Universitätsklinikum Ulm
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

Arbeitsbelastung und psychische Gesundheit bei Ärztinnen und Ärzten im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie - Veränderungen in 10 Jahren und Unterschiede zur Intensivmedizin

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Aniela Brück,
geboren in Radevormwald

2019

Amtierender Dekan: Professor Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: PD Dr. Petra Beschoner

2. Berichterstatter: PD Dr. Silvia Krumm

Tag der Promotion: 15.10.2020

Für meine Familie

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis I

Abkürzungsverzeichnis III

1. Einleitung 1

1.1. Hintergrund 1

1.1.1. Psychische Belastung von Ärzten 1

1.1.2. Burnout 2

1.1.3. Depressivität 5

1.1.4. Berufliche Gratifikationskrisen 6

1.2. Psychische Belastung von Psychiatern/ Psychotherapeuten 8

1.3. Fragestellungen und Hypothesen 10

2. Material und Methoden 12

2.1. Studiendesign 12

2.2. Rekrutierung des Studienkollektivs 12

2.3. Aufbau des Fragebogens 13

2.3.1. Erhebung soziodemografischer Daten 13

2.3.2. Fragebogen zur Erfassung der beruflichen Gratifikationskrise 13

2.3.3. Beck Depressions Inventar II (BDI-II) 14

2.3.4. Beck Depressions Inventar (BDI) 14

2.3.5. Maslach Burnout Inventory, deutsche Fassung (MBI-D) 15

2.4. Statistische Analyse 16

3. Ergebnisse 17

3.1. Deskriptive Statistik der Psychiater/ PT 2016 17

3.1.1. Soziodemografische Daten 17

3.1.1. Basisdaten zum Beruf 18

3.1.2. Gesundheitszustand 21

3.2. Analyse des Datensatzes der Psychiater/ PT im Jahr 2016 21

3.2.1. Wie hoch sind die Prävalenzen von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen in der untersuchten Gruppe der Psychiater/ PT? 22

3.2.2. Stehen das Geschlecht oder die Familiensituation in Zusammenhang mit Burnout-Gefährdung oder Depressivität? 25

3.2.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen der Berufserfahrung oder den Arbeitsbedingungen (Praxis-/ Kliniktätigkeit, Supervision, Wochenarbeitszeit, freie Wochenenden) und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen? 29

3.2.4. Wie unterscheiden sich die Stichproben der befragten Psychiater/ PT in 2006 und 2016 hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, der freien

Wochenenden sowie der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung? ... 34
3.2.5. Weist die Stichprobe der befragten Psychiater/ PT von 2006 und 2016 Unterschiede in Bezug auf die Burnout-Gefährdung, Depressivität oder Gratifikationskrisen auf? ... 34
3.2.6. Zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Burnout-Gefährdung, aktuelle und vergangene Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen zwischen den Psychiatern/ PT und den Anästhesisten/ IM/ NM? ... 37
3.2.7. Unterscheiden sich bei der Gruppe der Psychiater/ PT verglichen mit den Anästhesisten/ IM/ NM die Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und die Anzahl freier Wochenenden, die Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und der Anteil der Personen mit Suizidgedanken? ... 40
3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse ... 41
4. Diskussion ... 43
4.1. Diskussion der Methodik ... 43
4.2. Diskussion der Ergebnisse ... 45
4.2.1. Soziodemografische Daten ... 45
4.2.2. Burnout-Symptomatik, Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT 2016 ... 45
4.2.3. Zusammenhang von Geschlecht/ Familiensituation und Burnout-Gefährdung/ Depressivität ... 48
4.2.4. Zusammenhang von Berufserfahrung und Arbeitsbedingungen und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen ... 51
4.2.5. Unterschiede in Wochenarbeitszeit, Anzahl freier Wochenenden sowie Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung bei den Psychiatern/ PT von 2006 und 2016 ... 59
4.2.6. Unterschiede bezüglich Burnout-Gefährdung, Depressivität sowie beruflichen Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT von 2006 und 2016 ... 60
4.2.7. Unterschiede bezüglich Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflicher Gratifikationskrisen zwischen Psychiatern/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM ... 61
4.2.8. Unterschiede bezüglich der Arbeitszeiten, der Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und des Anteils mit Suizidgedanken zwischen Psychiatern/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM ... 62
4.3. Schlussfolgerung und Ausblick ... 64
5. Zusammenfassung ... 66
6. Literaturverzeichnis ... 68
Danksagung ... 78
Lebenslauf ... 79

Abkürzungsverzeichnis

AA	Assistenzarzt
Abb.	Abbildung
AUDIT-C	Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption
β	Regressionskoeffizient
BDI	Beck Depressions Inventar
BFI	Big Five Inventory
CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DIVI	Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DP	Depersonalisation
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders vierte Auflage
e.V.	Eingetragener Verein
EE	Emotionale Erschöpfung
ERI	Effort Reward Imbalance
FA	Facharzt
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
HADS-D	Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version
HANDS	Havard National Depression Screening Day Scale
HBI	Hamburg Burnout Inventory
IBM	International Business Machines Corporation
ICD	International Classification of Diseases
ICU	Intensive Care Unit
IFA	Interaktionelle Fallarbeit
IM	Intensivmedizin/ Intensivmediziner
JAMA	Journal of the American Medical Association

JDC	Job-Demand-Control
KI	Konfidenzintervall
MBI-D	Maslach Burnout Inventory - Deutsche Fassung
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey
MDI	Major Depression Inventory
MPT	Münchener Persönlichkeitstest
MW	Mittelwert
n	Anzahl
NM	Notfallmedizin/ Notfallmediziner
OC	Overcommitment
OR	Odds Ratio
p	Signifikanz
PE	Persönliche Erfüllung
PHQ4	Patient Health Questionnaire Version vier
PSU	Psychosoziale Unterstützung
PT	Psychotherapie/ Psychotherapeut
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
r	Korrelationskoeffizient
RKI	Robert Koch-Institut
SA	Standardabweichung
SPE-II	Sozialmedizinisches Panel für Erwerbspersonen II
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAA-KH-S	Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus Selbstbeurteilungsinstrument
Tab.	Tabelle
USA	United States of America
WE	Wochenende

1. Einleitung

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Ärztegesundheit von der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm wurden empirische Daten zur Arbeitsbelastung, Lebenssituation und psychischen Gesundheit bei Ärztinnen und Ärzten erhoben, die im Fachbereich der Psychiatrie und Psychotherapie tätig sind. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, das Vorkommen von Burnout, Depression und Gratifikationskrisen bei den befragten Psychiatern/ Psychotherapeuten (Psychiater/ PT) zu untersuchen und dies in einen Zusammenhang mit den Arbeits- und Lebensumständen zu stellen. Des Weiteren vergleicht die Studie die Belastungen sowohl mit Ärzten aus dem Fachbereich der Anästhesie/ Intensivmedizin/ Notfallmedizin (Anästhesie/ IM/ NM) desselben Jahres als auch mit den Psychiatern/ PT aus dem Jahr 2006, um mögliche Veränderungen nach einer Dekade zu erfassen.

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen in der vorliegenden Dissertation gelten für Frauen und Männer gleichermaßen.

1.1. Hintergrund

1.1.1. Psychische Belastung von Ärzten

Die Analyse der Krankenkassen zu den Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt auf, dass psychische Erkrankungen den drittgrößten Anteil des Fehlzeitenvolumens einnehmen und somit eine bedeutende Rolle spielen [88; 123]. Im Zusammenhang mit der Forschungsarbeit über psychische Belastungen von Personen in Gesundheitsberufen in Zeiten von Personalmangel, Ressourcenknappheit und Arbeitszeitverdichtung, sind in den letzten Jahren auch vermehrt Ärzte in den Fokus geraten [22; 37; 74; 76; 116]. Der überwiegende Anteil an Studien dazu liegt bislang aus dem Ausland vor, aber auch in Deutschland beschäftigen sich mehr und mehr Forscher mit dieser Thematik [114]. Eine Online-Umfrage von Medscape mit 615 teilnehmenden Ärzten ergab, dass 24% Anzeichen von Depressivität bei sich wahrnahmen und von diesen sah jeder Zweite einen Zusammenhang mit seiner Arbeitssituation [53]. Insgesamt 12% fühlten sich ausgebrannt, dabei gaben die meisten die zu hohe Arbeitslast als Ursache an [53]. Professionelle Hilfe wurde von der Mehrheit der Ärzte abgelehnt, lediglich 19% der Betroffenen gaben an, in der Vergangenheit bereits therapeutische Unterstützung in Anspruch genommen zu haben [53].

Besonders die Berufe mit viel Verantwortung und sozialem Engagement bergen laut Freudenberger ein Risiko für Burnout-Symptome [46]. So ist es kaum verwunderlich, dass auch Ärzte, trotz des gesellschaftlich geprägten Idealbildes eines stets gesunden und belastbaren Helfers, von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Noch mehr belastet sind Berufsanfänger. Sie befinden sich oftmals in der misslichen Lage, dass sich bei ihnen anhäufende Fehler zu Disstress führen und umgekehrt, Disstress zu einer Anhäufung von Fehlern [132]. Internationale Studien bezüglich der Suizidalität bei Ärzten zeigen außerdem alarmierende Ergebnisse, denn Ärzte wiesen eine erhöhte Suizidalität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung auf [47; 78; 94; 112]. Schernhammer und Colditz belegten dazu in ihrer Metaanalyse (25 eingeschlossene Studien) eine Suizidrate für männliche Ärzte, im Verhältnis zur Allgemeinbevölkerung, von 1,41 (95% KI = 1,21 – 1,65) und für die weiblichen Ärzte sogar von 2,27 (95% KI = 1,90 – 2,73) [112].

Einen Einblick in die Ursachen arbeitsbedingter Stressoren von Ärzten liefert die auf Interviews (n = 12) und Schichtbeobachtungen (n = 3) basierende Studie von Keller und Kollegen, bei der die Befragten eine hohe Arbeitsintensität, arbeitszeitliche Stressoren wie Dienste und Überstunden, sowie mangelnde soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte beklagten [66]. Eine prospektive Kohortenstudie von Angerer und Mitarbeitern, die insgesamt 507 Assistenzärzte mit Hilfe des Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahrens (TAA-KH-S) befragten, ergab, dass hoher Zeitdruck, ein erschwerter Arbeitsablauf und Unterbrechungen durch andere Personen starke psychische Stressoren darstellten [5]. Aus einer Fragebogenerhebung zur Lebenszufriedenheit (FLZ) unter 447 deutschen Krankenhausärzten von Laubach und Fischbeck stellte sich schließlich die persönliche Gesundheit als einer der stärksten Prädiktoren für die Zufriedenheit im Bereich Arbeit und Beruf dar (β = -0,19) [75].

1.1.2. Burnout

Das Burnout-Syndrom wurde 1974 von dem klinischen Psychologen und Psychoanalytiker Freudenberger als ein Zustand psychischer und physischer Erschöpfung im psychosozialen Arbeitsumfeld wissenschaftlich geprägt [46]. Maslach und Mitarbeiter beschrieben in nachfolgenden Forschungsarbeiten, dass betroffene Personen bei länger anhaltendem arbeitsbedingten Stress nicht nur emotionale Erschöpfung, sondern auch Zynismus erkennen lassen und sich insgesamt eine negative Auswirkung auf deren Arbeit zeigt [81].

Aus diesen Beobachtungen hervorgehend wurde das dreidimensionale Modell mit den Komponenten „Emotionale Erschöpfung“ im Sinne einer Fatigue, „Depersonalisation“ im Sinne einer distanzierten, zynischen Einstellung zur Arbeit und „Persönliche Erfüllung“ im Sinne der Beurteilung der eigenen Leistung, entwickelt, welches mit Hilfe des Maslach Burnout Inventory (MBI) abgefragt wird [83]. Burnout ist dabei als Resultat eines komplexen Prozesses zu verstehen, ausgelöst durch chronischen arbeitsbedingten Stress und darauffolgender emotionaler Erschöpfung [84]. Das Selbstbeurteilungsinstrument MBI wird zur Einschätzung einer Burnout-Symptomatik bislang am häufigsten eingesetzt.

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts ergab bezüglich ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostiziertem Burnout-Syndrom mit Hilfe des ärztlichen, computergestützten Interviews (CAPI) eine Lebenszeitprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 4,2% (n = 341) [80]. In der bisher geltenden ICD-10 Klassifikation ist das Burnout-Syndrom keine eigenständige Diagnose, sondern wird unter der Ziffer Z73 für „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ als Zustand des „Ausgebranntseins“ angegeben [35]. Für Januar 2022 wurde auf der World Health Assembly 2019 in Genf die neue Klassifikationsliste ICD-11 verabschiedet, in der Burnout als Syndrom resultierend aus nicht erfolgreich bewältigtem chronischen Stress im Zusammenhang mit der Arbeit definiert wird und sich durch die bereits genannten drei Dimensionen charakterisiert [133]. Dies repräsentiert ein zunehmendes Bewusstsein für die Folgen von chronischem Stress am Arbeitsplatz.

Hinsichtlich multipler Therapiemöglichkeiten des Burnout-Syndroms zeigte sich in einer Metaanalyse des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, dass insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie in den meisten Studien eine emotionale Erschöpfung verringerte [69].

Die Abgrenzung von Burnout zur Depression ist nicht eindeutig möglich, daher ist laut Brühlmann eine sich überlappende Unterscheidung vorzunehmen [21]. Das Burnout-Syndrom sei als Aufwärtsspirale zu verstehen von zunehmendem Disstress hinsichtlich der Arbeitslast hin zum Zusammenbruch im Sinne des „Ausgebranntseins“ [21]. Die Depressivität stelle sich jedoch als Abwärtsspirale dar mit Disstress als Ergebnis von Entmutigung und Hilflosigkeit [21]. Beide Symptomatiken münden dabei in eine Erschöpfungsdepression, die Brühlmann als überschneidendes Symptom beschreibt [21].

Die Burnout-Symptomatik bezieht sich jedoch hauptsächlich auf den Arbeitskontext, während Depressivität durch verschiedene Lebenssituationen hervorgerufen werden kann [64].

1.1.2.1. Burnout bei Ärzten

Eine große Fragebogenerhebung (n = 5897) von Wurm und Kollegen, zu der in der österreichischen Ärztezeitung aufgerufen wurde, untersuchte Burnout (mittels Hamburg Burnout Inventory – HBI) bei Ärzten [134]. Dabei hatten zum einen Ärzte unter 45 Jahren signifikant ($p < 0,001$) höhere Burnout-Gesamtwerte (MW = 144,41, SA = 40,27) verglichen mit über 45-jährigen (MW = 139,26, SA = 43,18), zum anderen hatten Assistenzärzte signifikant ($p < 0,001$) höhere Werte (MW = 145,77, SA = 39,46) als die Fachärzte und niedergelassenen Kollegen (MW = 139,34, SA = 42,37) [134]. Mit Hilfe des MBI ermittelt, fanden Böhle und Mitarbeiter bei einer Befragung von deutschen Urologen (n = 75) ebenfalls heraus, dass besonders die jüngeren Kollegen in der Klinik ein erhöhtes Burnout-Risiko aufwiesen [16]. Eine Übersichtsarbeit mit 19 Studien von Prins und Mitarbeitern zeigte eine Burnout Prävalenz bei Assistenzärzten zwischen 17,6% und 76% [100]. Diese korrelierte am stärksten mit zu hoher Arbeitslast, dem vermehrten Empfinden der Arbeit als stressig, einer starken Befürchtung von Schulden am Ende der Weiterbildung und dem Konflikt zwischen Arbeit und Familie ($r \geq 0,60$) [100]. In ebendieser Metaanalyse wurde bei 15 der Studien der MBI als Messinstrument verwendet, jedoch unterschieden sich teilweise die Versionen bzw. fehlten Angaben zu den Items und Cut-offs [100]. Eine französische Studie von Embriaco und Kollegen veröffentlichte Daten von Intensivmedizinern (n = 978), von denen 46,5% eine hohe Burnout-Gefährdung (mittels MBI) aufwiesen [40].

Ein Burnout-Syndrom bei Ärzten hat allerdings nicht nur negative Auswirkungen auf deren persönliches Wohlbefinden, sondern kann auch zu einer schlechten Behandlungsqualität der Patienten bis hin zu Behandlungsfehlern führen [1; 52; 101]. Eine Umfrage von Shanafelt und Mitarbeitern unter amerikanischen Chirurgen (n = 7905) ergab einen höchst signifikanten ($p < 0,0001$) Zusammenhang zwischen emotionaler Erschöpfung bzw. Depersonalisation, gemessen mit dem MBI, und Behandlungsfehlern in den zurückliegenden drei Monaten [115]. Estryn-Behar und Kollegen fanden des Weiteren bei ihrer Studie mit französischen Ärzten (n = 1924) einen Zusammenhang zwischen Burnout

(gemessen mit Copenhagen Burnout Inventory – CBI) und häufigen Sorgen darüber, dass einem Fehler unterlaufen könnten [42]. Bei einer amerikanischen prospektiven Kohortenstudie mit Assistenzärzten der Pädiatrie (n = 123) zeigten außerdem jene mit Burnout-Symptomen (57%, n = 51, gemessen mit MBI) signifikant ($p < 0,001$) mehr Konzentrationsschwierigkeiten als die Kollegen ohne Burnout (7 %, n = 2) [43]. Eine Studie mit amerikanischen Medizinstudenten (n = 4402) fand außerdem eine Komorbidität von Alkoholabhängigkeit (mittels AUDIT-C) im Zusammenhang mit Burnout (mittels MBI) heraus (OR 1,2, $p < 0,01$) [62].

Arztspezifische Interventionsmöglichkeiten zur Reduktion von Burnout untersuchten Panagioti und Mitarbeiter in ihrer Metaanalyse (19 Studien, n = 1550 Ärzte) und kamen zu dem Ergebnis, dass Verbesserungen der Organisation (z.B. Arbeitspensum, Dienstplan) wirksamer waren als individuelle Interventionen (z.B. Kognitiv-behaviorale Therapie, Achtsamkeitstraining, Kommunikationsschulung) (Cohen´s $q = 4,15$, $p = 0,04$) [96].

1.1.3. Depressivität

Depressionen werden im internationalen Klassifizierungssystem der ICD-10 innerhalb der Kategorie „Affektive Störungen“ definiert [35]. Dabei zählen zu den Hauptsymptomen (Kapitel F32 [35]) eine depressive, gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und die Verminderung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit. Zusatzsymptome sind laut dieser Klassifikation eine verminderte Konzentration, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Schlafstörungen sowie verminderter Appetit [35]. Für depressive Episoden wird eine Schweregradunterscheidung von leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren (F32.2) depressiven Episoden definiert, wobei sich der Schweregrad nach der Anzahl der zutreffenden Haupt- und Zusatzsymptome richtet, die über einen Zeitraum von mindestes 14 Tagen bestehen [35].

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts (n = 7988) hat bei 8,1% der Befragten (mittels Patient Health Questionnaire – PHQ) im Alter von 18 – 79 Jahren eine depressive Symptomatik festgestellt (Punktprävalenz) [26].

In Bezug auf die Ätiologie konnte in verschiedenen Studien belegt werden, dass Depressionen neben umgebungsbedingten Faktoren und endogenen Pathomechanismen insbesondere eine genetische Komponente aufweisen [17; 79; 124]. In der Therapie von

Depressionen hat sich zusätzlich zur Pharmakotherapie die Verhaltenstherapie als bewährteste Psychotherapie gezeigt [39; 57].

1.1.3.1. Depressivität bei Ärzten

Studien zur Depressivität bei Ärzten wurden in verschiedenen Ländern durchgeführt und unterscheiden sich zum Teil stark bezüglich der verwendeten Messinstrumente. In einer Metaanalyse von Mata und Mitarbeitern zu Depressionen bei Assistenzärzten unterschiedlicher Fachrichtungen variierte bei 54 eingeschlossenen Studien die Prävalenz für eine depressive Symptomatik von 20,9% bis 43,2% [85]. Laut der Ergebnisse einer prospektiven Studie von Buddeberg-Fischer und Mitarbeitern, die mit Hilfe des HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) 390 Assistenzärzte verschiedener Fachrichtungen befragten, wiesen im zweiten Weiterbildungsjahr 15,6% eine depressive Symptomatik auf [24]. Die Werte nahmen dabei signifikant ($p < 0,001$) im Laufe der fortschreitenden Weiterbildungszeit ab, worauf hin die Autoren einen Zusammenhang mit zunehmender Erfahrung und Anpassung an die Anforderungen vermuteten [24]. Eine Befragung der Ärzte auf französischen Intensivstationen (ICU n = 189) ergab bei 23,8% depressive Symptome (mittels CES-D) und 58% von diesen berichteten, dass sie ihren Beruf am liebsten aufgeben würden [41]. Die bereits erwähnte Fragebogenerhebung von Wurm und Kollegen unter österreichischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen (n = 5897) ergab bei 10.3% (n = 607) eine Major Depression (mittels Major Depression Inventory – MDI), also eine schwere depressive Episode, von denen 0.9% (n = 50) eine milde, 2.3% (n = 135) eine moderate und 7.2% (n = 422) eine schwere Major Depression aufwiesen [134]. Des Weiteren stellte sich eine hohe Korrelation ($r = 0.74$, $p < 0.001$) zwischen den MDI- und den HBI-Gesamtwerten heraus. Hinsichtlich der Depressivität zeigte sich in Studien, dass auch hier die psychische Beeinträchtigung Konsequenzen für die Behandlungsqualität hat, denn bei Ärzten mit Depressionen wurde eine höhere Fehlerrate sowie zunehmend Konzentrationsstörungen festgestellt [43; 132].

