl der Fälle kein direkter Patientenkontakt sowie kein Schicht- und Nachtdienst besteht.

Bei der Frage zu Position bzw. Funktion gaben vier Teilnehmende jeweils zwei Antworten. Um eine fehlerfreie statistische Analyse zu ermöglichen, wurden Mehrfachnennungen bei Pflege bzw. Hebammen und Verwaltungs- und Schreibdienst bzw. Sonstige den Pflegekräften bzw. Hebammen zugeordnet. Mehrfachnennungen bei Pflege und Hebammen mussten keiner Gruppe zugeordnet werden, da Pflegekräfte und Hebammen im Hinblick auf den Berufsgruppenvergleich zu einer Gruppe zusammengefasst wurden.

2.2 Messinstrumente

Die Testbatterie setzte sich zusammen aus mehreren bestehenden, validierten Fragebögen, in der Sektion Medizinische Psychologie entwickelten Befragungsinstrumenten sowie Einzelfragen der Arbeitsgruppe. Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit ausgewerteten Befragungsinstrumente sind in Tabelle 1 genauer dargestellt.

Tabelle 1: Befragungsinstrumente

Modifiziert nach: Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Schochter F, Janni W, Ebner F, Walter S, de Gregorio A: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Gesundheit von Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik im Berufsgruppenvergleich. Pflegewissenschaft, 23: 91-97 (2021); mit freundlicher Genehmigung der hpsmedia GmbH

Befragungsinstrument	Inhalt	Autor
Demografischer Fragebogen	Demografische und arbeitsbezogene Daten	Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. 2016
Fragebogen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	Relevanz von Maßnahmen und Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. 2016
Work Family Conflict (WFC) und Family Work Conflict (FWC) Scale	Belastungen durch Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Familie	Netemeyer et al. 1996
COPSOQ	Mobbing	Nübling et al. 2009
Effort-Reward Imbalance (ERI) und Overcommitment (OC) Questionnaire	Belastungen durch Ungleichgewicht zwischen beruflichen Anforderungen und Anerkennung, Verausgabungstendenz	Siegrist et al. 2004
Gesundheitsfrage	Subjektive Gesundheit	Kandrack et al. 1991
Maslach Burnout Inventar (MBI-D-Kurzform)	Burnout	Maslach u. Jackson 1981; Buessing u. Perrar 1992; Glaser in Vorbereitung
Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)	Depression und Angst	Kroenke et al. 2009
Einzelfrage zu Arbeitszufriedenheit	Arbeitszufriedenheit	Jerg-Bretzke u. Limbrecht 2013
Fragen zu Patientensicherheit und Arbeitsbedingungen	Gefährdung der Patientensicherheit durch Arbeitsbedingungen und Zeitmangel	Im Rahmen des Projekts von der Arbeitsgruppe erstellt

Im Folgenden werden die in Tabelle 1 aufgeführten Befragungsinstrumente näher beschrieben.

Demografischer Fragebogen

Der demografische Fragebogen beinhaltet Fragen zu demografischen Daten wie Geschlecht und Familienstand. Zudem wird die Frage „Haben Sie Kinder?“ (ja, im eigenen Haushalt/ja, aber nicht im eigenen Haushalt/nein) gestellt. Die Inanspruchnahme von Elternzeit sowie die Betreuung von pflegebedürftigen Kindern bzw. Angehörigen wird erfasst. Des Weiteren werden arbeitsbezogene Daten wie Position/Funktion in der Frauenklinik, Arbeit in Vollzeit oder Teilzeit, Arbeitsvertrag (befristet oder unbefristet), Arbeitszeiten sowie das Vorkommen von Mehrstunden abgefragt. Sowohl bei der Frage zur Position/Funktion in der Frauenklinik als auch bei der Frage zu den Arbeitszeiten der Beschäftigten sind Mehrfachantworten möglich.

Fragebogen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Dieser Fragebogen enthält Maßnahmen und Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die zum Teil bereits von der Universität Ulm angeboten werden. Hierbei handelt es sich unter anderem um Maßnahmen im Bereich Teilzeitregelungen, Elternzeit und Kinderbetreuung (Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. 2016). Die Relevanz der einzelnen Maßnahmen kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala bewertet werden (1 = „sehr wichtig“ bis 5 = „überhaupt nicht wichtig“).

Work Family und Family Work Conflict Scale

Die Work Family Conflict (WFC) Scale und Family Work Conflict (FWC) Scale wurden von Netemeyer et al. (1996) entwickelt und erfassen den wechselseitigen Einfluss von Beruf und Familie sowie die daraus entstehenden Belastungen und Konflikte. Es können zehn Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala jeweils mit 1 = „nein gar nicht“ bis 5 = „ja genau“ bewertet werden, wobei ein höherer Wert mit einem größeren Konfliktpotential einhergeht. Fünf Items ermitteln den Einfluss des Berufs auf die Familie (WFC) und fünf Items den umgekehrten Effekt (FWC) (Netemeyer et al. 1996). Der Fragebogen beinhaltet Items zu den Verpflichtungen, Anforderungen, Erwartungen und Verantwortlichkeiten durch die jeweiligen Rollen. Ein Beispielitem

der WFC Scale lautet: „Die Anforderungen meiner Arbeit kollidieren mit meinem privaten und familiären Leben“ und eine Beispielvariable der FWC Scale ist: „Wegen der zeitlichen Anforderungen zu Hause muss ich Dinge bei der Arbeit verschieben“. Es wird jeweils ein Summenscore für die WFC Scale und die FWC Scale gebildet, wobei hohe Werte auf einen großen Interrollenkonflikt hindeuten. Der durchschnittliche Alpha-Koeffizient beträgt für die WFC Scale 0,88 und für die FWC Scale 0,86. Somit liegt eine gute interne Konsistenz vor (Netemeyer et al. 1996).
Für die WFC Scale und die FWC Scale existieren Normwerte verschiedener Berufsgruppen (Lehrer, Geschäftsinhaber und Handelsvertreter) (Netemeyer et al. 1996). Die Durchschnittswerte der drei Berufsgruppen der Normstichprobe wurden als Cutoff-Werte herangezogen.

Effort-Reward Imbalance und Overcommitment Questionnaire

Das von Siegrist (1996) entwickelte Effort-Reward Imbalance (ERI) Modell erachtet berufliche Gratifikationskrisen als Resultate eines Ungleichgewichts zwischen den Anforderungen des Berufs und der Anerkennung für erbrachte Leistungen. Der Effort-Reward Imbalance Questionnaire quantifiziert ein solches Ungleichgewicht und erfasst somit die extrinsische Komponente des Modells.
Laut Siegrist (1996) können Gratifikationskrisen durch eine übersteigerte persönliche Verausgabungsneigung zusätzlich verschärft werden. Diese intrinsische Modellkomponente wird durch den Overcommitment (OC) Questionnaire erfasst.

In der hier verwendeten gekürzten Version des von Siegrist et al. (2004) entwickelten Effort-Reward Imbalance Questionnaire beziehen sich drei Items auf die Anstrengung (Effort), z.B.: „Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig großer Zeitdruck“. Die Belohnung (Reward) wird mittels sieben Fragen erfasst, von denen drei die Arbeitsplatzsicherheit beinhalten und jeweils zwei die Wertschätzung und die Aufstiegschancen bzw. die Bezahlung ermitteln (Leineweber et al. 2010). Ein Beispielitem lautet: „Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene“. Die Items können auf einer vierstufigen Likert-Skala mit 1 = „stimme gar nicht zu“ bis 4 = „stimme voll zu“ bewertet werden. Für beide Skalen wird jeweils ein Summenscore gebildet. Dieser

hat für den Faktor Anstrengung eine Spannbreite von 3 bis 12, wobei höhere Werte ein höheres Stresslevel durch größere Anstrengung bedeuten. Der Score für den Faktor Belohnung kann von 7 bis 28 variieren. Höhere Werte weisen dabei auf ein geringeres Stresslevel durch größere erlebte Belohnung hin. Bei den Fragen 5, 6 sowie 7 zur Erfassung der erfahrenen Belohnung ist eine Umpolung notwendig.

Da speziell das Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung erfasst werden soll, wird ein Effort-Reward-Ratio gebildet. Hierzu wird der Summenwert für Belohnung mit einem Korrekturfaktor multipliziert (0,42857143). Anschließend wird der Summenwert für Anstrengung durch den korrigierten Summenwert für Belohnung dividiert.

Laut Siegrist et al. (2004) deutet basierend auf mathematischen Überlegungen ein ERI-Ratio > 1 (Cutoff 1) auf ein Effort-Reward-Ungleichgewicht und somit eine Gratifikationskrise mit entsprechender gesundheitlicher Gefährdung hin. Für die hier verwendete, aus 10 Items bestehende Kurzform des ERI-Questionnaire mit einer vierstufigen Likert-Skala empfehlen Kurioka et al. (2013) einen Cutoff von > 1,4 (Cutoff 2) für den ERI-Ratio, um eine bessere Übereinstimmung mit der längeren Originalversion zu erhalten.

Eine Gratifikationskrise kann durch eine hohe Verausgabungsneigung, d.h. einen hohen Wert auf der Overcommitment-Skala als Hinweis auf ungünstige Bewältigungsmechanismen, zusätzlich verschärft werden. Der Fragebogen zur Verausgabungsneigung (Overcommitment) besteht aus sechs Items, die analog den Fragen zu Anstrengung und Belohnung auf einer vierstufigen Likert-Skala beantwortet werden können (1 = „stimme gar nicht zu“ bis 4 = „stimme voll zu“). Ein Item lautet z.B.: „Diejenigen, die mir am nächsten stehen, sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf“. Für die Berechnung des Summenwerts wird ein Item umgepolt. Der gebildete Summenscore kann einen Maximalwert von 24 annehmen, was eine hohe Verausgabungsneigung bedeutet und der niedrigste Wert von 6 deutet auf eine geringe Verausgabungsneigung hin. Es wurde der von Lehr et al. (2010) empfohlene Cutoff von > 16 für den Overcommitment-Summenscore angewendet.

Für den ERI-Questionnaire liegt Cronbach’s Alpha-Koeffizient für beide Subskalen über 0,70 (Effort 0,74; Reward 0,79). Die Werte des OC-Questionnaire für Cronbach’s Alpha-Koeffizienten liegen bei 0,79 (Siegrist et al. 2009). Somit ist die interne Konsistenz für beide Fragebögen akzeptabel.

Maslach Burnout Inventar

Die Originalfassung des Maslach Burnout Inventory (MBI) besteht aus 25 Items zu den drei Burnout-Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (Maslach u. Jackson 1981). Buessing und Perrar (1992) entwickelten eine ebenfalls aus 25 Items bestehende deutsche Fassung des MBI. Bei der hier verwendeten Version handelt es sich um eine von Prof. Dr. Jürgen Glaser (Universität Innsbruck, Institut für Psychologie) erstellte, bisher unveröffentlichte Kurzform der deutschen Fassung des MBI. Diese beinhaltet sechs Items, wobei nur die Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation behandelt werden. Es wird die Frage gestellt „Wie oft haben Sie dieses Gefühl?“ und sechs Aussagen gemacht, welche arbeitsbezogene Gefühle thematisieren. Ein Item lautet beispielsweise: „Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt“, was zum Bereich der emotionalen Erschöpfung gehört. Eine weiteres Beispielitem ist: „Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche Objekte“ (Depersonalisation). Die Aussagen können auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 0 = „nie“ bis 5 = „sehr oft“ bewertet werden. Zur besseren Vergleichbarkeit mit bestehenden Referenzwerten wurden die Antworten umkodiert (1 = „nie“ bis 6 = „sehr oft“).

Laut Maslach et al. (1996) beträgt Cronbach’s Alpha für emotionale Erschöpfung 0,90 und für Depersonalisation 0,79. Somit ist eine ausreichende interne Konsistenz gegeben.

Es liegen Werte einer Vergleichsstichprobe (Glaser in Vorbereitung) vor, welche bereits im Rahmen einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten der Universitätsklinik Ulm angewendet und veröffentlicht wurden (Limbrecht-Ecklundt et al. 2015).

Patient Health Questionnaire-4

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde von Kroenke et al. (2009) entwickelt und ist ein validierter Kurz-Fragebogen für Angst- und Depressionssymptome. Jeweils zwei Items stellen die Hauptdiagnosekriterien für eine Depression bzw. eine generalisierte Angststörung dar. Zu Beginn wird die Frage „Wie oft fühlen Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden

Beschwerden beeinträchtigt?“ gestellt. Es werden Beschwerden wie Interessen- und Freudlosigkeit, Niedergeschlagenheit, Schwermut und Hoffnungslosigkeit (Depressions-Items) sowie Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung und Besorgnis (Angst-Items) genannt, deren Auftretenshäufigkeit auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet werden kann (0 = „überhaupt nicht“ bis 3 = „fast jeden Tag“). Anschließend wird ein Summenscore gebildet, wobei Werte von 0 bis 2 als normale, von 3 bis 5 als milde, von 6 bis 8 als moderate und von 9 bis 12 als schwere Symptome eingestuft werden. Ein Wert von ≥3 gilt sowohl auf der Depressions-Skala als auch auf der Angst-Skala als Cutoff für eine Depression bzw. eine generalisierte Angststörung, Panikstörung, soziale Phobie oder posttraumatische Belastungsstörung.
Die Validität sowie Reliabilität des PHQ-4 wurden von Kroenke et al. (2009) an einer aus 2149 Patientinnen und Patienten bestehenden Stichprobe geprüft. Mit Cronbach’s Alpha von > 0,8 konnte eine gute interne Konsistenz nachgewiesen werden (Kroenke et al. 2009). Um Vergleichswerte für die Allgemeinbevölkerung zu erhalten, wurde der PHQ-4 von Löwe und Kollegen (2010) an einer repräsentativen Stichprobe bestehend aus 5030 Studienteilnehmenden angewandt (Normstichprobe 1), wobei die Validität und Reliabilität des Befragungsinstruments bestätigt werden konnten. Die oben genannte Stichprobe aus über 2000 Patientinnen und Patienten in der medizinischen Akutversorgung von Kroenke et al. (2009) dient ebenfalls als Normstichprobe (Normstichprobe 2).

Einzelfragen zu Arbeitszufriedenheit, Belastung durch Mehrstunden, Mobbing und Gesundheit

Um die allgemeine Arbeitszufriedenheit zu erfassen, wurde die Frage „Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit im Großen und Ganzen?“ gestellt, welche auf einer vierstufigen Likert-Skala von „sehr gut“ bis „gar nicht“ beantwortet werden konnte (Jerg-Bretzke und Limbrecht 2013).
Außerdem wurde der Parameter „Mobbing“ mittels einer Frage aus dem COPSOQ erfasst: „Fühlen Sie sich durch KollegInnen und Vorgesetzte häufig zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?“. Dies kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nie“ bis „immer“ bewertet werden (Nübling et al. 2009).

Die Frage „Sind Sie zufrieden mit Ihren Arbeitszeiten?“ (ja/nein) thematisiert die Arbeitsbelastung speziell durch die Arbeitszeiten. Des Weiteren wurde ein Item zu Mehrarbeit eingebunden: „Fallen bei Ihrer Arbeit Mehrstunden an?“ (ja/nein). Die darauffolgende Frage „Falls Mehrstunden anfallen, empfinden Sie diese als belastend?“ konnte auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „nie“ bis „immer“ bewertet werden (Jerg-Bretzke u. Limbrecht 2013).
Um die subjektive körperliche Gesundheit der Befragten zu ermitteln, wurde die Gesundheitsfrage von Kandrack et al. (1991) gestellt: „Wie fühlen Sie sich in Ihrem Körper bezogen auf Ihre Gesundheit?“. Dies kann mit einer Schulnote von 1 bis 6 bewertet werden (Kandrack et al. 1991).

Fragen zu Patientensicherheit und Arbeitsbedingungen

Es wurden von der Arbeitsgruppe vier Aussagen zu Arbeitsbedingungen und deren Einfluss auf die Patientensicherheit erstellt, z.B. „Ich habe das Gefühl, dass die Patientensicherheit aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens leidet“. Die Auftretenshäufigkeit konnte für jede Aussage auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = „nie“ bis 5 = „sehr oft“ bewertet werden.

Freitextkommentare

Am Ende des Fragebogens bestand für die an der Befragung teilnehmenden Beschäftigten die Gelegenheit, in freier Form Kommentare abzugeben und Wünsche zu äußern. Zum einen konnten die Teilnehmenden „eigene Anmerkungen, Anregungen, Ergänzungen, Problemstellungen und Kommentare“ hinzufügen, zum anderen wurde die folgende Frage gestellt: „Gilt es auch bestimmte Ideen oder Wünsche, die Sie haben, um Ihre Frauenklinik arbeits- und familienfreundlicher zu gestalten?“. Die entsprechenden Kommentare wurden manuell ausgewertet. Nach Durchsicht der Freitextantworten wurden mehrere Kategorien festgelegt, denen die Kommentare zugeordnet wurden.

Normstichproben und Cutoff-Werte

Für einige der im Vorhergehenden beschriebenen Befragungsinstrumente liegen Werte von Normstichproben vor, welche in der vorliegenden Arbeit zum Vergleich herangezogen wurden. Zudem existieren Cutoff-Werte, welche als Grenzwerte zu verstehen sind, ab deren Höhe von einem auffälligen Testergebnis auszugehen ist (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Normstichproben und Cutoff-Werte (M: Mittelwert; SD: Standardabweichung)

Befragungsinstrument	Normstichproben, Cutoff-Werte	Autor
Work Family Conflict (WFC) und Family Work Conflict (FWC) Scale	Normstichprobe: Lehrer: WFC M = 15,42 (SD = 6,66) FWC M = 9,99 (SD = 4,93) Geschäftsinhaber: WFC M = 17,16 (SD = 8,14) FWC M = 10,30 (SD = 5,23) Handelsvertreter: WFC M = 17,49 (SD = 6,94) FWC M = 11,75 (SD = 6,90) Cutoff WFC: > 16,69 Cutoff FWC: > 10,68	Netemeyer et al. 1996
Effort-Reward Imbalance (ERI) und Overcommitment (OC) Questionnaire	Cutoff ERI-Ratio: Cutoff 1: > 1,0 Cutoff 2: > 1,4 Cutoff OC-Summenwert: > 16	Cutoff 1: Siegrist et al. 2004 Cutoff 2: Kurioka et al. 2013 Cutoff OC: Lehr et al. 2010
Maslach Burnout Inventar (MBI-D-Kurzform)	Vergleichsstichprobe: Emotionale Erschöpfung: M = 3,28 (SD = 1,18) Depersonalisation: M = 1,90 (SD = 1,07)	Glaser in Vorbereitung; Limbrecht-Ecklundt et al. 2015
Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4)	Normstichprobe 1: M = 1,76 (SD = 2,06) Normstichprobe 2: M = 2,5 (SD = 2,8) Cutoff Depression: Summenwert ≥ 3 Cutoff Angst: Summenwert ≥ 3	Normstichprobe 1: Löwe et al. 2010 Normstichprobe 2: Kroenke et al. 2009 Cutoff-Werte: Kroenke et al. 2009

2.3 Statistische Analyse

Die Eingabe und Analyse der durch die Fragebögen erhobenen Daten erfolgte mithilfe der Datenmanagement- und Datenanalysesoftware SPSS (Version 24). Zunächst wurden Berechnungen zur deskriptiven Statistik (Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung) durchgeführt. Für Mittelwertvergleiche wurden t-Tests für unabhängige Stichproben und einfaktorielle Varianzanalysen herangezogen. Die Stichprobenwerte in den verschiedenen Befragungsinstrumenten wurden mittels Ein-Stichproben t-Tests mit bestehenden Normwerten verglichen. Um Zusammenhänge zu erfassen, wurden Korrelationsanalysen nach Spearman durchgeführt. Zur Interpretation der Korrelationskoeffizienten wurden Cohen's Conventions (1988) genutzt, wonach bei einem Korrelationskoeffizienten ab $r = 0{,}10$ von einem schwachen, ab $r = 0{,}30$ von einem mittleren, ab $r = 0{,}50$ von einem starken und ab $r = 0{,}70$ von einem sehr starken Zusammenhang auszugehen ist. Das Signifikanzniveau betrug für alle Berechnungen $p = 0{,}05$. Bei fehlenden Werten erfolgte ein paarweiser Fallausschluss.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Es nahmen 136 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Universitätsfrauenklinik Ulm an der Studie teil. Bei insgesamt 216 Beschäftigten entspricht dies einer Rücklaufquote von 63,0 %. Die Teilnehmenden wurden in folgende Berufsgruppen unterteilt: Arzt/Ärztin, Pflege, Hebammen, Verwaltungs- und Schreibdienst sowie Sonstige (z.B. wissenschaftliche Angestellte), wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Unter den 136 Studienteilnehmenden gab es 33 Nennungen bei Arzt/Ärztin, 53 bei Pflege, 31 bei Hebammen, 5 bei Verwaltungs- und Schreibdienst und 18 bei Sonstige. Vier der Beschäftigten gaben jeweils zwei Antworten.

Wie in Tabelle 3 ersichtlich ist, waren 94,4 % (n = 127) der Studienteilnehmenden weiblich und 6,6 % (n = 9) männlich. Ein Anteil von 55,1 % der Beschäftigten hatte eine Vollzeitstelle und 44,9 % eine Teilzeitstelle. Zum Befragungszeitpunkt arbeiteten 53,7 % der Teilnehmenden im Schichtdienst. Auf die Frage „Haben Sie Kinder?“ antworteten 54,5 % mit „ja“. Bei einem Anteil von 42,6 % lebten zum Erhebungszeitpunkt Kinder im eigenen Haushalt. Knapp ein Drittel (30,1 %) der Teilnehmenden gab an, einen befristeten Arbeitsvertrag zu haben.

Tabelle 3: **Übersicht über die demografischen Daten der an der Studie teilnehmenden Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm, 2017 (n = 136); Angaben in absoluter Häufigkeit und Prozent**
Modifiziert nach: Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Janni W, Ebner F, Rottler E, Walter S, de Gregorio A: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik – Auswertung einer systematischen Berufsgruppen-übergreifenden Befragung. Z Geburtshilfe Neonatol (2020). DOI: 10.1055/a-1200-3070; mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG

	n	*%*
Geschlecht		
Männlich	9	*6,6*
Weiblich	127	*93,4*
Position/Funktion (Mehrfachnennungen möglich)		
Arzt/Ärztin	33	*24,3*
Pflege	53	*39,0*
Hebammen	31	*22,8*
Verwaltungs- und Schreibdienst	5	*3,7*
Sonstige	18	*13,2*
Vollzeit oder Teilzeit		
Vollzeit	75	*55,1*
Teilzeit	61	*44,9*
Arbeitsvertrag		
Befristet	41	*30,1*
Unbefristet	95	*69,9*
Familienstand		
In Partnerschaft	103	*75,7*
Alleinstehend	33	*24,3*
Kinder		
nein	62	*45,6*
Ja, aber nicht im eigenen Haushalt	16	*11,8*
Ja, im eigenen Haushalt	58	*42,6*

Abbildung 2 zeigt die Antworten der Beschäftigten auf die Frage „Wie sehen Ihre Arbeitszeiten aus?“, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Ein Anteil von 53,7 %

der Beschäftigten gab an, im Schichtdienst zu arbeiten. Auffällig ist, dass 18,4 % der Teilnehmenden maximal mehr als 24 Stunden in der Klinik anwesend sind.

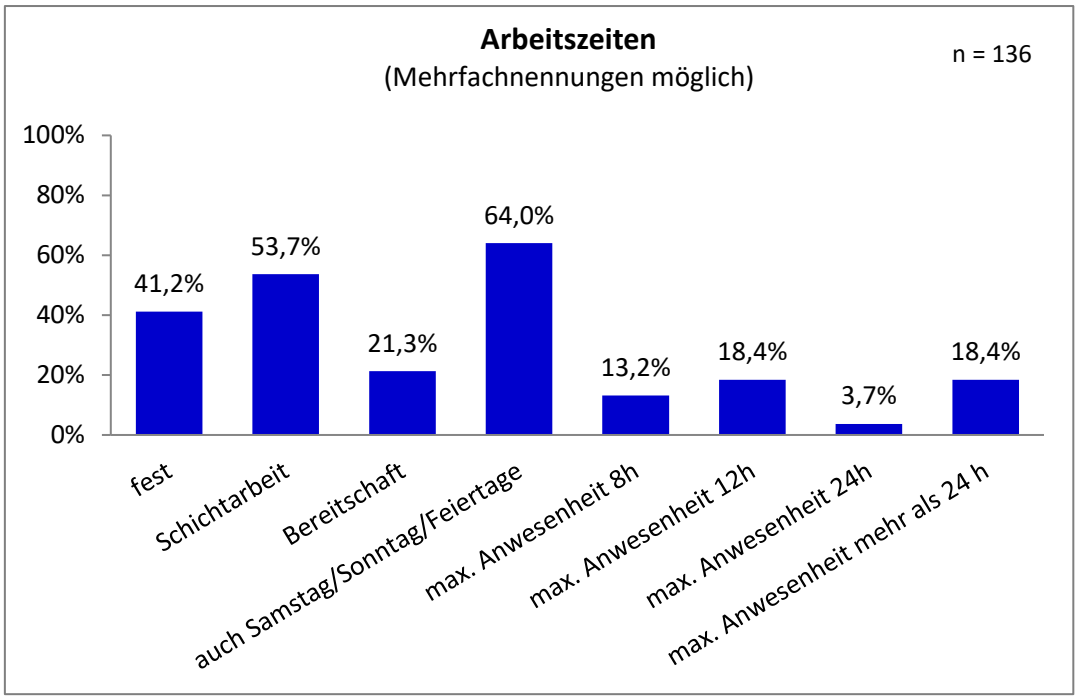

Abbildung 2: Antworten auf die Frage „Wie sehen Ihre Arbeitszeiten aus?“ (Mehrfachnennungen waren möglich) durch die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

Mehr als zwei Drittel der Beschäftigten (67,9 %) scheinen mit den Arbeitszeiten zufrieden zu sein (vgl. Abbildung 3), wohingegen sich 32,1 % hinsichtlich ihrer Arbeitszeiten unzufrieden zeigten.

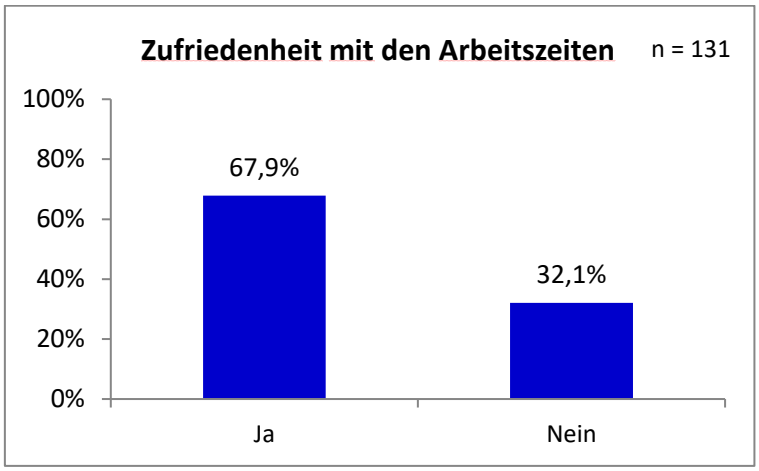

Abbildung 3: Antworten auf die Frage „Sind Sie zufrieden mit Ihren Arbeitszeiten?“ durch die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

Bei 91,9 % der Teilnehmenden fallen regelmäßig Mehrstunden an. Nur 8,1 % haben keine Mehrstunden abzuleisten (Abbildung 4). Abbildung 5 veranschaulicht das Ausmaß der Belastung durch diese Mehrstunden.

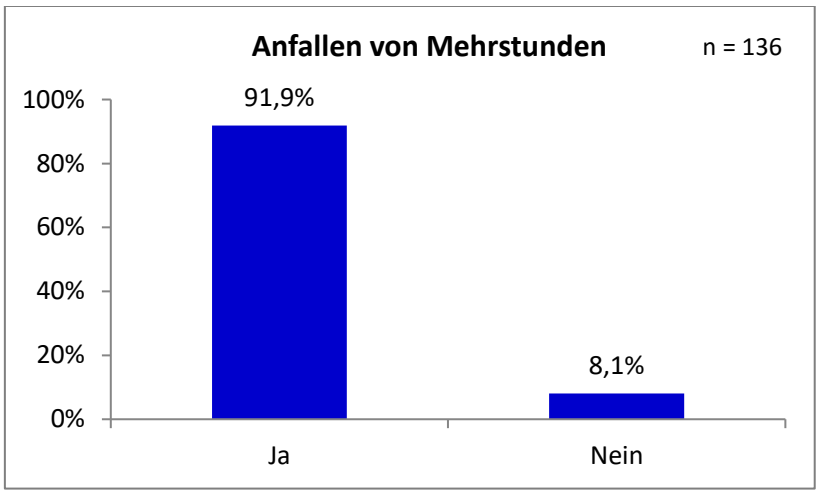

Abbildung 4: Antworten auf die Frage „Fallen bei Ihrer Arbeit Mehrstunden an?“ durch die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

Abbildung 5 zeigt, dass 46,6 % der Beschäftigten die anfallenden Mehrstunden häufig oder immer als belastend empfinden. Ein Anteil von 38,2 % der Beschäftigten fühlt sich manchmal durch Mehrstunden belastet und nur 15,3 % der Teilnehmenden nehmen selten oder nie eine Belastung durch anfallende Mehrstunden wahr.

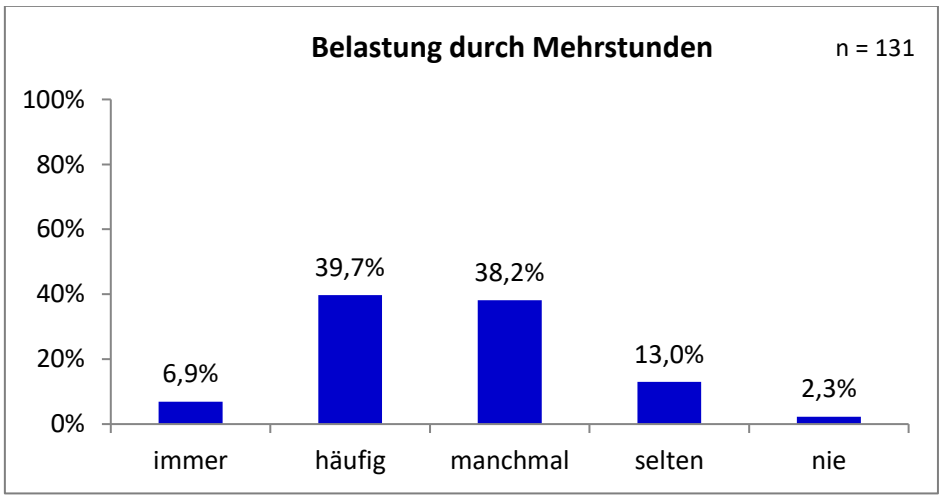

Abbildung 5: Antworten auf die Frage „Falls Mehrstunden anfallen, empfinden Sie diese als belastend?“ durch die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

In der vorliegenden Arbeit wurden einige Hypothesen mit der Teilstichprobe „medizinisches Personal“ (n = 115) überprüft. Aus diesem Grund soll Tabelle 4 der Vollständigkeit halber einen Überblick über die Werte der Gesamtstichprobe in den einzelnen Befragungsinstrumenten geben.

Tabelle 4: Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe (Beschäftigte der Universitätsfrauenklinik Ulm, 2017) in den verschiedenen Befragungsinstrumenten

n:	Anzahl der Teilnehmenden	ERI:	Effort-Reward Imbalance
M:	Mittelwert	OC:	Overcommitment
SD:	Standardabweichung	PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4
WFC:	Work Family Conflict	FWC:	Family Work Conflict
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

		Beschäftigte der Universitätsfrauenklinik Ulm		
		n	**M**	**SD**
WFC Scale		131	15,09	5,12
FWC Scale		130	9,71	3,55
ERI	Effort	130	10,50	1,74
	Reward	122	17,01	3,68
	ERI-Ratio	119	1,53	0,52
	OC	127	15,44	3,69
MBI-EE		129	3,94	1,24
MBI-DP		127	1,78	0,98
PHQ-4		132	2,98	2,30

Tabelle 5 stellt den jeweiligen Anteil der Gesamtstichprobe oberhalb der Cutoff-Werte im PHQ-4 und im ERI- sowie Overcommitment-Questionnaire dar. Es wird ersichtlich, dass 19,4 % der Gesamtstichprobe im PHQ-4 einen Wert von ≥ 3 auf der Angst-Skala erzielten, was als Cutoff für eine Angsterkrankung gilt. Ein Anteil von 17,3 % erreichte den entsprechenden Cutoff auf der Depressions-Skala. Etwa 86,6 % der Teilnehmenden erreichten einen ERI-Ratio von > 1, was auf ein bestehendes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung hindeutet. Oberhalb des Cutoffs > 1,4 lagen 58,0 % der Beschäftigten. Im Overcommitment-Questionnaire erreichten 35,4 % der Beschäftigten den Cutoff > 16.

Tabelle 5: Anteil der Gesamtstichprobe (Beschäftigte der Universitätsfrauenklinik Ulm, 2017) (n = 136) oberhalb der Cutoff-Werte im PHQ-4 und im ERI- sowie OC-Questionnaire in absoluter Häufigkeit und Prozent

n: Anzahl der Teilnehmenden
PHQ-4: Patient Health Questionnaire-4
ERI: Effort-Reward Imbalance
OC: Overcommitment

		Beschäftigte der Universitätsfrauenklinik Ulm	
		n	**%**
PHQ-4	Depressions-Skala ≥ 3	23	17,3
	Angst-Skala ≥ 3	26	19,4
ERI	ERI-Ratio > 1	103	86,6
	ERI-Ratio > 1,4	69	58,0
	OC-Summenwert > 16	45	35,4

3.2 Ergebnisse der Hypothesen

3.2.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Hypothese 1a:

> *„Bei medizinischem Personal findet sich ein Konflikt zwischen den Arbeitsbedingungen und den familiären Verantwortlichkeiten. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besteht ein größerer wechselseitiger Konflikt zwischen Beruf und Familie."*

Zur Überprüfung von Hypothese 1a wurden die Work Family Conflict (WFC) Scale und die Family Work Conflict (FWC) Scale herangezogen. Ein Vergleich zwischen den Mittelwerten des medizinischen Personals und denen der Normstichproben (vgl. Material und Methoden) wurde durchgeführt und in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Mittelwerte und Standardabweichungen des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf der WFC Scale und der FWC Scale; Vergleich mit den Normstichproben der Lehrer, Geschäftsinhaber und Handelsvertreter

n: Anzahl der Teilnehmenden
M: Mittelwert
SD: Standardabweichung
WFC: Work Family Conflict
FWC: Family Work Conflict

	Medizinisches Personal			**Normstichprobe Lehrer**			**Normstichprobe Geschäftsinhaber**			**Normstichprobe Handelsvertreter**		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
WFC	110	16,21	4,49	182	15,42	6,66	162	17,16	8,14	186	17,49	6,94
FWC	110	10,12	3,32	182	9,99	4,93	162	10,30	5,23	186	11,75	6,90

In Tabelle 6 wird ersichtlich, dass das medizinische Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm auf der WFC Scale und der FWC Scale höhere Mittelwerte aufweist als die Berufsgruppe der Lehrer der Normstichprobe. Der durchgeführte Ein-Stichproben t-Test ergab jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Mittelwert des medizinischen Personals und dem der Lehrer auf der

WFC Scale (t_{109} = 1,845; p = 0,068). Auch die Mittelwerte auf der FWC Scale unterschieden sich nicht signifikant zwischen den beiden Gruppen (t_{109} = 0,405; p = 0,686). Das medizinische Personal der Frauenklinik erzielte geringere Mittelwerte auf beiden Skalen als die Berufsgruppen der Geschäftsinhaber und der Handelsvertreter der Normstichprobe. Im Vergleich mit der Gruppe der Geschäftsinhaber zeigte sich ein signifikanter Unterschied für die WFC Scale (t_{109} = -2,223; p = 0,028), nicht aber für die FWC Scale (t_{109} = -0,574; p = 0,567). Im t-Test für eine Stichprobe konnte ein signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten des medizinischen Personals und denen der Handelsvertreter sowohl für die WFC Scale (t_{109} = -2,994; p = 0,003) als auch für die FWC Scale (t_{109} = -5,155; p = 0,000) nachgewiesen werden.

Da sich bei der Stichprobe medizinisches Personal der Frauenklinik kein signifikant höherer Interrollenkonflikt zeigte als bei der Normstichprobe der Lehrer sowie ein signifikant niedrigerer Konflikt als bei den Normstichproben der Geschäftsinhaber und Handelsvertreter, konnte Hypothese 1a nicht bestätigt werden.

Als Cutoff wurden die Durchschnittswerte der drei Berufsgruppen der Normstichprobe herangezogen. Ein Anteil von 48,2 % des medizinischen Personals der Frauenklinik lag über dem Cutoff-Wert von 16,69 für die WFC Scale und ein Anteil von 42,7 % über dem Wert von 10,68 für die FWC Scale.

Hypothese 1b:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie."*

Zur Erfassung eines Unterschieds zwischen den Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm hinsichtlich des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie wurden zunächst die jeweiligen Mittelwerte auf der WFC Scale und FWC Scale berechnet (vgl. Tabelle 7). Hierbei zeigten sich bei der Berufsgruppe Arzt/Ärztin sowohl auf der WFC Scale als auch auf der FWC Scale die höchsten und bei der Gruppe Verwaltung/Sonstige die niedrigsten Mittelwerte.

Tabelle 7: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf der WFC Scale und der FWC Scale

n: Anzahl der Teilnehmenden
M: Mittelwert
SD: Standardabweichung
WFC: Work Family Conflict
FWC: Family Work Conflict

	Ärztinnen und Ärzte			Pflegepersonal, Hebammen			Verwaltung, Sonstige		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
WFC Scale	33	16,33	4,41	77	16,16	4,55	21	9,24	4,18
FWC Scale	33	11,39	3,53	77	9,57	3,09	20	7,45	3,98

Die anschließend durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte auf der WFC Scale ($F_{2, 128} = 21{,}582$; $p = 0{,}000$) sowie auf der FWC Scale ($F_{2, 127} = 8{,}784$; $p = 0{,}000$) für die verschiedenen Berufsgruppen.
Durch den (post-hoc) Bonferroni-Test konnten für die WFC Scale signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige sowie Pflege/Hebammen und Verwaltung/Sonstige statistisch nachgewiesen werden ($p = 0{,}000$). Für die FWC Scale konnten statistisch signifikante Unterschiede nachgewiesen werden für die Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen ($p = 0{,}030$), Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}000$) sowie Pflege/Hebammen und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}039$).

Zusammenfassend nehmen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Hebammen einen höheren WFC sowie FWC wahr als Verwaltungs- und sonstige Angestellte. Zudem erzielten Ärztinnen und Ärzte signifikant höhere Werte auf der FWC Scale als die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen. Somit konnte Hypothese 1b bestätigt werden, da sich die Berufsgruppen, entsprechend der oben genannten Hypothese, hinsichtlich der Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Familie unterscheiden.

Abbildung 6 veranschaulicht den prozentualen Anteil der verschiedenen Berufsgruppen der Frauenklinik über den Cutoff-Werten von 16,69 für die WFC Scale und 10,68 für die FWC Scale. Es wird ersichtlich, dass die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte den höchsten Anteil mit Werten über dem jeweiligen Cutoff aufweist, gefolgt

von den Pflegekräften und Hebammen. Die Berufsgruppe Verwaltung und Sonstige weist die niedrigsten Anteile oberhalb der Cutoff-Werte auf.

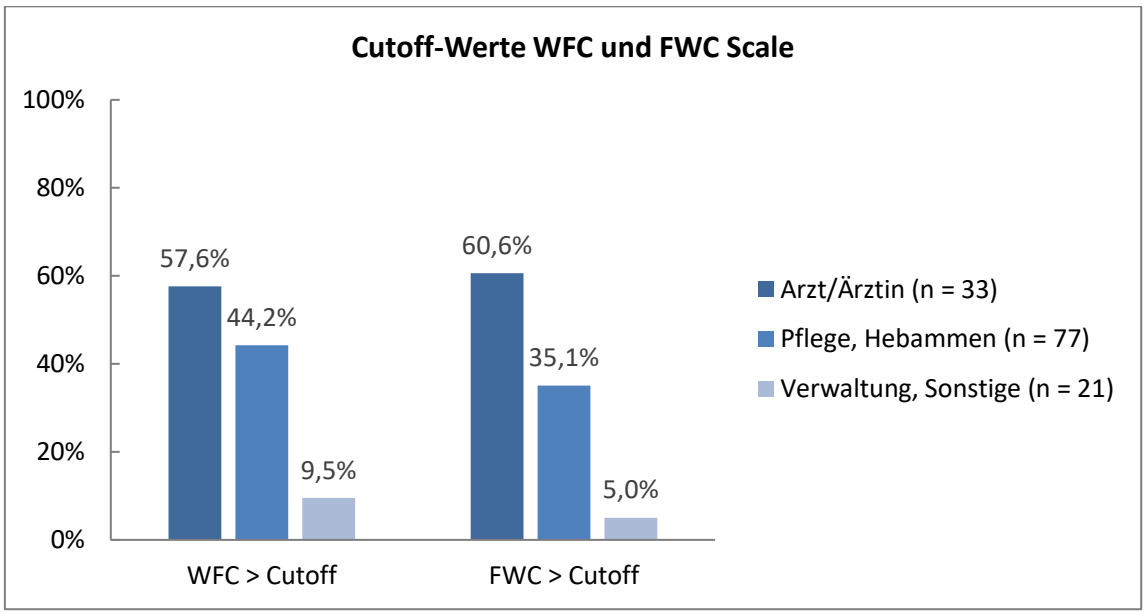

Abbildung 6: Anteil der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) über den Cutoff-Werten der WFC (Work Family Conflict) Scale und der FWC (Family Work Conflict) Scale in Prozent

Hypothese 1c:

„Bei Beschäftigten mit Kind zeigt sich ein größeres Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie als bei Beschäftigten ohne Kind."

Zur Überprüfung von Hypothese 1c wurden die Mittelwerte der WFC Scale und der FWC Scale, aufgetrennt nach Beschäftigten mit Kind und ohne Kind, herangezogen (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Mittelwerte und Standardabweichungen der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) mit Kind und ohne Kind auf der WFC Scale und der FWC Scale

n:	Anzahl der Teilnehmenden	WFC:	Work Family Conflict
M:	Mittelwert	FWC:	Family Work Conflict
SD:	Standardabweichung	p:	Signifikanz

	Mit Kind			Ohne Kind			p
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	
WFC Scale	73	14,89	5,00	58	15,34	5,29	0,615
FWC Scale	71	10,11	3,48	59	9,22	3,60	0,154

In Tabelle 8 wird ersichtlich, dass die Beschäftigten der Frauenklinik mit Kind geringere Mittelwerte auf der WFC Scale und höhere Mittelwerte auf der FWC Scale erzielten als die Angestellten ohne Kind. Dieser Unterschied stellte sich jedoch weder für die WFC Scale (t_{129} = -0,504; p = 0,615) noch für die FWC Scale (t_{128} = 1,434; p = 0,154) als statistisch signifikant heraus, weshalb Hypothese 1c nicht angenommen werden konnte.

Hypothese 1d:

„Weibliche Mitarbeiterinnen erfahren einen größeren Konflikt zwischen Beruf und Familie als männliche Mitarbeiter."

Um einen Unterschied der problematischen Vereinbarkeit von Beruf und Familie zwischen den männlichen und den weiblichen Beschäftigten festzustellen, wurden die jeweiligen Mittelwerte auf der WFC Scale und der FWC Scale für die beiden Gruppen getrennt erfasst (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Mittelwerte und Standardabweichungen der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf der WFC Scale und der FWC Scale aufgetrennt nach Geschlechtern

n: Anzahl der Teilnehmenden SD: Standardabweichung
M: Mittelwert p: Signifikanz

	Männlich			Weiblich			p
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	
WFC Scale	9	18,00	3,84	122	14,88	5,14	0,077
FWC Scale	9	13,67	3,81	121	9,41	3,36	0,000

In Tabelle 9 wird ersichtlich, dass die männlichen Mitarbeiter auf beiden Skalen höhere Mittelwerte erzielten als die weiblichen Mitarbeiterinnen. Der Unterschied erwies sich in dem durchgeführten t-Test für unabhängige Stichproben für die WFC Scale als statistisch nicht signifikant ($t_{129} = 1{,}782$; $p = 0{,}077$), wohingegen sich für die FWC Scale ein signifikanter Unterschied zeigte ($t_{128} = 3{,}631$; $p = 0{,}000$). Somit konnte Hypothese 1d nicht bestätigt werden.

Hypothese 1e:

„Bei den Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm besteht ein hoher Bedarf an Maßnahmen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie."

Zur Erfassung des Bedarfs an Maßnahmen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wurde der Vereinbarkeitsfragebogen ausgewertet. Die fünf am häufigsten als „sehr wichtig" bewerteten Maßnahmen sind in Tabelle 10 aufgelistet.

Tabelle 10: Bewertung der Relevanz verschiedener Maßnahmen und Regelungen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie durch die Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent
Modifiziert nach: Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Janni W, Ebner F, Rottler E, Walter S, de Gregorio A: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik – Auswertung einer systematischen Berufsgruppen-übergreifenden Befragung. Z Geburtshilfe Neonatol (2020). DOI: 10.1055/a-1200-3070; mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG

Maßnahme	Sehr wichtig [%]	Wichtig [%]	Kumuliert wichtig und sehr wichtig [%]
Die Unterbrechung der Arbeit im familiären Notfall ist möglich	74,4	20,3	94,7
Teilzeitregelungen	72,0	19,7	91,7
Familienbedingte Auszeit (Elternzeit, Pflegezeit)	71,8	22,1	93,9
Kinderbetreuung 7 bis 18 Uhr	48,8	36,8	85,6
Kinderbetreuung 5.30 bis 23 Uhr	44,4	22,2	66,7

Wie in Tabelle 10 ersichtlich, wird von den Beschäftigten der Frauenklinik die Möglichkeit der Unterbrechung der Arbeit im familiären Notfall als wichtigste Maßnahme angesehen, um Interrollenkonflikte zu verringern. Auch Teilzeitregelungen sowie familienbedingte Auszeit (Elternzeit, Pflegezeit) wurden von etwa 70 % der Beschäftigten als sehr wichtig und von weiteren 20 % als wichtig bewertet.