1.1.4. Berufliche Gratifikationskrisen

Siegrist veröffentlichte 1996 in seinem Modell zu beruflichen Gratifikationskrisen, dass die Verletzung der sozialen Reziprozität, also eine hohe Verausgabung am Arbeitsplatz und im

Verhältnis dazu niedrige Belohnung, zu einem Ungleichgewicht im Sinne einer „Effort-Reward-Imbalance“ (ERI) führt [120]. Die Belohnung ist dabei in Form von Lohn oder Gehalt, Wertschätzung, beruflichem Aufstieg und der Arbeitsplatzsicherheit zu verstehen [121; 122]. In dem Modell wird zwischen einer extrinsischen Verausgabung durch die Arbeitsanforderungen und der erhöhten intrinsischen Verausgabungsbereitschaft (Overcommitment) unterschieden [120]. Ein anhaltendes Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung verursacht dabei aufgrund der Stressreaktion langfristig sowohl eine physische als auch psychische Gesundheitsschädigung [73; 119; 120; 125]. Untersuchungen zur ERI in der Allgemeinbevölkerung differieren zum Teil stark in ihren Ergebnissen. Aus den Daten des Zweiten Sozialmedizinischen Panels für Erwerbspersonen (SPE-II) berechneten Bethge und Kollegen bei den Vollzeit Erwerbstätigen (n = 1501) eine ER-Ratio >1 bei 25,9% (MW = 0,8, SA = 0,4) [15]. Eine Fragebogenerhebung von Dragano und Mitarbeitern (mittels ERI- und OC-Fragebogen) unter der arbeitenden Bevölkerung zwischen 45 und 66 Jahren (n = 1811) im Ruhr-Gebiet ergab bei der ER-Ratio einen Mittelwert von 0,5 (SA = 0,21) und beim OC einen Mittelwert von 13,0 (SA = 4,0) [36]. In den Leitlinien gibt es bis dato noch keine entsprechenden Empfehlungen zur Therapie berufsbedingter Gratifikationskrisen, dennoch könnte eine Verhaltenstherapie mit mehr berufsbezogenen Komponenten einen Ansatz darstellen [60].

1.1.4.1. Berufliche Gratifikationskrisen bei Ärzten

Eine Online-Befragung von Klinikärzten verschiedener Fachrichtungen (n = 12062) auf Basis des ERI- und des Job-Demand-Control-Modells (JDC) ergab bei 55,5% der Befragten Anzeichen von Disstress (JDC/ER-Ratio > 1) [10]. Eine prospektive Deutschschweizer Studie von Buddeberg-Fischer und Kollegen (n = 370) veröffentlichte, dass etwa ein Drittel der Assistenzärzte (gemessen mittels ERI) unter einem anhaltenden Ungleichgewicht zwischen Arbeitsleistung und erhaltener Belohnung (z.B. in Form von Anerkennung, Karrierechancen) litten [22]. Von dem Knesebeck und Mitarbeiter untersuchten den psychosozialen Stress bei chirurgisch tätigen Ärzten (n = 1311) [128]. Unter diesen hatten ebenfalls die Assistenzärzte (n = 920) verglichen mit den Fachärzten (n = 391) niedrigere Werte hinsichtlich des rewards (effort/reward Quotient MW (SA): AA = 0,91 (0,39), FA = 0,79 (0,27)) [128]. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen anhaltenden Gratifikationskrisen und dem physischen sowie psychischen Erkrankungsrisiko bei Ärzten konnte in

verschiedenen Studien belegt werden [22; 23; 77; 119; 122]. Limbrecht-Ecklundt und Kollegen zeigten diesbezüglich in den Ergebnissen ihrer Befragung von Ärzten der Universität Ulm (n = 120) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der ERI-ratio und der subjektiv in Form einer Note eingeschätzten körperlichen Gesundheit ($r = 0,22$, $p = 0,03$) [77]. In ebendieser Studie wurde des Weiteren ein signifikanter ($p < 0,01$) Zusammenhang zwischen einer ERI und emotionaler Erschöpfung ($r = 0,55$) bzw. Depersonalisation ($r = 0,37$) herausgefunden, ebenso wie eine Korrelation zum PHQ4 ($r = 0,60$, $p < 0,01$) [77].

1.2. Psychische Belastung von Psychiatern/ Psychotherapeuten

In der Literatur wird beschrieben, dass Ärzte aus dem Fachbereich der Psychiatrie/ PT ein erhöhtes Risiko psychischer Belastung haben [45; 104; 105]. Denn bei dieser Fachgruppe wird im Vergleich zu organmedizinisch behandelnden Ärzten eine höhere Anforderung an ihre Persönlichkeit gestellt [63; 104]. Diese werden nämlich stärker mit verschiedensten Qualitäten psychischen Leidens konfrontiert, was jedoch für eine optimale Behandlung des Patienten eine stabile, souveräne und ausgeglichene Persönlichkeit voraussetzt [63; 104]. Das ist oftmals vor dem Hintergrund, dass vermehrt verletzte und sensible Menschen diesen Beruf ergreifen und somit von ihrer eigenen Hilfsbedürftigkeit ablenken, nicht gewährleistet [104]. Als besonders belastende Komponenten für die spezielle Arzt-Patienten-Beziehung benennen Jaeggi und Reimer die permanente Gefährdung eigener Grenzen bei diesbezüglich gestörten Patienten, professionelles Wahren einer liebevollen Patientenbeziehung trotz möglicher Widerstände, Konfrontation mit der eigenen Biographie, wenig Erfolgserlebnisse, Isolation im Therapiesetting und eine ständige Konfrontation mit negativen Emotionen [63]. Daniels beschrieb außerdem in einer interviewbasierten Studie mit Therapeutinnen, dass diese bei der Behandlung traumatisierter Patienten eine sekundäre Traumatisierung mit Anzeichen einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) sowie begleitend Depressivität und Selbst-medikation aufwiesen [32].

Ruskin und Kollegen untersuchten den Einfluss von Suizidalität der Patienten auf Psychiater und fanden heraus, dass die Hälfte (120 von 239) bereits Suizid bei Patienten erlebt hatte [110]. Bei 22% (n = 16) der Assistenzärzte zeigten sich in diesem Zusammenhang Kriterien für eine akute Belastungsstörung und bei 20% Kriterien einer PTBS [110]. Die Fachärzte hatten signifikant ($p < 0,001$) weniger Symptome emotionaler Folgestörungen [110].

Kumar und Mitarbeiter untersuchten Burnout (mittels MBI) bei Psychiatern in Neuseeland (n = 239) und stellten bei 33% (n = 79) ein hohes Risiko emotionaler Erschöpfung (Gesamtwert > 27) fest (Subskalen MW (SA): Emotionale Erschöpfung (EE) = 22,4 (10,85), Depersonalisation (DP) = 6,6 (4,99), Persönliche Erfüllung (PE) = 36,5 (5,32)) [71]. In ebendieser Studie zeigten Psychiater in Partnerschaft signifikant weniger EE als Alleinstehende (p = 0,0009) , bezüglich DP hatten die Ärzte mit weniger Berufserfahrung signifikant höhere Werte (p = 0,02) [71]. In einer Schweizer Befragung psychiatrischer Assistenzärzte, institutionell arbeitender Psychiater in Führungspositionen und freipraktizierender Psychiater (n = 307) mittels der Tedium-measure (TM) -Skala und des Münchner-Persönlichkeitstests (MPT), ergab sich eine deutlich positive Korrelation von Burnout mit Neurotizismus (r = 0,59, p = 0,0001) [4]. Auch hier stellte sich heraus, dass die psychiatrischen Assistenzärzte im Vergleich zu den erfahreneren Kollegen stärker Burnout-gefährdet waren (Burnout TM-Werte und Arbeitsdauer in der Psychiatrie: r = - 0,18, p = 0,002) [4]. Die erste große Studie zu Burnout, Depression und beruflichen Gratifikationskrisen bei Psychiatern/ PT im deutschsprachigen Raum wurde bereits im Jahr 2006 (n = 1239) von unserer Arbeitsgruppe zur Ärztegesundheit durchgeführt. Bei einem Fünftel der Teilnehmer zeigte sich eine akute Depressionssymptomatik [18]. Insgesamt 12% (n = 131) waren übermäßig emotional erschöpft und 19,3% (n = 163) wiesen ein Ungleichgewicht bezüglich geleisteter Arbeit und Anerkennung dafür auf [18]. Hinsichtlich der Suizidalität berichteten 2,1% (n = 23) über einen Selbstmordversuch in der Vergangenheit [18].

Zur Erweiterung der empirischen Datenlage hinsichtlich der psychosozialen und arbeitsbedingten Umstände und deren psychischen Auswirkungen auf Ärzte - im Speziellen Psychiater/ PT -, führten wir eine erneute Fragebogenerhebung auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin durch. Aufgrund des identischen Studiendesigns beider Umfragen konnten des Weiteren aus dem Datenvergleich Veränderungen innerhalb des Zeitraums von 10 Jahren erfasst werden.

1.3. Fragestellungen und Hypothesen

Folgende Fragestellungen wurden aufgestellt:

1. Wie hoch sind die Prävalenzen von Burnout-Gefährdung, Depressivität, beruflichen Gratifikationskrisen in der untersuchten Gruppe der Psychiater und Psychotherapeuten (Psychiater/ PT)?
2. Stehen das Geschlecht oder die Familiensituation in Zusammenhang mit Burnout-Gefährdung oder Depressivität?
3. Zeigen sich Unterschiede zwischen der Berufserfahrung oder den Arbeitsbedingungen (Praxis-/ Kliniktätigkeit, Supervision, Wochenarbeitszeit, freie Wochenenden) und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen?
4. Wie unterscheiden sich die Stichproben der Psychiater/ PT in 2006 und 2016 hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, der freien Wochenenden sowie der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung?
5. Weist die Stichprobe der Psychiater/ PT von 2006 und 2016 Unterschiede in Bezug auf die Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen auf?
6. Zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Burnout-Gefährdung, aktueller und vergangener Depressivität und beruflicher Gratifikationskrisen zwischen den Psychiatern/ PT und den Anästhesisten/ Notfallmedizinern/ Intensivmedizinern (Anästhesisten/ NM/ IM)?
7. Unterscheiden sich bei der Gruppe der Psychiater/ PT verglichen mit den Anästhesisten/ NM/ IM die Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und der Anzahl freier Wochenenden, die Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und der Anteil mit Suizidgedanken?

Aus den Fragestellungen leiten sich folgende Hypothesen ab:

1. Die untersuchte Gruppe der Psychiater/ PT ist von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen betroffen.
2. Das Risiko für Burnout-Gefährdung oder Depressivität steht im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Familiensituation.

3. Das Risiko für Burnout-Gefährdung, Depressivität oder berufliche Gratifikationskrisen hängt zusammen mit beruflichen Faktoren, wie der Berufserfahrung, der Tätigkeit in einer Klinik oder Praxis, der Teilnahme an Supervision, der Wochenarbeitszeit sowie der Anzahl der freien Wochenenden.

4. Die Stichprobe im Jahr 2016 unterscheidet sich hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, der freien Wochenenden sowie der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung von der Stichprobe von 2006.

5. In Bezug auf die Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen weisen die befragten Psychiater/ PT von 2016 Unterschiede zu denen aus 2006 auf.

6. Die befragten Psychiater/ PT unterscheiden sich zu den Anästhesisten/ NM/ IM bei der Burnout-Gefährdung, der aktuellen und vergangenen Depressivität und den beruflichen Gratifikationskrisen.

7. Die Gruppe der Psychiater/ PT unterscheidet sich verglichen mit den Anästhesisten/ NM/ IM hinsichtlich der Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und der Anzahl freier Wochenenden, der Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und des Anteils mit Suizidgedanken.

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign

Bei dem vorliegenden Studiendesign handelt es sich um eine neue Querschnittsstudie und den Vergleich mit den Daten von weiteren Querschnittstudien, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten und an unterschiedlichen Samples durchgeführt wurden. Die Erfassung der Daten erfolgte mithilfe von Fragebögen, die im Rahmen von Kongressen an die ärztlichen Kongressteilnehmer verteilt wurden. Die Ethikkommission der Universität Ulm (Antrag Nr. 192_16) erstellte ein positives Votum für die vorgelegte Studienplanung.

2.2. Rekrutierung des Studienkollektivs

Das für die Hauptdaten dieser Arbeit befragte Kollektiv besteht aus Ärztinnen und Ärzten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Nervenheilkunde. An einem Informationsstand unserer Arbeitsgruppe im Eingangsbereich der Ausstellungshalle konnten sich die Kongressteilnehmer anhand wissenschaftlicher Poster über die aktuelle Studie sowie vorangegangene und parallellaufende Studien unserer Klinik zu derselben Thematik informieren. Es bestand die Möglichkeit, den Fragebogen direkt am Stand auszufüllen. Des Weiteren standen die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe für ein persönliches Gespräch zur Verfügung. Zusätzlich wurden die Fragebögen im Foyer der großen Veranstaltungssäle verteilt. Das Ausfüllen des Fragebogens beanspruchte ca. 15-20 Minuten. Für die Rückgabe wurde eine deutlich gekennzeichnete Box am Informationsstand unserer Arbeitsgruppe und am Informationsstand der DGPPN bereitgestellt, deren Lokalisation auf dem Deckblatt des Fragebogens angegeben war. Die Teilnehmer hatten ebenso die Möglichkeit, den Fragebogen anonym postalisch zuzusenden. In jedem Falle wurden die Studienteilnehmer schriftlich und mündlich über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die anonyme Datenerfassung aufgeklärt.

Von 2689 ausgeteilten Fragebögen wurden insgesamt n = 1088 ausgefüllt zurückgegeben, woraus sich ein Rücklauf von 40,5% errechnet. Die zum statistischen Vergleich herangezogenen Daten der Erhebung unter Anästhesisten/ IM/ NM auf dem Kongress der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) 2016 ergaben bei 1627 ausgeteilten und davon n = 686 zurückgegebenen Fragebögen einen Rücklauf von 42%. Die ebenfalls zum Vergleich herangezogenen Daten aus der

Querschnittsstudie des DGPPN-Kongresses 2006 wurden aus einem Studienkollektiv mit n = 1239 Teilnehmern (Rücklauf 51%) erhoben. Die Rekrutierung der Studienteilnehmer lief in allen drei Erhebungen gleich ab, wie oben beschrieben.

2.3. Aufbau des Fragebogens

Das Deckblatt beinhaltet ein Anschreiben, welches die Ziele der Umfrage zusammenfasst, sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme und den Rückgabeort des Fragebogens informiert. Der Fragebogen gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil untergliedert sich in die Abschnitte A bis C und erfasst die soziodemografischen Daten. Der zweite Teil beinhaltet die standardisierten psychologischen Tests [6; 27; 56; 121].

2.3.1. Erhebung soziodemografischer Daten

Im Abschnitt A des ersten Teils werden die Basisdaten zur Person und Familiensituation abgefragt. Der Abschnitt B beinhaltet Fragen zur Berufserfahrung, zum Arbeitsverhältnis, Tätigkeitsfeld, arbeitszeitlichen Aufwand und zu den Arbeitsbedingungen. Der physische und psychische Gesundheitszustand, sowie Suizidalität und Medikamentengebrauch werden im Abschnitt C erfragt.

2.3.2. Fragebogen zur Erfassung der beruflichen Gratifikationskrise

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen nach Johannes Siegrist et al. beschreibt eine Wechselwirkung zwischen beruflichem Aufwand (effort) und Belohnung (reward) in Form von Entlohnung, Wertschätzung, Karriere und Arbeitsplatzsicherheit [121; 122]. Ein Ungleichgewicht (effort > reward) wird als Effort-Reward-Imbalance (ERI) bezeichnet [120]. Insgesamt enthält der Fragebogen zur Erfassung der ERI 23 Likert-Skala-Items. Die berufliche Verausgabung wird mithilfe von 6 Items erfasst. Weiteren 11 Items ist die Dimension Belohnung zugeordnet, deren Subskalen Wertschätzung, Gehalt und Arbeitsplatzsicherheit erheben. Ist der Quotient aus beruflicher Verausgabung im Zähler und Belohnung im Nenner größer eins, zeigt dies ein Ungleichgewicht an [121; 126].

Die letzten 6 Items werden der Skala persönliche Verausgabungsneigung „Overcommitment“ (OC) zugeordnet, für die ein kritischer Summenwert im Bereich größer 16 gilt [121]. Zahlreiche Studien belegen die Validität des Fragebogens zur Erfassung

beruflicher Gratifikationskrisen. Bei diversen Untersuchungen zur Reliabilität zeigt sich eine zufriedenstellende interne Konsistenz mit einem Cronbachs alpha von $\alpha > 0,7$. Die dreifaktorielle Subskala des ERI und die einfaktorielle Subskala des OC werden durch Faktorenanalysen bestätigt [103; 108; 121].

2.3.3. Beck Depressions Inventar II (BDI-II)

Das Beck Depressions Inventar II ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Einschätzung der Depressionsschwere [12]. Für die vorliegende Studie wird die validierte deutsche Übersetzung des BDI-II von Hautzinger et al. verwendet [56]. Insgesamt 21 Items basieren auf den DSM-IV-Kriterien zur Major-Depression und werden anhand einer vier-Punkte-Skala mit zunehmender Schwere der Ausprägung von 0 bis 3 Punkten bewertet. Eine Ausnahme bilden die Items „Veränderungen der Schlafgewohnheiten“ und „Veränderungen des Appetits“, die anhand einer 7-Punkte-Skala bewertet werden [56]. Die Beantwortung der Items soll sich in Anlehnung an die DSM-IV-Kriterien auf die vorausgehenden zwei Wochen beziehen [12]. Mit einem Cut-off von 0-13 Punkten bestehen Anzeichen einer minimalen oder nicht vorhandenen, bei 14-19 Punkten einer milden, bei 20-28 Punkten einer moderaten und bei 29-63 Punkten einer schweren depressiven Symptomatik [12]. Mit dem Einschluss der relevanten DSM-IV-Kriterien in die Items besteht eine entsprechende Validität [70]. Der BDI-II weist eine zufriedenstellende interne Konsistenz mit einem Cronbachs alpha von $\alpha \geq 0,84$ auf [70]. Sowohl für klinische als auch nicht-klinische Populationen kann der BDI-II als Messinstrument angewendet werden [2].

2.3.4. Beck Depressions Inventar (BDI)

Für die vorausgehenden Befragungen der Psychiater/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM in 2006 [19] wurde die validierte deutsche Fassung des BDI von Hautzinger und Kollegen [55] verwendet, die eine interne Konsistenz mit Cronbachs $\alpha = 0,88$ aufzeigt [107]. Die Version basiert auf der englischen Originalfassung von 1987 [11]. Der BDI enthält 21 Items mit jeweils vier Aussagen, in zunehmender Ausprägung der Schwere, zur Messung einer Depressionssymptomatik. Nach Summation der von 0 bis 3 zugeordneten Punkte ist der Cut-off einer minimalen oder nicht bestehenden Symptomatik bei < 11, einer milden bis

moderaten Symptomatik bei 11-17 und einer klinisch relevanten Symptomatik bei ≥ 18 Punkten festgelegt [55].

Als Weiterentwicklung des BDI wurden beim BDI-II zur vollständigen Erfassung der DSM-IV-Kriterien zur Depression [3] die Items „Unruhe, Wertlosigkeit, Energieverlust und Konzentrationsschwierigkeiten“ ergänzt, die diagnoseunspezifischen Items „negatives äußeres Selbstbild, Nachlassen der Arbeitsfähigkeit und Hypochondrie“ wurden entfernt [70]. Des Weiteren wurde eine Unterscheidung zwischen der Zu- und Abnahme der Items „Appetit und Schlaf“ eingefügt [56]. Diese Veränderungen sollten zu einer Verbesserung der diagnostischen Sensitivität und Spezifität beitragen [70] sowie die Anzeichen einer schweren Depression differenzierter messen [56].

Für die Vergleichsanalyse der Daten aus 2006 und 2016 wurde eine gemeinsame BDI Kategorisierung erstellt, nämlich „depressiv“ und „nicht depressiv“. Dabei wurde für „nicht depressiv“ beim BDI der Cut-off < 11 Gesamtpunkte, für den BDI-II der Cut-off < 14 Gesamtpunkte verwendet (genaue Punkteverteilung der Kategorien „keine Depression“ bis „schwere Depression“ s.o.).

2.3.5. Maslach Burnout Inventory, deutsche Fassung (MBI-D)

Das Burnout-Syndrom, welches mit Hilfe des Fragebogens von Christine Maslach und Susan E. Jackson erfasst werden soll, definiert sich durch die drei Komponenten „Emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ - bezogen auf einen zynischen Umgang mit Patienten - und reduzierte „Persönliche Erfüllung“ im Sinne der Leistungsfähigkeit [81]. Die verwendete deutsche Fassung MBI-D ist nah an die Originalversion angepasst [27] und weist eine zufriedenstellende Validität auf [93]. Die interne Konsistenz beträgt durchschnittlich mit Cronbachs alpha $\alpha > 0,7$ [111].

Insgesamt werden 21 Items mit Hilfe einer 6-Punkte Likert Skala nach der Häufigkeit von „nie“ bis „sehr oft“ abgefragt. Die 21 Items sind in drei Subskalen „emotionale Erschöpfung“ (9 Items), „Depersonalisation“ (5 Items) und „persönliche Erfüllung“ (7 Items) unterteilt und werden separat ausgewertet. Hierbei zeigt für die Subskala „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ ein Zahlenwert von ≥4,5 ein erhöhtes Burnout-Risiko an. Für die Skala „persönliche Erfüllung“ ist ein Zahlenwert von ≤ 2,5 bedenklich [Glaser J., Mündliche Kommunikation, 2006].