3.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Hypothese 2a:

> *„Medizinisches Personal zeigt eine hohe Arbeitsbelastung durch ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung. Dies wird durch eine ausgeprägte persönliche Verausgabungstendenz zusätzlich verschärft."*

Um Hypothese 2a zu prüfen, wurde der Effort-Reward Imbalance (ERI) Questionnaire angewendet. Für die Teilstichprobe „medizinisches Personal" wurden die

Summenscores für die Subskalen Effort (Anstrengung) und Reward (Belohnung) sowie für die Skala Overcommitment (Verausgabungsneigung) gebildet. Anschließend wurde der ERI-Ratio berechnet (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf den Skalen für Effort, Reward und Overcommitment sowie ERI-Ratio

n: Anzahl der Teilnehmenden
M: Mittelwert
SD: Standardabweichung
ERI: Effort-Reward Imbalance
OC: Overcommitment

	Medizinisches Personal		
	n	**M**	**SD**
Effort	111	10,88	1,43
Reward	105	16,97	3,75
ERI-Ratio	103	1,58	0,52
OC	109	15,85	3,69

Wie Tabelle 11 zeigt, beträgt der Mittelwert des medizinischen Personals auf der Effort-Skala 10,88 (Bereich 3-12), auf der Reward-Skala 16,97 (Bereich 7-28) und auf der Overcommitment-Skala 15,85 (Bereich 6-24). Zudem wird ersichtlich, dass der ERI-Ratio des medizinischen Personals mit einem Mittelwert von 1,58 über beiden Cutoff-Werten liegt. Ein ERI-Ratio von > 1 (Cutoff 1) konnte bei 90,3 % festgestellt werden, während 63,1 % über dem Cutoff von 1,4 (Cutoff 2) lagen. Auf der Overcommitment-Skala erzielten 41,3 % des medizinischen Personals einen Wert oberhalb des Cutoffs von 16.

Diese Ergebnisse unterstützen Hypothese 2a: Bei medizinischem Personal handelt es sich um ein Kollektiv mit einem hohen Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung sowie einer ausgeprägten persönlichen Verausgabungstendenz.

Hypothese 2b:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Anerkennung sowie hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit."*

Die Mittelwerte der unterschiedlichen Berufsgruppen der Frauenklinik wurden für die Subskalen des ERI-Questionnaire berechnet und in Tabelle 12 dargestellt. Die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen wies auf der Effort-Skala, auf der Overcommitment-Skala sowie für den ERI-Ratio die höchsten Werte auf. Ärztinnen und Ärzte erzielten hingegen den höchsten Mittelwert auf der Reward-Skala.

Tabelle 12: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf den Skalen für Effort, Reward und Overcommitment sowie ERI-Ratio

n:	Anzahl der Teilnehmenden	ERI:	Effort-Reward Imbalance
M:	Mittelwert	OC:	Overcommitment
SD:	Standardabweichung		

	Ärztinnen und Ärzte			Pflegepersonal, Hebammen			Verwaltung, Sonstige		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
Effort	32	10,00	1,67	79	11,24	1,15	19	8,26	1,73
Reward	32	20,72	2,95	73	15,33	2,74	17	17,24	3,33
ERI-Ratio	31	1,15	0,27	72	1,77	0,48	16	1,18	0,37
OC	32	15,19	3,82	77	16,13	3,62	18	12,94	2,58

Es wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt, die signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen für die Skalen Effort ($F_{2, 127} = 38{,}393$; $p = 0{,}000$), Reward ($F_{2, 119} = 38{,}921$; $p = 0{,}000$) und Overcommitment ($F_{2, 124} = 5{,}983$; $p = 0{,}003$) sowie für den ERI-Ratio ($F_{2, 116} = 29{,}936$; $p = 0{,}000$) ergab.
Der (post-hoc) Bonferroni-Test zeigte für die Skala Effort signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen ($p = 0{,}000$). Auch für die Skala Reward unterschieden sich die Werte signifikant zwischen allen drei Gruppen: Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen ($p = 0{,}000$), Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}000$)

sowie Pflege/Hebammen und Verwaltung/Sonstige (p = 0,047). Die Gruppe Pflege/Hebammen wies jeweils einen signifikant höheren ERI-Ratio auf als die beiden anderen Berufsgruppen Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige (p = 0,000). Für die Skala Overcommitment ließ sich nur im Vergleich der Gruppe Pflege/Hebammen mit der Gruppe Verwaltung/Sonstige ein signifikanter Unterschied feststellen (p = 0,002).

Die Reward-Skala lässt sich weiter aufgliedern in die drei Subskalen Wertschätzung, Bezahlung bzw. Aufstiegschancen und Arbeitsplatzsicherheit. Tabelle 13 veranschaulicht die Mittelwerte der verschiedenen Berufsgruppen aufgegliedert für diese drei Bereiche.

Tabelle 13: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) auf den drei Subskalen der Reward-Skala

n: Anzahl der Teilnehmenden SD: Standardabweichung
M: Mittelwert

	Ärztinnen und Ärzte			Pflegepersonal, Hebammen			Verwaltung, Sonstige		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
Wertschätzung	32	5,34	1,23	75	4,83	1,44	19	5,00	1,29
Bezahlung/Aufstieg	32	8,84	1,42	80	5,41	1,70	20	6,05	1,43
Arbeitsplatzsicherheit	32	6,53	1,05	80	4,83	1,12	20	5,40	1,82

Die durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen den Berufsgruppen für die Subskalen Bezahlung/Aufstieg ($F_{2, 131}$ = 53,221; p = 0,000) und Arbeitsplatzsicherheit ($F_{2, 131}$ = 21,905; p = 0,000).
Durch den (post-hoc) Bonferroni-Test konnten für die Subskala Bezahlung/Aufstieg (p = 0,000) signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen (p = 0,000) sowie Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige (p = 0,000) nachgewiesen werden. Auch für die Subskala Arbeitsplatzsicherheit unterschieden sich die Werte signifikant zwischen den Gruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen (p = 0,000) und Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige (p = 0,012).

Die allgemeine Arbeitszufriedenheit der verschiedenen Berufsgruppen wurde mittels der Frage „Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit im Großen und Ganzen?“ erfasst. Tabelle 14 zeigt die Mittelwerte der Antworten auf diese Frage, wobei höhere Werte einer größeren Arbeitszufriedenheit entsprechen.

Tabelle 14: Mittelwerte und Standardabweichungen der allgemeinen Arbeitszufriedenheit der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n: Anzahl der Teilnehmenden SD: Standardabweichung
M: Mittelwert

	Ärztinnen und Ärzte			**Pflegepersonal, Hebammen**			**Verwaltung, Sonstige**		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
Arbeitszufriedenheit	33	3,36	0,55	81	2,96	0,72	21	3,34	0,51

Die durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ($F_{2, 132} = 7{,}033$; $p = 0{,}001$). Durch den (post-hoc) Bonferroni-Test konnten für die Arbeitszufriedenheit statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen ($p = 0{,}010$) sowie Verwaltung/Sonstige und Pflege/Hebammen ($p = 0{,}012$) nachgewiesen werden. Abbildung 7 gibt einen genaueren Überblick über die Verteilung der Antworten auf die Frage „Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit im Großen und Ganzen?“ aufgetrennt nach Berufsgruppen.

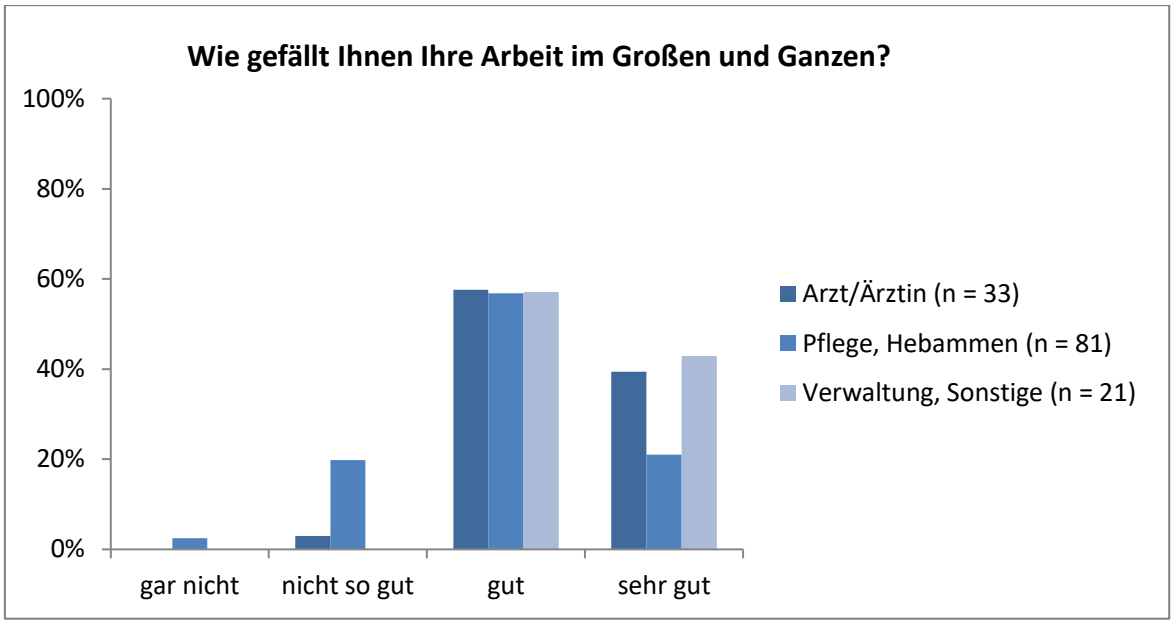

Abbildung 7: Antworten auf die Frage „Wie gefällt Ihnen Ihre Arbeit im Großen und Ganzen?“ durch die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

In Abbildung 7 wird ersichtlich, dass die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen deutlich häufiger mit „nicht so gut“ und weniger häufig mit „sehr gut“ antwortete als die anderen beiden Gruppen. Während nur 3,0 % der Ärztinnen und Ärzte und niemand aus der Gruppe der Verwaltungsangestellten bzw. sonstigen Angestellten mit „nicht so gut“ antwortete, gaben 19,8 % der Pflegekräfte und Hebammen diese Antwort. Mit „sehr gut“ antworteten 21,0 % der Pflegekräfte und Hebammen, wohingegen 39,4 % der Ärztinnen und Ärzte sowie 42,9 % der Verwaltungsangestellten und sonstigen Angestellten diese Antwort gaben.

Somit konnte Hypothese 2b angenommen werden: Die Berufsgruppen der Frauenklinik unterscheiden sich sowohl hinsichtlich der psychosozialen Arbeitsbelastung als auch hinsichtlich ihrer Arbeitszufriedenheit, wobei die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen einen signifikant höheren ERI-Ratio sowie eine signifikant niedrigere Arbeitszufriedenheit aufwies als die anderen beiden Gruppen, welche sich hinsichtlich dieser Parameter nicht signifikant unterschieden.

Hypothese 2c:

> *„Es gibt einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und dem empfundenen Konflikt zwischen Beruf und Familie. Ein hohes Konfliktpotential geht mit einer geringen Arbeitszufriedenheit einher."*

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde eine Korrelationsanalyse zwischen der WFC Scale bzw. der FWC Scale und der Frage zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten durchgeführt (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Korrelationen zwischen den Summenwerten auf der WFC Scale sowie der FWC Scale und der allgemeinen Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n: Anzahl der Teilnehmenden WFC: Work Family Conflict
FWC: Family Work Conflict

		Arbeitszufriedenheit
WFC Scale	Korrelation nach Spearman	-0,364**
	Signifikanz	0,000
	n	130
FWC Scale	Korrelation nach Spearman	-0,189*
	Signifikanz	0,032
	n	129

*Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau (zweiseitig) signifikant
**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (zweiseitig) signifikant

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse zeigen einen negativen Zusammenhang zwischen der WFC Scale bzw. FWC Scale und der Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten, was Hypothese 2c bestätigt. Der Korrelationskoeffizient für den Zusammenhang zwischen der WFC Scale und der Arbeitszufriedenheit deutet mit r = -.364 auf einen mittelstarken Zusammenhang hin, wohingegen der Zusammenhang zwischen der FWC Scale und der Arbeitszufriedenheit mit r = -.189 als schwach zu bezeichnen ist.

3.2.3 Psychische und körperliche Gesundheit

Hypothese 3a:

„Bei medizinischem Personal zeigen sich häufiger Symptome einer Depression und Angsterkrankung als bei der Allgemeinbevölkerung."

Es wurde ein Vergleich der durchschnittlichen Summenwerte des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm im Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) mit einer für die deutsche Allgemeinbevölkerung repräsentativen Normstichprobe (Normstichprobe 1) durchgeführt. Eine weitere Normstichprobe setzt sich aus mehr als 2000 Patientinnen und Patienten in der medizinischen Akutversorgung zusammen (Normstichprobe 2) (vgl. Material und Methoden). Tabelle 16 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen des medizinischen Personals im Vergleich mit diesen beiden Stichproben.

Tabelle 16: Mittelwerte und Standardabweichungen des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) im PHQ-4; Vergleich mit Normstichproben

n:	Anzahl der Teilnehmenden	SD:	Standardabweichung
M:	Mittelwert	PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4

	Medizinisches Personal			**Normstichprobe 1**			**Normstichprobe 2**		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
PHQ-4	111	3,14	2,40	5003	1,76	2,06	2149	2,5	2,8

Im Vergleich mit Normstichprobe 1 zeigt das medizinische Personal einen signifikant höheren Mittelwert im PHQ-4 ($t_{110} = 6{,}066$; $p = 0{,}000$). Des Weiteren zeigt sich bei medizinischem Personal der Frauenklinik im PHQ-4 ein höherer Mittelwert als bei Normstichprobe 2. Der durchgeführte Ein-Stichproben t-Test ergab auch hier einen signifikanten Unterschied ($t_{110} = 2{,}823$; $p = 0{,}006$). Folglich kann Hypothese 3a angenommen werden.

Abbildung 8 gibt einen Überblick über die prozentuale Verteilung der Summenscore-Werte des medizinischen Personals der Frauenklinik im PHQ-4.

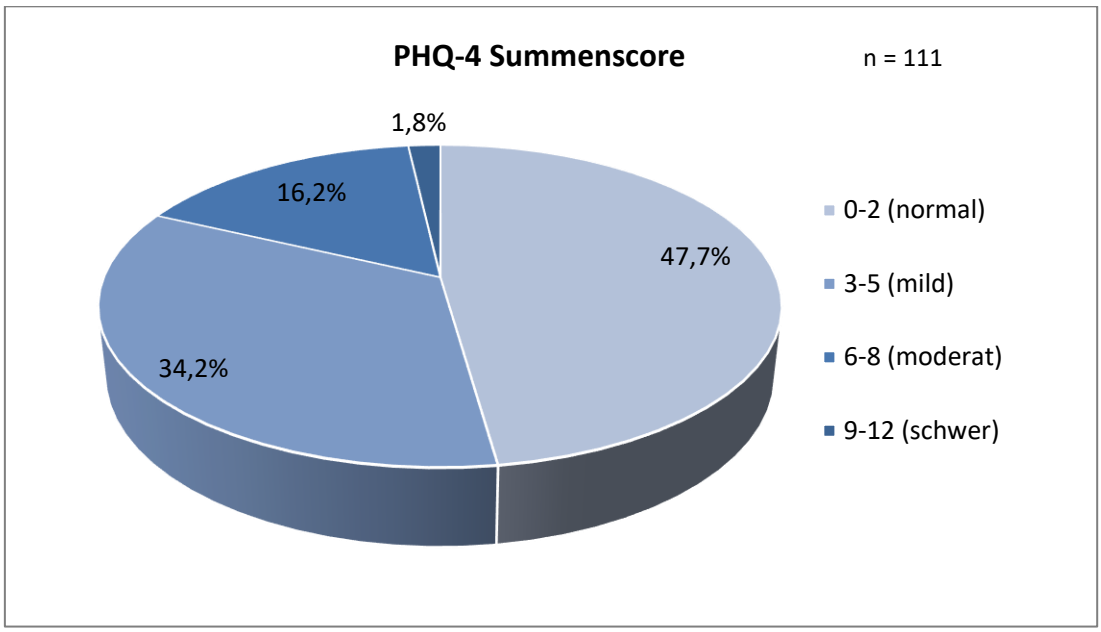

Abbildung 8: Summenscore-Werte des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) im PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4) in Prozent

Ein Anteil von 17,3 % des medizinischen Personals erzielte einen Wert von ≥ 3 auf der Depressions-Skala und 19,4 % auf der Angst-Skala, was als Cutoff für eine Depression bzw. Angsterkrankung gilt.

Hypothese 3b:

„Medizinisches Personal weist häufiger Symptome eines Burnout auf als die Allgemeinbevölkerung."

Um Hypothese 3b zu überprüfen, wurden die Mittelwerte des medizinischen Personals für die beiden Dimensionen des Maslach Burnout Inventar (MBI-D) ermittelt und mit Werten einer Vergleichsstichprobe (vgl. Material und Methoden) verglichen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Mittelwerte und Standardabweichungen des medizinischen Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) im MBI-D; Vergleich mit einer Vergleichsstichprobe

n:	Anzahl der Teilnehmenden	SD:	Standardabweichung
M:	Mittelwert	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung		

	Medizinisches Personal			Vergleichsstichprobe		p
	n	M	SD	M	SD	
MBI-EE	111	4,12	1,17	3,28	1,18	0,000
MBI-DP	109	1,85	1,02	1,90	1,07	0,974

In Tabelle 17 zeigt sich, dass emotionale Erschöpfung bei medizinischem Personal manchmal auftritt und Depersonalisation sehr selten festzustellen ist. Für die Dimension emotionale Erschöpfung wies das medizinische Personal der Frauenklinik einen höheren Mittelwert auf als die Vergleichsstichprobe. Der durchgeführte Ein-Stichproben t-Test zeigte einen signifikanten Unterschied ($t_{110} = 7{,}613$; $p = 0{,}000$). Auf der Subskala Depersonalisation erzielte das medizinische Personal einen geringeren Wert als die Vergleichsstichprobe. Dieser Unterschied stellte sich jedoch als statistisch nicht signifikant heraus ($t_{108} = 0{,}033$; $p = 0{,}974$).
Da das medizinische Personal lediglich im Bereich emotionale Erschöpfung einen signifikant höheren Wert erzielte als die Vergleichsstichprobe, kann Hypothese 3b nur teilweise angenommen werden.

Hypothese 3c:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich ihrer subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit."*

Um die subjektive körperliche und psychische Gesundheit getrennt für die verschiedenen Berufsgruppen der Frauenklinik beurteilen zu können, wurden die Ergebnisse des PHQ-4, des MBI-D sowie der Gesundheitsfrage betrachtet.

In Tabelle 18 sind die Mittelwerte der Beschäftigten, getrennt nach Berufsgruppen, in den Befragungsinstrumenten zur Erfassung der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit aufgeführt. Mit Ausnahme der Subskala Depersonalisation des MBI-D ließen sich die höchsten Werte bei der Gruppe Pflege/Hebammen feststellen und die niedrigsten Werte bei der Gruppe Verwaltung/Sonstige, wobei die Mittelwerte der Gruppen Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige bei der Gesundheitsfrage und im PHQ-4 sehr nah beieinander lagen.

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen der verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) im MBI-D, im PHQ-4 und der Gesundheitsfrage

n:	Anzahl der Teilnehmenden	SD:	Standardabweichung
M:	Mittelwert	PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

	Ärztinnen und Ärzte			Pflegepersonal, Hebammen			Verwaltung, Sonstige		
	n	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**	**n**	**M**	**SD**
MBI-EE	33	3,72	1,32	78	4,29	2,06	18	2,80	1,09
MBI-DP	33	1,87	1,04	76	1,85	1,02	18	1,31	0,54
PHQ-4	33	2,39	2,08	78	3,46	2,47	21	2,14	1,35
Gesundheitsfrage	30	2,27	0,79	73	3,05	0,97	19	2,26	0,93

Die durchgeführte einfaktorielle Varianzanalyse zeigte für die Subskala des MBI-D emotionale Erschöpfung ($F_{2, 128} = 13{,}609$; $p = 0{,}000$) sowie für den PHQ-4 ($F_{2, 129} = 4{,}408$; $p = 0{,}014$) und die Gesundheitsfrage ($F_{2, 119} = 10{,}731$; $p = 0{,}000$) einen signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen. Der (post-hoc) Bonferroni-Test ergab für die Subskala emotionale Erschöpfung signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen ($p = 0{,}047$), Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}019$) sowie Pflege/Hebammen und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}000$). Für den PHQ-4 wurde aufgrund fehlender Varianzhomogenität im Levene-Test das Post-hoc-Verfahren nach Tamhane angewendet. Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe Pflege/Hebammen im Vergleich mit der Gruppe Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}006$). Im Bonferroni-Test unterschieden sich die Mittelwerte der Antworten auf die

Gesundheitsfrage signifikant zwischen den Gruppen Pflege/Hebammen und Arzt/Ärztin ($p = 0{,}000$) sowie Pflege/Hebammen und Verwaltung/Sonstige ($p = 0{,}003$).

Auf der Depressions-Skala erreichten 9,1 % der Ärztinnen und Ärzte, 24,1 % der Pflegekräfte und Hebammen sowie 4,8 % der Verwaltungsangestellten und sonstigen Angestellten einen Wert von ≥ 3, was als Cutoff für eine Depression gilt. Auf der Angst-Skala lagen die entsprechenden Anteile bei 18,2 % für die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte und 25,0 % für die Pflegekräfte und Hebammen. Aus der Gruppe der Verwaltungs- und sonstigen Angestellten erreichte niemand den Cutoff für Angsterkrankungen.

Diese Ergebnisse unterstützen Hypothese 3c, da sich auf allen Skalen zur Erfassung der psychischen und körperlichen Gesundheit, ausgenommen der Skala Depersonalisation des MBI-D, signifikante Berufsgruppenunterschiede feststellen ließen, wobei sich die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen hinsichtlich der Dimension emotionale Erschöpfung des MBI-D in signifikant höherem Ausmaß betroffen zeigte als die beiden anderen Gruppen und die eigene (körperliche) Gesundheit mit einer signifikant schlechteren Schulnote bewertete. Im Hinblick auf den PHQ-4 wies die Gruppe Pflege/Hebammen ebenfalls die höchsten Werte auf, was sich jedoch nur im Vergleich mit der Gruppe Verwaltung/Sonstige als signifikant herausstellte.

Hypothese 3d:

> *„Ein hohes Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie geht mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen einher."*

Um einen potentiellen Zusammenhang zwischen einer problematischen Vereinbarkeit von Beruf und Familie und dem vermehrten Vorkommen von Burnout, Depression und Ängstlichkeit zu erfassen, wurden die Werte auf der WFC Scale bzw. der FWC Scale mit den Summenwerten des MBI-D und des PHQ-4 korreliert (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Summenwerten auf der WFC Scale sowie der FWC Scale und den Summenwerten im PHQ-4 sowie den Mittelwerten im MBI-D der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n:	Anzahl der Teilnehmenden	WFC:	Work Family Conflict
PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4	FWC:	Family Work Conflict
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

		PHQ-4	MBI-EE	MBI-DP
WFC Scale	Korrelation nach Spearman	0,423**	0,629**	0,346**
	Signifikanz	0,000	0,000	0,000
	n	129	126	125
FWC Scale	Korrelation nach Spearman	0,278**	0,252**	0,357**
	Signifikanz	0,002	0,005	0,000
	n	127	124	124

Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse bestätigen Hypothese 3d: Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der WFC Scale bzw. der FWC Scale und den Werten in den beiden Befragungsinstrumenten zur Erfassung der psychischen Gesundheit statistisch nachgewiesen werden.

Hypothese 3e:

> *„Bei Beschäftigten im Schichtdienst lässt sich eine schlechtere subjektive körperliche und psychische Gesundheit feststellen."*

Um Hypothese 3e zu überprüfen, wurden die Antworten auf die Gesundheitsfrage sowie die Werte im PHQ-4 getrennt für Mitarbeitende im Schichtdienst und Beschäftigte, die nicht angaben, im Schichtdienst zu arbeiten, ausgewertet (vgl. Tabelle 20).

Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) der Gesundheitsfrage und im PHQ-4; Vergleich Schichtdienst mit kein Schichtdienst

n:	Anzahl der Teilnehmenden	p:	Signifikanz
M:	Mittelwert	PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4
SD:	Standardabweichung		

	Schichtdienst			Kein Schichtdienst			p
	n	M	SD	n	M	SD	
Gesundheitsfrage	65	3,05	1,01	57	2,39	0,86	0,000
PHQ-4	69	3,46	2,46	63	2,46	1,99	0,012

Die Beschäftigten im Schichtdienst erzielten sowohl im PHQ-4 als auch bei der Gesundheitsfrage höhere Mittelwerte als die Mitarbeitenden ohne Schichtarbeit. Dieser Unterschied stellte sich im durchgeführten t-Test für unabhängige Stichproben als signifikant heraus sowohl für den PHQ-4 ($t_{68} = -2{,}562$; $p = 0{,}012$) als auch für die Gesundheitsfrage ($t_{64} = -3{,}864$; $p = 0{,}000$), weshalb Hypothese 3e angenommen werden konnte.

Hypothese 3f:

> *„Mobbing und interpersonelle Konflikte sind mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen assoziiert."*

Zur Prüfung von Hypothese 3f wurde die Mobbing-Frage herangezogen und zunächst deskriptiv ausgewertet. Der Mittelwert beträgt für die Beschäftigten der Frauenklinik 1,96 (SD 0,90) und ein Anteil von 23,5 % der Beschäftigten fühlt sich manchmal oder oft von Vorgesetzten oder Kollegen zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder bloßgestellt. Des Weiteren wurden die Werte der Mobbing-Frage mit den Summenwerten im PHQ-4 sowie den Mittelwerten auf den beiden Subskalen des MBI-D korreliert (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Korrelationen zwischen den Mittelwerten der Mobbing-Frage und den Summenwerten im PHQ-4 sowie den Mittelwerten im MBI-D der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n:	Anzahl der Teilnehmenden	PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

		PHQ-4	MBI-EE	MBI-DP
Mobbing	Korrelation nach Spearman	0,440**	0,363**	0,241**
	Signifikanz	0,000	0,000	0,007
	n	131	128	126

**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (zweiseitig) signifikant

Es zeigte sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen den Werten der Mobbing-Frage und denen im PHQ-4. Mit $r = 0{,}440$ ist von einer mittelstarken Korrelation auszugehen. Auch die Mittelwerte der beiden Subskalen des MBI-D korrelierten mit den Werten der Mobbing-Frage, wobei hier für emotionale Erschöpfung mit $r = 0{,}363$ ein mittelstarker, für Depersonalisation mit $r = 0{,}241$ ein schwacher Zusammenhang angenommen werden kann. Somit geht Mobbing hypothesenkonform mit dem vermehrten Vorkommen von Angst-, Depressions- und Burnout-Symptomen einher.

Hypothese 3g:

„Gratifikationskrisen korrelieren mit einer schlechteren subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit."

Um dies zu überprüfen, wurden der ERI-Questionnaire sowie der PHQ-4, der MBI-D und die Gesundheitsfrage näher betrachtet und eine Korrelationsanalyse durchgeführt (vgl. Tabelle 22).

Tabelle 22: **Korrelationen zwischen dem ERI-Ratio sowie den Summenwerten der Overcommitment-Skala und den Werten im PHQ-4, MBI-D sowie der Gesundheitsfrage der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)**
Modifiziert nach: Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Schochter F, Janni W, Ebner F, Walter S, de Gregorio A: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Gesundheit von Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik im Berufsgruppenvergleich. Pflegewissenschaft, 23: 91-97 (2021); mit freundlicher Genehmigung der hpsmedia GmbH

n:	Anzahl der Teilnehmenden	ERI:	Effort-Reward Imbalance
PHQ-4:	Patient Health Questionnaire-4	OC:	Overcommitment
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung	MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

		PHQ-4	MBI-EE	MBI-DP	Gesundheitsfrage
ERI-Ratio	Korrelation nach Spearman	0,349**	0,473**	0,209*	0,453**
	Signifikanz	0,000	0,000	0,024	0,000
	n	117	118	116	110
OC	Korrelation nach Spearman	0,582**	0,728**	0,168	0,374**
	Signifikanz	0,000	0,000	0,062	0,000
	n	125	124	124	117

*Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau (zweiseitig) signifikant
**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (zweiseitig) signifikant

Es zeigten sich signifikante positive Korrelationen zwischen dem ERI-Ratio und den beiden Instrumenten zur Erfassung der psychischen Gesundheit (PHQ-4, MBI-D) sowie der Gesundheitsfrage. Für die Summenwerte auf der Skala Overcommitment konnten diese Zusammenhänge mit Ausnahme der Subskala Depersonalisation des MBI-D ebenfalls nachgewiesen werden.

Somit konnte Hypothese 3g angenommen werden: Ein hohes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung im Sinne einer Gratifikationskrise geht mit dem vermehrten Vorkommen von Depressions-, Angst- und Burnout-Symptomen sowie einer als schlechter bewerteten körperlichen Gesundheit einher.

3.2.4 Patientensicherheit

Hypothese 4a:

„Zeitdruck und hohes Arbeitsaufkommen in Kliniken beeinträchtigen die von den Beschäftigten wahrgenommene Qualität der Patientenversorgung."

Um Hypothese 4a zu überprüfen, wurden zwei in der Arbeitsgruppe entwickelte Fragen zum Thema Patientensicherheit herangezogen und für das medizinische Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm ausgewertet (vgl. Abbildung 9 und 10).

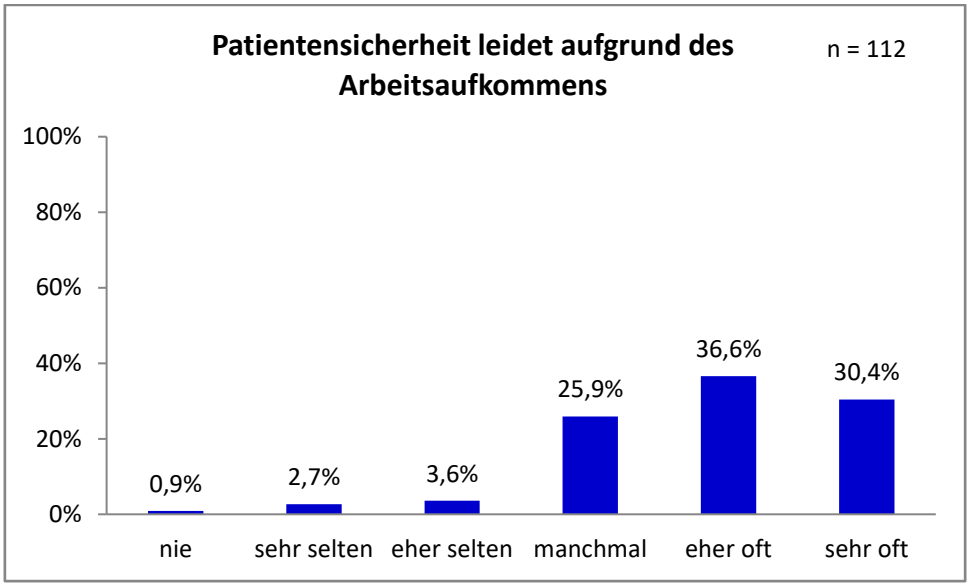

Abbildung 9: Bewertung der Aussage „Ich habe das Gefühl, dass die Patientensicherheit aufgrund des Arbeitsaufkommens leidet" durch das medizinische Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

Die Aussage „Ich habe das Gefühl, dass die Patientensicherheit aufgrund des Arbeitsaufkommens leidet" bewerteten 67,0 % des medizinischen Personals mit „eher oft" oder „sehr oft" (vgl. Abbildung 9). Die Bewertung der Aussage „Ich glaube, dass ich meine Arbeit mit mehr Zeit noch besser und gründlicher machen könnte" wird in Abbildung 10 veranschaulicht.

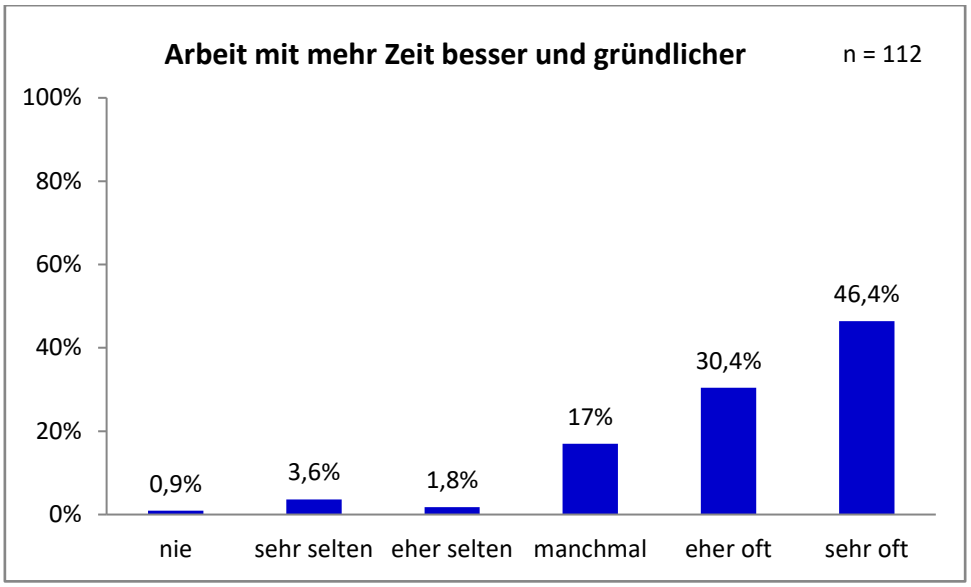

Abbildung 10: Bewertung der Aussage „Ich glaube, dass ich meine Arbeit mit mehr Zeit noch besser und gründlicher machen könnte“ durch das medizinische Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017) in Prozent

Ein Anteil von 78,6 % des medizinischen Personals bewertete die Aussage „Ich glaube, dass ich meine Arbeit mit mehr Zeit noch besser und gründlicher machen könnte“ mit „eher oft“ oder „sehr oft“ (vgl. Abbildung 10).

Hypothese 4b:

„Depressions- und Angstsymptome sowie ein hohes Burnout-Risiko sind mit einer als schlechter wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung assoziiert.“

Um Hypothese 4b zu überprüfen, wurde eine Korrelationsanalyse zwischen den Instrumenten zur Erfassung der psychischen Gesundheit (PHQ-4, MBI-D) und den beiden Einzelfragen zum Thema Patientensicherheit durchgeführt (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Korrelationen zwischen den Summenwerten im PHQ-4 sowie den Mittelwerten im MBI-D und den Antworten auf die Fragen zur Patientensicherheit der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n: Anzahl der Teilnehmenden
MBI-EE: Maslach Burnout Inventar – Emotionale Erschöpfung
PHQ-4: Patient Health Questionnaire-4
MBI-DP: Maslach Burnout Inventar – Depersonalisation

		Patientensicherheit leidet	Arbeit mit mehr Zeit besser
PHQ-4	Korrelation nach Spearman	0,423**	0,224*
	Signifikanz	0,000	0,011
	n	129	128
MBI-EE	Korrelation nach Spearman	0,629**	0,465**
	Signifikanz	0,000	0,000
	n	126	128
MBI-DP	Korrelation nach Spearman	0,346**	0,250**
	Signifikanz	0,000	0,005
	n	125	127

*Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau (zweiseitig) signifikant
**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (zweiseitig) signifikant

Es zeigten sich signifikant positive Korrelationen zwischen den Instrumenten zur Erfassung einer Depressions-, Angst- sowie Burnout-Symptomatik und den Items zum Thema subjektive Patientensicherheit. Diese Resultate bestätigen Hypothese 4b.

Hypothese 4c:

> *„Eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung sowie eine ausgeprägte Verausgabungsneigung stehen in negativem Zusammenhang mit der wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung."*

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen der psychosozialen Arbeitsbelastung bzw. Verausgabungsneigung der Beschäftigten und den Fragen zur wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung festzustellen, wurden der ERI-Ratio sowie der Summenscore der Overcommitment-Skala mit den beiden Items zur Erfassung der subjektiv wahrgenommen Qualität der Patientenversorgung korreliert (vgl. Tabelle 24).

Tabelle 24: Korrelationen zwischen dem ERI-Ratio sowie den Summenwerten auf der Overcommitment-Skala und den Antworten auf die Fragen zur Patientensicherheit der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm (2017)

n: Anzahl der Teilnehmenden OC: Overcommitment
ERI: Effort-Reward Imbalance

		Patientensicherheit leidet	Arbeit mit mehr Zeit besser
ERI-Ratio	Korrelation nach Spearman	0,549**	0,527**
	Signifikanz	0,000	0,000
	n	117	118
OC	Korrelation nach Spearman	0,428**	0,421**
	Signifikanz	0,000	0,000
	n	125	126

*Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau (zweiseitig) signifikant
**Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau (zweiseitig) signifikant

Wie in Tabelle 24 ersichtlich ist, stellten sich alle geprüften Korrelationen als signifikant heraus, wobei die Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen der Overcommitment-Skala und den Items zum Thema Patientensicherheit auf einen mittelstarken Zusammenhang hindeuten. Hinsichtlich der Korrelation zwischen dem ERI-Ratio und den Fragen zur subjektiven Patientensicherheit ist von einem starken Zusammenhang auszugehen. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse konnte Hypothese 4c angenommen werden.

3.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hypothese 1: Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Bei der Teilstichprobe „medizinisches Personal“ der Frauenklinik wurde, anders als zuvor angenommen, ein geringerer WFC und FWC festgestellt als bei den Normstichproben der Geschäftsinhaber und Handelsvertreter. Im Vergleich mit der Gruppe der Lehrer zeigten sich höhere Mittelwerte auf der WFC Scale und der FWC Scale, wobei der Unterschied nicht signifikant war.

Die Berufsgruppen Arzt/Ärztin sowie Pflege/Hebammen nehmen einen ausgeprägteren WFC und FWC wahr als die Gruppe Verwaltung/Sonstige. Des Weiteren zeigten Ärztinnen und Ärzte einen höheren FWC als Pflegekräfte und Hebammen.

Zwischen Beschäftigten mit und ohne Kind zeigte sich kein signifikanter Unterschied des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie.

Bei männlichen Mitarbeitern besteht ein signifikant höherer FWC als bei ihren weiblichen Kolleginnen; der WFC unterschied sich nicht signifikant.

Die Beschäftigten der Frauenklinik erachten die Unterbrechung der Arbeit im familiären Notfall, Teilzeitregelungen sowie familienbedingte Auszeit (Elternzeit, Pflegezeit) als die relevantesten Vereinbarkeitsmaßnahmen.

Hypothese 2: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Mehr als zwei Drittel des medizinischen Personals der Frauenklinik erfahren ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung im Beruf. Bei der Gruppe Pflege/Hebammen besteht ein signifikant höheres Missverhältnis als bei den anderen beiden Berufsgruppen sowie eine höhere Verausgabungsneigung als bei der Gruppe Verwaltung/Sonstige. Pflegekräfte und Hebammen weisen des Weiteren eine geringere Arbeitszufriedenheit auf als Ärztinnen und Ärzte sowie Verwaltungs- und sonstige Angestellte.

Hypothesenkonform geht bei den Beschäftigten der Frauenklinik ein hoher WFC und FWC mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit einher, wobei der Zusammenhang für den WFC als mittelstark, für den FWC als schwach zu werten ist.

Hypothese 3: Psychische und körperliche Gesundheit

Bei medizinischem Personal der Frauenklinik zeigen sich häufiger Depressions- und Angstsymptome als bei der Allgemeinbevölkerung. Die Gruppe Pflege/Hebammen ist häufiger von der Subkomponente emotionale Erschöpfung des MBI-D betroffen und bewertet die eigene (körperliche) Gesundheit schlechter als die anderen beiden Berufsgruppen. Weiterhin wiesen Pflegekräfte und Hebammen die höchsten Werte im PHQ-4 auf, was sich jedoch nur im Vergleich mit den Verwaltungs- und sonstigen Angestellten als signifikant herausstellte.

Bei Beschäftigten im Schichtdienst zeigten sich häufiger Depressions- und Angstsymptome und eine schlechtere Gesundheitsnote als bei Personal, das nicht angab, im Schichtdienst zu arbeiten.

Zu den Faktoren, die bei den Beschäftigten der Frauenklinik mit dem vermehrten Auftreten einer Depressions-, Angst- und Burnout-Symptomatik einhergehen, zählen Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Familie, ein hohes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung im Beruf sowie das Auftreten von Mobbing bzw. interpersonellen Konflikten.

Hypothese 4: Patientensicherheit

Mehr als zwei Drittel des medizinischen Personals der Frauenklinik sind der Meinung, dass die Patientensicherheit „sehr oft“ oder „eher oft“ aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens leidet bzw. denken, dass sie ihre Arbeit mit mehr Zeit „sehr oft“ oder „eher oft“ besser und gründlicher machen könnten. Sowohl das vermehrte Vorkommen von Angst-, Depressions- und Burnout-Symptomen als auch ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung gehen mit einer schlechteren Bewertung der Qualität der Patientenversorgung einher. Hinsichtlich des ERI-Ratio und der Subkomponente emotionale Erschöpfung des MBI-D ist hierbei von einem starken Zusammenhang auszugehen.

4 Diskussion

4.1 Diskussion der Methodik

Die vorliegende Arbeit behandelt den ersten von zwei Erhebungszeitpunkten der Studie im Querschnitt. Bei der Betrachtung der untersuchten Aspekte im Längsschnitt sind differenziertere Rückschlüsse, beispielsweise hinsichtlich der Auswirkung von Maßnahmen zur Schichtarbeit sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie, zu erwarten. Einen Kausalitätsnachweis lässt die hier vorliegende Querschnittsanalyse hingegen nicht oder nur in sehr begrenztem Maß zu.

Für zukünftige Untersuchungen wäre ein multizentrisches Studiendesign wünschenswert, da dieses gegenüber der hier durchgeführten monozentrischen Erhebung eine größere Generalisierbarkeit der Ergebnisse erlauben und die Stichprobengröße erhöhen würde. Der Rücklauf der Studie war mit 63,0 % zufriedenstellend, die Stichprobengröße von 136 Teilnehmenden ist allerdings eher gering, was als Limitation angesehen werden kann. Die für die Berufsgruppenvergleiche gebildeten Untergruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Größe und sind zum Teil klein, beispielsweise die Gruppe der Verwaltungsangestellten und sonstigen Angestellten mit nur 21 Teilnehmenden. Des Weiteren befanden sich unter den Studienteilnehmenden 94,4 % weibliche und 6,6 % männliche Beschäftigte, wobei 7 der 9 Männer zur Gruppe der Ärzte gehörten. Die geringe Anzahl männlicher Teilnehmer limitiert die Aussagekraft von Geschlechtervergleichen, ist allerdings bei einem Anteil von 6,0 % männlicher Beschäftigter der Frauenklinik als repräsentativ anzusehen. Im Allgemeinen ist im Bereich der Frauenheilkunde eine solche Geschlechterverteilung häufig vorzufinden (Hancke et al. 2012).

Die Datenerhebung erfolgte anhand eines anonymen Fragebogens, was gegenüber einer persönlichen Befragung die Vorteile eines geringeren Zeitaufwandes sowie einer fehlenden Beeinflussung durch den Interviewer hat. Da ein von den Befragten selbst auszufüllender Fragebogen angewendet wurde, handelt es sich beispielsweise bei der erfassten psychischen Gesundheit um subjektiv erfahrene Werte und nicht um ärztliche Diagnosen. Des Weiteren ist ein Selektionsbias im Sinne einer Verzerrung der Ergebnisse möglich, da es sich um eine freiwillige Teilnahme handelte und es

denkbar wäre, dass sich die besonders belasteten Beschäftigten verstärkt an der Befragung beteiligten

Die Erfassung des Alters der Beschäftigten war aus Datenschutzgründen nicht möglich, was eine Limitation der Studie darstellt, da ein Einfluss des Alters sowohl auf Vereinbarkeitskonflikte als auch auf die körperliche Gesundheit der Teilnehmenden denkbar ist. Somit wäre es von Vorteil, dies in nachfolgenden Untersuchungen der Thematik zu erfassen.

Hinsichtlich der beiden offen gestellten Fragen muss kritisch angemerkt werden, dass eine quantitative Auswertung dieser qualitativen Elemente erfolgte, indem eine Kategorisierung der Freitextkommentare vorgenommen wurde sowie die jeweiligen Kategorien nach der Anzahl der Nennungen sortiert wurden. Bei der Analyse von Freitextantworten und -kommentaren lässt sich ein gewisser Interpretationsspielraum seitens des Auswertenden nicht vermeiden. Allerdings bieten offene Fragen die Möglichkeit, im Fragebogen bisher noch nicht behandelte Aspekte zu erfassen und Themen zu identifizieren, die für die Beschäftigten besonders hohe Relevanz besitzen, weshalb die Freitextfragen in den Fragebogen aufgenommen wurden.

4.2 Diskussion der Hypothesen

4.2.1 Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Hypothese 1a:

> *„Bei medizinischem Personal findet sich ein Konflikt zwischen den Arbeitsbedingungen und den familiären Verantwortlichkeiten. Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen besteht ein größerer wechselseitiger Konflikt zwischen Beruf und Familie."*

Bei medizinischem Personal der Universitätsfrauenklinik Ulm wurde, anders als zuvor angenommen, ein signifikant niedrigerer Work Family Conflict (WFC) (M = 16,21) und Family Work Conflict (FWC) (M = 10,12) festgestellt als bei der Normstichprobe der Handelsvertreter sowie ein niedrigerer WFC als bei der Gruppe der Geschäftsinhaber. Im Vergleich mit der Normstichprobe der Lehrer zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

Der Vergleich mit der aktuellen Literatur erbringt Ergebnisse, die von unseren Daten abweichen. In einer schweizerischen Studie zeigte sich, dass 41 % der Angestellten in Gesundheitsberufen manchmal, meistens oder immer „Mühe mit der Vereinbarkeit von Arbeit und Familie" haben, wohingegen dies bei nur 36 % der Angestellten in nicht-gesundheitsbezogenen Berufsgruppen der Fall ist (Hämmig 2018). Es wurden allerdings im Unterschied zu unserer Erhebung neben Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften und Hebammen weitere Berufsgruppen eingeschlossen, wie beispielsweise medizinisch-technisches Personal.
Des Weiteren liegen Forschungsergebnisse vorangegangener Studien vor, deren Fokus auf der Vereinbarkeitsproblematik von einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitssektor, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, liegt (Flaig 2014; Fuß et al. 2008; Knecht et al. 2010). Auch diese beobachten einen größeren Interrollenkonflikt im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung bzw. anderen Berufsgruppen und können unsere Ergebnisse somit ebenfalls nicht stützen. Fuß und Kollegen (2008) stellten einen ausgeprägteren Interrollenkonflikt einer Stichprobe von Klinikärztinnen und -ärzten im Vergleich mit der deutschen Allgemeinbevölkerung fest. Auch Knecht et al. (2010) konnten einen größeren

Konflikt zwischen Beruf und Familie bei Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz verglichen mit der schweizerischen Allgemeinbevölkerung bzw. Universitätsabsolventen nachweisen. Es wurden allerdings andere Befragungsinstrumente sowie andere Normstichproben verwendet als in unserer Untersuchung. Flaig (2014) nutzte den auch von uns verwendeten Fragebogen von Netemeyer et al. (1996) und beobachtete einen größeren Interrollenkonflikt einer Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten im Vergleich mit den auch hier verwendeten Normstichproben.

Die Diskrepanz zu aktuellen Literaturergebnissen könnte unter anderem darin begründet sein, dass es sich insbesondere bei Handelsvertretern und Geschäftsinhabern um Berufsgruppen mit einer hohen zeitlichen Belastung und für eine funktionierende Vereinbarkeit ungünstigen Arbeitszeiten handelt. Somit muss bei der Normstichprobe möglicherweise von einem gegenüber dem Durchschnittswert der erwerbstätigen Allgemeinbevölkerung höheren Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie ausgegangen werden. Es ist des Weiteren anzumerken, dass ein großer Anteil unserer Stichprobe in Teilzeit arbeitet, was sich ebenfalls auf den empfundenen Vereinbarkeitskonflikt auswirken könnte.

Die Durchschnittswerte der drei Vergleichsstichproben wurden im weiteren Verlauf als Cutoff herangezogen. Ein beträchtlicher Anteil von jeweils über 40 % des medizinischen Personals erreichte Werte oberhalb des Cutoffs. Obwohl also kein signifikant höheres Konfliktpotential als bei den Vergleichsgruppen festgestellt werden konnte, deutet dies auf eine problematische Vereinbarkeit von Familie und Beruf hin.

Auf der WFC wurde ein höherer Wert erzielt als auf der FWC Scale. Somit scheint ein größerer Einfluss des Berufs auf das Familienleben zu bestehen als umgekehrt. Diese stärkere Beeinträchtigung des Familienlebens durch den Beruf als anders herum findet sich auch in vorherigen Studien: In einer Untersuchung an Ärztinnen und Ärzten der Universitätsklinik Ulm (Flaig 2014) sowie in der europäischen NEXT-Studie an Pflegepersonal (Simon et al. 2004) ließ sich ein höherer Arbeit-Familie-Konflikt feststellen als umgekehrt. Auch eine türkische Studie an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal bestätigt dies (Anafarta 2011).

Hypothese 1b:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Interrollenkonflikts zwischen Beruf und Familie."*

Im Hinblick auf Vereinbarkeitskonflikte gibt es Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen der Frauenklinik. Die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte sowie die der Pflegekräfte und Hebammen erfährt jeweils einen stärkeren Einfluss des Berufs auf das Familienleben und vice versa als die Gruppe der Verwaltungsangestellten und sonstigen Angestellten. Zudem erzielten die Ärztinnen und Ärzte sowohl auf der WFC Scale als auch auf der FWC Scale höhere Mittelwerte als die Pflegekräfte und Hebammen, was sich jedoch nur für den Einfluss des Familienlebens auf das Berufsleben (FWC) als signifikant herausstellte.

Nur wenige vorherige Studien vergleichen den Interrollenkonflikt verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitswesen miteinander. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen stimmen teilweise mit unseren überein: Anafarta (2011) stellte keinen signifikanten Unterschied des Vereinbarkeitskonflikts zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal fest, was bezüglich des Einflusses des Berufslebens auf das Familienleben (WFC) auch auf die vorliegenden Daten zutrifft, nicht jedoch im Hinblick auf die Beeinträchtigung des Berufs durch das Familienleben (FWC).
In anderen Studien zeigt sich ein höherer Interrollenkonflikt bei ärztlichem Personal im Vergleich zu Pflegekräften (Hämmig 2018; Hämmig et al. 2012; Pal u. Saksvik 2008). Auch eine Befragung von ärztlichem und pflegerischem Personal einer Universitätsklinik stützt dies: 62,9 % der Pflegekräfte, allerdings nur 20 % der Ärztinnen und Ärzte gaben ausreichende Vereinbarkeitsmöglichkeiten von Beruf und Familie an (Körber et al. 2018). Ein höherer Interrollenkonflikt bei Ärztinnen und Ärzten gegenüber Pflegekräften konnte für die FWC Scale durch unsere Ergebnisse bestätigt werden.
Die eigenen Daten stimmen außerdem insofern mit den Ergebnissen von Hämmig und Kollegen (2012) überein, als diese bei Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal einer schweizerischen Klinik einen höheren Interrollenkonflikt im Vergleich mit der Gruppe der Verwaltungsangestellten feststellten. Eine weitere Untersuchung an Spitalangestellten in der Schweiz bekräftigt dies: Bei 59 % der

Ärztinnen und Ärzte sowie bei 34 % der Pflegekräfte fanden sich (sehr) große Rollenkonflikte, allerdings lediglich bei 15 % der nicht-gesundheitsbezogenen Berufsgruppen im Spital (Hämmig 2018). Es ist jedoch zu beachten, dass sich die angeführten Untersuchungen nicht spezifisch auf das Gebiet der Frauenheilkunde bezogen, was die Vergleichbarkeit mit diesen Studien einschränkt.

Hypothese 1c:

> *„Bei Beschäftigten mit Kind zeigt sich ein größeres Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie als bei Beschäftigten ohne Kind."*

Beschäftigte der Frauenklinik mit Kind zeigten auf der WFC Scale geringere und auf der FWC Scale höhere Mittelwerte als Angestellte ohne Kind. Die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Dieses Ergebnis unterscheidet sich von bisherigen Forschungsergebnissen, welche bei Ärztinnen und Ärzten (Mache et al. 2015) sowie bei Pflegepersonal (Simon et al. 2004) mit Kind eine problematischere Vereinbarkeit belegen. Ein möglicher Grund für die Abweichung von vorhergehenden Studienergebnissen ist der höhere Anteil an Teilzeitkräften bei den Beschäftigten mit Kind (66,2 %) im Vergleich mit den Angestellten ohne Kind (19,4 %). Darüber hinaus leben bei 21,6 % der Beschäftigten mit Kindern diese nicht im eigenen Haushalt, was ebenfalls eine Rolle spielen könnte.

Hypothese 1d:

> *„Weibliche Mitarbeiterinnen erfahren einen größeren Konflikt zwischen Beruf und Familie als männliche Mitarbeiter."*

Bei männlichen Mitarbeitern der Universitätsfrauenklinik besteht ein signifikant höherer FWC als bei ihren weiblichen Kolleginnen. Somit erfahren männliche Beschäftigte einen stärkeren Einfluss des Familienlebens auf das Berufsleben als weibliche Beschäftigte. Hinsichtlich des WFC unterschieden sich die Geschlechter nicht signifikant, wobei auch hier die männlichen Beschäftigten höhere Werte aufwiesen als die weiblichen Beschäftigten. Somit konnte Hypothese 1d nicht

bestätigt werden. Einschränkend muss allerdings die geringe Anzahl männlicher Teilnehmer genannt werden, welche die Aussagekraft der Ergebnisse hinsichtlich des Geschlechterunterschieds begrenzt.

Betrachtet man den aktuellen Stand der Forschung, so finden sich unterschiedliche Studienergebnisse. Bei mehreren Befragungen sowohl von Ärztinnen und Ärzten (Fuß et al. 2008; Knecht et al. 2010; Mache et al. 2015) als auch von Pflegepersonal (Simon et al. 2004) fand sich kein Geschlechterunterschied hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Andererseits existieren Belege für einen höheren Interrollenkonflikt bei Ärztinnen (Ádám et al. 2008) sowie weiblichen Pflegekräften (AlAzzam et al. 2017) im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen.

Vereinzelt liegen jedoch auch Hinweise auf einen höheren Interrollenkonflikt bei männlichen Erwerbstätigen im Allgemeinen (Nuebling et al. 2013) sowie männlichen Klinikangestellten vor (Hämmig et al. 2012), die somit unsere Ergebnisse stützen.
Ein größerer Arbeit-Familie-Konflikt bei männlichen Beschäftigten erscheint vor dem Hintergrund der traditionellen Rolle der Frau, die laut dieser die alleinige Verantwortung für die Kindererziehung trägt, zunächst unerwartet. Allerdings vollzieht sich gegenwärtig eine Entwicklung hin zu einer Vaterrolle, welche die aktive Teilhabe an Familienaufgaben statt der bloßen materiellen Versorgung in den Mittelpunkt stellt (Meuser 2007). Dies kann mit gesteigerten Anforderungen an Väter verbunden sein und mit dem Druck, der Aufgabe gerecht werden zu müssen (Meuser 2007). Laut Meuser (2007) kann eine hohe Vereinbarkeitsproblematik bei männlichen Beschäftigten unter anderem durch die Tatsache bedingt sein, dass sich Vereinbarkeitsangebote hauptsächlich an Frauen richten. Weiterhin stünden Männer, die sich auf die Kindererziehung konzentrieren möchten, oftmals Ablehnung und Unverständnis gegenüber (Meuser 2007).
Betrachtet man die zurückliegende und aktuelle Forschung, so konzentriert sich diese hauptsächlich auf die Vereinbarkeitsproblematik weiblicher Beschäftigter. Dass die Vereinbarkeit von Beruf und Familie eine auch die männlichen Angestellten in hohem Maße betreffende Thematik ist und somit ein genaueres Augenmerk auf Interrollenkonflikte männlicher Beschäftigter gelegt werden sollte, zeigen die oben genannten Ergebnisse.

Hypothese 1e:

„Bei den Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm besteht ein hoher Bedarf an Maßnahmen hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie."

Um zufriedenstellende Vereinbarkeitsmöglichkeiten von Familie und Beruf zu erreichen, stellen die Arbeitsunterbrechung im familiären Notfall, Teilzeitregelungen sowie familienbedingte Auszeit (Elternzeit, Pflegezeit) die für die Beschäftigten der Frauenklinik relevantesten Maßnahmen dar. Jeweils über 90 % der Beschäftigten bewerteten die genannten Maßnahmen als sehr wichtig oder wichtig.
Dies bekräftigt die Ergebnisse von Jerg-Bretzke, Krüsmann und Kollegen (2016), die den hier verwendeten Vereinbarkeitsfragebogen erstellten, an Ärztinnen und Ärzten der Universitätsklinik Ulm anwendeten und ebenfalls die Arbeitsunterbrechung im Notfall sowie die Teilzeitregelungen als wichtigste Maßnahmen identifizieren konnten.

Überdies sehen mehr als 80 % der Beschäftigten der Frauenklinik erweiterte Öffnungszeiten der Kindertagesstätten von 7 bis 18 Uhr als wichtig oder sehr wichtig an und immerhin noch über 60 % wünschen sich Kinderbetreuungsmöglichkeiten von 5.30 bis 23 Uhr. Durch mehrere Freitextkommentare (z.B. „Kinderbetreuung mit erweiterten Öffnungszeiten sehr wichtig") wird die Relevanz von Kinderbetreuungsmöglichkeiten für die Beschäftigten der Frauenklinik zusätzlich betont.
Eine hohe Nachfrage bei einem gleichzeitig geringen Angebot von betrieblicher Kinderbetreuung in Kliniken wurde schon in vorhergehenden Studien vielfach nachgewiesen (Hancke et al. 2012; Schoeller 2010) sowie deren Relevanz für familienfreundliche Arbeitsplätze herausgestellt (Jerg-Bretzke u. Limbrecht 2012; De Ridder 2012).

Die oben genannten Ergebnisse stellen eine Möglichkeit für die bedarfsgerechte Einführung und Ausweitung von spezifischen Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie dar. So ist beispielsweise die Erweiterung der Öffnungszeiten von betrieblichen Kindertagesstätten eine konkrete Maßnahme, die als Resultat der von uns durchgeführten Befragung umgesetzt werden könnte.

4.2.2 Psychosoziale Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit

Hypothese 2a:

> *„Medizinisches Personal zeigt eine hohe Arbeitsbelastung durch ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung. Dies wird durch eine ausgeprägte persönliche Verausgabungstendenz zusätzlich verschärft."*

Zur Untersuchung des Ungleichgewichts zwischen Anforderungen und Anerkennung im Beruf wurde das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) mit dem Effort-Reward Imbalance (ERI) Questionnaire herangezogen. Hierbei kamen verschiedene Cutoff-Werte für ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung zum Einsatz. Oberhalb des Cutoffs für den ERI-Ratio > 1 (Siegrist et al. 2004) lagen 90,3 % des medizinischen Personals. Da es sich bei der von uns verwendeten Form des ERI-Questionnaire allerdings nicht um die Originalversion handelt, sondern um eine gekürzte Version mit einer vierstufigen Likert-Skala, ist der hierfür von Kurioka et al. (2013) empfohlene Cutoff von 1,4 heranzuziehen, welchen 63,1 % des medizinischen Personals überschritten. Der Mittelwert der Stichprobe „medizinisches Personal" lag bei 1,58 und somit über allen drei Cutoff-Werten. Auf der Overcommitment (OC) Skala erzielten 41,3 % des medizinischen Personals einen Wert oberhalb des Cutoffs von 16 (Lehr et al. 2010).
Die oben genannten Prozentwerte bestätigen die Annahme, dass es sich bei medizinischem Personal um eine Population handelt, die einer hohen psychosozialen Arbeitsbelastung ausgesetzt ist.

Als Vergleichsstichprobe wurde eine Querschnittsuntersuchung an 316 Erwerbstätigen im mittleren Erwachsenenalter (Larisch et al. 2003) herangezogen, welche bei nur 16,3 % der Teilnehmenden Werte des ERI-Ratio oberhalb des Cutoffs von 1 feststellen konnte. Hierbei muss allerdings einschränkend angemerkt werden, dass es sich um die aus 21 Items bestehende längere Version des ERI-Questionnaire handelte. Auch auf der Overcommitment-Skala erzielte das medizinische Personal der Frauenklinik im Mittel einen deutlich höheren Summenwert (M = 15,85) als die Stichprobe von Larisch und Kollegen (2003) (M = 12,27).

Bei medizinischem Personal scheint also im Vergleich zu Beschäftigten anderer Berufsgruppen ein höheres Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung sowie eine höhere Verausgabungsneigung zu bestehen.

Der Vergleich mit vorhergehenden Studien an Beschäftigten im Gesundheitssektor zeigt ebenfalls, dass ein sehr hoher Anteil der Teilstichprobe „medizinisches Personal“ ein ungünstiges Verhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung wahrnimmt. Bei Befragungen von Klinikangestellten in der Schweiz erreichten 18,0 % (Hämmig et al. 2012) bzw. 63,8 % (Hämmig 2018) einen ERI-Ratio > 1. Der von Hämmig (2018) erhobene Wert von fast zwei Dritteln kommt unserem Ergebnis nahe. Im Unterschied zu unserer Erhebung wurden hierbei jedoch alle Berufsgruppen der teilnehmenden Kliniken, unter anderem die Verwaltungsangestellten, miteinbezogen.
Bei der Betrachtung der Situation von Ärztinnen und Ärzten am Ulmer Universitätsklinikum zeigt sich ein anderes Ergebnis: Bei nur 11,9 % wurde ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung festgestellt. Des Weiteren lag keine signifikant höhere Imbalance vor als bei der Normstichprobe (Limbrecht-Ecklundt et al. 2015). Ein direkter Vergleich mit unseren Ergebnissen ist aufgrund der differierenden Stichproben allerdings nicht möglich.

Im Allgemeinen scheinen die Ergebnisse des ERI-Questionnaire stark zu schwanken, was unter anderem von der genutzten Version des Fragebogens abhängen könnte. Bei der von uns verwendeten Kurzform scheint tendenziell ein höherer ERI-Ratio erreicht zu werden als bei der längeren Originalfassung (Kurioka et al. 2013). Dies wird durch die Ergebnisse von Raspe und Kollegen (2018) gestützt, welche in ihrer Untersuchung an Assistenzärztinnen und -ärzten in der Inneren Medizin einen Mittelwert von 1,8 für den ERI-Ratio feststellten, was dem von uns ermittelten Wert von 1,58 der Teilstichprobe „medizinisches Personal“ der Frauenklinik recht nahekommt. Hierbei kam die auch in der vorliegenden Arbeit verwendete gekürzte Fassung des ERI-Questionnaire mit einer vierstufigen Likert-Skala zum Einsatz.

Hypothese 2b:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich des Ungleichgewichts zwischen Anstrengung und Anerkennung und somit hinsichtlich ihres Risikos für Gratifikationskrisen."*

Im Berufsgruppenvergleich zeigten sich für die Skalen Effort und Reward signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen. Pflegekräfte und Hebammen nehmen die höchste Anstrengung wahr und erfahren dabei die geringste Belohnung für erbrachte Leistungen, was den signifikant höheren ERI-Ratio bei dieser Gruppe (M = 1,77) im Vergleich zu den anderen beiden Berufsgruppen Arzt/Ärztin (M = 1,15) und Verwaltung/Sonstige (M = 1,18) bedingt. Zudem erzielten Pflegekräfte und Hebammen höhere Werte auf der Overcommitment-Skala als die anderen beiden Gruppen. Dies stellte sich allerdings nur gegenüber der Gruppe Verwaltung/Sonstige als signifikant heraus.

Ärztinnen und Ärzte nehmen eine höhere Anstrengung wahr als Verwaltungsangestellte und sonstige Angestellte, allerdings eine niedrigere als Pflegekräfte und Hebammen. Des Weiteren besteht bei Ärztinnen und Ärzten die höchste wahrgenommene Anerkennung im Beruf.

Die Gruppe der Verwaltungsangestellten und sonstigen Beschäftigten nimmt die geringsten Anforderungen im Beruf wahr und liegt bezüglich der Anerkennung zwischen den beiden Gruppen Arzt/Ärztin und Pflege/Hebammen. Obwohl die Gruppe Verwaltung und Sonstige eine signifikant geringere Belohnung im Beruf wahrnimmt als die Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, liegt der ERI-Ratio der Verwaltungsangestellten und sonstigen Beschäftigten aufgrund der ebenfalls als geringer wahrgenommenen Anforderungen auf einem Niveau mit dem des ärztlichen Personals bzw. übersteigt diesen sogar leicht. Dies kann zum einen auf eine hohe erfahrene Anerkennung im Arztberuf, z.B. durch Wertschätzung der Patienten sowie gute Verdienst- und Karrierechancen, zurückgeführt werden, was einen Ausgleich zu den hohen Anforderungen darstellen mag. Zum anderen könnte der vergleichsweise hohe ERI-Ratio bei der Gruppe Verwaltung/Sonstige darauf hinweisen, dass die Belastung in Kliniken nicht nur Beschäftigte mit direktem Patientenkontakt betrifft, sondern sich indirekt auch auf die restlichen Berufsgruppen negativ auswirkt. Eine von Schmid et al. (2011) durchgeführte Studie bekräftigt dies, da bei

Verwaltungspersonal in Kliniken ein ähnlich hohes Belastungsausmaß wie bei medizinischem Personal festgestellt wurde. Zudem zeigten sich höhere Stresslevel als bei Verwaltungsangestellten, welche in anderen Bereichen beschäftigt waren (Schmid et al. 2011).

Vorhergehende Studien zum Berufsgruppenvergleich hinsichtlich eines Anforderungs-Belohnungs-Ungleichgewichts zeigen unterschiedliche Ergebnisse: Bei einer in der Schweiz durchgeführten Befragung von Klinikangestellten stellte sich im Gegensatz zu unseren Daten eine höhere psychosoziale Arbeitsbelastung bei ärztlichem Personal im Vergleich zu Pflegepersonal heraus, wobei sich bei 21,6 % der Ärztinnen und Ärzte und bei 18,7 % der Pflegekräfte ein Ungleichgewicht zeigte. Unter Verwaltungsangestellten wiesen hingegen nur 6,1 % einen ERI-Ratio > 1 auf (Hämmig et al. 2012).
Die Ergebnisse einer weiteren Studie an Spitalangestellten in der Schweiz bekräftigen jedoch unsere Daten, da auch hier bei der Gruppe der Pflegekräfte (einschließlich Hebammen) das größte Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung festgestellt wurde. Ein Anteil von 70 % des Pflegepersonals erzielte einen ERI-Ratio > 1, wohingegen dies nur bei 61 % der Ärztinnen und Ärzte der Fall war. Mit einem Anteil von 52 % zeigten Spitalangestellte in nicht-gesundheitsbezogenen Berufen das geringste Missverhältnis und somit das kleinste Risiko für eine Gratifikationskrise (Hämmig 2018). Der vergleichsweise hohe ERI-Ratio bei Pflegepersonal war, ebenso wie bei unserer Stichprobe, dadurch bedingt, dass Pflegekräfte häufig eine hohe Anstrengung bei gleichzeitig niedriger Belohnung wahrnehmen, während bei Ärztinnen und Ärzten der hohe Effort durch einen hohen Reward-Wert ausgeglichen wird (Hämmig 2018). Eine hohe Anstrengung bei gleichzeitig hoher Belohnung im ERI-Questionnaire bei Ärztinnen und Ärzten ist eine auch von Nuebling und Kollegen (2013) gemachte Beobachtung und trifft ebenso auf unsere Stichprobe zu.

Die als geringer wahrgenommene Anerkennung bei Pflegekräften und Hebammen im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten ist möglicherweise auf ein niedrigeres Gehalt sowie schlechtere Aufstiegschancen zurückzuführen, was durch die berufsgruppenspezifische Auswertung der drei Reward-Subskalen gestützt wird. Insbesondere die Items zu den Themen Aufstiegschancen und Gehalt wurden von der

Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen deutlich negativer bewertet als von der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte. Zudem stimmte ein hoher Anteil der Pflegekräfte und Hebammen der Aussage „Ich erfahre – oder erwarte – eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation“ zu. Dass sich der Personalmangel an Kliniken sowie die Unzufriedenheit der Pflegekräfte innerhalb der letzten Jahre verstärkt hat, wird durch Studien gestützt (Blum et al. 2016; Zander, Busse 2017). Und trotz aktueller Bemühungen seitens der Politik scheint das Pflegepersonal der Frauenklinik auch zukünftig keine Besserung der Situation zu erwarten. Das „Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“, welches die Personalausstattung sowie die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern soll, trat allerdings erst am 1. Januar 2019, einige Zeit nach unserer Erhebung, in Kraft. Anhand einer erneuten Befragung ließen sich nähere Aussagen hinsichtlich der Auswirkungen der politischen Neuerungen auf die Zufriedenheit der Beschäftigten treffen.
Auch im europäischen Vergleich zeigten Pflegekräfte in Deutschland die höchsten Effort-Werte bei gleichzeitig niedrigen Reward-Werten. Ein Anteil von 21 % erreichte einen ERI-Ratio > 1, womit in Deutschland unter den 10 teilnehmenden europäischen Staaten nach Polen das größte Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung bestand (Hasselhorn et al. 2003).

Hypothese 2c:

> *„Es gibt einen Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und dem empfundenen Konflikt zwischen Beruf und Familie. Ein hohes Konfliktpotential geht mit einer geringen Arbeitszufriedenheit einher.“*

Die Korrelationsanalyse zeigte einen negativen Zusammenhang zwischen der WFC Scale bzw. der FWC Scale und der Einzelfrage zur Arbeitszufriedenheit. Somit ist ein hoher Vereinbarkeitskonflikt mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit assoziiert, wobei für die WFC Scale von einem mittelstarken Zusammenhang und für die FWC Scale von einem schwachen Zusammenhang auszugehen ist.

Die eigenen Daten bekräftigen die Ergebnisse vorhergehender Studien (Allen et al. 2000; Ernst Kossek u. Ozeki 1998), bei denen dieser Zusammenhang an Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen beobachtet wurde. Auch im medizinischen Bereich ist

eine negative Assoziation eines Interrollenkonflikts mit der Arbeitszufriedenheit belegt (Anafarta 2011; Cortese et al. 2010; Fuß et al. 2008; Yildirim u. Aycan 2008). Während manche Studien, entsprechend unseren Ergebnissen, sowohl für den WFC als auch für den FWC einen Zusammenhang mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit feststellten (Zhao et al. 2011), beobachteten andere Autoren für den FWC keine solche Korrelation (Anafarta 2011). Zudem scheint für den WFC ein stärkerer Zusammenhang mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit zu bestehen als für den FWC (Grandey et al. 2005), was auch durch unsere Ergebnisse bestätigt werden konnte.