2.4. Statistische Analyse

Die ausgefüllten Fragebögen wurden durchnummeriert und alle Items entsprechend der jeweiligen zugrunde liegenden Codierung mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogrammes Microsoft Excel 2016 (Microsoft® Redmond, USA) erfasst. Es erfolgte stichprobenartig die Überprüfung der eingegebenen Daten zur möglichen Korrektur von Eingabefehlern. Der Datensatz wurde in das Statistikprogramm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 (IBM® Armonk, USA) übertragen und die Häufigkeitsverteilung der Items hinsichtlich ihrer Plausibilität kontrolliert. Die Analyse des Datensatzes erfolgte ebenfalls mit SPSS 24.0. Der Datensatz der Befragung der Psychiater/ PT im Jahr 2006 lag vor und wurde mit den Daten der Psychiater/ PT und Anästhesisten / IM/ NM aus dem Jahr 2016 in einen gemeinsamen Datensatz eingefügt, mit dem die Vergleiche gerechnet wurden.

Insgesamt beinhalteten die Fragebögen nominal-, ordinal- und intervallskalierte Variablen. Für die deskriptive Statistik wurden die absoluten Häufigkeiten und die gültigen Prozente, die Mittelwerte und die Standardabweichungen errechnet. Die intervallskalierten Variablen wurden mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests überprüft, dabei waren die meisten Variablen nicht normalverteilt und die nichtparametrischen Tests Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-H-Test kamen zur Anwendung. Die ordinalskalierten Variablen wurden ebenfalls mit nichtparametrischen Tests ausgewertet, die nominalskalierten Variablen mit Hilfe des Chi-Quadrat-Test nach Pearson oder des exakten Tests nach Fisher. Im Vergleich zwischen den Psychiatern/ PT aus dem Jahr 2016 jeweils mit den Psychiatern/ PT aus dem Jahr 2006 und den Anästhesisten/ IM/ NM aus dem Jahr 2016, wurde der Zusammenhang der nominalskalierten Variablen durch den Chi-Quadrat-Test nach Pearson, beziehungsweise den exakten Test nach Fisher ermittelt. Die Unterschiede der zentralen Tendenz zweier unabhängiger Gruppen wurden mittels des Mann-Whitney-U-Tests und bei mehr als zwei unabhängigen Gruppen mittels des Kruskal-Wallis-H-Tests untersucht. Für die nichtparametrischen Korrelationen wurde der Spearman-Rho Rangkorrelationskoeffizient berechnet.

Das Signifikanzniveau der Tests wurde bei $p < 0,05$ festgesetzt. Obwohl eine hohe Anzahl paralleler Signifikanztests durchgeführt wurde, wurde auf eine Alpha-Adjustierung verzichtet. Daher ist die Studie als explorativ zu interpretieren.

3. Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich zunächst nach der deskriptiven Statistik der soziodemografischen Daten, der Basisdaten zum Beruf und der Daten zum Gesundheitszustand, die bei der Befragung der Psychiater/ PT auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin erhoben wurden. Darauf folgen die Ergebnisse der psychologischen Fragebögen sowie die Bearbeitung der Fragestellungen und Hypothesen für die vorliegende Stichprobe. Der Vergleich der befragten Psychiater/ PT des DGPPN Kongresses 2006 und 2016 sowie der Vergleich der Daten der Psychiater/ PT 2016 mit denen der Anästhesisten/ IM/ NM des DIVI Kongresses 2016 in Hamburg folgen anschließend.

3.1. Deskriptive Statistik der Psychiater/ PT 2016

3.1.1. Soziodemografische Daten

Die vorliegende Stichprobe setzte sich aus 53% (n = 576) Frauen und 47% (n = 511) Männern zusammen. Das Durchschnittsalter betrug 49,2 Jahre (n = 1083, SA = 10,6) bei einer Altersspanne von 25 bis 82 Jahren.

Die Familiensituation betreffend lebten 84,4% (n = 828) der Befragten in einer Partnerschaft. Die folgende Tabelle stellt im Speziellen den Personenstand dar.

Tab. 1: Häufigkeitsverteilung des Personenstands
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

	n	%
Ledig	271	25,0
Verheiratet	695	64,1
Geschieden	110	10,1
Verwitwet	9	0,8

Von den befragten Probanden gaben 65,2% (n = 703) an, Kinder zu haben. Im selben Haushalt lebte dabei durchschnittlich ein Kind (n = 668, SA = 1), maximal wurden sechs Kinder angegeben. Das durchschnittliche Alter der Kinder der Befragten war 18 Jahre (n = 1272, SA = 10).

3.1.1. Basisdaten zum Beruf

An der Fragebogenerhebung nahmen mit 76% (n = 826) überwiegend Psychiater/ PT mit der Berufsausübung in Deutschland teil, der zweitgrößte Anteil wurde mit 13,2% (n = 144) von Schweizern vertreten. Aus der Befragung der Berufserfahrung ergab sich, dass die Teilnehmer durchschnittlich 21,88 Jahre (n = 1088, SA = 10,62) Berufserfahrung hatten, dabei gab es als Minimum zweimonatige und als Maximum 54-jährige Berufserfahrung. Im selben Fachgebiet waren es durchschnittlich 17,24 Jahre (n = 1076, SA = 10,18) und am selben Arbeitsplatz lediglich 9,2 Jahre (n = 1075, SA = 8,23).

In der Abbildung 1 ist dargestellt, zu welchem Anteil die befragten Psychiater/ PT in Vollzeit oder Teilzeit arbeiteten, beziehungsweise arbeitssuchend oder bereits in Rente waren. Die Daten ergaben sich aus den Mehrfachantworten der Fragestellung.

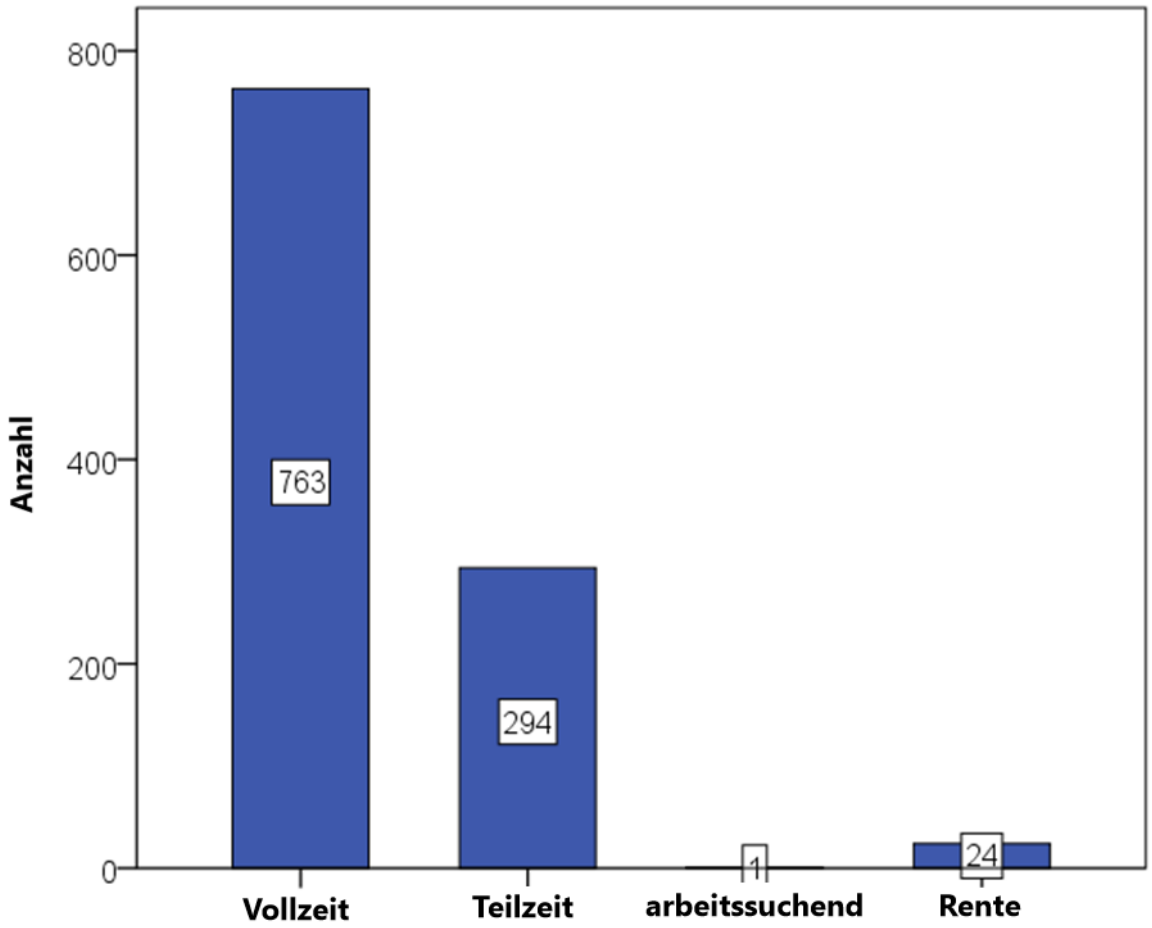


Abb. 1: Häufigkeitsverteilung der Arbeitsverhältnisse
(Fragebogenerhebung 2016 unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin)

Die in einer Praxis tätigen Psychiater/ PT wurden dazu befragt, welche hauptberufliche Tätigkeit sie dort ausüben. Dabei waren die meisten mit 52,0% (n = 288) Inhaber der Praxis. In der Tabelle 2 zeigt sich die genaue Darstellung.

Tab. 2: Verteilung der hauptberuflichen Tätigkeit in einer Praxis
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

	n	**%**
Praxisinhaber	288	52,0
Angestellter Facharzt	203	36,6
Angestellter Assistenzarzt	63	11,4

Bezüglich der Anstellung in der Klinik zeigt sich in Tabelle 3, dass die meisten Teilnehmer der Befragung Oberärzte waren.

Tab. 3: Verteilung der hauptberuflichen Tätigkeit in einer Klinik
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

	n	**%**
Oberarzt	260	38,3
Assistenzarzt	175	25,8
Facharzt	129	19,0
Chefarzt	114	16,8

Hinsichtlich der Arbeitszeiten der befragten Teilnehmer zeigte sich folgendes Bild: Im Durchschnitt gaben die Ärzte eine Wochenarbeitszeit von 43,13 Stunden (SA = 10,86) an. Außerhalb ihrer Arbeitsstelle wurden zusätzlich noch 13,21 Stunden (SA = 18,16) durchschnittlich im Monat für mit dem Beruf zusammenhängende Tätigkeiten angegeben.

Bei der Anzahl freier Wochenenden im Monat zeigte sich dann, dass die Ärzte durchschnittlich 3 (SA = 1) freie Wochenenden im Monat hatten.

Um herauszufinden, inwiefern das Angebot von Supervision, Intervision, Balint- oder IFA-Gruppen genutzt wurde, befragte man die Ärzte dahingehend. Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse dar.

Tab. 4: Anteilsverteilung der Teilnahme an Supervision, Intervision, Balint- oder IFA-Gruppen
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

IFA: Interaktionelle Fallarbeit

	N	%
Ja	608	57,5
Nein	408	38,6
Es besteht kein Angebot	41	3,9

3.1.2. Gesundheitszustand

Insgesamt beantworteten 14,7% (n = 157) der Psychiater/ PT die Frage, ob sie schon einmal aufgrund beruflicher Überlastung krankgeschrieben worden seien, mit „ja“.

Eine Depression in der Vergangenheit hatten bereits 38,4% (n = 416) der Befragten, bei 41,3% (n = 174) wurde die Diagnose fachärztlich gestellt. Im Rahmen der Erhebung des Gesundheitszustands der Psychiater/ PT wurde ebenso die Suizidalität abgefragt. So hatten 33% (n = 353) in der Vergangenheit schon einmal Suizidgedanken, 2,2% (n = 24) hatten bereits einen Suizidversuch hinter sich.

3.2. Analyse des Datensatzes der Psychiater/ PT im Jahr 2016

Die Darstellung aller weiteren Ergebnisse gliedert sich anhand der Fragestellungen.

3.2.1. Wie hoch sind die Prävalenzen von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen in der untersuchten Gruppe der Psychiater/ PT?

3.2.1.1. Ergebnisse bezüglich der Burnout-Gefährdung

Die Auswertung des MBI ergab bei der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ einen Mittelwert von 2,9 (n = 1043, min. = 1,0, max. = 5,7, SA = 0,9), die Skala „Depersonalisation“ wies einen Mittelwert von 2,1 auf (n = 1056, min. = 1,0, max. = 5,4, SA = 0,8) und bei der Subskala „Persönliche Erfüllung“ ergab sich ein Mittelwert von 5 (n = 1049, min. = 2,9, max. = 6,0, SA = 0,5). Bei einem Cut-off Wert der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ von ≥ 4,5 für ein erhöhtes Burnout-Risiko und der Skala „persönliche Erfüllung“ von ≤ 2,5 für ein bedenkliches Ergebnis, zeigt sich in der anschließenden Tabelle 5 die Prävalenz der Psychiater/ PT mit erhöhtem Risiko.

Tab. 5: Häufigkeitsverteilung nach MBI-Kategorisierung
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

MBI: Maslach Burnout Inventar

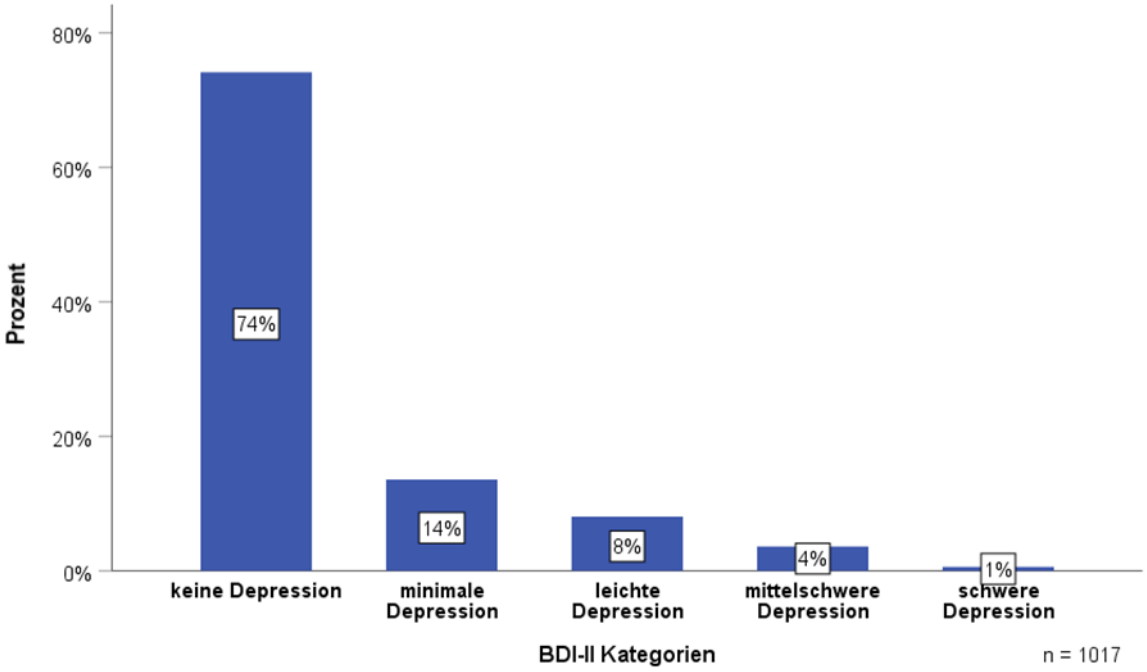
n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

	n	%
Emotionale Erschöpfung	51	4,9
Keine Emotionale Erschöpfung	992	95,1
Depersonalisation	8	0,8
Keine Depersonalisation	1048	99,2
Persönliche Erfüllung	1049	100

3.2.1.2. Ergebnisse bezüglich der Depressivität

Die Auswertung des BDI-II ergab im Gesamtscore einen Mittelwert von 6,19 (SA = 6,12). Es erreichten 26% (n = 1017) der befragten Ärztinnen und Ärzte Werte, die für eine aktuelle Depressivität sprechen. Die folgende Abbildung veranschaulicht hierbei die Unterteilung nach Schweregrad der Depression.



BDI-II: Beck Depressions Inventar II

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der BDI-II-Kategorien
(Fragebogenerhebung 2016 unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin)

In diesem Zusammenhang ergab die Auswertung ebenfalls, dass jene Teilnehmer signifikant höhere Werte ($p < 0{,}001$, U-Test) im BDI-II erzielten, sowie auch in den Subskalen des MBI, die bereits eine Depression in der Vergangenheit angegeben hatten (siehe Tabelle 6).

Tab. 6: Zusammenhang der MBI- und BDI-II-Ergebnisse mit einer Depression in der Vergangenheit
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	MW:	Mittelwert
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	SA:	Standardabweichung
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	p:	Signifikanz (U-Test)
BDI-II:	Beck Depressions Inventar II		

	Depression in der Vergangenheit			**Keine Depression in der Vergangenheit**			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
BDI-II	383	8,97	7,37	630	4,51	4,43	< 0,001
MBI-EE	401	3,24	0,99	637	2,74	0,8	< 0,001
MBI-DP	410	2,23	0,85	641	2,01	0,68	< 0,001
MBI-PE	406	4,88	0,55	638	5,00	0,50	0,006

3.2.1.3. Ergebnisse bezüglich beruflicher Gratifikationskrisen

Die Auswertung des ERI-Tests ergab bei den befragten Psychiatern/ PT für die Effort-Reward-Ratio einen Mittelwert von 0,63 (SA = 0,24) und für Overcommitment einen Mittelwert von 13,28 (SA = 3,58). Die Tabelle 7 veranschaulicht die Häufigkeitsverteilung nach ERI-Kategorisierung, welche bei 7,4% (n = 75) ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und Belohnung aufwies. Die Skala Overcommitment zeigte bei 21% (n = 222) einen kritischen Summenwert mit > 16 an.

Tab. 7: Häufigkeitsverteilung nach ERI-Kategorisierung
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

ERI: Effort-Reward-Imbalance

OC: Overcommitment

n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten

%: gültige Prozent

	n	**%**
Effort-Reward-Ratio < 1 (Balance)	944	92,6
Effort-Reward-Ratio > 1 (Imbalance)	75	7,4
OC ≤ 16 (kein Risiko)	842	79,1
OC > 16 (Risiko)	222	20,9

3.2.2. Stehen das Geschlecht oder die Familiensituation in Zusammenhang mit Burnout-Gefährdung oder Depressivität?

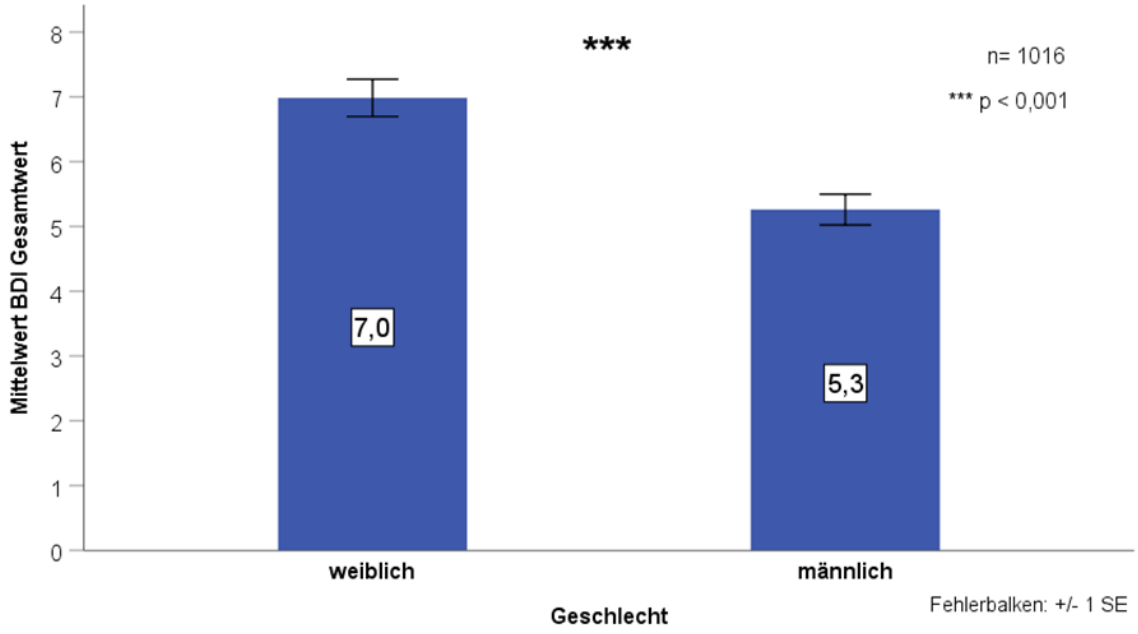
Die Auswertung des MBI im Zusammenhang mit dem Geschlecht ergab, dass lediglich bei der Subskala „Emotionale Erschöpfung“ Frauen signifikant höhere Werte hatten mit $p < 0{,}001$ (U-Test). Die anderen Subskalen „Depersonalisation“ und „Persönliche Erfüllung“ zeigten ebenfalls höhere Werte bei den Frauen, jedoch nicht signifikant.

Tab. 8: Zusammenhang der MBI-Ergebnisse mit dem Geschlecht
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	MW:	Mittelwert
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	SA:	Standardabweichung
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	p:	Signifikanz (U-Test)
		ns:	nicht signifikant

	Männer			**Frauen**			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
MBI-EE	493	2,83	0,89	549	3,02	0,91	< 0,001
MBI-DP	494	2,07	0,73	561	2,11	0,78	ns
MBI-PE	496	4,94	0,52	552	4,97	0,52	ns

In Bezug auf das Risiko für Depressivität ergaben sich bei den Frauen signifikant höhere Werte ($p < 0,001$, U-Test) im BDI-II als bei den Männern.



BDI-II:	Beck Depressions Inventar II	p:	Signifikanz (U-Test)
n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten	***:	p < 0,001
		SE:	Standard error

Abb. 3: Zusammenhang der BDI-II-Ergebnisse mit dem Geschlecht
(Fragebogenerhebung 2016 unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin)

Um einen Zusammenhang zwischen der Familiensituation und den Ergebnissen des MBI zu untersuchen, wurden die Variablen Lebenspartnerschaft und Kinder verwendet. Bezüglich einer Lebenspartnerschaft konnte kein signifikanter Unterschied der Burnout-Werte verglichen mit Teilnehmern ohne Partner festgestellt werden. Dahingegen erzielten Personen mit Kind signifikant niedrigere Werte der Subskala „Depersonalisation“ und höhere in der Subskala „Persönliche Erfüllung“ ($p < 0,001$, U-Test).

Tab. 9: Zusammenhang der MBI-Ergebnisse mit Teilnehmern mit/ohne Kind
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	MW:	Mittelwert
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	SA:	Standardabweichung
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	p:	Signifikanz (U-Test)
		ns:	nicht signifikant

	Personen mit Kind			**Personen ohne Kind**			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
MBI-EE	671	2,89	0,88	363	2,99	0.94	ns
MBI-DP	683	2,04	0,71	364	2,18	0,83	0,025
MBI-PE	681	4,99	0,50	359	4,90	0,55	0,011

Die Auswertung des BDI-II im Zusammenhang mit einer Lebenspartnerschaft ergab ein signifikant höheres Risiko (p = 0,001, U-Test) für Depressivität bei den Befragten ohne Partner (n = 141, MW = 7,99, SA = 7,00) im Vergleich zu jenen mit Partner (n = 776, MW = 5,94, SA = 5,96). Bezüglich der erreichten BDI-II-Gesamtwerte Befragter mit Kind (n = 654, MW = 5,86, SA = 5,58) oder ohne (n = 354, MW = 6,73, SA = 6,94) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

3.2.3. Zeigen sich Unterschiede zwischen der Berufserfahrung oder den Arbeitsbedingungen (Praxis-/ Kliniktätigkeit, Supervision, Wochenarbeitszeit, freie Wochenenden) und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen?

Mittels Korrelationsanalyse der Ergebnisse des MBI und der Berufserfahrung in Jahren stellte sich heraus, dass mit zunehmender Berufserfahrung signifikant weniger emotionale Erschöpfung vorhanden war (n = 1043, r = -0,097, p = 0,002), sowie weniger Depersonalisation (n = 1056, r = -0,161, p < 0,001). Mit zunehmender Berufserfahrung hatten die Probanden außerdem höhere Werte bei der Skala „Persönliche Erfüllung“ (n = 1049, r = 0,151, p < 0,001).

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen den MBI-Werten und der Tätigkeit in einer Klinik oder Praxis zeigte signifikante Unterschiede bei allen Skalen. Diejenigen Psychiater/ PT, die in einer Praxis arbeiteten, wiesen insgesamt niedrigere MBI-Werte bei der emotionalen Erschöpfung und Depersonalisation, sowie höhere Werte bei der persönlichen Erfüllung auf, als ihre Kollegen in der Klinik.

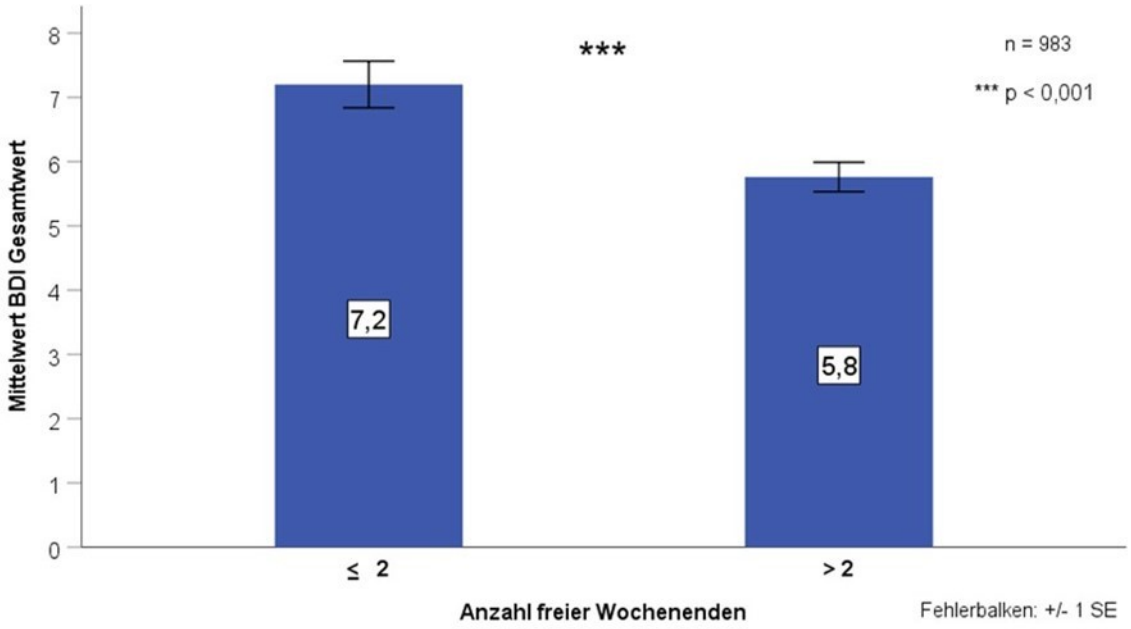
Tab. 10: Zusammenhang der MBI-Ergebnisse mit Praxis- oder Kliniktätigkeit
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	MW:	Mittelwert
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	SA:	Standardabweichung
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	p:	Signifikanz (H-Test)

	Klinik			Praxis			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**P**
MBI-EE	459	2,99	0,93	327	2,82	0,86	0,021
MBI-DP	470	2,14	0,77	330	2,01	0,68	0,027
MBI-PE	465	4,93	0,53	329	5,02	0,50	0,025

In Bezug auf die Teilnahme an Supervision ergaben sich signifikant höhere Werte (p = 0,018, U-Test) bei der persönlichen Erfüllung (n = 587, MW = 4,99, SA = 0,50) bei Psychiatern/ PT in Supervision im Vergleich zu Psychiatern/ PT, die an keiner Supervision teilnahmen (n = 394, MW = 4,90, SA = 0,54). Bei den anderen Subskalen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Gleiches zeigte sich bei den Korrelationsanalysen zu Wochenarbeitsstunden und den MBI-Ergebnissen. Bei einem Signifikanzniveau von p = 0,007 hatten die Psychiater/ PT eine höhere emotionale Erschöpfung, je größer ihre Anzahl an Arbeitsstunden pro Woche war (n = 1043, r = 0,083). Eine signifikant höhere (p = 0,003, U-Test) emotionale Erschöpfung stellte sich ebenfalls bei jenen Studienteilnehmern heraus, die maximal zwei freie Wochenenden im Monat hatten (n = 332, MW = 3,05, SA = 0,91) im Vergleich zu denen, die mehr als zwei Wochenenden frei hatten (n = 680, MW = 2,88, SA = 0,90). Es stellte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Wochenstunden oder der Anzahl an Wochenenddiensten und der Depersonalisation oder persönlichen Erfüllung heraus.

In Zusammenhang mit der Depressivität und der Berufserfahrung bzw. den Arbeitsbedingungen ergaben sich die folgenden Ergebnisse. Die Berufserfahrung stand in keinem signifikanten Zusammenhang mit Depressivität. Ebenso wenig ergaben sich signifikante Unterschiede der BDI-II-Gesamtwerte bei den Psychiatern/ PT, die in einer Praxis oder in der Klinik tätig waren. Die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche korrelierte hier jedoch positiv (n = 1017, r = 0,081) mit erhöhter Depressivität, bei einem Signifikanzniveau von p = 0,010. Es stellte sich hierbei ebenfalls heraus, dass Psychiater/ PT mit mehr als zwei freien Wochenenden pro Monat geringere BDI-II-Werte hatten (n = 664, MW = 5,76, SA = 5,88) als jene, die maximal zwei freie Wochenenden monatlich angaben (n = 319, MW = 7,20, SA = 6,49). Dieser Unterschied erwies sich als signifikant mit p < 0,001 (U-Test).



BDI-II:	Beck Depressions Inventar II	SE:	Standard error
n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten	p:	Signifikanz (U-Test)
MW:	Mittelwert	***:	P < 0,001

Abb. 4: Zusammenhang des BDI-II-Gesamtwerts mit der Anzahl freier Wochenenden (Fragebogenerhebung 2016 unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin)

Die Teilnahme oder Nichtteilnahme an Supervision hatte keinen Zusammenhang mit Depressivität ergeben.

Die Analyse bezüglich beruflicher Gratifikationskrisen im Zusammenhang mit den beruflichen Faktoren ergab, dass Psychiater/ PT mit längerer Berufserfahrung signifikant weniger (p = 0,011) Effort-Reward-Imbalance aufwiesen als Kollegen mit wenig Berufserfahrung (n = 1019, r = -0.079). Bei der Skala “Overcommitment“ zeigte sich ebenfalls diese Tendenz (n = 1064, r = -0,059), erwies sich jedoch als nicht signifikant (p = 0,056).

In Bezug auf die Tätigkeit in einer Praxis oder Klinik ergaben sich signifikante Unterschiede in der ERI-ratio und beim Overcommitment. Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse dar.

Tab. 11: Zusammenhang der ERI-Ergebnisse mit Praxis- oder Kliniktätigkeit
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ERI: Effort-Reward-Imbalance
OC: Overcommitment
n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MW: Mittelwert
SA: Standardabweichung
p: Signifikanz (H-Test)

	Klinik			**Praxis**			
	N	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
ERI-ratio	470	0,67	0,25	289	0,56	0,23	< 0,001
OC	476	13,59	3,66	327	12,70	3,38	< 0,001

Ein Zusammenhang zwischen der Teilnahme oder Nichtteilnahme an Supervision und den Werten des ERI-Tests konnte bei der Datenanalyse nicht bestätigt werden.

In der Korrelationsanalyse stellte sich des Weiteren heraus, dass in der Stichprobe die Anzahl der Wochenarbeitsstunden hoch signifikant positiv mit der Effort-Reward-Ratio ($r = 0{,}251$, $p < 0{,}001$) und der Verausgabungsneigung im Beruf ($r = 0{,}199$, $p < 0{,}001$) korrelierte.

Tab. 12: Zusammenhang der ERI-/ OC-Ergebnisse und der Anzahl an Wochenarbeitsstunden
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ERI: Effort-Reward-Imbalance
OC: Overcommitment
n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
r: Spearman Rho Korrelationskoeffizient
p: Signifikanz

	Arbeitsstunden pro Woche		
	n	r	**p**
ERI-ratio	1019	0,251	< 0,001
OC	1064	0,199	< 0,001

Auch bei dieser Analyse stellte sich heraus, dass jene Teilnehmer mit mehr als zwei freien Wochenenden im Monat eine geringere Effort-Reward-Ratio sowie ein geringeres Overcommitment hatten, als diejenigen mit maximal zwei freien Wochenenden.

Tab. 13: Zusammenhang der ERI-/ OC-Ergebnisse mit der Anzahl freier Wochenenden pro Monat
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ERI: Effort-Reward-Imbalance
OC: Overcommitment
WE: Wochenende
n: Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MW: Mittelwert
SA: Standardabweichung
p: Signifikanz (U-Test)

	≤ 2 freie WE			**> 2 freie WE**			
	N	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
ERI-ratio	324	0,70	0,25	664	0,59	0,24	< 0,001
OC	337	14,28	3,57	695	12,79	3,51	< 0,001

3.2.4. Wie unterscheiden sich die Stichproben der befragten Psychiater/ PT in 2006 und 2016 hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, der freien Wochenenden sowie der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung?

Die Ergebnisse der Vergleichsanalyse der befragten Psychiater/ PT aus dem Jahr 2006 mit denen aus dem Jahr 2016 haben gezeigt, dass die Befragten 2006 signifikant mehr ($p < 0{,}001$, U-Test) Gesamtwochenstunden hatten ($n = 1250$, MW = 48,77, SA = 13,59) als die Befragten in 2016 ($n = 1088$, MW = 45,52, SA = 13,24). Ebenfalls gaben die Teilnehmer 2006 an, durchschnittlich 2,32 freie Wochenenden ($n = 1192$, SA = 0,99) im Monat zu haben, 2016 wurden signifikant mehr ($p < 0{,}001$, U-Test) freie Wochenenden mit durchschnittlich 2,81 ($n = 1050$, SA = 0,98) angegeben.

Hinsichtlich der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung ergab sich ein umgekehrtes Bild. Hierbei waren 2006 insgesamt 12,2% ($n = 151$) schon einmal wegen beruflicher Überlastung krankgeschrieben, 2016 waren es 14,7% ($n = 157$). Der Unterschied stellte sich mit $p = 0{,}040$ (exakter Test nach Fisher) als signifikant dar.

3.2.5. Weist die Stichprobe der befragten Psychiater/ PT von 2006 und 2016 Unterschiede in Bezug auf die Burnout-Gefährdung, Depressivität oder Gratifikationskrisen auf?

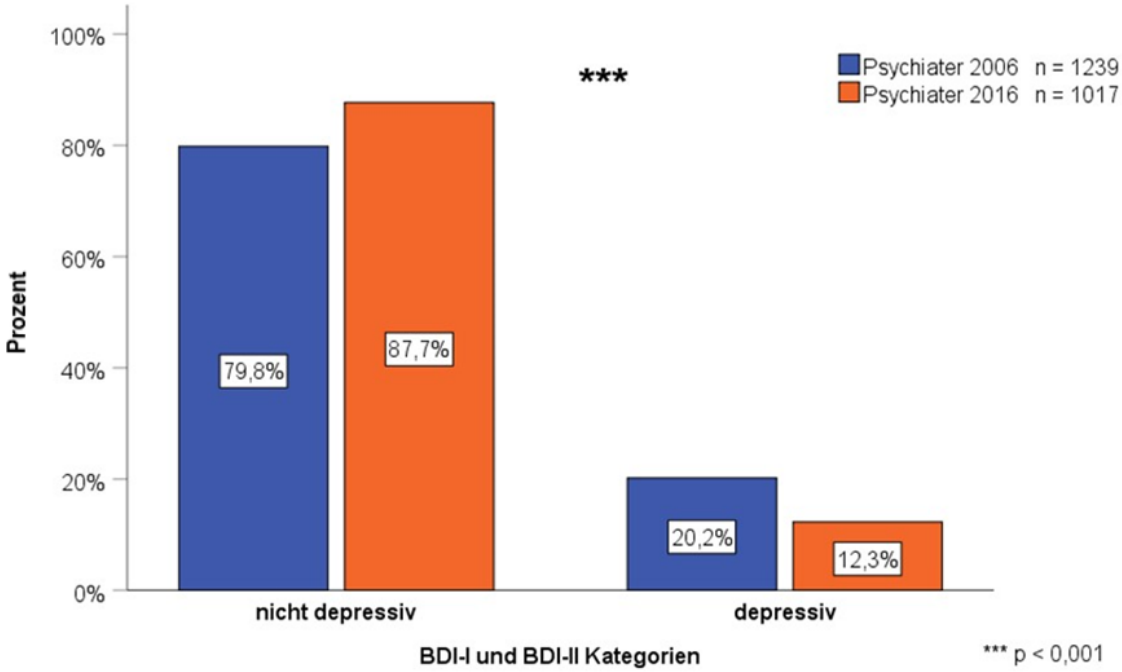
In der Tabelle 14 werden die Ergebnisse des MBI der Psychiater/ PT aus der Stichprobe im Jahr 2006 mit der aus dem Jahr 2016 gegenübergestellt. Bei letzterer zeigten signifikant weniger Teilnehmer eine emotionale Erschöpfung oder Depersonalisation auf sowie mehr Teilnehmer eine persönliche Erfüllung.

Tab. 14: Vergleich der MBI-Ergebnisse der Stichproben von 2006 und 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2006 und 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	MW:	Mittelwert
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	SA:	Standardabweichung
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	p:	Signifikanz (U-Test)

	2006			**2016**			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
MBI-EE	1217	3,32	0,96	1043	2,93	0,91	< 0,001
MBI-DP	1222	2,28	0,77	1056	2,09	0,76	< 0,001
MBI-PE	1217	4,81	0,54	1049	4,96	0,52	< 0,001

Der Vergleich bezüglich der Depressivität ergab einen ebenso hoch signifikanten Unterschied zwischen den Psychiatern/ PT von 2006 und 2016. Es zeigte sich 2006 bei 20,2% (n = 250) eine depressive Symptomatik, im Vergleich dazu war dies 2016 bei 12,3% (n = 125) der Fall. Dies wird in Abbildung 5 veranschaulicht.



BDI:	Beck Depressions Inventar	p:	Signifikanz (U-Test)
n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten	***:	p < 0,001
%	gültige Prozent		

Abb. 5: Vergleich der BDI-I und II Ergebnisse der Stichproben von 2006 und 2016 (Fragebogenerhebung 2016 unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Berlin)

Die Tabelle 15 veranschaulicht die Ergebnisse der ERI-Tests der beiden Stichproben. Hierbei zeigte sich, dass die Psychiater/ PT aus 2006 signifikant mehr Imbalance und eine höhere Verausgabungsneigung hatten als jene aus 2016.

Tab. 15: Vergleich der ERI-Ergebnisse der Stichproben von 2006 und 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2006 und 2016 in Berlin)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Psychiater/ Psychotherapeuten innerhalb der Stichprobe
ERI:	Effort-Reward-Imbalance	%:	gültige Prozent
OC:	Overcommitment	p:	Signifikanz (Exakter Test nach Fisher)

		2006		2016		p
		n	%	n	%	
ERI	**Balance**	975	80,9	944	92,6	< 0,001
	Imbalance	230	19,1	75	7,4	
OC	**Kein Risiko**	909	73,7	842	79,1	< 0,001
	Risiko	325	26,3	222	20,9	

3.2.6. Zeigen sich Unterschiede in Bezug auf Burnout-Gefährdung, aktuelle und vergangene Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen zwischen den Psychiatern/ PT und den Anästhesisten/ IM/ NM?

Aus der Vergleichsanalyse der Psychiater/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM der Fragebogenerhebungen im Jahr 2016 gingen die nun folgenden Ergebnisse hervor. Bezüglich des MBI ergaben sich signifikante Unterschiede bei Depersonalisation und persönlicher Erfüllung. Dies ist in Tabelle 16 dargestellt.

Tab. 16: Vergleich der MBI-Ergebnisse der Psychiater/ Psychotherapeuten und Anästhesisten/ IM/ NM von 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin und unter Anästhesisten/ IM/ NM auf dem DIVI Kongress 2016 in Hamburg)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der der Befragten innerhalb der Stichprobe
DIVI:	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	MW:	Mittelwert
MBI-EE:	Maslach Burnout Inventar-Emotionale Erschöpfung	SA:	Standardabweichung
MBI-DP:	Maslach Burnout Inventar-Depersonalisation	p:	Signifikanz (U-Test)
MBI-PE:	Maslach Burnout Inventar-Persönliche Erfüllung	ns:	nicht signifikant
NM:	Notfallmediziner		
IM:	Intensivmediziner		

Fachrichtung	**Psychiater/ Psychotherapeuten**			**Anästhesisten/ IM/ NM**			
	n	**MW**	**SA**	**n**	**MW**	**SA**	**p**
MBI-EE	1043	2,93	0,91	679	2,99	0,99	ns
MBI-DP	1056	2,09	0,76	683	2,44	0,90	< 0,001
MBI-PE	1049	4,96	0,52	680	4,75	0,60	< 0,001

Die Analyse des BDI-II zeigte, dass zum Erhebungszeitpunkt 25,9% (n = 263) der Psychiater/ PT und 39,5% (n = 267) der Anästhesisten/ IM/ NM Depressivität aufwiesen. Die Ergebnisse der kategorisierten BDI-II-Werte im Vergleich sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Tab. 17: Vergleich der kategorisierten BDI-II-Ergebnisse der Psychiater/ Psychotherapeuten und Anästhesisten/ IM/ NM von 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin und unter Anästhesisten/ IM/ NM auf dem DIVI Kongress 2016 in Hamburg)

DGPPN: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DIVI: Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

BDI-II: Beck Depressions Inventar II

NM: Notfallmediziner

IM: Intensivmediziner

n: Anzahl der Befragten innerhalb der Stichprobe

%: Gültige Prozent

p: Signifikanz (Chi-Quadrat nach Pearson)

BDI-II-Kategorien	Psychiater/ Psychotherapeuten		Anästhesisten/ IM/ NM		p
	n	%	n	%	
Keine Depression	754	74,1	409	60,5	< 0,001
Minimale Depression	138	13,6	138	20,4	
Leichte Depression	82	8,1	78	11,5	
Mittelschwere Depression	37	3,6	39	5,8	
Schwere Depression	6	0,6	12	1,8	

Bei der Frage nach einer vorausgehenden Depression gaben dies 38,4% (n = 416) der Psychiater/ PT an, bei den Anästhesisten/ IM/ NM war der Anteil signifikant geringer ($p < 0,001$, exakter Test nach Fisher) mit 16,5% (n = 114).

Die Ergebnisse des ERI-Tests beider Stichproben im Vergleich zeigten ebenfalls bei den Anästhesisten/ IM/ NM signifikant mehr Personen mit einem Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung am Arbeitsplatz sowie mit übermäßiger Verausgabungsneigung als bei den Psychiatern/ PT.

Tab. 18: Vergleich der ERI-Ergebnisse der Psychiater/ Psychotherapeuten und Anästhesisten/ IM/ NM von 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/ Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin und unter Anästhesisten/ IM/ NM auf dem DIVI Kongress 2016 in Hamburg)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Befragten innerhalb der Stichprobe
DIVI:	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	%:	gültige Prozent
ERI:	Effort-Reward-Imbalance	p:	Signifikanz (Exakter Test nach Fisher)
OC:	Overcommitment		
NM:	Notfallmediziner		
IM:	Intensivmediziner		

		Psychiater/ Psychotherapeuten		Anästhesisten/ IM/ NM		p
		n	%	n	%	
ERI	**Balance**	944	92,6	576	85,5	< 0,001
	Imbalance	75	7,4	98	14,5	
OC	**Kein Risiko**	842	79,1	516	75,4	0,040
	Risiko	222	20,9	168	24,6	

3.2.7. Unterscheiden sich bei der Gruppe der Psychiater/ PT verglichen mit den Anästhesisten/ IM/ NM die Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und die Anzahl freier Wochenenden, die Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und der Anteil der Personen mit Suizidgedanken?