4.2.3 Psychische und körperliche Gesundheit

Hypothese 3a:

> *„Bei medizinischem Personal zeigen sich häufiger Symptome einer Depression und Angsterkrankung als bei der Allgemeinbevölkerung."*

Die Stichprobe „medizinisches Personal" der Universitätsfrauenklinik zeigte im Vergleich mit einer von Löwe und Kollegen (2010) untersuchten Normstichprobe, deren soziodemografische Charakteristika mit der deutschen Allgemeinbevölkerung übereinstimmen, häufiger Depressions- und Angstsymptome. Kroenke et al. (2009) wendeten den Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) zur Erfassung einer Depressions- und Angstsymptomatik an über 2000 Patientinnen und Patienten in der medizinischen Akutversorgung an. Das medizinische Personal wies auch gegenüber dieser Stichprobe einen signifikant höheren Wert auf.

Diese Ergebnisse stimmen mit dem bisherigen Forschungsstand überein: In einer britischen Untersuchung an über 11 000 medizinischen Angestellten von National Health Service Trusts zeigten 26,8 % Anzeichen für eine psychische Störung, wohingegen der entsprechende Wert für die Allgemeinbevölkerung bei nur 17,8 % lag (Wall et al. 1997). Eine in österreichischen Spitälern durchgeführte Befragung ergab bei den 2 190 teilnehmenden Klinikangestellten einen Wert für die psychische Gesundheit, welcher deutlich schlechter ausfiel als ein internationaler Referenzwert

„durchschnittliche Gesundheit“ (Trummer 2010). Allerdings befanden sich bei beiden genannten Befragungen unter den untersuchten Beschäftigten neben Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal auch Verwaltungsangestellte und sonstige Angestellte, was die Vergleichbarkeit mit unseren Ergebnissen einschränkt. Des Weiteren wurden andere Befragungsinstrumente angewendet.
Auch eine schweizerische Gesundheitsbefragung weist auf eine höhere psychische Belastung von Beschäftigten in Gesundheitsberufen im Vergleich zu Erwerbstätigen anderer Berufsgruppen hin (Hämmig 2018). Im Kanton Zürich wiesen 56 % der Beschäftigten im Gesundheitssektor allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Energielosigkeit auf, wohingegen dies bei nur 44 % der übrigen Erwerbstätigen der Fall war. Auch im Hinblick auf Schlafstörungen zeigten sich Angestellte in Gesundheitsberufen mit 42 % häufiger betroffen als Erwerbstätige anderer Berufsgruppen (31 %). Da diese Symptome zu den Anzeichen einer Depression gehören, können sie zum Vergleich mit unseren Ergebnissen herangezogen werden. Des Weiteren wurde der PHQ-9 zur Erfassung einer Depressionssymptomatik herangezogen, wobei sich bei 42 % der Beschäftigten in Gesundheitsberufen Anzeichen einer leichten bis schweren Depressivität zeigten im Vergleich zu 32 % der Erwerbstätigen in anderen Berufen. Lediglich in der Kategorie „wegen psychischem Problem in Behandlung“ fand sich kein deutlicher Unterschied zwischen Beschäftigten in Gesundheitsberufen (7 %) und Angestellten in nicht-gesundheitsbezogenen Berufen (6,7 %) (Hämmig 2018).

Ein Wert von ≥ 3 auf der jeweiligen Subskala des PHQ-4 gilt laut Kroenke et al. (2009) als Cutoff für eine Depression bzw. Angsterkrankung. Ein Anteil von 17,3 % des medizinischen Personals der Frauenklinik erzielte einen solchen Wert für die Depressions-Skala und ein Anteil von 19,4 % für die Angst-Skala.
Die Punktprävalenz einer depressiven Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland wird auf 8,1 % geschätzt (Busch et al. 2013), was deutlich unter dem Wert von 17,3 % des medizinischen Personals liegt. Für eine Angststörung liegt die 12-Monats-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 15,3 % (Jacobi et al. 2014). Dieser Wert wird ebenfalls von der Häufigkeit bei medizinischem Personal der Frauenklinik (19,4 %) überschritten.

Hypothese 3b:

„Medizinisches Personal weist häufiger Symptome eines Burnout auf als die Allgemeinbevölkerung."

Die Burnout-Symptomatik des medizinischen Personals wurde mithilfe einer Kurzform des Maslach Burnout Inventar (MBI-D) bestehend aus den beiden Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation erfasst. Emotionale Erschöpfung zeigt sich bei medizinischem Personal im Mittel „manchmal" (M = 4,12), wohingegen Depersonalisation „sehr selten" (M = 1,85) vorkommt.
Das medizinische Personal der Frauenklinik wies für die Subskala emotionale Erschöpfung einen signifikant höheren Mittelwert auf als die Vergleichsstichprobe (Glaser in Vorbereitung; Limbrecht-Ecklundt et al. 2015). Für die Skala Depersonalisation zeigte sich kein signifikanter Unterschied.

Auch Forschungsergebnisse der Vergangenheit weisen auf ein erhöhtes Burnout-Risiko von medizinischem Personal hin. Bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen in der Deutschschweiz wurde je nach Berufsgruppe ein Burnout-Risiko von 30-34 % ermittelt, wohingegen nur 28 % der übrigen Spitalangestellten Burnout-Symptome aufwiesen (Hämmig 2018). Mehrere Studien, deren Fokus allerdings auf einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitssektor liegt, stellten ebenfalls ein erhöhtes Burnout-Risiko bei Ärztinnen und Ärzten (Fuß et al. 2008; Shanafelt et al. 2015) und Pflegekräften (Bakker et al. 2000) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bzw. zu anderen Berufsgruppen fest.
Jerg-Bretzke, Traue und Kollegen (2016) konnten unter 844 Befragten der Universität Ulm die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte als signifikant belasteter hinsichtlich der beiden Dimensionen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation identifizieren als die Beschäftigten im Bereich Wissenschaft, Dienstleistung und Verwaltung. Hierbei kam die auch in der vorliegenden Arbeit genutzte, aus sechs Items bestehende Kurzform des MBI-D zum Einsatz.

Hypothese 3c:

> *„Die verschiedenen Berufsgruppen der Universitätsfrauenklinik Ulm unterscheiden sich hinsichtlich ihrer subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit."*

Im MBI-D zur Erfassung von Burnout-Symptomen zeigten Pflegekräfte und Hebammen häufiger Anzeichen emotionaler Erschöpfung als Ärztinnen und Ärzte. Des Weiteren erreichten beide Gruppen höhere Werte als Verwaltungs- und sonstige Angestellte. Für die Skala Depersonalisation zeigte sich kein Unterschied zwischen den Berufsgruppen.
Pflegekräfte und Hebammen der Frauenklinik weisen des Weiteren häufiger Depressions- und Angstsymptome auf als die Gruppe der Verwaltungs- und sonstigen Angestellten.

Dass Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte und Hebammen durch Schichtarbeit, häufig anfallende Mehrstunden sowie aufgrund der oftmals emotional belastenden zwischenmenschlichen Tätigkeit (Maslach, Jackson 1981) ein höheres Burnout-Risiko aufweisen als Verwaltungsangestellte und sonstige Beschäftigte, erscheint nachvollziehbar und bekräftigt die Ergebnisse vorhergehender Forschung (Hämmig et al. 2012; Wall et al. 1997).

Hinsichtlich des Vergleichs der Burnout-Symptomatik zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal kommen frühere Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einige Untersuchungen stellten ein höheres Burnout-Risiko bei ärztlichem Personal im Vergleich zu Pflegekräften fest (Hämmig 2018; Hämmig et al. 2012; Kessler 2008; Meßenzehl et al. 2006; Vandenbroeck et al. 2017). Andere Studien kamen zu einem gegenteiligen Fazit (Chou et al. 2014; Ehresmann et al. 2015) und stimmen somit mit unseren Ergebnissen überein.

Das im Vergleich zu der Gruppe Verwaltung und Sonstige verstärkte Vorkommen einer Depressions- und Angstsymptomatik bei Pflegekräften und Hebammen bestätigt unsere Hypothese und stimmt mit dem Stand der Forschung überein. So sind Pflegekräfte laut einer schweizerischen Untersuchung häufiger wegen eines psychischen Problems in Therapie als Erwerbstätige in nicht-gesundheitsbezogenen Berufsgruppen (Hämmig 2018) und weisen einer US-amerikanischen Studie zufolge

mit einer Prävalenz von 18 % ein höheres Risiko für eine Depression auf als die Allgemeinbevölkerung (Letvak et al. 2012). Auch bei der Berufsgruppe der Hebammen ist eine hohe psychische Belastung bekannt. So zeigten sich bei 17,3 % einer Stichprobe australischer Hebammen eine moderate, schwere oder besonders schwere Depressionssymptomatik und bei 20,4 % eine Angstsymptomatik (Creedy et al. 2017).

Die Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen der Universitätsfrauenklinik Ulm erzielte des Weiteren höhere Werte im PHQ-4 als Ärztinnen und Ärzte, wenngleich dieser Unterschied nicht signifikant war. Dies stimmt nicht mit bestehenden Studienergebnissen überein, da das Depressions-Risiko von Ärztinnen und Ärzten laut aktueller Datenlage das der Pflegekräfte im direkten Vergleich übersteigt (Hämmig 2018; Kessler 2008). Bei vorhergehenden Untersuchungen wurden jedoch im Unterschied zu unserer Erhebung keine bzw. nur ein geringer Anteil an Hebammen miteinbezogen, was hierbei eine Rolle spielen mag.

Bei der Gesundheitsfrage zur Erfassung der körperlichen Gesundheit bewerteten Pflegekräfte und Hebammen die eigene Gesundheit mit einer durchschnittlich schlechteren Schulnote als die Gruppen Arzt/Ärztin und Verwaltung/Sonstige. Dies erscheint angesichts der oftmals körperlich stark belastenden Pflegetätigkeit nachvollziehbar. In der Literatur finden sich ebenfalls Belege für ein hohes Vorkommen physischer Beanspruchungsfolgen bei Pflegepersonal; insbesondere für muskuloskelettale Beschwerden ist dies durch zahlreiche Studien bestätigt (Karahan et al. 2009; Trinkoff et al. 2003). Allerdings muss die aus Datenschutzgründen fehlende Erfassung des Alters im Fragebogen einschränkend angemerkt werden, da eine ungleiche Altersverteilung bei der Auswertung dieses Befragungsinstruments ein Störfaktor darstellen könnte.

Hypothese 3d:

> *„Ein hohes Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie geht mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen einher."*

Es konnte ein positiver Zusammenhang zwischen der WFC Scale bzw. der FWC Scale und den Werten in den beiden Befragungsinstrumenten zur Erfassung der psychischen Gesundheit (PHQ-4, MBI-D) nachgewiesen werden. Somit geht ein hoher Interrollenkonflikt mit dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen sowie mit einem erhöhten Burnout-Risiko einher.

Diese Ergebnisse bestätigen den Erkenntnisstand aus vorhergehenden Untersuchungen: Der Zusammenhang zwischen einer Work Life Imbalance und psychischen Belastungen (unter anderem Burnout und Depression) ist bekannt und gut erforscht (Amstad et al. 2011; Nuebling et al. 2013). In verschiedenen Untersuchungen konnten auch speziell bei Klinikangestellten Interrollenkonflikte mit einem erhöhten Burnout-Risiko in Verbindung gebracht werden (Hämmig 2018; Hämmig et al. 2012). Des Weiteren zeigen Beschäftigte in Gesundheitsberufen, die meistens oder immer Vereinbarkeitsprobleme erfahren, häufiger Schlafstörungen, Energielosigkeit oder Müdigkeit als solche, die selten oder nie unter einer problematischen Vereinbarkeit leiden. Auch das Vorkommen einer Depression und der Konsum von Antidepressiva, Schlaf- und Beruhigungsmitteln scheint in Zusammenhang mit einem hohen Vereinbarkeitskonflikt zu stehen (Hämmig 2018).
Unsere Ergebnisse bekräftigen diese Studien und unterstreichen die Notwendigkeit von spezifischen Maßnahmen und Regelungen (vgl. Hypothese 1e), um eine funktionierende Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen und somit die Gesundheit des Klinikpersonals zu erhalten.

Hypothese 3e:

„Bei Beschäftigten im Schichtdienst lässt sich eine schlechtere subjektive körperliche und psychische Gesundheit feststellen."

Ein Anteil von 53,7 % der Beschäftigten gab an, im Schichtdienst zu arbeiten. Bei dieser Gruppe zeigten sich häufiger depressive Symptome sowie Angstsymptome. Weiterhin bewerteten Beschäftigte im Schichtdienst die eigene (körperliche) Gesundheit mit einer schlechteren Note. Die Assoziation von Schichtarbeit mit psychischen sowie körperlichen Gesundheitsproblemen (Beermann 2010; Bøggild u. Knutsson 1999; Gibbs et al. 2005; Meissner u. Stockfisch 2011; Wedderburn 2000) wurde in der Vergangenheit, unter anderem im medizinischen Bereich (Li et al. 2018; Poissonnet u. Véron 2000) vielfach belegt und wird nun auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie gestützt.
Es muss angemerkt werden, dass eine differenziertere Betrachtung der Arbeitszeiten der Beschäftigten wünschenswert wäre, um die spezifischen Zusammenhänge des jeweiligen Schichtsystems, beispielsweise Dreischichtsystem im Unterschied zu Bereitschaftsdienst, mit gesundheitlichen Parametern zu untersuchen.
Auffällig bei der Betrachtung der Arbeitszeiten ist, dass 18,4 % der Beschäftigten angaben, maximal mehr als 24 Stunden in der Klinik anwesend zu sein. Solch lange Anwesenheitszeiten können negative Auswirkungen auf die Gesundheit (Poissonnet u. Véron 2000) sowie auf die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten (Neuschwander et al. 2017) haben und somit die Qualität der Patientenversorgung betreffen (Rogers et al. 2004).

Hypothese 3f:

„Mobbing und interpersonelle Konflikte sind mit einem höheren Burnout-Risiko und dem vermehrten Vorkommen von Depressions- und Angstsymptomen assoziiert."

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurde die Mobbing-Frage von Nuebling et al. (2009) ausgewertet. Ein Anteil von 23,5 % der Beschäftigten gab an, sich manchmal oder oft von Vorgesetzten oder Kollegen zu Unrecht kritisiert, schikaniert oder

bloßgestellt zu fühlen. Zudem wurde in den Freitextkommentaren mehrfach das Thema Mobbing genannt, was die Relevanz dieser Thematik für die Beschäftigten der Frauenklinik unterstreicht.

Mobbing ist im Allgemeinen im Gesundheitssektor und in Sozialberufen verstärkt vorzufinden (Zapf 1999). Laut einer Untersuchung von Angerer et al. (2010) scheinen fast 15 % der Ärztinnen und Ärzte von Mobbing betroffen zu sein, was den Durchschnittswert der erwerbstätigen Bevölkerung überschreitet (Angerer et al. 2011). Eine weitere Studie geht von einer Mobbing-Prävalenz von 22,6 % bei Ärztinnen und Ärzten in Kliniken aus und stellt eine positive Korrelation mit Burnout-Symptomen fest (Fuß et al. 2010). Eine Untersuchung an ärztlichem und pflegerischem Personal konnte einen Zusammenhang zwischen interpersonellen Konflikten und einem erhöhten Burnout-Risiko belegen (Kessler 2008). Forschungsergebnisse der Vergangenheit zeigen weiterhin, dass Mobbing bei Assistenzärztinnen und -ärzten mit einer depressiven Symptomatik assoziiert ist (Loerbroks et al. 2015). Eine Mitarbeiterbefragung in einer deutschen Klinik bekräftigt die Assoziation zwischen Mobbing und einer depressiven Verstimmung. Weitere Zusammenhänge konnten für psychosomatische Beschwerden, eine schlechtere körperliche Gesundheit sowie eine geringere Arbeitsfähigkeit und -qualität festgestellt werden (Ehresmann 2014).

Die eigenen Ergebnisse bekräftigen diese Studien. Es zeigte sich eine positive Korrelation zwischen der Mobbing-Frage und dem PHQ-4 zur Erfassung von Depressions- und Angstsymptomen sowie dem MBI-D zur Bestimmung des Burnout-Risikos. Somit liegt bei den Beschäftigten der Frauenklinik ein positiver Zusammenhang zwischen Mobbing und dem Auftreten von Burnout sowie Depressions- und Angstsymptomen vor.

Dies macht ein adäquates Konfliktmanagement zur Vermeidung von Mobbing und den damit assoziierten psychischen Belastungen unerlässlich. Da bestimmte Organisationsstrukturen, wie beispielsweise das Betriebsklima, die Kultur sowie die Führung laut Studienergebnissen in einem negativen Zusammenhang mit dem Auftreten von Mobbing stehen (Ehresmann 2014), ist es möglicherweise sinnvoll, an eben diesen Punkten anzusetzen.

Hypothese 3g:

„Gratifikationskrisen korrelieren mit einer schlechteren subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit."

Eine Gratifikationskrise entsteht laut Siegrist (1996) durch ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung im Beruf. Dieses Missverhältnis wurde mithilfe des ERI-Questionnaire ermittelt und mit verschiedenen Instrumenten zur Erfassung der psychischen und körperlichen Gesundheit korreliert.
Hierbei zeigte sich bei den Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm wie zuvor erwartet ein Zusammenhang zwischen einem bestehenden Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung und dem Auftreten von Depressions- und Angstsymptomen. Dieses Ergebnis bekräftigt die Erkenntnisse vorangehender Studien. Die Assoziation zwischen einem hohen ERI-Ratio und einer depressiven Symptomatik ist sowohl bei Beschäftigten im medizinischen Bereich (Buddeberg-Fischer, Klaghofer et al. 2008) als auch bei anderen Berufsgruppen und in der Allgemeinbevölkerung (Dragano et al. 2011; Kivimäki et al. 2007; Larisch et al. 2003; Rugulies et al. 2017) vielfach belegt. Auch ein Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten einer Angst-Symptomatik ist bekannt (Buddeberg-Fischer, Klaghofer et al 2008).

Des Weiteren geht bei den Beschäftigten der Frauenklinik ein Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung mit einem hohen Burnout-Risiko einher. Dieser Zusammenhang wurde auch von Hämmig und Kollegen (2012) im Rahmen einer Befragung von Klinikangestellten in der Schweiz beobachtet. Bakker et al. (2000) stellten diese Assoziation an einer Stichprobe von Pflegekräften in Deutschland fest.

Beschäftigte der Frauenklinik mit einem hohen ERI-Ratio bewerteten ihre körperliche Gesundheit durchschnittlich mit einer schlechteren Schulnote. Dass ein Missverhältnis von Anstrengung und Belohnung im Berufsleben negative Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben kann, ist durch vorhergehende Forschungsergebnisse belegt. Es zeigt sich insbesondere ein Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen (Kuper et al. 2002; Peter et al. 1998; Schnall et al. 2000) sowie muskuloskelettaler Beschwerden (Simon et al. 2008).

Somit stimmen unsere Ergebnisse mit den Resultaten einer ebenfalls an der Universitätsklinik Ulm durchgeführten Studie an 120 Ärztinnen und Ärzten überein, in welcher gezeigt werden konnte, dass ein höheres Missverhältnis zwischen Anstrengung und Belohnung mit einer schlechteren psychischen und körperlichen Gesundheit einhergeht. Hierbei wurden die auch in der vorliegenden Arbeit genutzten Befragungsinstrumenten verwendet (Limbrecht-Ecklundt et al. 2015).

Für die Overcommitment-Skala konnten die Zusammenhänge mit einer als schlechter bewerteten körperlichen Gesundheit sowie dem vermehrten Vorkommen einer Depressions-, Angst- und Burnout-Symptomatik (mit Ausnahme der Subskala Depersonalisation des MBI-D) ebenfalls nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse bekräftigen die Daten von Buddeberg-Fischer, Klaghofer und Kollegen (2008), welche bei Assistenzärztinnen und -ärzten eine Assoziation einer ausgeprägten Verausgabungsneigung mit Depression und Angst sowie einem als schlechter bewerteten physischen und mentalen Wohlbefinden feststellen konnten.

Zusammenfassend zeigten sich signifikant positive Korrelationen zwischen dem ERI-Ratio sowie dem Overcommitment-Summenwert und den Instrumenten zur Erfassung der psychischen und körperlichen Gesundheit, womit die Ergebnisse mit dem bisherigen Forschungsstand übereinstimmen.

4.2.4 Patientensicherheit

Hypothese 4a:

> *„Zeitdruck und hohes Arbeitsaufkommen in Kliniken beeinträchtigen die von den Beschäftigten wahrgenommene Qualität der Patientenversorgung."*

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen gewinnt auch die Auswirkung desselben auf die Qualität der Patientenversorgung zunehmende Aufmerksamkeit. Bisher liegen allerdings nur wenige Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen in Kliniken bzw. psychischer Gesundheit von Klinikpersonal und subjektiver Qualität der Patientenversorgung vor.

Aiken et al. (2012) konnten zeigen, dass ein schlechterer Personalschlüssel in der Pflege sowie eine schlechter bewertete Arbeitsumgebung (z.B. durch mangelnde Unterstützung der Führungskräfte, Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, Einbeziehung in Entscheidungsfindung) in Zusammenhang mit einer geringeren Qualität der Patientenversorgung, bewertet sowohl durch Pflegekräfte als auch durch Patienten, stehen kann. Des Weiteren nimmt laut Rogers und Kollegen (2004) die von Pflegekräften berichtete Fehleranzahl mit zunehmender Schichtdauer, hoher Wochenarbeitszeit und dem Ableisten von Überstunden zu. Auf Basis dieser Studien wurde die oben genannte Hypothese aufgestellt, welche mittels zwei selbst entwickelter Items zum Thema Patientensicherheit überprüft wurde. Es ist zu beachten, dass es sich um eine subjektive Einschätzung der Beschäftigten handelt. Zudem wäre es für kommende Untersuchungen wünschenswert, ein validiertes Befragungsinstrument einzusetzen.

Die Ergebnisse des medizinischen Personals sind allerdings recht deutlich: Ein Anteil von 67,0 % bewertete die Aussage „Ich habe das Gefühl, dass die Patientensicherheit aufgrund des Arbeitsaufkommens leidet“ mit „eher oft“ oder „sehr oft“. Des Weiteren haben 76,8 % des medizinischen Personals „eher oft“ oder „sehr oft“ das Gefühl, die Arbeit mit mehr Zeit besser und gründlicher verrichten zu können.

Hypothese 4b:

> *„Depressions- und Angstsymptome, ein hohes Burnout-Risiko sowie eine schlechte subjektive Gesundheit sind mit einer als schlechter wahrgenommenen Patientensicherheit assoziiert.“*

Alle Instrumente zur Erfassung der psychischen Gesundheit (PHQ-4, MBI-D) zeigten in der Korrelationsanalyse einen positiven Zusammenhang mit den Fragen zur subjektiv wahrgenommenen Patientensicherheit. Für die Subskala emotionale Erschöpfung bestand der deutlichste Zusammenhang mit einer als schlechter eingeschätzten Qualität der Patientenversorgung, wobei anhand der Korrelationskoeffizienten von einer mittleren bzw. starken Assoziation auszugehen ist.

Die eigenen Daten stützen vorhergehende Forschungsergebnisse: In einer systematischen Übersichtsarbeit konnten Hall et al. (2016) bei einem Großteil der untersuchten Studien signifikante Korrelationen von Burnout und geringem Wohlbefinden (unter anderem Depression und Ängstlichkeit) verschiedener Berufsgruppen im Gesundheitssektor mit einer schlechteren (subjektiven) Patientensicherheit feststellen. Firth-Cozens (1993) konnte zeigen, dass Stress und psychische Störungen bei Ärztinnen und Ärzten mit einer höheren Fehlerwahrscheinlichkeit einhergehen.

Die eigenen Ergebnisse sowie die Ergebnisse vorhergehender Studien weisen somit darauf hin, dass die psychische Gesundheit von medizinischem Personal in Kliniken eine wichtige Ressource ist, um eine gute Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten.