Verglichen mit den Psychiatern/ PT gaben die Anästhesisten/ IM/ NM signifikant mehr Arbeitsstunden an, sowie weniger freie Wochenenden im Monat.

Tab. 19: Vergleich der Arbeitszeiten der Psychiater/ Psychotherapeuten und Anästhesisten/ IM/ NM von 2016
(Fragebogenerhebung unter Psychiatern/Psychotherapeuten auf dem DGPPN Kongress 2016 in Berlin und unter Anästhesisten/ IM/ NM auf dem DIVI Kongress 2016 in Hamburg)

DGPPN:	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	n:	Anzahl der Befragten
DIVI:	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	MW:	Mittelwert
ERI:	Effort-Reward-Imbalance	SA:	Standardabweichung
OC:	Overcommitment	p:	Signifikanz (U-Test)
NM:	Notfallmediziner		
IM:	Intensivmediziner		

	Psychiater/ Psychotherapeuten			Anästhesisten/ IM/ NM			p
	n	MW	SA	n	MW	SA	
Wochenstunden	1070	43,13	10,87	686	49,50	10,86	< 0,001
Freie Wochenenden	1050	2,81	0,98	685	2,13	0,77	< 0,001

Der Anteil an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung war bei den Anästhesisten/ IM/ NM signifikant geringer ($p < 0,001$, exakter Test nach Fisher) als bei den Psychiatern/ PT. So gaben 14,7% (n = 157) der Psychiater/ PT an, schon einmal wegen Überlastung im Beruf krankgeschrieben worden zu sein. Hingegen war dies bei nur 7,5% (n = 51) der Anästhesisten/ IM/ NM der Fall.

Diese Tendenz spiegelte sich ebenfalls bei den Angaben zu Suizidgedanken wider. Unter den Psychiatern/ PT gaben 33,0% (n = 353) Suizidgedanken in der Vergangenheit an. Im Vergleich dazu war dieser Anteil bei den Anästhesisten/ IM/ NM mit 18,4% (n = 127) signifikant geringer ($p < 0,001$, exakter Test nach Fisher).

3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend hat die Studie ergeben, dass die Ärzte im Fachbereich der Psychiatrie/ PT mit 4,9% (n = 51) von Burnout-Symptomen, mit 12,3% (n = 125) von Depressivität und

mit 7,4% (n = 75) von beruflichen Gratifikationskrisen betroffen sind. Es stellten sich Zusammenhänge dar hinsichtlich der psychischen Belastung und den soziodemografischen sowie den berufsbezogenen Komponenten. Eine größere Burnout-Gefährdung stand mit dem weiblichen Geschlecht in Zusammenhang sowie mit Befragten ohne Kinder, nicht jedoch mit Partnerlosigkeit. Ebenso hatten die weiblichen Teilnehmer ein höheres Depressionsrisiko und die Befragten ohne Partner ebenfalls. Kinderlosigkeit stand in keinem Zusammenhang mit Depressivität.

Berufsbezogene Komponenten hatten teilweise einen Einfluss auf Burnout-Gefährdung, Depressivität oder Gratifikationskrisen. Weniger Berufserfahrung und der Tätigkeitsbereich in der Klinik (verglichen mit der Praxis) standen in Zusammenhang mit einer größeren Burnout-Gefährdung und mit dem Risiko beruflicher Gratifikationskrisen. Die Teilnahme an Supervision stand in Zusammenhang mit geringerer Burnout-Gefährdung. Eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden und Wochenenddiensten hing mit Burnout-Gefährdung, Gratifikationskrisen und Depressivität zusammen. Kein Zusammenhang wiesen Berufserfahrung, Tätigkeitsbereich Klinik/ Praxis oder Supervision mit Depressivität auf. Supervision hatte auch keinen Einfluss auf das Risiko für berufliche Gratifikationskrisen.

Ein Vergleich der Studie aus dem Jahr 2006 mit der vorliegenden Studie aus 2016 zeigte, dass bei letzterer die Psychiater/ PT weniger Burnout-Gefährdung, Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen aufwiesen. Die befragten Psychiater/ PT 2016 hatten eine geringere Wochenarbeitszeit und ein Wochenende im Monat mehr frei. Allerdings nahm die Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung um 2,5% zu.

Im Vergleich zu den Anästhesisten/ IM/ NM konnten bei den Psychiatern/ PT weniger Burnout-Symptome, Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen festgestellt werden, jedoch fast doppelt so viele Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung und mit 33,0% (n = 353) war der Anteil an Suizidgedanken höher als bei den Anästhesisten/ IM/ NM (18,4%, n = 127).

4. Diskussion

4.1. Diskussion der Methodik

Die Vorgehensweise, diese Studie mittels Paper-Pencil-Fragebogenerhebung durchzuführen, ermöglichte es, in kurzer Zeit viele Teilnehmer aus ganz Deutschland, aus Praxen und Kliniken, in unterschiedlichen Positionen und mit unterschiedlicher Berufserfahrung zu erreichen. Diese Vorteile einer Paper-Pencil-Fragebogenerhebung wurden von Barth beschrieben [9]. Im Vergleich zu Interviewbefragungen haben die Teilnehmer von Fragebogenerhebungen mehr Zeit für ihre Antworten, können diese ruhiger durchdenken und antworten aufgrund der größeren Anonymität ehrlicher. Nach Barth liegen die Nachteile einer Fragebogenerhebung in der unkontrollierten Befragungssituation und darin, dass die Antworten durch andere Personen beeinflusst werden können [9]. Zudem kann ein Teilnehmer bei Verständnisproblemen keine Rückfragen stellen, was die Gefahr birgt, dass einzelne Fragen unvollständig oder gar nicht beantwortet werden.

Wir fragten die Teilnehmer persönlich zur Studienteilnahme an, dadurch könnten Sympathieeffekte eine Rolle gespielt haben. Dies nahmen wir in Kauf, weil bei persönlicher Anfrage erfahrungsgemäß eine höhere Rücklaufquote erzielt werden kann als bei postalischen Erhebungen mit großer räumlicher Distanz und der Möglichkeit einer völlig anonymen Ablehnung der Teilnahme [87]. Außerdem zogen wir die Paper-Pencil-Befragung einer Online-Befragung vor, da sich aus der Metaanalyse von Shih und Fan ergeben hat, dass insbesondere bei Befragten mit höherem Bildungsniveau die Antwortraten bei Onlineumfragen geringer ausfallen als bei schriftlichen Umfragen [118]. Der Rücklauf von 40,5% war nicht so hoch wie erwünscht, aber zufriedenstellend im Vergleich mit Rücklaufquoten anderer Paper-Pencil-Fragebogenerhebungen. Ein bedeutender Effekt auf die Rücklaufquote wird laut einer Umfragenanalyse von Petermann durch persönliche Ansprache und Erinnerungsaktionen erreicht, jedoch mit dem Risiko stärkerer Verzerrungen der Stichprobe [98]. Gezielte Erinnerungsaktionen waren jedoch bei unserer Befragung aufgrund der Anonymität nicht möglich.

Der allgemeine Teil des Fragebogens wurde in Anlehnung an die Items der Erhebung auf dem DGPPN Kongress 2006 in Berlin konzipiert, um eine gute Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Ebenfalls war die Gestaltung des Fragebogens für die Anästhesisten/ IM/ NM des DIVI Kongresses 2016 in Hamburg nahezu identisch, damit auch hier eine ausreichende Vergleichbarkeit möglich ist. Die standardisierten, validierten und reliablen

Selbstbeurteilungsinstrumente (ERI: Siegrist et al. 2004), (MBI: Neubach et al. 2000) sind, bis auf den BDI-II (Kühner et al. 2007), in allen drei Studien ebenfalls aus diesem Grund identisch ausgewählt. Die Entscheidung, den BDI-II in den späteren Umfragen zu verwenden anstatt des BDI wie in 2006, ergab sich aus der verbesserten inhaltlichen Validität, die der BDI-II aufgrund der Aufnahme weiterer mit den DSM-IV-Kriterien kompatiblen Items vorzuweisen hat [70]. Die Ergebnisse konnten durch eine Umrechnung jedoch trotzdem miteinander verglichen werden.

Die erhobenen Daten können nicht ohne Weiteres auf die Gesamtheit der Psychiater/ PT im deutschsprachigen Raum übertragen werden, da die Teilnehmer nicht die Grundgesamtheit deutschsprachiger Psychiater widerspiegeln. Aus der Tatsache heraus, dass sich die Stichprobe ausschließlich auf die am Kongress teilnehmenden Psychiater/ PT beschränkte, resultieren Selektionseffekte. Psychiater, die auf einen Kongress nach Berlin fahren, haben möglicherweise mehr Zeit bzw. können sich diese flexibler nehmen als nicht teilnehmende Kollegen. Dies könnte ausschlaggebend für den größeren Anteil an Psychiatern in höheren Positionen gewesen sein. Außerdem hatten die Teilnehmer möglicherweise weniger familiäre Verpflichtungen und eine bessere psychische Gesundheit als nicht teilnehmende Kollegen.

Die erreichte Stichprobengröße von insgesamt 1088 Personen war zufriedenstellend. Mit einem etwas höheren Rücklauf von 51% und dem Stichprobenumfang von 1239 Teilnehmern sind die Daten der Befragung auf dem DGPPN-Kongress 2006 statistisch vergleichbar. Die Umfrage auf dem DIVI-Kongress 2016 hat mit 42% einen ähnlich hohen Rücklauf wie bei unserer Befragung, der Stichprobenumfang ist mit 686 Anästhesisten/ IM/ NM jedoch geringer, dennoch mithilfe nichtparametrischer Tests vergleichbar.

Bei der Interpretation der Ergebnisse unserer Studie muss beachtet werden, dass bei der Analyse keine Alpha-Adjustierungen durchgeführt wurden, daher können einzelne Signifikanzen durch Zufall signifikant sein. Die Studie muss deshalb als explorativ interpretiert werden.

Summa summarum lassen die Ergebnisse unserer Fragebogenerhebung repräsentative Rückschlüsse auf die Arbeits- und Gesundheitssituation deutschsprachiger Psychiater/ PT zu und leisten bei aktuell geringer Datenlage dazu einen wichtigen Beitrag.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

4.2.1. Soziodemografische Daten

Die Geschlechterverteilung der Stichprobe zeigt einen höheren Anteil an Frauen. Dies könnte möglicherweise mit dem stetig ansteigenden Frauenanteil in der Ärzteschaft, mit insgesamt 46,5% in 2016, in Zusammenhang stehen [25]. Auch das hohe Durchschnittsalter der Befragten von 49 Jahren spiegelt die Altersverteilung der Gesamtärzteschaft wider, die einen Zuwachs in der Altersgruppe über 50 Jahre zu verzeichnen hatte [25]. Die Analyse einer Bürgerumfrage in Halle kam des Weiteren zu dem Ergebnis, dass zunehmendes Alter und weibliches Geschlecht mit einer höheren Rücklaufquote einhergehen [98]. Diese Faktoren könnten einen Einfluss auf die soziodemografische Stichprobenverteilung haben. Es ist ebenso anzunehmen, dass jüngere Ärzte noch unflexibler im Arbeitsalltag eingespannt sind und damit weniger auf Kongresse gehen können.

4.2.2. Burnout-Symptomatik, Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT 2016

In bestehender Literatur wurde bereits mehrfach erwähnt, dass Psychiater/ PT einer besonderen Gefährdung für psychische Belastungen ausgesetzt sind [45; 63; 104; 105]. Im Folgenden werden die Prävalenzen für die Burnout-Symptomatik, Depressivität und Gratifikationskrisen bei Psychiatern/ PT diskutiert.

Hypothese: *Die untersuchte Gruppe der Psychiater/ PT ist von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen betroffen.*

4.2.2.1. Burnout-Gefährdung der Psychiater /PT

Die untersuchte Stichprobe der Psychiater/ PT weist eine Burnout-Prävalenz von 4,9% (n = 51) auf. Aufgrund der Annahme, dass Psychiater/ PT mit starker psychischer Gesundheitsbelastung eher nicht an einem Kongress teilnehmen, lässt sich eine eigentlich höhere Prävalenz vermuten. Insgesamt liegen nur wenige Studien im deutschsprachigen Raum vor, die eine Burnout-Symptomatik sowohl bei Ärzten als auch in der Allgemeinbevölkerung untersucht haben. Vorhandene Ergebnisse sind außerdem nur bedingt vergleichbar, da verschiedene Selbstbeurteilungsinstrumente verwendet wurden.

Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland des Robert Koch-Instituts zeigte auf Basis eines ärztlichen, computergestützten Interviews (CAPI) eine Lebenszeitprävalenz der Allgemeinbevölkerung von 4,2% (n = 341) bezüglich ärztlich oder psychotherapeutisch diagnostiziertem Burnout-Syndrom [80]. Insbesondere Berufsgruppen im Gesundheitswesen, einschließlich der Ärzte, haben dabei statistisch ein überdurchschnittliches Burnout-Risiko [68]. So ergab eine Studie von Fuchs und Mitarbeitern, dass 27,2% der befragten Allgemeinärzte (n = 95) im MBI erhöhte Werte für emotionale Erschöpfung aufwiesen [48]. Wurm und Kollegen untersuchten mittels des HBI Burnout bei österreichischen Ärzten (n = 5897) [134]. Die Ergebnisse zeigten bei den Assistenzärzten signifikant ($p < 0,001$) höhere Werte (MW = 145,77; SA = 39,46) als bei den Fachärzten und niedergelassenen Kollegen (MW = 139,34; SA = 42,37) [134]. Bei einer empirischen Studie der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich unter psychiatrischen Assistenzärzten, institutionell arbeitenden Psychiatern in Führungspositionen sowie freipraktizierenden Psychiatern wurden mit Hilfe der Tedium-measure-Skala bei 18% (n = 57) der Befragten hohe Burnout-Werte ermittelt [4]. Eine in der JAMA (Journal of the American Medical Association) publizierte US-amerikanische Studie fand sogar bei 43,9% (n = 65) der psychiatrisch tätigen Assistenzärzte relevante Burnout-Werte [38]. Erhoben wurden diese Daten ebenfalls mit Hilfe des MBI [38]. Hohe Burnout-Werte könnten dabei mit individuellen Faktoren zusammenhängen. Beispielsweise fanden Waldmann und Kollegen mittels des MBI und des Big Five Inventory (BFI) eine starke positive Korrelation zwischen Neurotizismus und emotionaler Erschöpfung ($\beta = 0,42$; $p = 0,001$) sowie eine negative Korrelation zwischen Offenheit und EE ($\beta = -0,19$; $p = 0,05$) [129]. Assistenzärzte der Psychiatrie, die laut oben genannter schweizer Studie [4] ein höheres Burnout-Risiko verglichen mit ihren Kollegen in höheren Positionen hatten, wiesen außerdem im Münchner Persönlichkeitstest (MPT) höhere Werte bezüglich Neurotizismus auf sowie niedrigere Werte bezüglich der Frustrationstoleranz. Kumar hob in seiner Studie zu Burnout-Gefährdung und Jobzufriedenheit bei Psychiatern in Neuseeland hervor, dass insbesondere diese Berufsgruppe aufgrund interner Faktoren wie bestimmter Persönlichkeitsmerkmale prädisponiert ist für ein Burnout-Syndrom [71; 72].

4.2.2.2. Depressivität der Psychiater/ PT

Die Analyse unserer Daten ergab bezüglich aktueller Depressivität der befragten Psychiater/ PT, bei einem Cut-off für eine leichte Depression, eine Prävalenz von 12,3% (n = 125). Ergebnisse aus einer Studie von Kühner und Kollegen wurden ebenfalls mittels des BDI-II erhoben und ergaben in der nichtklinischen Stichprobe aus der Mannheimer Bevölkerung bei einem Mittelwert von 7,69 (SA = 7,52) höhere Werte als die Psychiater/ PT mit einem Mittelwert von 6,19 (SA = 6,12) im BDI-II-Gesamtscore. Eine mögliche Erklärung dafür ist der sozioökonomische Status, der laut einer Studie des Robert Koch-Instituts in Zusammenhang mit Depressivität steht [20]. In ebendieser Studie wurde bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status eine 2,5-fach höhere Prävalenz für Depressionen festgestellt im Vergleich zu solchen mit höherem sozioökonomischen Status, zu dem die Ärzte zählen [20]. Die Studienlage hinsichtlich des Depressions-Risikos bei Ärzten weist eine große Diversität hinsichtlich der Messinstrumente auf. Die Metaanalyse von Mata und Kollegen ergab eine Prävalenz für depressive Symptome bei Assistenzärzten verschiedener Fachrichtungen von 20,9% bis 43,2% (54 eingeschlossene Studien) [85]. In der bereits genannten Fragebogenerhebung von Wurm und Mitarbeitern (n = 5897) zeigte sich bei 10.3% (n = 607) der Ärzte eine Major Depression (mittels MDI), von denen 0.9% (n = 50) eine milde, 2.3% (n = 135) eine moderate und 7.2% (n = 422) eine schwere Major Depression aufwiesen [134].

Hinsichtlich der Eigentherapie milder/ moderater depressiver Symptome kam eine amerikanische Studie (n = 567) zu dem Ergebnis, dass 42,5% der Psychiater zur Selbstmedikation greifen würden, insgesamt 25,6% gaben dabei Stigmatisierung als Beweggrund für die Eigentherapie an, bei 40,4% beeinflusste der Eintrag in die Versicherungsakte die Entscheidung dazu [8]. Bei den Psychiatern/ PT unserer Befragung ergab sich, dass lediglich 41,3% (n = 174) der Diagnosen in der Vergangenheit von einem Kollegen fachärztlich gestellt wurden. Dies legt den Verdacht nahe, dass sich besondere Hindernisse für einen Arzt dafür ergeben, selbst in die Patientenrolle einzutreten und das Idealbild eines psychisch stabilen und anhaltend belastbaren Arztes abzulegen. Denn zuallererst muss dieser seine Angst vor Stigmatisierung durch einen Kollegen und vor dem Verlust der beruflichen Existenz überwinden, was in vielen Fällen erst bei fortgeschrittener Symptomatik und Leidensdruck geschieht [91]. Die Folgen nicht überwundener Angst vor

Stigmatisierung sind möglicherweise Selbstmedikation und eine schlechtere Behandlungsqualität ihrer Patienten oder sogar Behandlungsfehler [1].

4.2.2.3. Berufliche Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT

Bei insgesamt 7,4% (n = 75) der befragten Psychiater/ PT lag ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und dafür erhaltener Belohnung vor. Jeder fünfte Psychiater/ PT verausgabte sich überdurchschnittlich stark in seinem Beruf. Dies bedeutet, dass die Befragten die eigene Verausgabung unterschätzten und die Belohnung dafür überschätzten. Eine Fragebogenerhebung mittels des ERI-Tests unter der arbeitenden Bevölkerung zwischen 45 und 66 Jahren (n = 1811) in Deutschland ergab bei der ERI-ratio einen Mittelwert von 0,5 (SA = 0,21) und beim OC einen Mittelwert von 13,0 (SA = 4,0) [36]. Im Vergleich dazu lagen die Ergebnisse bei den Psychiatern/ PT für die ERI-ratio bei einem Mittelwert von 0,63 (SA = 0,24) und für das OC von 13,28 (SA = 3,58) etwas höher. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen anhaltenden Gratifikationskrisen und physischem sowie psychischem Erkrankungsrisiko bei Ärzten wurde in verschiedenen Studien belegt [22; 23; 77; 119; 122]. Dies spiegelte sich auch in unseren Ergebnissen zur Depressivität und Burnout-Symptomatik durch die erhöhten Prävalenzen wider.

Fazit: *Die Hypothese, dass die untersuchte Gruppe der Psychiater/ PT von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen betroffen ist, konnte bestätigt werden.*

4.2.3. Zusammenhang von Geschlecht/ Familiensituation und Burnout-Gefährdung/ Depressivität

Hypothese: *Das Risiko für Burnout-Gefährdung oder Depressivität steht im Zusammenhang mit dem Geschlecht oder der Familiensituation.*

4.2.3.1. Zusammenhang von Burnout-Gefährdung und Geschlecht

Die Ergebnisse unserer Studie zeigten, dass weibliche Psychiater/ PT eine signifikant höhere emotionale Erschöpfung aufwiesen als ihre männlichen Kollegen. Selbiges Ergebnis zeigte sich in diversen Studien, die den Einfluss des Geschlechts auf eine Burnout-Symptomatik

untersuchten [38; 71; 72; 86; 97]. Unsere Ergebnisse belegen, bezogen auf eine reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit oder Depersonalisation, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Psychiater/ PT. Maslach und Jackson [82] sowie weitere Autoren [71; 72; 97] fanden eine jeweils stärker reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit bei Frauen im Vergleich zu Männern. Die Ergebnisse hinsichtlich der Depersonalisation waren in der Literatur für beide Geschlechter als äquivalent [71; 72; 97] oder bei den Männern als höher [82; 102] angegeben. Ein Erklärungsansatz, den Maslach und Jackson für eine höhere emotionale Erschöpfung bei Frauen lieferten, ist, dass diese generell emotional involvierter seien und dazu neigten, sich darin zu verausgaben [82]. Laut McMurray und Mitarbeiter werde dies sogar von Kollegen und Patienten der Ärztinnen mehr erwartet als von ihren männlichen Kollegen [86]. Bei Männern hingegen zeige sich eine Burnout-Symptomatik darin, dass diese eher, aufgrund geringerer männlicher Emotionalität, Patienten mit einem distanzierteren und zynischeren Umgang begegneten [82].

4.2.3.2. Zusammenhang von Depressivität und Geschlecht

In Bezug auf die Depressivität stellten sich deutliche geschlechterspezifische Unterschiede heraus. So ergab sich aus unserer Erhebung, dass die Frauen signifikant höhere Werte im BDI-II aufwiesen als die Männer. Goebert und Kollegen fanden bei ihrer Umfrage unter jungen Ärzten ebenfalls deutlich höhere Werte für Depressivität bei den weiblichen Teilnehmern [51]. Die Ergebnisse der Gesundheitsstudie des RKI innerhalb der Allgemeinbevölkerung spiegelten, mit einer Prävalenz von 11,6% bei Frauen und 8,6% bei Männern, ebendiese Unterschiede wider [20]. Erklärungsansätze dafür liefern beispielsweise zum einen die biologischen Auswirkungen des Hormonstatus bei Frauen, zum anderen die sozialen Lebensbedingungen mit mehr unbezahlter Arbeit in Haushalt und Familie im Vergleich zu den Männern [92]. Möller-Leimkühler wies darauf hin, dass Frauen außerdem eine höhere Stressvulnerabilität haben, hervorgehend aus ihrer stärkeren interpersonellen Orientierung und der dadurch bedingten höheren Stressreaktion in engen Beziehungen [90]. Männer hingegen zeigen höhere Stressreaktionen, wenn sie ihren Status aufgrund von Leistungseinbußen gefährdet sehen [90]. Möller-Leimkühler berichtete schlussfolgernd, dass bei Männern die Depressivität unter- und bei Frauen überdiagnostiziert sein könnte, da Männer eher über körperliche Symptome klagten,

anstatt ihre männliche Identität mit emotionaler Gefühlsäußerung zu gefährden [90]. Die Kernsymptome der Depressivität seien laut des Autors gleich, jedoch zeigte sich bei Männern verstärkt Aggressivität, erhöhte Agitiertheit sowie verstärkter Alkoholkonsum [90]. Die Kritik besteht also darin, dass die gängigen Instrumente zur Erfassung der Depressivität nicht geschlechterspezifisch sind [90]. Die geschlechterbezogenen Ergebnisse der befragten Psychiater/ PT spiegeln aber insgesamt die Auswirkungen der biologischen und psychosozialen Unterschiede von Frauen und Männern wider, insbesondere auch die berufsbedingten Auswirkungen unterschiedlicher Stressvulnerabilität der Geschlechter in der interpersonellen Arzt-Patienten-Beziehung.

4.2.3.3. Zusammenhang von Burnout-Gefährdung und der Familiensituation

Für die Analyse des Zusammenhangs zwischen der Familiensituation und einer Burnout-Symptomatik wurden die Variablen Lebenspartnerschaft und Kinder verwendet. Bei Befragten mit Partner wurde kein signifikanter Unterschied der Burnout-Symptomatik verglichen mit Teilnehmern ohne Partner festgestellt. Allerdings waren Psychiater/ PT mit Kind signifikant weniger von Depersonalisation und reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit betroffen. Hinsichtlich emotionaler Erschöpfung hatten Befragte mit Kind etwas niedrigere Werte, jedoch nicht signifikant niedriger als die ohne Kind. Hierbei zu berücksichtigen sind mögliche Selektionseffekte dadurch, dass das Durchschnittsalter der Kinder der Befragten bei 18 Jahren lag, demnach waren dies überwiegend nicht mehr intensiv betreuungspflichtige Kinder. Kumar und Mitarbeiter belegten in ihrer Studie, dass Psychiater in Partnerschaft und mit Kindern signifikant weniger emotionale Erschöpfung aufwiesen als Psychiater ohne Partner und Kinder [71]. Eine weitere Studie bestätigte, dass Ärztinnen mit Kindern zufriedener in ihrem Beruf waren und diese keinen negativen Einfluss auf eine Burnout-Symptomatik hatten [86].

Insgesamt scheinen die Kinder der befragten Psychiater/ PT also deren Burnout-Risiko zu verringern, eine Aussage über eventuelle protektive Einflüsse durch Partnerschaft kann bei den erhobenen Daten nicht getroffen werden.

4.2.3.4. Zusammenhang von Depressivität und der Familiensituation

Die Auswertung der Daten bezüglich einer Depressivität im Zusammenhang mit Partnerschaft ergab signifikant höhere Werte bei alleinstehenden Psychiatern/ PT im

Vergleich zu jenen mit Partner. Aus den Ergebnissen der GEDA-Studie des Robert Koch-Instituts ging ebenso hervor, dass die Prävalenzen für Depressivität bei Männern und Frauen in fester Partnerschaft deutlich geringer waren als bei jenen ohne feste Partnerschaft [92]. Für alleinlebende Frauen und Männer war das Risiko für Depressionen fast doppelt so hoch verglichen mit den Befragten eines Mehrpersonenhaushalts [92]. Unsere Daten ergaben bei befragten Ärzten mit Kind im Vergleich zu Kinderlosen keinen signifikanten Unterschied im BDI-II-Gesamtscore. Auch hier könnten Selektionseffekte dadurch entstanden sein, dass die Psychiater/ PT unserer Umfrage im Durchschnitt schon ältere und nicht mehr betreuungspflichtige Kinder hatten.

Fazit: *Die Hypothese, dass das Geschlecht im Zusammenhang mit einer Burnout-Gefährdung und Depressivität steht, konnte bestätigt werden. Hinsichtlich der Familiensituation ergab sich ein Zusammenhang zwischen Partnerschaft und geringerer Depressivität und zwischen Kinderlosigkeit und Burnout-Gefährdung. Kein Zusammenhang stellte sich heraus zwischen Partnerschaft und Burnout-Gefährdung und zwischen Kinderlosigkeit und Depressivität.*

4.2.4. Zusammenhang von Berufserfahrung und Arbeitsbedingungen und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen

Hypothese: *Das Risiko für Burnout-Gefährdung, Depressivität oder berufliche Gratifikationskrisen hängt zusammen mit beruflichen Faktoren wie der Berufserfahrung, der Tätigkeit in einer Klinik oder Praxis, der Teilnahme an Supervision, der Wochenarbeitszeit sowie der Anzahl der freien Wochenenden.*

4.2.4.1. Zusammenhang von Burnout-Gefährdung und Berufserfahrung

Ein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung und dem Risiko einer Burnout-Symptomatik stellte sich in unserer Umfrage folgendermaßen dar: Psychiater/ PT mit weniger Berufserfahrung neigten hoch signifikant mehr zu emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation sowie reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit. Zu bedenken ist

dabei, dass die durchschnittliche Berufserfahrung der Befragten bei 22 Jahren lag, der Anteil der Berufseinsteiger war demnach gering. Hoop betont in seinem Modell zum Verständnis ethischer Entscheidungsdilemmata bei Assistenzärzten jedoch besonders, dass diese speziell im Fachgebiet Psychiatrie/ PT mit der Doppelrolle als noch Lernende und gleichzeitig als professionell behandelnde Ärzte äußerst vulnerabler Patienten zu kämpfen hätten [61]. Sie litten vermehrt unter Angst, Selbstzweifeln und Fatigue [61]. Die Aufmerksamkeit für diese Problematik ist auch deshalb so essentiell, weil bei Berufsanfängern ein erhöhtes Burnout-Risiko mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für medizinische Fehler einhergeht [101]. Eine Studie von Dyrbye und Mitarbeitern unter allen Fachrichtungen (n (Ärzte) = 7288) ergab, dass Ärzte, die sich im mittleren Karriereabschnitt befanden, am meisten unter emotionaler Erschöpfung litten, wohingegen die Kollegen mit der längsten Berufserfahrung am wenigsten Burnout-Symptome zeigten ($p < 0,001$) [37]. Kumar und Kollegen fanden ebenso mittels des MBI-Tests die höchsten Werte für Depersonalisation bei Psychiatern mit 11 bis 30 Jahren Berufserfahrung, die niedrigsten Werte hatten jene mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung ($p = 0,02$) [71]. Die Ergebnisse der Ärzte im mittleren Karriereabschnitt sind deshalb sehr bedenklich, da sie eine Position mit viel Verantwortung für die Patienten haben sowie für die jüngeren Kollegen in Ausbildung eine große Vorbildfunktion. Um die Arbeitssituation der Psychiater/ PT in frühen und mittleren Karrierestufen zu verbessern, und damit auch eine gute Qualität sowohl in der Patientenversorgung als auch in der ärztlichen Weiterbildung zu gewährleisten, sollten frühpräventive Maßnahmen wie Coping-Strategien und Feedbackgespräche gerade bei diesen verstärkt werden.

4.2.4.2. Zusammenhang von Depressivität und Berufserfahrung

Depressivität stand bei unserer Stichprobe in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Berufserfahrung der Psychiater/ PT. Die Umfrage unter Assistenzärzten (n = 679) verschiedener Fachrichtungen, von Goebert und Mitarbeitern durchgeführt, ergab ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Berufsjahre und Depressivität (mittels CES-D) [51]. Buddeberg-Fischer und Kollegen fanden jedoch in ihrer prospektiven Studie unter Assistenzärzten unterschiedlicher Fachrichtungen (n = 370) heraus, dass die Ärzte im Berufseinstieg höhere Werte für Depressivität hatten (mittels HADS-D) als in späteren Jahren ihrer Weiterbildungszeit ($p < 0,001$) [24]. Es wurde

vermutet, dass sich ein Teil der Befragten mit den Jahren und der zunehmenden Erfahrung an die Anforderungen angepasst hätte [24]. Jedoch gaben die Autoren an, dass im Erhebungszeitraum die Stundenzahl der Assistenten um fünf Stunden reduziert worden war und dies könnte einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben [24]. Insgesamt ist die Datenlage zu gering und die Messinstrumente zu verschieden, um Aussagen über einen Zusammenhang treffen zu können.

4.2.4.3. Zusammenhang von Gratifikationskrisen und Berufserfahrung

Die Auswertung unserer Daten bezüglich beruflicher Gratifikationskrisen ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen langer Berufserfahrung und geringer ERI-ratio. Bei der Skala “Overcommitment“ zeigte sich ebenfalls diese Tendenz, erwies sich jedoch als nicht signifikant. Eine wesentliche Komponente des Zusammenhangs zwischen Gratifikationskrisen und Berufserfahrung könnte sein, dass junge Ärzte mit wenig Berufserfahrung geringere Veränderungsspielräume bezüglich ihrer Arbeitsbedingungen haben als höher positionierte Ärzte mit gleichsam längerer Berufserfahrung. Außerdem ist ihnen möglicherweise eine Anerkennung ihrer Leistung im Sinne einer positiven Verstärkung gerade am Anfang wichtiger als den erfahreneren Kollegen. Auch das Gehalt der Assistenzärzte in Deutschland ist unabhängig von der Leistung tariflich festgelegt und gestaffelt mit dem Jahr der Weiterbildungszeit. Von dem Knesebeck und Mitarbeiter untersuchten bei 1311 deutschen Ärzten den psychosozialen Stress im chirurgischen Arbeitsbereich, dabei hatten ebenfalls die Assistenzärzte (n = 920) verglichen mit den Fachärzten (n = 391) niedrigere Werte hinsichtlich des rewards (effort/reward Quotient MW (SA): AA = 0,91 (0,39); FA = 0,79 (0,27)) [128]. Laut der prospektiven Deutsch-Schweizer Studie von Buddeberg-Fischer und Kollegen werden junge Ärzte nicht ausreichend unterstützt, bewältigen ein hohes Arbeitspensum und fühlen sich dabei nicht adäquat belohnt (z.B. in Form von Anerkennung, Karrierechancen) [22]. In ebendieser Umfrage unter den Assistenzärzten vom ersten bis zum fünften bzw. sechsten Weiterbildungsjahr (n = 370) wurde sogar eine signifikante (p = 0,002) Zunahme der Effort-Reward-Imbalance über die Zeit festgestellt [22].

Vor dem Hintergrund der dargestellten Literatur zeigt sich, dass im psychiatrischen/ psychotherapeutischen Fachbereich, genauso wie in anderen Fachbereichen, mehr in eine

adäquate Anerkennung und Anleitung der Ärzte mit weniger Berufserfahrung investiert werden sollte, um Gratifikationskrisen zu vermeiden.

4.2.4.4. Zusammenhang von Burnout-Gefährdung und den Arbeitsbedingungen

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen einer Burnout-Symptomatik und der Tätigkeit in einer Klinik oder Praxis zeigte signifikante Unterschiede. Psychiater/ PT, die in einer Praxis arbeiteten, litten insgesamt signifikant weniger unter emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation sowie reduzierter persönlicher Leistungsfähigkeit als ihre Kollegen in der Klinik. Eine Umfrage im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung unter jungen Ärzten in Deutschland hob jedoch hervor, dass niedergelassene Ärzte verschiedener Fächer in eigener Praxis sowie ambulant Angestellte mit ihrer Tätigkeit zufriedener waren als jene in Krankenhäusern und Universitäten [95]. Ergebnisse der Burnout-Studie von 2012 der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes zeigten auf, dass sich 8% (n = 667) der niedergelassenen Vertragsärzte im Zusammenhang mit ihrer Arbeit ausgebrannt fühlten [49]. In Innsbruck ergab die Umfrage unter Klinikärzten (n = 69) mittels des MBI für 20,6% ein mittleres oder hohes Burnout-Risiko [74]. Der Vergleich von Wegener und Mitarbeitern unter Hamburger Ärzten (n = 614) erbrachte jedoch im Gegenteil, dass niedergelassene Ärzte deutlich höhere Werte für eine emotionale Erschöpfung (mittels MBI) erreichten als die Klinikärzte [130]. Zu bedenken ist aber, dass eine Praxistätigkeit den Ärzten im Gegensatz zur Kliniktätigkeit eine größere Autonomie sowie weitere Handlungsspielräume bei der Arbeit bieten könnte. Der hohe Bürokratieaufwand sowie die finanzielle Verantwortung und Haftungsfragen könnten allerdings auch zu einer Belastung beitragen. Insgesamt ist die sowohl geringe als auch heterogene Datenlage nicht ausreichend, um einen befriedigenden Vergleich mit unseren Daten vorzunehmen. Die Psychiater/ PT in einer Praxis scheinen jedoch bessere Arbeitsbedingungen zu haben als jene in der Klinik. Wir untersuchten im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen der Psychiater/ PT außerdem, ob die Inanspruchnahme von Supervision einen Einfluss auf das Burnout-Risiko hat. Supervision soll im Rahmen der Burnout-Prophylaxe dazu dienen, den Mitarbeitern in schwierigen Behandlungssituationen neue Perspektiven zu eröffnen, bei belastenden Patientenfällen Entlastung zu schaffen und eine positive Sicht auf die eigene Leistung zu fördern [135]. Unsere Auswertung ergab, dass Psychiater/ PT ohne Supervision eine signifikant reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit hatten im Vergleich zu den

Kollegen mit Supervision. Bei den anderen Subskalen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Eine Befragung niedergelassener Allgemeinärzte von Fuchs und Kollegen stellte eine signifikant ($p < 0,01$) geringere Depersonalisation und höhere persönliche Erfüllung bei Ärzten fest, die regelmäßig Supervision in Anspruch nahmen [48]. Aufgrund der besonders starken Belastung bei Assistenzärzten der Psychiatrie wurde in der Studie von Jovanoic und Mitarbeitern in 22 Ländern das Burnout-Risiko der jungen Ärzte ($n = 1980$) im Zusammenhang mit ihren Risikofaktoren untersucht [65]. Dabei wiesen diejenigen Assistenzärzte hoch signifikant ($p < 0,001$) mehr emotionale Erschöpfung sowie Depersonalisation auf, die keine wöchentliche klinische Supervision erhielten [65]. In derselben Studie wurde zugleich ein signifikanter ($p < 0,001$) Zusammenhang zwischen hoher Anzahl an Arbeitsstunden und emotionaler Erschöpfung festgestellt [65]. Die Wochenarbeitszeit lag bei den befragten Psychiatern/ PT unserer Studie bei durchschnittlich 43 Stunden (plus im Durchschnitt monatlich 13 Stunden zusätzliche berufsbezogene Tätigkeit außerhalb ihrer Arbeitsstelle). Auch hier zeigte sich signifikant mehr emotionale Erschöpfung bei einer höheren Anzahl an Wochenarbeitsstunden. Des Weiteren hatten jene Ärzte eine signifikant höhere emotionale Erschöpfung, die maximal an zwei Wochenenden im Monat frei hatten. Durchschnittlich drei freie Wochenenden im Monat schienen einen positiven Einfluss auf die Befragten gehabt zu haben. Unsere Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass die Teilnahme an Supervision einen entscheidenden, positiven Einfluss auf die persönliche Leistungsfähigkeit der Psychiater/ PT hat und des Weiteren ein ausreichender Freizeitausgleich das Burnout-Risiko deutlich senkt.

4.2.4.5. Zusammenhang von Depressivität und Arbeitsbedingungen

Bezüglich Depressivität zeigte sich bei unserer Auswertung, dass Psychiater/ PT in der Klinik keinen signifikanten Unterschied zu den Niedergelassenen aufwiesen. Auch Firth-Cozens sowie Caplan kamen zu dem Ergebnis, dass niedergelassene Allgemeinärzte keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Depressionen hatten im Vergleich zu den Klinikärzten [28; 44]. Bestmann und Mitarbeiter veröffentlichten in Kooperation mit dem Deutschen Ärzteverlag Daten zu ihrer Umfrage unter Ärzten mit insgesamt 2165 Fragebögen aus der Grundgesamtheit aller niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte in Deutschland [14]. Hierbei hatten die Klinikärzte eine etwas höhere Lebenszufriedenheit

als die niedergelassenen Kollegen [14]. Eine Studie unter Psychiatern/ PT hinsichtlich dieses Zusammenhangs wurde bislang unseres Wissens nach nicht veröffentlicht. Die Daten unserer Erhebung lassen vor dem Hintergrund der referierten Publikationen annehmen, dass die unterschiedlichen Arbeitsanforderungen von in Kliniken tätigen Psychiatern/ PT und niedergelassenen Psychiatern/ PT keinen wesentlichen Einfluss auf die Depressivität haben.

Bei den befragten Psychiatern/ PT stand ebenso die Depressivität in keinem signifikanten Zusammenhang mit der Teilnahme an Supervision. Es zeigten sich lediglich minimal höhere BDI-II-Gesamtwerte bei jenen, die der Supervision beiwohnten. Es ist zu überlegen, ob diese durch die Erarbeitung einer positiven Sicht auf die eigene Arbeitsleistung der Depressivität entgegenwirken könnte.

In unseren Ergebnissen korrelierte allerdings die Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche signifikant positiv mit erhöhter Depressivität. Es stellte sich hierbei ebenfalls heraus, dass Psychiater/ PT mit mehr als zwei freien Wochenenden pro Monat hoch signifikant geringere BDI-II-Werte hatten als jene, die maximal zwei freie Wochenenden monatlich angaben. Eine Studie von Keller und Kollegen, mittels Interviews (n = 12) und Schichtbeobachtungen (n = 3) unter Ärzten verschiedener Fachrichtungen im nord-deutschen Raum durchgeführt, beschäftigte sich mit deren psychischen Stressoren [66]. Die Ärzte nannten dabei unter anderem die langen Arbeitszeiten, Überstunden und Wochenenddienste [66]. Die Ergebnisse bezüglich eines Zusammenhangs zwischen langen Arbeitszeiten und Depressivität sind in der Literatur insgesamt allerdings heterogen und lassen den Schluss zu, dass es multifaktorielle Einflüsse in Verbindung mit vielen Arbeitsstunden und psychischen Folgen gibt [30]. In einer fünf Jahres follow-up-Studie unter der britischen Allgemeinbevölkerung (n = 2960) ergab sich, bei einer Hazard Ratio von 1,18 für depressive Symptome pro Erhöhung der Arbeitsstunden um 10 Stunden, dass lange Arbeitszeiten ein Prädiktor für depressive Symptome waren [127]. Baldwin und Mitarbeiter fanden jedoch keinen direkten Einfluss der Anzahl an Arbeitsstunden auf die Depressivität bei Assistenzärzten aus Großbritannien (n = 142) [7]. Um die Auswirkungen vieler Arbeitsstunden auf die Depressivität besser vergleichen zu können, sind einheitliche Studien mit genau definierten Grenzen überlanger Arbeitszeiten und übereinstimmenden Messinstrumenten vonnöten. Bei den befragten Psychiatern/ PT standen die langen Arbeitszeiten im Zusammenhang mit einer Depressivität, wobei auch zu überlegen wäre,

dass Depressivität beispielsweise aufgrund von Antriebslosigkeit eine Ursache für verlangsamtes Arbeiten und damit längere Arbeitszeiten sein könnte.