Hypothese 4c:

> *„Eine hohe psychosoziale Arbeitsbelastung sowie eine ausgeprägte Verausgabungsneigung stehen in negativem Zusammenhang mit der wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung."*

Der ERI-Ratio zur Erfassung einer beruflichen Gratifikationskrise steht in positivem Zusammenhang mit den Fragen zur wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung. Medizinisches Personal der Frauenklinik mit einem hohen Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung im Beruf ist somit häufiger der Meinung, dass die Qualität der Patientenversorgung unter dem vorhandenen Zeitdruck und einem hohen Arbeitsaufkommen leidet.
Diese Daten unterstreichen die Erkenntnisse von Loerbroks et al. (2016), welche an einer Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten eine Assoziation zwischen einem hohen ERI-Ratio, ebenso wie einem hohen Effort- bzw. einem niedrigen Reward-Wert, und einer als schlechter bewerteten Patientenversorgung feststellten.

4.3 Limitationen

Im Vorhergehenden wurde bereits auf limitierende Faktoren der vorliegenden Studie eingegangen (vgl. Diskussion der Methodik). Zusammenfassend wären longitudinale Untersuchungen sowie Interventionsstudien wünschenswert, um die vorliegenden Forschungsergebnisse insbesondere im Hinblick auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zu ergänzen. Des Weiteren sind langfristig multizentrische Studien an Kliniken verschiedener Fachrichtungen notwendig, um eine Verzerrung der Ergebnisse durch das Gebiet der Gynäkologie zu vermeiden sowie die Aussagekraft der Forschungsergebnisse durch eine größere Stichprobe zu erhöhen. Mit 136 Teilnehmenden ist die Stichprobengröße relativ klein und somit als limitierender Faktor anzusehen, die Rücklaufquote ist mit 63,0 % jedoch gut. Kritisch betrachtet werden muss zudem die teilweise kleine Größe der gebildeten Subgruppen, z.B. der männlichen Teilnehmenden. Aus diesem Grund besitzt der vorgenommene Geschlechtervergleich eine nur sehr eingeschränkte Aussagekraft. Ferner ist ein Bias durch die freiwillig durchgeführte Befragung möglich.

4.4 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit hatte das Ziel, einen möglichst umfassenden Überblick über die psychische Gesundheit, psychosoziale Arbeitsbelastung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie von Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm zu bieten. Hierbei stand der Berufsgruppenvergleich im Fokus, um berufsgruppenspezifisch Problempunkte aufzuzeigen und festzustellen, wo verstärkter Interventionsbedarf besteht. Des Weiteren sollten Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen identifiziert werden.

Hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie scheint Handlungsbedarf zu bestehen, denn obwohl sich im Vergleich mit der Normstichprobe der Lehrer kein signifikant höherer und im Vergleich mit den Stichproben der Handelsvertreter und Geschäftsinhaber ein signifikant niedrigerer Interrollenkonflikt zeigte, so liegt ein erheblicher Anteil von über 40 % des medizinischen Personals oberhalb des Cutoffs der WFC bzw. FWC Scale. Durch die Auswertung des Vereinbarkeitsfragebogens von Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. (2016) konnten Maßnahmen identifiziert werden, um dieser Vereinbarkeitsproblematik zu begegnen. Mehr als 90 % der Beschäftigten der Frauenklinik bewerteten die Möglichkeit der Unterbrechung der Arbeit im familiären Notfall, Teilzeitregelungen sowie familienbedingte Auszeit (Eltern- und Pflegezeit) als sehr wichtig oder wichtig. Weiterhin scheint Bedarf an Kinderbetreuungsangeboten zu bestehen: Ein Anteil von 85,6 % der Beschäftigten wünscht sich erweiterte Öffnungszeiten von 7 bis 18 Uhr und immerhin noch 66,7 % erachten Öffnungszeiten von 5.30 bis 23 Uhr als wichtig oder sehr wichtig.
Weitere verhaltens- sowie verhältnispräventive Möglichkeiten, um die Belastung des medizinischen Personals durch Vereinbarkeitskonflikte zu verringern, sind Kindertagesstätten, deren Öffnungszeiten sich am jeweiligen Schichtsystem orientieren, flexible Arbeitszeitmodelle sowie Workshops und Kurse zum Thema Entspannung und Zeitmanagement (Mache u. Kordsmeyer 2019). Zudem könnten Fortbildungen sowie Vertretungseinsätze während der Elternzeit den Wiedereinstieg für die Beschäftigten erleichtern (Zendler u. Krug 2010).
Durch eine Interventionsstudie wäre es möglich, solche Maßnahmen hinsichtlich ihres Effekts auf die wahrgenommene Vereinbarkeitsproblematik zu untersuchen und zu evaluieren. Laut einer systematischen Übersichtsarbeit von Lukasczik et al.

(2018) liegen bisher nur wenige Interventionsstudien zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen vor, weshalb dringender Forschungsbedarf hinsichtlich dieser Thematik besteht. Eine vorhergehende Studie, die unter anderem Klinikpersonal miteinbezog, stellte positive Effekte durch die von den Arbeitnehmern selbstständig durchgeführte Dienstplanorganisation mittels eines Softwaretools fest (Albertsen et al. 2014). Eine weitere Interventionsstudie, welche jedoch nicht spezifisch an Beschäftigten im Gesundheitswesen durchgeführt wurde, konnte einen positiven Einfluss der Interaktion mit Vorgesetzten auf die Vereinbarkeitsproblematik bestätigen, indem ein Training speziell für Führungskräfte durchgeführt wurde. Die bedeutende Rolle der Unterstützung durch Führungskräfte hinsichtlich Vereinbarkeitsthemen wurde auch von Jerg-Bretzke, Krüsmann et al. (2016) festgestellt: 94,0 % einer Stichprobe von Ärztinnen und Ärzten der Universitätsklinik Ulm bewerteten dies als wichtig oder sehr wichtig für eine funktionierende Vereinbarkeit zwischen Beruf und Familie.

Das medizinische Personal der Frauenklinik zeigt häufiger Depressions- und Angstsymptome als eine für die deutsche Allgemeinbevölkerung repräsentative Normstichprobe. Bei einem Anteil von 18,0 % des medizinischen Personals wurde eine moderate oder schwere Symptomatik festgestellt. Die vorliegende Arbeit konnte des Weiteren einen Zusammenhang zwischen einem ungünstigen ERI-Ratio bzw. dem Vorkommen von Mobbing und einer als schlechter wahrgenommenen psychischen Gesundheit nachweisen. Um dem vermehrten Vorkommen psychischer Belastungssymptome zu begegnen, gilt es, unter anderem an diesen Faktoren anzugreifen. Somit liegen nun Ansatzpunkte für Maßnahmen vor, welche unter Einbeziehung der Beschäftigten weiter spezifiziert werden sollten. Auf diesem Konzept basiert auch die Handlungshilfe der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Um Präventionskonzepte zu entwickeln, empfiehlt diese, ein Stufenschema zu befolgen: Nachdem die Beschäftigten einen schriftlichen Fragebogen ausgefüllt haben, wird ein Workshop durchgeführt, welcher dazu dient, die bei der Auswertung des Fragebogens identifizierten relevanten Themen zu besprechen, gemeinsam mit den Beschäftigten konkrete Lösungsansätze und Maßnahmen zu

entwickeln sowie deren Umsetzung zu organisieren. Im Anschluss an die Einführung der Maßnahmen erfolgt eine Wirksamkeitskontrolle (Jöllenbeck 2019).
Neben verhältnispräventiven Maßnahmen, beispielsweise reduzierte Arbeitszeit und -menge, bessere Personalausstattung, verstärkte Beteiligungsmöglichkeiten an Entscheidungen sowie betriebliche Konfliktmanagementprogramme (Weigl 2019), sollten auch verhaltenspräventive Ansätze zur Stärkung der individuellen Ressourcen erwogen werden (Mache u. Kordsmeyer 2019). Durch Interventionsstudien konnte ein positiver Effekt von kognitivem Verhaltenstraining sowie körperlichem und mentalem Entspannungstraining auf die psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden von Beschäftigten in Gesundheitsberufen nachgewiesen werden (Mache u. Kordsmeyer 2019). Somit könnte es hilfreich sein, den Beschäftigten solche Programme, wie z.B. kognitives Stressmanagement, Achtsamkeitstraining und Kleingruppeninterventionen (Mache u. Kordsmeyer 2019) anzubieten. Zudem kann die Psychoedukation eine wichtige Rolle spielen, um über die Auswirkungen von Arbeitsbelastung auf die psychische Gesundheit zu informieren.

Insbesondere die Berufsgruppe der Pflegekräfte und Hebammen der Frauenklinik scheint von einem hohen Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung sowie einem gehäuften Auftreten von Depressions- und Angstsymptomen betroffen zu sein. Eine berufsgruppenspezifische Möglichkeit, dieser Belastung zu begegnen, stellt laut Becker (2019) das SOK (Selektion, Optimierung, Kompensation) Coaching in Kombination mit Physiotherapie dar, welches die Arbeitsfähigkeit und das Wohlbefinden von Pflegekräften bessern soll und zusätzlich muskuloskelettale Beschwerden adressiert (Becker 2019), welche bei Pflegepersonal laut vorhergehenden Forschungsergebnissen vermehrt vorkommen (Trinkoff et al. 2003). Auch in der vorliegenden Arbeit konnte eine im Berufsgruppenvergleich schlechtere körperliche Gesundheit festgestellt werden.

Bei der Befragung der Beschäftigten der Universitätsfrauenklinik Ulm zeigte sich, insbesondere durch die Auswertung der Freitextantworten, die große Relevanz der Rolle der Führung. Neben Personalmangel (15 Nennungen) scheint vor allem eine als zu gering wahrgenommene Wertschätzung durch Vorgesetzte (10 Nennungen) die Beschäftigten zu belasten. Die Führungskräfte von Kliniken befinden sich derzeit in einem Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichem Druck durch bestehende politische

Rahmenbedingungen und belasteten Beschäftigten. Es ist belegt, dass eine sogenannte „relationale Führungskompetenz“ (Seifried-Dübon et al. 2019) positive Auswirkungen auf das Stresserleben und die Gesundheit der Beschäftigten haben kann, wohingegen eine destruktive Führung mit einem geringeren Wohlbefinden der Beschäftigten, einer schlechteren Leistungsfähigkeit sowie einer erhöhten Kündigungsabsicht assoziiert ist (Schyns u. Schilling 2013). Insbesondere die Beziehungsgestaltung, sowohl zu den Beschäftigten als auch zu sich selbst im Sinne einer Selbstreflexion und persönlichen Weiterentwicklung, spielt dabei eine große Rolle (Seifried-Dübon et al. 2019). So könnten Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte hilfreich sein, um positiv auf die Gesundheit der Beschäftigten einzuwirken. Weiterhin sollte der aktive Austausch zwischen Führung und Angestellten angeregt werden.

Es kann nun schlussgefolgert werden, dass die vorliegende Arbeit den Forschungsstand bezüglich der psychischen Gesundheit, psychosozialen Arbeitsbelastung und Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Klinikpersonal, vor allem bei Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Hebammen, erweitern sowie Problempunkte aufzeigen und Ansatzpunkte für Veränderungsmöglichkeiten darbieten konnte. Allerdings sind weitere, vorzugsweise multizentrische Studien wünschenswert, um die untersuchten Aspekte an einem größeren Studienkollektiv und unabhängig des möglichen Bias durch das Fachgebiet Gynäkologie zu betrachten. Zudem gilt es, durch Interventionsstudien potentielle Maßnahmen zu konkretisieren und die Wirksamkeit derselben zu evaluieren.

5 Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel: Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen sowie angesichts des erhöhten Vorkommens von psychischen Erkrankungen bei medizinischem Personal ist es nicht zuletzt im Sinne der Versorgungsqualität unerlässlich, eine Untersuchung der Belastungsfaktoren und Beanspruchungsfolgen der Beschäftigten durchzuführen. Aus diesem Grund erfolgte eine Befragung des Personals der Universitätsfrauenklinik Ulm zu den Themen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, psychische Gesundheit sowie psychosoziale Arbeitsbelastung, um einen umfassenden Überblick über die Situation von Klinikpersonal zu erhalten, Problempunkte aufzuzeigen und Ansatzpunkte für spezifische Maßnahmen zu erhalten. Hierbei sollte insbesondere der Berufsgruppenvergleich im Fokus stehen.

Material und Methoden: Die vorliegende Arbeit behandelt den ersten Erhebungszeitpunkt einer Längsschnittuntersuchung. N = 136 Beschäftigte der Universitätsfrauenklinik Ulm beteiligten sich an der anonym durchgeführten Befragung, was einer Rücklaufquote von 63,0 % entspricht. Der Fragebogen setzte sich aus mehreren validierten Befragungsinstrumenten zusammen: Mittels der Work-Family Conflict (WFC) und Family-Work Conflict (FWC) Scale wurden Interrollenkonflikte zwischen Beruf und Familie erfasst. Der Effort-Reward Imbalance (ERI) und Overcommitment (OC) Questionnaire diente der Quantifizierung von Gratifikationskrisen, welche durch ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung entstehen. Die psychische Gesundheit wurde mithilfe des Maslach Burnout Inventar (MBI-D) sowie des Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) erfasst.

Ergebnisse: Bei der Teilstichprobe „medizinisches Personal“, bestehend aus den Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften sowie Hebammen der Frauenklinik, wurde kein signifikant höheres Konfliktpotential zwischen Beruf und Familie als bei der Normstichprobe der Lehrer festgestellt, allerdings ein signifikant niedrigeres Konfliktpotential im Vergleich mit den Normstichproben der Handelsvertreter und Geschäftsinhaber. Im Berufsgruppenvergleich zeigte sich bei den Gruppen Arzt/Ärztin sowie Pflege/Hebammen ein höherer wechselseitiger Konflikt zwischen Beruf und Familie als bei der Gruppe Verwaltung/Sonstige. Zudem ließ sich bei

Ärztinnen und Ärzten ein ausgeprägterer Einfluss des Familienlebens auf das Berufsleben feststellen als bei Pflegekräften und Hebammen. Zur Verbesserung der Vereinbarkeitsmöglichkeiten konnten die Unterbrechung der Arbeit im familiären Notfall, Teilzeitregelungen, familienbedingte Auszeit sowie erweiterte Öffnungszeiten der Kindertagesstätten als bedeutende Maßnahmen identifiziert werden. Ein hoher Interrollenkonflikt war mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit vergesellschaftet.
Mehr als zwei Drittel der Stichprobe „medizinisches Personal" wiesen im ERI-Questionnaire ein Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung auf. Im Berufsgruppenvergleich zeigte sich bei der Gruppe der Pflegekräfte und Hebammen ein signifikant höherer ERI-Ratio und somit ein höheres Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung als bei den anderen beiden Berufsgruppen.
Ein Anteil von 18,0 % des medizinischen Personals litt unter einer moderaten oder schweren Depressions- bzw. Angstsymptomatik, weitere 34,2 % wiesen eine leichte Symptomatik auf. Angst und Depression traten häufiger auf als bei einer für die deutsche Allgemeinbevölkerung repräsentativen Normstichprobe. Pflegekräfte und Hebammen zeigten sich hinsichtlich der Burnout-Dimension emotionale Erschöpfung sowie der körperlichen Gesundheit signifikant belasteter als die anderen beiden Berufsgruppen, hinsichtlich einer Angst- und Depressionssymptomatik belasteter als die Gruppe Verwaltung/Sonstige. Es stellte sich heraus, dass sowohl ein hoher Interrollenkonflikt zwischen Beruf und Familie als auch ein hohes Ungleichgewicht zwischen Anstrengung und Belohnung mit dem vermehrten Vorkommen einer Depressions-, Angst- sowie Burnout-Symptomatik einhergehen. Eine schlechte psychische Gesundheit war wiederum assoziiert mit einer als schlechter wahrgenommenen Qualität der Patientenversorgung.

Schlussfolgerung: Die untersuchte Studienpopulation stellte sich hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der psychosozialen Arbeitsbelastung sowie der psychischen Gesundheit als belastet heraus. Dieser Problematik kann mit gezielten verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen, beispielsweise flexiblen Arbeitszeitmodellen, erweiterten Kinderbetreuungsangeboten sowie kognitivem Verhaltens- und Entspannungstraining, begegnet werden, wobei Interventionsstudien zur weiteren Konkretisierung und anschließenden Evaluierung derselben notwendig sind.

6 Literaturverzeichnis

1. Ádám S, Györffy Z, Susánszky É: Physician Burnout in Hungary: A Potential Role for Work-Family Conflict. J Health Psychol, 13: 847-856 (2008)

2. Aiken L H, Clarke S P, Sloane D M, Sochalski J, Silber J H: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. J Am Med Assoc, 288: 1987-1993 (2002)

3. Aiken L H, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D M, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty A M, Griffiths P, Moreno-Casbas M T, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne I S, Smith H L, Kutney-Lee A: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. Br Med J, 344: e1717 (2012)

4. AlAzzam M, AbuAlRub R F, Nazzal A H: The Relationship Between Work–Family Conflict and Job Satisfaction Among Hospital Nurses. Nurs Forum, 52: 278-288 (2017)

5. Albertsen K, Garde A H, Nabe-Nielsen K, Hansen Å M, Lund H, Hvid H: Work-life balance among shift workers: results from an intervention study about self-rostering. Int Arch Occup Environ Health, 87: 265-274 (2014)

6. Allen T D, Herst D E, Bruck C S, Sutton M: Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. J Occup Health Psychol, 5: 278-308 (2000)

7. Amstad F T, Meier L L, Fasel U, Elfering A, Semmer N K: A meta-analysis of work–family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. J Occup Health Psychol, 16: 151-169 (2011)

8. Anafarta N: The relationship between work-family conflict and job satisfaction: A structural equation modeling (SEM) approach. Int J Bus Manag, 6: 168-177 (2011)

9. Angerer P, Glaser J, Petru R, Weigl M: Arbeitsbedingungen der Klinikärzte: Gezielte Maßnahmen, die sich lohnen. Dtsch Arztebl Int, 108: A832-A833 (2011)

10. Angerer P, Petru R, Weigl M, Glaser J: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In: Schwartz F W and Angerer P (Hrsg) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung. Bd 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 175-184 (2010)

11. Bakker A B, Killmer C H, Siegrist J, Schaufeli W B: Effort–reward imbalance and burnout among nurses. J Adv Nurs, 31: 884-891 (2000)

12. Becker A: Ein SOK-orientiertes Coaching kombiniert mit Physiotherapie für Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 367-381 (2019)

13. Beermann B: Nacht- und Schichtarbeit. In: Badura B, Schröder H, Klose J and Macco K (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2009: Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren — Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 71-82 (2010)

14. Berkman L F, Liu S Y, Hammer L, Moen P, Klein L C, Kelly E, Fay M, Davis K, Durham M, Karuntzos G, Buxton O M: Work–family conflict, cardiometabolic risk, and sleep duration in nursing employees. J Occup Health Psychol, 20: 420-433 (2015)

15. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L: Psychische Gesundheit von Ärzten – Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. Nervenarzt, 90: 961-974 (2019)

16. Blum K: Fachkräftemangel und Stellenbesetzungsprobleme im Krankenhaus–Bestandsaufnahme und Handlungsoptionen. In: Angerer P, Guendel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 64-73 (2019)

17. Blum K, Löffert S: Ärztemangel im Krankenhaus. Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf (2010) https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/langfassung_aerztemangel.pdf (23.11.2017)

18. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P: Krankenhaus Barometer. Umfrage 2016. Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf (2016). https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/2016_12_19_kh_barometer_final.pdf (01.10.2019)

19. Bøggild H, Knutsson A: Shift work, risk factors and cardiovascular disease. Scand J Work Environ Health, 25: 85-99 (1999)

20. Bolliger C, Golder L, Jans C, Rüefli C: Der Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Tätigkeit – Schlussbericht. FMH Swiss Medical Association, Bern (2016) https://www.fmh.ch/files/pdf18/FMH_VSAO_2016_Schlussbericht_mit_FB.pdf (18.06.2019)

21. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann R W: Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten: Ergebnisse einer Pilotstudie. Nervenheilkunde, 27: 800-804 (2008)

22. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C: Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. Int Arch Occup Environ Health, 82: 31-38 (2008)

23. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Klaghofer R: Kinderwunsch und Laufbahnplanung von Ärztinnen und Ärzten. Gynäkol Geburtshilfliche Rundsch, 48: 234-240 (2008)

24. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Klaghofer R: Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. Z Psychosom Med Psychother, 55: 37-50 (2009)

25. Buessing A, Perrar K: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Measurement of burnout. Study of a German version of the Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica, 38: 328-353 (1992)

26. Burkhart M, Ostwald D A, Ehrhard T: 112 – und niemand hilft. PricewaterhouseCoopers, Frankfurt am Main (2012) https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-studie-112-und-niemand-hilft-sep-2012.pdf (24.03.2018)

27. Busch M A, Maske U E, Ryl L, Schlack R, Hapke U: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl, 56: 733-739 (2013)

28. Cheung T, Yip P S: Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. Int J Environ Res Public Health, 12: 11072-11100 (2015)

29. Chou L, Li C, Hu S C: Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. Br Med J Open, 4: e004185 (2014)

30. Chueh K H, Chen K R, Lin Y H: Psychological Distress and Sleep Disturbance Among Female Nurses: Anxiety or Depression? J Transcult Nurs: 1043659619881491 (2019)

31. Cimiotti J P, Aiken L H, Sloane D M, Wu E S: Nurse staffing, burnout, and health care–associated infection. Am J Infect Control, 40: 486-490 (2012)

32. Cortese C G, Colombo L, Ghislieri C: Determinants of nurses' job satisfaction: the role of work–family conflict, job demand, emotional charge and social support. J Nurs Manag, 18: 35-43 (2010)

33. Creedy D K, Sidebotham M, Gamble J, Pallant J, Fenwick J: Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. BMC Pregnancy Childbirth, 17: 13 (2017)

34. Dawson D, Reid K: Fatigue, alcohol and performance impairment. Nature, 388: 235 (1997)

35. De Ridder D: Wie kommt mehr "Familie" in die "Work-Life-Balance"? – Familienorientierung in der medizinischen Aus-, Weiterbildung und Berufstätigkeit. GMS Z Med Ausbild, 29: Doc22 (2012)

36. Dragano N, Siegrist J, Wahrendorf M: Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries. J Epidemiol Community Health, 65: 793-799 (2011)

37. Dragano N, von dem Knesebeck O, Rodel A, Siegrist J: Psychosoziale Arbeitsbelastungen und muskulo-skeletale Beschwerden: Bedeutung für die Prävention. Z Gesundh Wiss, 11: 196 (2003)

38. Ehresmann C: Mobbing im Krankenhaus: Symptom eines Organisationsversagens? In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J and Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2014, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 163-174 (2014)

39. Ehresmann C, Kockert S, Schott T: Burnout bei Pflegekräften in der medizinischen Rehabilitation – Spezifische Ansatzpunkte für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J and Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2015, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 71-84 (2015)

40. Eissler B, Jerg-Bretzke L: Der Arbeitsort beeinflusst die Belastungsfaktoren teilweise signifikant. Hebamme.ch, 9: 4-7 (2015)

41. Embracio N, Hraiech S, Azoulay E, Baumstarck-Barrau K, Forel J M, Kentish-Barnes N, Pochard F, Loundou A, Roch A, Papazian L: Symptoms of depression in ICU physicians. Ann Intensive Care, 2: 34 (2012)

42. Ernst Kossek E, Ozeki C: Work–family conflict, policies, and the job–life satisfaction relationship: A review and directions for organizational behavior–human resources research. J Appl Psychol, 83: 139-149 (1998)

43. Firth-Cozens J: Stress, psychological problems, and clinical performance. In: Vincent C, Ennis M and Audley R J (Hrsg) Medical accidents, Oxford University Press, Oxford, S. 131-149 (1993)

44. Firth-Cozens J: Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. Br J Gen Pract, 48: 1647-1651 (1998)

45. Firth-Cozens J: Source of stress in women junior house officers. Br Med J, 301: 89-91 (1990)

46. Flaig T: Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Fakultät, Universität Ulm. Med Dissertation, Ulm (2014)

47. Fuß I, Nubling M, Hasselhorn H M, Schwappach D, Rieger M A: Working conditions and Work-Family Conflict in German hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. BMC Public Health, 8: 353 (2008)

48. Fuß I, Nübling M, Schwappach D, Rieger M: Mobbing bei Krankenhausärzten – Prävalenz und Prädikatoren. In: Schwartz F W and Angerer P (Hrsg) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 253-262 (2010)

49. Gibbs M, Hampton S, Morgan L, Arendt J: Effect of shift schedule on offshore shiftworkers circadian rhythms and health. Health and Safety Executive, London (2005) http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr318.pdf (08.09.2018)

50. Grandey A A, Cordeiro B L, Crouter A C: A longitudinal and multi-source test of the work-family conflict and job satisfaction relationship. J Occup Organ Psychol, 78: 305–323 (2005)

51. Hall L H, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor D B: Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. PloS one, 11: e0159015 (2016)

52. Hämmig O: Gesundheit von Beschäftigten in Gesundheitsberufen. Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich, Zürich (2018) https://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch/_Resources/Persistent/f4281e97ed5ef5c0a385da6f45c9de69d8f8d334/Gesundheitsbericht2018.pdf (04.01.2019)

53. Hämmig O, Brauchli R, Bauer G F: Effort-reward and work-life imbalance, general stress and burnout among employees of a large public hospital in Switzerland. Swiss Med Wkly, 142: w13577 (2012)

54. Hancke K, Toth B, Igl W, Ramsauer B, Bühren A, Wöckel A, Jundt K, Ditsch N, Gingelmaier A, Rhiem K, Vetter K, Friese K, Kreienberg R: Career and Family – Are They Compatible? Results of a Survey of Male and Female Gynaecologists in Germany. Geburtshilfe Frauenheilkd, 72: 403-407 (2012)

55. Hancke K, Igl W, Toth B, Bühren A, Ditsch N, Kreienberg R: Work–life balance of German gynecologists: a web-based survey on satisfaction with work and private life. Arch Gynecol Obstet, 289: 123-129 (2014)

56. Harth V, Pallapies D, Pesch B, Johnen G, Rabstein S, Raulf-Heimsoth M, Welge P, Brüning T: Gesundheitliche Risiken durch Schichtarbeit? IPA-Journal, 12-15 (2009) https://www.ipa-dguv.de/medien/ipa/publikationen/ipa-journale/bgfa_info2009/documents/ipa-journal03_09.pdf (05.09.2018)

57. Hasselhorn H, Tackenberg P, Müller B, NEXT-Study Group: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. National Institute for Working Life, Stockholm (2003) http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/Hasselhorn_2003.pdf (14.05.2018)

58. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I: Burnout in Swedish midwives. Sex Reprod Healthc, 4: 87-91 (2013)

59. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch M A, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85: 77-87 (2014)

60. Jarosova D, Gurkova E, Palese A, Godeas G, Ziakova K, Song M S, Lee J, Cordeiro R, Chan S W, Babiarczyk B, Fras M, Nedvedova D: Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross-sectional survey. J Nurs Manag, 24: 70-79 (2016)

61. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K: Wo sind sie geblieben? – Eine Diskussion über die Positionierung von Medizinerinnen zwischen Karriere, Beruf und Familie. GMS Z Med Ausbild, 29: Doc19 (2012)

62. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K: Vereinbarkeit von Familie und Beruf – eine Belastungs- und Bedarfsanalyse bei Mitarbeitern der Universität Ulm: unveröffentlichter Ergebnisbericht (2013)

63. Jerg-Bretzke L, Krüsmann P, Traue H C, Limbrecht-Ecklundt K: "Was ihr wollt", Ergebnisse einer empirischen Bedarfsanalyse zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Ärztinnen und Ärzten. Gesundheitswesen, 80 (2016)

64. Jerg-Bretzke L, Traue H C, Fenkl M, Limbrecht-Ecklundt K: Burnout und berufliche Verausgabungsneigung bei Universitätsbeschäftigten – ein Berufsgruppenvergleich (Abstract). Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Potsdam (2016) http://studylibde.com/doc/6763361/wissenschaftliche-symposien (20.08.2019)

65. Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Janni W, Ebner F, Rottler E, Walter S, de Gregorio A: Zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie bei Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik – Auswertung einer systematischen Berufsgruppen-übergreifenden Befragung. Z Geburtshilfe Neonatol (2020). DOI: 10.1055/a-1200-3070

66. Jerg-Bretzke L, Karremann M, Beschoner P, de Gregorio N, Schochter F, Janni W, Ebner F, Walter S, de Gregorio A: Psychosoziale Arbeitsbelastung und Gesundheit von Beschäftigten einer Universitätsfrauenklinik im Berufsgruppenvergleich. Pflegewissenschaft, 23: 91-97 (2021)

67. Jöllenbeck M: Psychische Gesundheit im Fokus–Arbeitsbedingungen gesund gestalten. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 179-191 (2019)

68. Kandrack M, Grant K R, Segall A: Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions. Soc Sci Med, 32: 579-590 (1991)

69. Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan N: Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff. J Adv Nurs, 65: 516-524 (2009)

70. Kessler H: Burnout bei Ärzten und Pflegekräften auf Intensivstationen. Der Anaesthestist, 57: 513-115 (2008)

71. Kim S, Okechukwu C A, Buxton O M, Dennerlein J T, Boden L I, Hashimoto D M, Sorensen G: Association between work–family conflict and musculoskeletal pain among hospital patient care workers. Am J Ind Med, 56: 488-495 (2013)

72. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Virtanen M, Siegrist J: Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? Occup Environ Med, 64: 659-665 (2007)

73. Klein J, Frie K G, Blum K, Siegrist J, dem Knesebeck O v: Berufliche Gratifikationskrisen, Job Strain und Burnout bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. Psychother Psych Med, 60: 374-379 (2010)

74. Knecht M, Bauer G F, Klaghofer R, Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Hammig O: Work-life conflicts and health among Swiss physicians--in comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. Swiss Med Wkly, 140: w13063 (2010)

75. Knieps F, Pfaff H: BKK-Gesundheitsreport 2018. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin (2018) https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Faktenblatt_BKK_Gesundheitsreport_2018_FINAL.pdf (03.06.2019)

76. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson M S: To err is human: building a safer health system. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. National Academy Press, Washington, D.C. (1999)

77. Kopetsch T: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin (2010) http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf (02.04.2018)

78. Körber M, Schmid K, Drexler H, Kiesel J: Subjektive Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Work-Life-Balance von Ärzten und Pflegekräften eines Kommunalklinikums im ländlichen Raum im Vergleich zu einem großstädtischen Universitätsklinikum. Gesundheitswesen, 80: 444-452 (2018)

79. Kraft E, Loretan L, Van der Heiden N: Jeder zehnte Arzt steigt aus. Schweiz Ärzteztg, 97: 1132-1135 (2016)

80. Kroenke K, Spitzer R L, Williams J B W, Löwe B: An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ–4. Psychosomatics, 50: 613-621 (2009)

81. Kuper H, Singh-Manoux A, Siegrist J, Marmot M: When reciprocity fails: effort–reward imbalance in relation to coronary heart disease and health functioning within the Whitehall II study. Occup Environ Med, 59: 777-784 (2002)

82. Kurioka S, Inoue A, Tsutsumi A: Optimum cut-off point of the Japanese short version of the effort-reward imbalance questionnaire. J Occup Health, 55: 340-348 (2013)

83. Kurzthaler I, Kemmler G, Fleischhacker W W: Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen. Neuropsychiatr, 31: 56-62 (2017)

84. Lai H L, Lin Y P, Chang H K, Wang S C, Liu Y L, Lee H C, Peng T V, Chang F M: Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. J Clin Nurs, 17: 1886-18896 (2008)

85. Landrigan C P, Rothschild J M, Cronin J W, Kaushal R, Burdick E, Katz J T, Lilly C M, Stone P H, Lockley S W, Bates D W, Czeisler C A: Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. N Engl J Med, 351: 1838-1848 (2004)

86. Larisch M, Joksimovic L, von d K, Starke D, Siegrist J: Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Symptome. Psychother Psych Med, 53: 223-228 (2003)

87. Lehr D, Koch S, Hillert A: Where is (im)balance? Necessity and construction of evaluated cut-off points for effort-reward imbalance and overcommitment. J Occup Organ Psychol, 83: 251-261 (2010)

88. Leineweber C, Wege N, Westerlund H, Theorell T, Wahrendorf M, Siegrist J: How valid is a short measure of effort-reward imbalance at work? A replication study from Sweden. Occup Environ Med, 67: 526-531 (2010)

89. Leineweber C, Westerlund H, Chungkham H S, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C: Nurses' Practice Environment and Work-Family Conflict in Relation to Burn Out: A Multilevel Modelling Approach. PLOS ONE, 9: e96991 (2014)

90. Letvak S, Ruhm C J, McCoy T: Depression in Hospital-Employed Nurses. Clin Nurse Spec, 26: 177-182 (2012)

91. Li J, Bidlingmaier M, Petru R, Pedrosa Gil F, Loerbroks A, Angerer P: Impact of shift work on the diurnal cortisol rhythm: a one-year longitudinal study in junior physicians. J Occup Med Toxicol, 13: 23 (2018)

92. Li J, Yang W, Cheng Y, Siegrist J, Cho S: Effort–reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. Int Arch Occup Environ Health, 78: 198-204 (2005)

93. Limbrecht-Ecklundt K, Flaig T, Gündel H, Traue H C, Jerg-Bretzke L: Psychische Gesundheit und Arbeitsbelastung bei Ärztinnen und Ärzten. Präv Gesundheitsf, 10: 11-21 (2015)

94. Lin H S, Probst J C, Hsu Y C: Depression among female psychiatric nurses in southern Taiwan: main and moderating effects of job stress, coping behaviour and social support. J Clin Nurs, 19: 2342-2354 (2010)

95. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Angerer P: Effort-reward imbalance and perceived quality of patient care: a cross-sectional study among physicians in Germany. BMC Public Health, 16: 342 (2016)

96. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Glaser J, Degen C, Angerer P: Workplace bullying and depressive symptoms: A prospective study among junior physicians in Germany. J Psychosom Res, 78: 168-172 (2015)

97. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E: A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. J Affect Disord, 122: 86-95 (2010)

98. Lukasczik M, Ahnert J, Ströbl V, Vogel H, Donath C, Enger I, Gräßel E, Heyelmann L, Lux H, Maurer J, Özbe D, Spieckenbaum S, Voigtländer E, Wildner M, Zapf A, Zellner A, Hollederer A: Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Beschäftigten im Gesundheitswesen als Handlungsfeld der Versorgungsforschung. Gesundheitswesen, 43: 511-521 (2018)

99. Mache S, Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg D A, Klapp B F, Danzer G: Managing work–family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. Br Med J Open, 5: e006871 (2015)

100. Mache S, Kordsmeyer A C: Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben bei Klinikärzten: empirische Befunde und Gestaltungsansätze. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 319-329 (2019)

101. Maharaj S, Lees T, Lal S: Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses. Int J Environ Res Public Health, 16: E61 (2018)

102. Marburger Bund (2017): MB-Monitor 2017. Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung. https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/gesamtauswertung-mb-monitor-2017-presse-pk-website.pdf (19.10.2019)

103. Maslach C, Jackson S, Leiter M: Burnout inventory manual. Third Edition. Consulting Psychologists, Palo Alto (1996)

104. Maslach C, Jackson S E: The measurement of experienced burnout. J Organ Behav, 2: 99-113 (1981)

105. Maxfield D G, Lyndon A, Kennedy H P, O'Keeffe D F, Zlatnik M G: Confronting safety gaps across labor and delivery teams. Am J Obstet Gynecol, 209: 402-408.e3 (2013)

106. Mealer M L, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M: Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. Am J Respir Crit Care Med, 175: 693-697 (2007)

107. Meissner F, Stockfisch C: Familienbewusste Schichtarbeit. DGB-Bundesvorstand, Berlin (2011) https://disg.lu.ch/-/media/DISG/Dokumente/Themen/Familienfreundlichkeit/DGB_2011_Familienbewusste_Schichtarbeit.pdf?la=de-CH (03.05.2018)

108. Meßenzehl M, Lukesch H, Klein H E, Hajak G, Schreiber W, Putzhammer A: Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken. Krankenhauspsychiatrie, 17: 108-113 (2006)

109. Meuser M: Vereinbarkeit von Beruf und Familie — ein Problem für Männer? In: Barlösius E and Schiek D (Hrsg) Demographisierung des Gesellschaftlichen: Analysen und Debatten zur demographischen Zukunft Deutschlands, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 135-150 (2007)

110. Meyer M, Wenzel J, Schenkel A: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J and Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 331-387 (2018)

111. Monk T H, Folkarc S, Wedderburn A I: Maintaining safety and high performance on shiftwork. Appl Ergon, 27: 17-23 (1996)

112. Netemeyer R G, Boles J S, McMurrian R: Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. J Appl Psychol, 81: 400-410 (1996)

113. Neuschwander A, Job A, Younes A, Mignon A, Delgoulet C, Cabon P, Mantz J, Tesniere A: Impact of sleep deprivation on anaesthesia residents' non-technical skills: a pilot simulation-based prospective randomized trial. Br J Anaesth, 119: 125-131 (2017)

114. Nübling M, Stössel U, Michaelis M: Messung von Führungsqualität und Belastungen am Arbeitsplatz: Die deutsche Standardversion des COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). Fehlzeiten-Report 2009, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 253-261 (2009)

115. Nuebling M, Seidler A, Garthus-Niegel S, Latza U, Wagner M, Hegewald J, Liebers F, Jankowiak S, Zwiener I, Wild P S, Letzel S: The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. BMC Public Health, 13: 538 (2013)

116. Pal S, Saksvik P Ø: Work-family conflict and psychosocial work environment stressors as predictors of job stress in a cross-cultural study. Int J Stress Manag, 15: 22-42 (2008)

117. Pantenburg B, Luppa M, König H - H, Riedel-Heller S G: Überlegungen junger Ärztinnen und Ärzte aus der Patientenversorgung auszusteigen – Ergebnisse eines Surveys in Sachsen. Gesundheitswesen, 76: 406-412 (2014)

118. Pantenburg B, Luppa M, König H, Riedel-Heller S: Burnout among young physicians and its association with physicians' wishes to leave: results of a survey in Saxony, Germany. J Occup Med Toxicol, 11: 2 (2016)

119. Peter R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P: High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. J Epidemiol Community Health, 52: 540-547 (1998)

120. Poissonnet C M, Véron M: Health effects of work schedules in healthcare professions. J Clin Nurs, 9: 13-23 (2000)

121. Raspe M, Vogelgesang A, Fendel J, Weiß C, Schulte K, Rolling T: Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen deutscher Assistenzärztinnen und -ärzte in internistischer Weiterbildung: eine zweite bundesweite Befragung durch die Nachwuchsgruppen von DGIM und BDI. Dtsch Med Wochenschr, 143: e42-e50 (2018)

122. Rockenbauch K, Meister U, Schmutzer G, Alfermann D: Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen der Medizin. Gesundheitswesen, 68: 176-184 (2006)

123. Rödel A, Siegrist J, Hessel A, Brähler E: Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Z Differ Diagn Psychol, 25: 227-238 (2004)

124. Rogers A E, Hwang W, Scott L D, Aiken L H, Dinges D F: The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff, 23: 202-212 (2004)

125. Rugulies R, Aust B, Madsen I E H, Burr H, Siegrist J, Bültmann U: Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? Eur J Public Health, 23: 415-420 (2012)

126. Rugulies R, Aust B, Madsen I E: Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Scand J Work Environ Health, 43: 294-306 (2017)

127. Scheppokat K D, Neu J: Medizinische Daten und Qualitatsmanagement. Dtsch Arztebl, 104: 3172-3177 (2007)

128. Schmid K, Drexler H, Fischmann W, Uter W, Kiesel J: Welche Berufsgruppen an einem Klinikum sind besonders beansprucht? Dtsch Med Wochenschr, 136: 1517-1522 (2011)

129. Schnall P, Belkić K, Landsbergis P, Baker D: Why the workplace and cardiovascular disease? Occup Med, 15: 1-6 (2000)

130. Schnall P, Landsbergis P A, Baker D: Job Strain and Cardiovascular Disease. Annu Rev Public Health, 15: 381-411 (1994)

131. Schoeller A E: Kinderbetreuung: Situation in Deutschland – Umfrageergebnisse und Umsetzungskonzepte. In: Bühren A and Schoeller A E (Hrsg) Lebensqualität in der Berufsausübung. Bundesärztekammer, Berlin, S. 35-49 (2010)

132. Schyns B, Schilling J: How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. Leadership Q, 24: 138-158 (2013)

133. Seifried-Dübon T, Stuber F, Schnalzer S, Rieger M A, Zipfel S T, Junne F: Stresspräventive Führung im Gesundheitswesen: Evidenzbasierte Führungsmodelle und Relationale Führungskompetenz. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 253-273 (2019)

134. Shanafelt T D, Hasan O, Dyrbye L N, Sinsky C, Satele D, Sloan J, West C P: Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clin Proc, 90: 1600-1613 (2015)

135. Sharma A, Sharp D M, Walker L G, Monson J R: Stress and Burnout among colorectal surgeons and colorectal nurse specialists working in the National Health Service. Colorectal Dis, 10: 397-406 (2008)

136. Siegrist J: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol, 1: 27-41 (1996)

137. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R: The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med, 58: 1483-1499 (2004)

138. Siegrist J, Wege N, Puehlhofer F, Warendorf M: A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. Int Arch Occup Environ Health, 82: 1005-1013 (2009)

139. Simon M, Kümmerling A, Hasselhorn H: Work-Home Conflict in the European Nursing Profession. Int J Occup Environ Health, 10: 384-391 (2004)

140. Simon M, Tackenberg P, Nienhaus A, Estryn-Behar M, Conway P M, Hasselhorn H: Back or neck-pain-related disability of nursing staff in hospitals, nursing homes and home care in seven countries—results from the European NEXT-Study. Int J Nurs Stud, 45: 24-34 (2008)

141. Stahl K: Arbeitssituation von angestellten Hebammen in deutschen Kreißsälen – Implikationen für die Qualität und Sicherheit der Versorgung. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes (2016)

142. Tabrizi K N, Kavari S H: P02-45 – A study of depression prevalence in nurses and it's effective factors in shiraz namiz hospital. Eur Psychiatry, 26: 640 (2011)

143. Trinkoff A M, Lipscomb J A, Geiger-Brown J, Storr C L, Brady B A: Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. Am J Prev Med, 24: 270-275 (2003)

144. Trummer K: Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus – Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen. In: Schwartz F W and Angerer P (Hrsg) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 373-383 (2010)

145. Tyssen R, Vaglum P: Mental Health Problems among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies. Harv Rev Psychiatry, 10: 154-165 (2002)

146. Van der Schoot E, Oginska H, Estryn-Behar M: Burnout in the nursing profession in Europe. In: Hasselhorn H M, Tackenberg P and Muller B H (Hrsg) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (Report No 2003: 7), Saltsa, Schweden, S. 53-57 (2003)

147. Vandenbroeck S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L: Burnout in Belgian physicians and nurses. Occup Med, 67: 546-554 (2017)

148. Wall T D, Bolden R I, Borrill C S, Carter A J, Golya D A, Hardy G E, Haynes C E, Rick J E, Shapiro D A, West M A: Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. Br J Psychiatry, 171: 519-523 (1997)

149. Wallace J E, Lemaire J B, Ghali W A: Physician wellness: A missing quality indicator. Lancet, 374: 1714-1721 (2009)

150. Wedderburn A: Schichtarbeit und Gesundheit. BEST. Europäische Zeitstudien. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin (2000) http://inqa.gawo-ev.de/cms/uploads/Broschuere%20Schichtarbeit%20und%20Gesundheit.pdf?phpMyAdmin=Xr78vEy9vt0o%2Cxb0Dy0xDi0dA29&phpMyAdmin=19e16be51a9caef756465b0a0e7e4930 (28.04.2018)

151. Weigl M: Organisationale Interventionen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. In: Angerer P, Gündel H, Brandenburg S, Nienhaus A, Letzel S and Nowak D (Hrsg) Arbeiten im Gesundheitswesen, ecomed-Storck GmbH, Landsberg am Lech, S. 301-308 (2019)

152. Welsh D: Predictors of depressive symptoms in female medical-surgical hospital nurses. Issues Ment Health Nurs, 30: 320-326 (2009)

153. Weltärztebund: Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf. Weltärztebund, World Medical Association, WMA, Chicago (2017) https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf (04.06.2019)

154. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P: Shift work and burnout among health care workers. Occup Med, 64: 279-286 (2014)

155. Yildirim D, Aycan Z: Nurses' work demands and work–family conflict: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud, 45: 1366-1378 (2008)

156. Yoshida Y, Sandall J: Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis. Midwifery, 29: 921-926 (2013)

157. Zander B, Busse R: Die aktuelle Situation der stationären Krankenpflege in Deutschland. In: Bechtel P, Smerdka-Arhelger I and Lipp K (Hrsg) Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe: Lösungsansätze, Strategien, Chancen, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 125-137 (2017)

158. Zapf D: Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 43: 1-25 (1999)

159. Zendler M, Krug S: Gestaltung ärztlicher Arbeitsbedingungen: Ärbeitsgestaltung aus Sicht der Kaufmännischen Leitung. In: Schwartz F W and Angerer P (Hrsg) Report Versorgungsforschung: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Bd 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 403-410 (2010)

160. Zhang Y, Duffy J F, De Castillero E R: Do sleep disturbances mediate the association between work-family conflict and depressive symptoms among nurses? A cross-sectional study. J Psychiatr Ment Health Nurs, 24: 620-628 (2017)

161. Zhao X R, Qu H, Ghiselli R: Examining the Relationship of Work-Family Conflict to Job and Life Satisfaction: a Case of Hotel Sales Managers. Int J Hosp Manag, 30: 46-54 (2011)

7 Danksagung

Zunächst möchte ich Herrn Prof. Dr. Florian Ebner danken für die professionelle Betreuung während der Bearbeitungsphase meiner Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. Lucia Jerg-Bretzke. Vielen Dank für die Hilfestellungen und die anregenden Gespräche in allen Stadien der Arbeit, durch die dieses Projekt für mich zu einer positiven und bereichernden Erfahrung geworden ist.

Ein großes Dankeschön auch an Frau PD Dr. Amelie de Gregorio. Liebe Amelie, Danke für die angenehme Zusammenarbeit sowie Deine Herzlichkeit und die fachliche Kompetenz, mit der du jede meiner Fragen beantwortet hast.

Bei Frau Edit Rottler möchte ich mich für die professionelle statistische Beratung danken. Diese hat mir in der Auswertungsphase meiner Arbeit sehr weitergeholfen. Auch die Hinweise zur Word-Formatierung waren für mich von großem Nutzen.

An dieser Stelle möchte ich auch den Menschen danken, die mir mein Studium ermöglicht haben, mir immer Mut zugesprochen haben und mich auch während der Bearbeitungsphase meiner Dissertation motiviert haben:
Liebe Mama, Danke, dass du immer für mich da bist und mir den Rücken stärkst.
Papa, du glaubst immer an mich und unterstützt mich, wenn ich dich brauche.

Nicht zuletzt gilt mein großer Dank allen Studienteilnehmenden, die sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen auszufüllen und somit dieses Projekt ermöglicht haben.

8 Curriculum Vitae

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.