4.2.4.6. Zusammenhang von Gratifikationskrisen und Arbeitsbedingungen

Die Analyse unserer Daten hinsichtlich eines Unterschieds der ERI-ratio und der Verausgabungsbereitschaft (OC) von niedergelassenen und im Krankenhaus tätigen Psychiatern/ PT erbrachte hoch signifikante Ergebnisse. Die Befragten aus der Klinik erzielten höhere Werte im ERI-Test als jene aus der Niederlassung. Demnach erfolgte bei einem höheren Anteil der Psychiater/ PT in der Praxis eine adäquate Anerkennung ihres Arbeitsaufwands, verglichen mit ihren Kollegen in Krankenhäusern. Des Weiteren hatte die größere Verausgabungsneigung der Klinikärzte als Persönlichkeitsmerkmal einen Einfluss auf deren Stresserleben. Eine Online-Befragung von 12062 Klinikärzten verschiedener Fachrichtungen in Baden-Württemberg auf Basis des Job-Demand-Control-(JDC-) und des ERI-Modells kam zu dem Ergebnis, dass 55,5% der Befragten Anzeichen von Disstress (JDC/ER-Ratio>1) aufwiesen [10]. Die Online-Umfrage der Röher Parkklinik/ Akademie für Psychosomatik in Zusammenarbeit mit Springer Medizin zum Thema Work-Life-Balance ergab, dass 51% der angestellten beziehungsweise in eigener Praxis niedergelassenen Psychiater/ PT (n = 140) bereit seien, eine Arbeitsleistung über ihre Grenzen hinaus einzugehen und damit eine potentiell gesundheitsschädigende Arbeitsbelastung in Kauf zu nehmen [50]. Unseren Recherchen zufolge gibt es bislang keine direkten Vergleichsstudien bezüglich Gratifikationskrisen zwischen Ärzten in der Klinik und Praxis auf Basis des ERI-Modells. Insgesamt ist eine Vergleichbarkeit der Studien untereinander auch nur eingeschränkt möglich, da die Messinstrumente nicht identisch sind. Die Ergebnisse der vorliegenden Stichprobe der Psychiater/ PT bilden jedoch ab, dass die Ärzte in einer Praxis mehr Anerkennung im Verhältnis zu ihrer Leistung erhalten, und ebendies deckt sich mit den bereits dargestellten Ergebnissen zum geringeren Burnout-Risiko bei den Niedergelassenen. Möglicherweise gibt es dabei auch einen Zusammenhang mit der strengen Personalhierarchie in Kliniken und einer damit verbundenen unterschiedlichen Anerkennung je nach Stellung. Weiterer Gegenstand unserer Untersuchung im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen war der Einfluss von Supervision auf Gratifikationskrisen. Hierbei ließ sich kein signifikanter Unterschied bezüglich der Teilnahme oder Nichtteilnahme an Supervision feststellen.

Einen positiven Einfluss auf den Arbeitsstress aufgrund anhaltender Dysbalance zwischen Anforderungen und Anerkennung von angestellten Ärzten könnte jedoch eine regelmäßige Supervision der Vorgesetzten bewirken, damit diese eine angemessene Unterstützung der jungen Kollegen erbringen. So kamen Buddeberg-Fischer und Kollegen ebenfalls zu dem Schluss, dass Vorgesetzte ebendiesen wichtigen Beitrag zur Verringerung der Gratifikationskrisen leisten sollten [22].

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Psychiater/ PT ist der Zusammenhang zwischen den geleisteten Arbeitsstunden und dem Auftreten von Gratifikationskrisen hervorzuheben. Unsere Studie ergab eine hoch signifikante positive Korrelation zwischen Arbeitsstunden und erhöhter ERI-ratio sowie OC. Ein Dienst an mindestens zwei Wochenenden stand ebenso signifikant im Zusammenhang mit erhöhter ERI-ratio und OC. Bei hohem zeitlichem Arbeitsaufwand schienen die Ärzte keine adäquate Gratifikation zu erhalten. Diesen Zusammenhang belegten ebenfalls Buddeberg-Fischer und Mitarbeiter, jedoch merkten sie an, dass die langen Arbeitszeiten auch aus stressbedingter Erschöpfung und daraus resultierendem langsamen Arbeitstempo entstehen könnten [22; 23]. Insgesamt deckt sich der Zusammenhang von einer hohen Anzahl an Arbeitsstunden und Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT in unserer Studie mit unseren Ergebnissen zu erhöhter Depressivität und Burnout-Risiko bei Befragten mit weniger Freizeitausgleich.

Fazit: *Die obige Hypothese konnte insofern teilweise bestätigt werden, als ein Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung und beruflichen Gratifikationskrisen besteht, nicht jedoch mit dem Auftreten von Depressivität. Letztere stand lediglich im Zusammenhang mit den geleisteten Arbeitsstunden und Wochenenddiensten. Bezüglich der weiteren Arbeitsbedingungen gab es Unterschiede zwischen Praxis-/ Kliniktätigkeit, Arbeitsstunden sowie Wochenenddiensten und dem Auftreten von Burnout-Gefährdung und Gratifikationskrisen. Die Teilnahme an Supervision hatte einen entgegenwirkenden Einfluss auf die Burnout-Gefährdung, stand jedoch in keinem Zusammenhang mit Depressivität oder Gratifikationskrisen.*

4.2.5. Unterschiede in Wochenarbeitszeit, Anzahl freier Wochenenden sowie Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung bei den Psychiatern/ PT von 2006 und 2016

Hypothese: *Die Stichprobe im Jahr 2016 unterscheidet sich hinsichtlich der Wochenarbeitszeit, der freien Wochenenden sowie der Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung von der Stichprobe von 2006.*

Zwischen den Erhebungszeitpunkten 2006 und 2016 ist ein hoch signifikanter Rückgang sowohl der wöchentlichen Arbeitszeit als auch der Wochenenddienste zu verzeichnen. Während die befragten Psychiater/ PT von 2006 durchschnittlich 48,8 (SA = 13,6) Gesamtwochenstunden leisteten und an durchschnittlich zwei Wochenenden im Monat arbeiteten, waren dies 2016 nur noch 45,5 (SA = 13,2) Gesamtwochenstunden mit durchschnittlich einem Wochenende Dienst. Ursächlich damit könnte der Wandel von Bereitschafts- zu Schichtdiensten zusammenhängen, der über die Jahre in den Krankenhäusern stattgefunden hat [131]. Des Weiteren hat sicherlich auch der Ärztestreik 2006 und der daraus resultierende Tarifvertrag für Klinikärzte an Universitätskliniken mit der Forderung zur Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes und damit der EU-Arbeitszeitrichtlinie im Sinne der vollen Anrechnung der Arbeitszeit bei Bereitschaftsdiensten seinen Beitrag dahingehend geleistet [13].

Ein auffälliges Ergebnis zeigte sich bei dem Vergleich der Häufigkeit an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung bei den Psychiatern/ PT. Mit insgesamt 14,7% waren dies 2,5% mehr Krankschreibungen 2016 im Vergleich zu denjenigen im Jahr 2006. Dies lässt aber unter anderem die Vermutung zu, dass die Psychiater/ PT möglicherweise wegen der steigenden Präsenz dieser Thematik sensibler für ihre eigenen Grenzen geworden sein könnten, und dies lässt hoffen, dass sie sich bei Überlastung auch häufiger ihren Kollegen anvertrauen.

Fazit: *Die Hypothese, dass sich die Psychiater/ PT aus dem Jahr 2006 hinsichtlich Wochenarbeitszeit, freien Wochenenden sowie Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung zu der Stichprobe aus dem Jahr 2016 unterscheiden, konnte bestätigt werden.*

4.2.6. Unterschiede bezüglich Burnout-Gefährdung, Depressivität sowie beruflichen Gratifikationskrisen der Psychiater/ PT von 2006 und 2016

Hypothese: *In Bezug auf die Burnout-Gefährdung, Depressivität oder beruflichen Gratifikationskrisen weisen die befragten Psychiater/ PT von 2016 Unterschiede zu denen aus 2006 auf.*

Als erfreulich stellte sich heraus, dass bei der Befragung im Jahr 2016 hoch signifikant weniger Psychiater/ PT Burnout-gefährdet waren sowie ein geringerer Anteil unter Depressivität litt als bei den Befragten im Jahr 2006. In Zusammenhang damit steht vermutlich auch der signifikant geringere Anteil an Ärzten mit Effort-Reward-Imbalance in 2016, da sich Gratifikationskrisen über einen längeren Zeitraum negativ auf die psychische Gesundheit, insbesondere die Depressivität, auswirken [22; 122]. Auch ein reziproker Zusammenhang dieser beiden Faktoren wurde dabei von Shimazu und Mitarbeitern herausgefunden [119]. In einer US-amerikanischen Studie von Shanafelt und Kollegen zeigte allerdings eine signifikante Erhöhung des Burnout-Risikos ($p < 0{,}001$) und der Depressivität ($p = 0{,}04$) bei Ärzten ($n = 6880$) im Zeitraum von 2011 bis 2014 einen negativen Trend [117]. Die Verbesserung der psychischen Gesundheit der deutschsprachigen Psychiater/ PT über den Zeitraum von 10 Jahren hinweg betrachtet ist sicherlich multifaktorieller Genese. Zum einen spielt, wie bereits diskutiert, die verringerte Arbeitszeit unter der Woche sowie an Wochenenden möglicherweise eine Rolle. Zum anderen könnte auch eine Ursache darin liegen, dass die sogenannte „Generation Y“ mehr auf eine gute Balance zwischen Arbeit und Freizeit bedacht ist und damit einen Umschwung in den Berufsalltag zu bringen versucht [113]. Experten weisen darauf hin, dass beim ärztlichen Nachwuchs auch Präventionsprogramme entscheidend seien und demnach in der Facharztausbildung Mentoring und Beratungs- sowie Karrieregespräche weiter auszubauen seien [54].

Fazit: *Die obige Hypothese, dass sich Unterschiede hinsichtlich Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflicher Gratifikationskrisen zwischen den Psychiatern aus den Erhebungszeitpunkten 2006 und 2016 zeigen, wurde bestätigt.*

4.2.7. Unterschiede bezüglich Burnout-Gefährdung, Depressivität und beruflicher Gratifikationskrisen zwischen Psychiatern/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM

Hypothese: *Die befragten Psychiater/ PT unterscheiden sich zu den Anästhesisten/ IM/ NM bei der Burnout-Gefährdung, der aktuellen und vergangenen Depressivität und den beruflichen Gratifikationskrisen.*

Die Vergleichsanalyse der Daten aus den Umfragen im Jahr 2016 unter den Anästhesisten/ IM/ NM auf dem DIVI-Kongress und unter den Psychiatern/ PT des DGPPN-Kongresses brachte deutliche Unterschiede hervor. So waren die Anästhesisten/ IM/ NM hinsichtlich der Depersonalisation und persönlichen Erfüllung hoch signifikant mehr Burnout-gefährdet als die Psychiater/ PT. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass die Anästhesisten/ IM/ NM mit 39,5% (n = 267) hoch signifikant mehr Depressivität aufwiesen als die Kollegen in der Psychiatrie/ PT mit 25,9% (n = 263). Interessant war auch, dass mit 16,5% (n = 114) deutlich weniger Anästhesisten/ IM/ NM eine bereits vorrausgegangene Depression angaben als die Psychiater/ PT mit 38,4% (n = 416). Eine wahrscheinliche Begründung hierfür könnte darin liegen, dass Psychiater/ PT aufgrund ihrer professionell bedingten Sensibilisierung für die Symptomatik von Depressionen die Anzeichen auch bei sich besser erkennen können. Es ist also zu berücksichtigen, dass die Angaben auf subjektiv retrospektiver Basis beruhen. Bezüglich der höheren Burnout-Gefährdung und Depressivität überrascht es nicht, dass die Anästhesisten/ IM/ NM auch in diesem Zusammenhang hinsichtlich der ERI-ratio hoch signifikant mehr Imbalance als die Psychiater/ PT aufwiesen und eine ebenso signifikant höhere Verausgabungsneigung. Beide Fachbereiche, sowohl Anästhesie/ IM/ NM als auch Psychiatrie/ PT, bringen hohe Anforderungen für die Ärzte mit sich. Die Psychiater betreuen ein psychisch vulnerables Klientel und müssen sich beispielsweise oftmals mit physischer Gewalt durch Patienten ihnen gegenüber oder mit deren Suiziden auseinandersetzen [34; 61; 99; 110]. Der Fachbereich Anästhesie/ IM/ NM beinhaltet viele Akutsituationen schwer kranker Patienten, die Versorgung von Sterbenden sowie die Belastung durch viele Nachtdienste [67; 89]. Kinzl und Mitarbeiter fanden außerdem bei ihrer Studie mit 89 österreichischen Intensivmedizinern heraus, dass für den Arbeitsstress der hohe Zeitdruck, Unterbrechungen während der Tätigkeiten, der geringe Handlungsspielraum sowie eine geringe Anerkennung durch Vorgesetzte entscheidend war [67]. Embriaco und Kollegen veröffentlichten dazu Daten über 978 Intensivmediziner von französischen Intensivstationen, bei denen, mittels des MBI gemessen, 46,5% eine hohe Burnout-

Gefährdung aufwiesen [40]. Sie zeigten Zusammenhänge von Arbeitszeiten und Konflikten zwischen Kollegen mit einem erhöhten Burnout-Risiko auf [40]. In einer Studie von Chiron und Kollegen wurde bei 37,8% der befragten Anästhesisten (n = 74) in Frankreich ebenfalls eine mittlere bis hohe emotionale Erschöpfung festgestellt [31]. De Oliveira und Mitarbeiter veröffentlichten ihre Studienergebnisse mit US-amerikanischen Assistenzärzten aus der Anästhesie und wiesen bei 41% (n = 1417) Kriterien für eine hohe Burnout-Gefährdung (mittels MBI-HSS) nach sowie bei 22% (n = 289) Merkmale für Depressivität (mittels HANDS) [33]. Eine deutsche Studie von Heinke und Mitarbeitern mit 3541 Anästhesisten konstatierte bei 40,1%, gemessen mit dem Copenhagen Burnout Inventory, ein hohes Risiko für Burnout [59]. Jedoch ergab diese Studie auch, dass die Anästhesisten insgesamt nicht mehr gefährdet waren, als die befragten Krankenhausärzte verschiedener Fachrichtungen aus der Referenzgruppe [59]. Aufgrund differenter Messinstrumente kann allerdings kein direkter Vergleich dieser Daten mit den vorliegenden Studien erfolgen. Die Ergebnisse unserer Befragungen sind jedoch dahingehend eindeutig, dass sich eine höhere psychische Belastung bei den Anästhesisten/ IM/ NM verglichen mit den Psychiatern/ PT zeigte. Durch die Anwendung identischer Studiendesigns und Messinstrumente ist eine gute Qualität für den Vergleich gegeben. Um die unterschiedlichen Arbeitsbedingungen und psychosozialen Aspekte beider Fachbereiche genauer zu beleuchten, müssen weitere Studien erfolgen.

Fazit: *Die Hypothese, dass sich die befragten Psychiater/ PT hinsichtlich Burnout-Gefährdung, aktueller und vergangener Depressivität sowie beruflicher Gratifikationskrisen zu den Anästhesisten/ IM/ NM unterscheiden, konnte bestätigt werden.*

4.2.8. Unterschiede bezüglich der Arbeitszeiten, der Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und des Anteils mit Suizidgedanken zwischen Psychiatern/ PT und Anästhesisten/ IM/ NM

Hypothese: *Die Gruppe der Psychiater/ PT unterscheidet sich verglichen mit den Anästhesisten/ IM/ NM hinsichtlich der Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und der Anzahl freier Wochenenden, der Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung und des Anteils mit Suizidgedanken.*

Um die Einflussfaktoren und Folgen der psychischen Belastung von Anästhesisten/ IM/ NM und Psychiatern/ PT aufzuzeigen, verglichen wir die Arbeitszeiten, die Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung sowie den Anteil Befragter mit Suizidgedanken. Die Anästhesisten/ IM/ NM hatten im Vergleich zu den Psychiatern / PT mit durchschnittlich einem Wochenende mehr Dienst und sechs Arbeitsstunden mehr pro Woche eine höchst signifikant längere Arbeitszeit. Äußerst interessant hierbei ist jedoch, dass sich 14,7% (n = 157) der Psychiater/ PT schon einmal wegen beruflicher Überlastung krankschreiben ließen, hingegen war dieser Anteil bei den Anästhesisten/ IM/ NM höchst signifikant geringer mit 7,5% (n = 51). Dies deutet darauf hin, dass bei den Psychiatern/ PT möglicherweise die psychische Belastung hinsichtlich des vulnerablen Patientenklientels mehr ins Gewicht fällt als die Arbeitszeit an sich. In Bezug auf Suizidgedanken in vergangenen Jahren lag der Anteil unter den Psychiatern/ PT bei 33,0% (n = 353), bei den Anästhesisten/ IM/ NM war dies allerdings hoch signifikant geringer mit 18,4% (n = 127). Auch wenn beide Fachbereiche eine hohe psychische Belastung für die Ärzte mit sich bringen, scheinen sich die Psychiater/ PT erschreckend häufiger in auswegloser Lage zu fühlen. Gepoolte Daten der Metaanalyse von Rotenstein und Kollegen (183 eingeschlossene Studien) zeigten bereits bei Medizinstudenten einen Anteil von 11,1% mit Suizidgedanken auf [109]. Einige internationale Studien und Metaanalysen kamen außerdem zu dem Schluss, dass die Suizidalität bei Ärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist [47; 78; 94; 112]. Ältere Studien aus England und Wales wiesen eine hohe Suizidalität besonders bei den beiden Fachgruppen der Psychiatrie und Anästhesie nach [29; 58]. Eine amerikanische Studie von Rich und Pitts 1980 fand eine signifikant höhere Suizidrate bei Psychiatern/ PT im Vergleich zu Ärzten anderer Fachbereiche heraus [106].

Die Unterschiede bezüglich der Suizidalität sind sicherlich multifaktorieller Genese. Es könnte beispielsweise ein Einfluss dahingehend bestehen, dass Psychiater/ PT emotional mit ihren Patienten schwere psychische Lasten tragen, jedoch als professionelle Helfer diese selten in der Rolle des Hilfesuchenden mit ihren Kollegen teilen. Insgesamt ist es auffallend, dass die Psychiater/ PT trotz geringerer psychischer Belastung im Vergleich mit den Anästhesisten/ IM/ NM eine höhere Suizidalität aufwiesen. Um diesen Sachverhalt genauer untersuchen zu können, müssen weitere Studien bezüglich dieser Thematik unter Psychiatern/ PT erfolgen.

Fazit: *Die obige Hypothese, dass sich die Psychiater/ PT und die Anästhesisten/ IM/ NM hinsichtlich der Arbeitsbedingungen mit Wochenarbeitszeiten und der Anzahl freier Wochenenden, der Anzahl an Krankschreibungen wegen Überlastung sowie des Anteils mit Suizidgedanken unterscheiden, wurde bestätigt.*

4.3. Schlussfolgerung und Ausblick

Präventionsmaßnahmen sind bekanntlich ein entscheidender Faktor, um das Auftreten und das Voranschreiten von Erkrankungen zu verringern. So kann bereits im Medizinstudium eine stärkere Verbreitung individuell unterstützender Angebote der psychologischen Studierendenbetreuung und das Vermitteln einer realistischen Sichtweise auf den Arztberuf in Form von Seminaren und Gruppendiskussionen eine Präventionsmaßnahme für Depressionen, Burnout und Gratifikationskrisen sein. Des Weiteren zeigt die erhöhte psychische Belastung bei Berufsanfängern in der vorliegenden Studie, dass besonders in der Weiterbildungszeit die Unterstützung durch Vorgesetzte und Angebote wie Balintgruppenarbeit und Supervision wichtig und wünschenswert wären. Denn eine inadäquate Anpassung an die stressigen und belastenden Arbeitsumstände kann zu verstärkter Unzufriedenheit führen und bietet den Nährboden für psychische Erkrankungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sollen verdeutlichen, wie notwendig auch der Ausbau spezifischer Therapieangebote für Ärzte ist. Kliniken, die auf die Behandlung von Ärzten und Therapeuten spezialisiert sind, können einen geschützten Rahmen schaffen und bei der Überwindung einer Angst vor Stigmatisierung hilfreich sein. Es bestehen bereits vereinzelte Kliniken dieser Art mit psychotherapeutischem Angebot wie die Vincera-Klinik oder speziell mit dem Therapienagebot für Abhängigkeitserkrankungen wie die Oberbergkliniken in Kooperation mit der Landesärztekammer. Auch bietet ein Unterstützungsteam der PSU-Akut e.V. Hilfe für Ärzte in Belastungssituationen und Seminare zu diesem Thema an. Die Internetseite www.aerztegesundheit.de stellt des Weiteren Informationen diesbezüglich bereit. Trotz der positiven Ansätze fehlt eine breite Basis dieser Angebote und eine flächendeckende Informationsweitergabe an die Ärzte.

Aufgrund der erwähnten unterschiedlichen Belastungsfaktoren für Ärzte in den verschiedenen Fachbereichen könnte auch der Ausbau fachspezifischer Therapieangebote sinnvoll sein. Außerdem bieten die in vorliegender Studie dargestellten geschlechterspezifischen Unterschiede bei psychischen Belastungen einen Hinweis darauf, dass Frauen möglicher Weise andere Unterstützungsmaßnahmen und Therapiekonzepte benötigen als Männer.

Wegen der geringen empirischen Datenlage zum Thema Ärztegesundheit in Deutschland ist weitere Forschung auf diesem Gebiet unerlässlich, um sowohl die Situation der betroffenen Ärzte als auch die der unter der schlechteren Behandlungsqualität leidenden Patienten verbessern zu können. Bei der Betrachtung des hohen Anteils psychischer Erkrankungen als Ursache für Arbeitsunfähigkeit spielt die Forschung auch unter ökonomischem Aspekt gesehen eine große Rolle. Insbesondere die Durchführung von zusätzlichen Längsschnittstudien wäre notwendig, um die Zusammenhänge zwischen soziodemografischen und beruflichen Faktoren mit der psychischen Belastung der Ärzte differenzierter ermitteln zu können.

5. Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit der Arbeitsbelastung in Gesundheitsberufen zeigen internationale Studien vermehrt auf, dass Ärzte, und im besonderen Maße Psychiater/ Psychotherapeuten (Psychiater/ PT), von Burnout, Depressivität und beruflichen Gratifikationskrisen betroffen sind. Die empirische Datenlage in Deutschland erweist sich diesbezüglich bislang als dünn. Das Ziel der vorliegenden Querschnittsstudie ist, die psychische Gesundheit der Psychiater/ PT im Zusammenhang mit den Arbeitsumständen und Belastungen zu untersuchen und dies mit den identischen Erhebungen der Anästhesisten/ Intensivmedizinern/ Notfallmedizinern (Anästhesisten/ IM/ NM) aus 2016 und der Psychiater/ PT aus 2006 zu vergleichen. Hierzu wurden bei den Psychiatern/ PT auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im Jahr 2016 mittels einer anonymen Fragebogenerhebung die soziodemografischen, berufs- und gesundheitsbezogenen Daten sowie in standardisierten psychologischen Tests das Risiko für Burnout, Depressivität und berufliche Gratifikationskrisen erfasst. Die Selbstbeurteilungsinstrumente setzten sich aus dem deutschen Maslach Burnout Inventar (MBI-D), dem Beck Depressions Inventar II (BDI-II) und dem Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen (Effort-Reward-Imbalance: ERI) zusammen. Insgesamt nahmen 1088 Psychiater/ PT an der Befragung teil.

Die Ergebnisse zeigten bei den Psychiatern/ PT eine Burnout-Prävalenz von 4,9% (n = 51) auf, damit liegt das Risiko über dem der Allgemeinbevölkerung. Weibliche Psychiater/ PT waren höchst signifikant ($p < 0,001$) mehr betroffen als ihre männlichen Kollegen. Bei einer Berufserfahrung von durchschnittlich 22 Jahren ergab sich außerdem eine negative Korrelation zwischen der Anzahl an Berufsjahren und dem Burnout-Risiko ($r = -0,097$, $p = 0,002$). Die Anzahl der Arbeitsstunden korrelierte positiv mit einer emotionalen Erschöpfung ($r = 0,007$, $p = 0,083$). Ärzte mit maximal zwei arbeitsfreien Wochenenden pro Monat zeigten hoch signifikant ($p = 0,003$) mehr emotionale Erschöpfung als jene mit weiteren freien Wochenenden. Die Teilnahme an Supervision wirkte sich signifikant ($p < 0,018$) positiv auf die persönliche Leistungsfähigkeit der Befragten aus. In einer Klinik tätige Psychiater/ PT wiesen insgesamt signifikant ($p = 0,027$) höhere Burnout-Skalenwerte auf als diejenigen in einer Praxis.

In Bezug auf eine depressive Symptomatik ergab sich bei den Teilnehmern eine Prävalenz von 12,3% (n = 125). Die Frauen waren dabei höchst signifikant ($p < 0,001$) mehr depressiv

als die Männer. Eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden korrelierte positiv ($r = 0,081$, $p = 0,01$) mit einer Depressivität, außerdem waren die Teilnehmer mit mindestens zwei Wochenenddiensten depressiver ($p < 0,001$) als jene mit weniger Diensten. Eine Partnerschaft wirkte sich hoch signifikant ($p = 0,001$) positiv auf die Verringerung des Depressionsrisikos aus.

Eine ERI zeigte sich bei 7,4% ($n = 75$) der Psychiater/ PT. Jeder Fünfte verausgabte sich bei der Arbeit übermäßig. Eine hohe Anzahl an Arbeitsstunden sowie der Dienst an mindestens zwei Wochenenden wirkte sich hoch signifikant ($p < 0,001$) negativ auf die Imbalance aus. In der Klinik tätige Teilnehmer hatten außerdem hoch signifikant ($p < 0,001$) mehr ERI als ihre Kollegen in der Praxis. Dabei reduzierte sich diese signifikant ($p = 0,011$) durch eine längere Berufserfahrung.

Der Vergleich mit den Anästhesisten/ IM/ NM ergab, dass die Psychiater/ PT im MBI höchst signifikant ($p < 0,001$) weniger Depersonalisation und mehr persönliche Erfüllung aufwiesen. Auch hinsichtlich der Depressivität waren die Psychiater/ PT höchst signifikant ($p < 0,001$) geringer betroffen, genauso höchst signifikant litten diese nur halb so oft unter einer ERI. Die wöchentliche Arbeitszeit war mit 49,5 Stunden und nur durchschnittlich zwei freien Wochenenden im Monat höchst signifikant ($p < 0,001$) länger bei den Anästhesisten/ IM/ NM. Fast doppelt so häufig ließen sich die Psychiater/ PT allerdings wegen beruflicher Überlastung krankschreiben. Auch hatten sie höchst signifikant ($p < 0,001$) öfter Suizidgedanken.

Im Vergleich zu den zehn Jahre zuvor befragten Teilnehmern waren die Psychiater/ PT der vorliegenden Befragung höchst signifikant ($p < 0,001$) weniger von Burnout, Depressivität und ERI betroffen. Die wöchentliche Arbeitszeit und die Wochenenddienste verringerten sich ebenso seitdem höchst signifikant ($p < 0,001$). Allerdings stieg die Anzahl an Krankschreibungen wegen beruflicher Überlastung um 2,5% an.

Die Daten vorliegender Arbeit geben Anhaltspunkte für Zusammenhänge psychischer Belastungen und Arbeitsbedingungen der Psychiater/ PT. Die Erkenntnisse liefern einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit von Ärzten dieser Fachgruppe sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene.

6. Literaturverzeichnis

1. Albrecht C, Giernalczyk T: Ärzte im Krankenhaus: Zwischen Anerkennung und Belastung. Psychotherapie im Dialog 17: 36–39 (2016)
2. Alexandrowicz R W, Fritzsche S, Keller F: Die Anwendbarkeit des BDI-II in klinischen und nicht-klinischen Populationen aus psychometrischer Sicht. Eine vergleichende Analyse mit dem Rasch-Modell. Neuropsychiatr 28: 63–73 (2014)
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM IV), American Psychiatric Assoc, Washington, D.C (1994)
4. Amstutz M C, Neuenschwander M, Modestin J: Burnout bei psychiatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Resultate einer empirischen Untersuchung. Psychiat Prax 28: 163–167 (2001)
5. Angerer P, Petru R, Weigl M, Glaser J: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In: Schwartz F, 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)
6. Babor T F, Higgins-Biddle J C, Saunders J B, Monteiro M G: AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care, 2nd edition, WHO, Genf (2001)
7. Baldwin P J, Dodd M, Wrate R W: Young doctors' health—I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? Soc Sci Med 45: 35–40 (1997)
8. Balon R: Psychiatrist attitudes toward self-treatment of their own depression. Psychother Psychosom 76: 306–310 (2007)
9. Barth S: Die schriftliche Befragung. https://www.hb.fh-muenster.de/opus4/frontdoor/deliver/index/docId/489/file/SchriftlicheBefragung.pdf (06.06.2019)
10. Bauer J, Groneberg D A: Ärztlicher Disstress – eine Untersuchung baden-württembergischer Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern. Dtsch Med Wochenschr 138: 2401–2406 (2013)
11. Beck A T, Steer R A: Beck Depression Inventory Manual, The Psychological Corporation, San Antonio (1987)
12. Beck A T, Steer R A, Brown G K: Manual for the Beck Depression Inventory-II. The Psychological Corporation, San Antonio (1996)
13. Bernd G: Arbeitsrecht. Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit. Dtsch Arztebl 110: 2-4 (2013)
14. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Küchler T: Berufsreport 2003: Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. Dtsch Arztebl 101: A 28–32 (2004)

15. Bethge M, Radoschewski F M, Gutenbrunner C: Effort-reward imbalance and work ability. Cross-sectional and longitudinal findings from the Second German Sociomedical Panel of Employees. BMC public health 12: 875 (2012)
16. Böhle A, Baumgärtel M, Götz M L, Müller E H, Jocham D: Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospitals and private practice urologists. J Urol 165: 1158–1161 (2001)
17. Brakemeier E-L, Normann C, Berger M: Ätiopathogenese der unipolaren Depression. Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 51: 379–391 (2008)
18. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann R W, Mehta T, Hay B, Kächele H, Beschoner P: Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists. Psychother Psychosom 79: 326–327 (2010)
19. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner R, Freudenmann R: Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten. Ergebnisse einer Pilotstudie. Nervenheilkunde 27: 800–804 (2008)
20. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U: Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2: 81–88 (2017)
21. Brühlmann T: Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung. Schweiz Med Forum 10: 148–151 (2010)
22. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Klaghofer R: Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte. Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. Dtsch Med Wochenschr 133: 2441–2447 (2008)
23. 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)
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. Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016 https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/ (20.09.2018)
26. 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). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56: 733–739 (2013)

27. Büssing A, Perrar K M: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica 38: 328–353 (1992)
28. Caplan R P: Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. Brit Med J 309: 1261–1263 (1994)
29. Carpenter L M, Swerdlow A J, Fear N T: Mortality of doctors in different specialties. Findings from a cohort of 20 000 NHS hospital consultants. Occup Environ Med 54: 388–395 (1997)
30. Caruso C C: Possible Broad Impacts of Long Work Hours. Ind Health 44: 531–536 (2006)
31. Chiron B, Michinov E, Olivier-Chiron E, Laffon M, Rusch E: Job satisfaction, life satisfaction and burnout in French anaesthetists. J Health Psychol 15: 948–958 (2010)
32. Daniels J: Sekundäre Traumatisierung. Psychotherapeut 53: 100–107 (2008)
33. De Oliveira G S, Chang R, Fitzgerald P C, Almeida M D, Castro-Alves L S, Ahmad S, McCarthy R J: The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards. A survey of United States anesthesiology trainees. Anesth Analg 117: 182–193 (2013)
34. Deary I J, Agius R M, Sadler A: Personality and stress in consultant psychiatrists. Int J Soc Psychiatry 42: 112–123 (1996)
35. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG): ICD-10-GM Version 2019, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand 21. September 2018 www.dimdi.de-Klassifikationen-Downloads-ICD-10-GM-Version 2019 (26.03.2019)
36. Dragano N, He Y, Moebus S, Jöckel K-H, Erbel R, Siegrist J: Two models of job stress and depressive symptoms. Results from a population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 43: 72–78 (2008)
37. Dyrbye L N, Varkey P, Boone S L, Satele D V, Sloan J A, Shanafelt T D: Physician satisfaction and burnout at different career stages. Mayo Clin Proc 88: 1358–1367 (2013)
38. Dyrbye L N, Burke S E, Hardeman R R, Herrin J, Wittlin N M, Yeazel M, Dovidio J F, Cunningham B, White R O, Phelan S M, Satele D V, Shanafelt T D, van Ryn M: Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. JAMA 320: 1114–1130 (2018)
39. Ekers D, Richards D, Gilbody S: A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. Psychol Med 38: 611–623 (2008)

40. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K, Kentish N, Pochard F, Loundou A, Papazian L: High level of burnout in intensivists. Prevalence and associated factors. Am J Respir Crit Care Med 175: 686–692 (2007)
41. Embriaco 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. Estryn-Behar M, Fry C, Guetarni K, Aune I, Machet G, Doppia M A, Lassaunière J M, Muster D, Pelloux P, Prudhomme C: Work week duration, work-family balance and difficulties encountered by female and male physicians. Results from the French SESMAT study. Work 40: 83-100 (2011)
43. Fahrenkopf A M, Sectish T C, Barger L K, Sharek P J, Lewin D, Chiang V W, Edwards S, Wiedermann B L, Landrigan C P: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents. Prospective cohort study. Brit Med J 336: 488–491 (2008)
44. Firth-Cozens J: Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. Br J Gen Pract 48: 1647–1651 (1998)
45. Fothergill A, Edwards D, Burnard P: Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists. Findings from a systematic review. Int J Soc Psychiatry 50: 54–65 (2004)
46. Freudenberger H J: Staff Burnout. J Soc Issues 30: 159–165 (1974)
47. Fridner A, Belkić K, Minucci D, Pavan L, Marini M, Pingel B, Putoto G, Simonato P, Løvseth L T, Schenck-Gustafsson K: Work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy. The health and organization among university hospital physicians in Europe (HOUPE) study. Gend Med 8: 269–279 (2011)
48. Fuchs S, Endler P C, Mesenholl E, Pass P, Frass M: Burnout bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin. Wien Med Wochenschr 159: 188–191 (2009)
49. Gebuhr K, Mau H: Ausgewählte Aspekte vertragsärztlicher Tätigkeit. Das Verhältnis zur vertragsärztlichen Arbeit unter dem Gesichtspunkt des Burnouts https://www.nav-virchowbund.de/uploads/files/bss_studie_verhltnis_zur_vertragsrztlichen_ttigkeit_-_burn-out_2012.pdf (07.06.2019)
50. Geuenich K: Work-Life-Balance: individuelle Ressourcen stärken. Ergebnisse der Online-Umfrage. DNP-Der Neurologe & Psychiater 17: 15–18 (2016)
51. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J: Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. Acad Med 84: 236–241 (2009)
52. Gothe H, Köster A-D, Storz P, Nolting H-D, Häussler B: Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. Eine Übersicht der internationalen Literatur. Dtsch Arztebl 104: A 1394-9 (2007)

53. Gottschling C: Medscape-Report: Burnout und Depression sind weit verbreitet. Warum der Arztberuf krankmachen kann und was davor schützt. https://deutsch.medscape.com/diashow/49000679 (01.06.2019)
54. Hamader G, Nöhammer E: Gesundheitsförderung und Prävention im Medizinstudium – Eine Studie zu Reduktionsmöglichkeiten von Angst, Depression und Burnout während der Facharztausbildung und dem Medizinstudium (aus ExpertInnensicht). (Kongressbeitrag) Dtsch Med Wochenschr 137: A115 (2012)
55. Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: Beck-Depressionsinventar (BDI). Testhandbuch, 2. Auflage, Hans Huber, Hogrefe AG, Bern (1995)
56. Hautzinger M, Keller F, Kühner C: BDI-II. Beck Depressions-Inventar - Manual, 2. Auflage, Pearson Assessment & Information GmbH, Frankfurt am Main (2009)
57. Hautzinger M: Depressionen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) Verhaltenstherapiemanual. Psychotherapie: Praxis, 8. Auflage, Springer, Berlin, S. 511–516 (2015)
58. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks J J: Suicide in doctors. A study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. J Epidemiol Community Health 55: 296–300 (2001)
59. Heinke W, Dunkel P, Brähler E, Nübling M, Riedel-Heller S, Kaisers U X: Burn-out in der Anästhesie und Intensivmedizin. Gibt es ein Problem in Deutschland? Anaesthesist 60: 1109–1118 (2011)
60. Hiller G, Hillert A: Berufsbezogene Psychotherapie. Schwerpunkt Arbeitsmedizin. DNP-Der Neurologe & Psychiater 15: 44–52 (2014)
61. Hoop J G: Hidden Ethical Dilemmas in Psychiatric Residency Training: The Psychiatry Resident as Dual Agent. Acad Psychiatry 28: 183–189 (2004)
62. Jackson E R, Shanafelt T D, Hasan O, Satele D V, Dyrbye L N: Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. JAMA 91: 1251–1256 (2016)
63. Jaeggi E, Reimer C: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. Psychotherapeut 53: 92–99 (2008)
64. Jerg-Bretzke L, Novak P, Traue H C: Das Burnout-Syndrom. Differenzialdiagnose und Therapie. Internist Prax 44: 565–574 (2004)
65. Jovanovic N, Podlesek A, Volpe U, Barrett E, Ferrari S, Rojnic Kuzman M, Wuyts P, Papp S, Nawka A, Vaida A, Moscoso A, Andlauer O, Tateno M, Lydall G, Wong V, Rujevic J, Platz Clausen N, Psaras R, Delic A, Losevica M, Flegar S, Crépin P, Shmunk E, Kuvshinov I, Loibl-Weiß E, Beezhold J: Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: Risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. Eur Psychiatry 32: 34–41 (2016)

66. Keller M, Aulike B, Böhmert M, Nienhaus A: Explorative Studie zur Erfassung arbeitsbedingter Stressoren und Ressourcen von Klinikärztinnen und -ärzten. Journal Psychologie des Alltagshandelns 3: 39–50 (2010)
67. Kinzl J F, Traweger C, Biebl W, Lederer W: Burnout und Belastungsstörungen bei Intensivmedizinern. Dtsch Med Wochenschr 131: 2461–2464 (2006)
68. Kissling W, Mendel R, Förstl H: Das Burnout-Syndrom: Prävalenz, Symptome, Differenzialdiagnose und Therapie. Dtsch Med Wochenschr 139: 2587–2596 (2014)
69. Korczak D, Wastian M, Schneider M: Therapie des Burnout-Syndroms. In: Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, 1. Auflage, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln, S. 1–108 (2012)
70. Kühner C, Bürger Christin, Keller F, Hautzinger M: Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Befunde aus deutschsprachigen Stichproben. Nervenarzt 78: 651–656 (2007)
71. Kumar S, Fischer J, Robinson E, Hatcher S, Bhagat R N: Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists. A national study. Int J Soc Psychiatry 53: 306–316 (2007)
72. Kumar S: Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 6: 186–189 (2007)
73. 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)
74. Kurzthaler I, Kemmler G, Fleischhacker W W: Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen. Neuropsychiatr 31: 56–62 (2017)
75. Laubach W, Fischbeck S: Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians. A survey at a German University hospital. Int J Public Health 52: 54–59 (2007)
76. Leschke M: Die klinische Visite im Zeichen der Arbeitsverdichtung des Arztes. Klinikarzt 38: 207–209 (2009)
77. 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)
78. Lindemann S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J: A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. Br J Psychiatry 168: 274–279 (1996)
79. Maier W: Genetik der Depression. Gegenwärtiger Erkenntnisstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 47: 487–492 (2004)
80. Maske U E, Riedel-Heller S G, Seiffert I, Jacobi F, Hapke U: Häufigkeit und psychiatrische Komorbiditäten von selbstberichtetem diagnostiziertem Burnout-Syndrom. Psychiat Prax 43: 18–24 (2016)

81. Maslach C, Jackson S E: The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 2: 99–113 (1981)
82. Maslach C, Jackson S E: The role of sex and family variables in burnout. Sex Roles 12: 837–851 (1985)
83. Maslach C, Jackson S E, Leiter M P: Maslach Burnout Inventory. 3rd edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (1996)
84. Maslach C, Schaufeli W B, Leiter M P: Job Burnout. Annu Rev Psychol 52: 397–422 (2001)
85. Mata D A, Ramos M A, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, Sen S: Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 314: 2373–2383 (2015)
86. McMurray J E, Linzer M, Konrad T R, Douglas J: The Work Lives of Women Physicians. Results from the Physician Work Life Study. J Gen Intern Med 15: 372–380 (2000)
87. Menold N: Schriftlich-postalische Befragung. GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM – Survey Guidelines), Mannheim (2015)
88. Meyer M, Wenzel J, Schenkel A: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben - Arbeit und Gesundheit. Fehlzeiten-Report, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 331–536 (2018)
89. Michalsen A, Hillert A: Burn-out in Anästhesie und Intensivmedizin. Teil 2. Epidemiologie und Bedeutung für die Versorgungsqualität. Anaesthesist 60: 31–38 (2011)
90. Möller-Leimkühler A M: Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? Gynäkologe 41: 381–388 (2008)
91. Mundle G, Jurkat H B, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander K F: Suchttherapie bei abhängigen Ärzten. Psychotherapeut 52: 273–279 (2007)
92. Müters S, Hoebel J, Lange C: Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut (Hrsg.). GBE kompakt 4: 1–10 (2013)
93. Neubach B, Schmidt K-H: Gütekriterien einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) - Eine Replikationsstudie bei Altenpflegekräften. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O 44: 140–144 (2000)
94. Niederkrotenthaler T, Sonneck G: Suizidalität bei Ärztinnen und Ärzte. Epidemiologie, Ursachen und Prävention - Eine Übersichtsarbeit. Suizidprophylaxe 34: 90–94 (2007)
95. Oberlander W: Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In: Schwartz F, Angerer P (Hrsg) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und

Interventionen. Report Versorgungsforschung, Bd 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 117–125 (2010)

96. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, Dawson S, van Marwijk H, Geraghty K, Esmail A: Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. JAMA 177: 195–205 (2017)
97. Pejušković B, Lečić-Toševski D, Priebe S, Tošković O: Burnout Syndrome Among Physicians - The Role Of Personality And Coping Strategies. Psychiatria Danubina 23: 389–395 (2011)
98. Petermann S: Rücklauf und systematische Verzerrungen bei postalischen Befragungen: eine Analyse der Bürgerumfrage Halle 2003. ZUMA Nachrichten 29: 56–78 (2005)
99. Pilkinton P, Etkin M: Encountering Suicide: The Experience of Psychiatric Residents. Acad Psychiatry 27: 93–99 (2003)
100. Prins J T, Gazendam-Donofrio S M, Tubben B J, van der Heijden, Frank M. M. A., van de Wiel, Harry B. M., Hoekstra-Weebers, Josette E. H. M.: Burnout in medical residents. A review. Med Educ 41: 788–800 (2007)
101. Prins J T, van der Heijden, F. M. M. A., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Bakker A B, van de Wiel, H. B. M., Jacobs B, Gazendam-Donofrio S M: Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. Psychol Health Med 14: 654–666 (2009)
102. Purvanova R K, Muros J P: Gender differences in burnout. A meta-analysis. J Vocat Behav 77: 168–185 (2010)
103. Rantanen J, Feldt T, Hyvönen K, Kinnunen U, Mäkikangas A: Factorial validity of the effort-reward imbalance scale. Evidence from multi-sample and three-wave follow-up studies. Int Arch Occup Environ Health 86: 645–656 (2013)
104. Reimer C: Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. Psychotherapeut 42: 307–313 (1997)
105. Reimer C, Jurkat H B, Vetter A, Raskin K: Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Psychotherapeut 50: 107–114 (2005)
106. Rich C L, Pitts F N: Suicide by psychiatrists: A study of medical specialists among 18,730 consecutive physician deaths during a five-year period, 1967-72. J Clin Psychiatry 41: 261–263 (1980)
107. Richter P, Werner J, Heerlein A, Krausa A: On the Validity of the Beck Depression Inventory: A review. Psychopathology 31: 160–168 (1998)
108. Rödel A, Siegrist J, Hessel A, Brähler E: Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 25: 227–238 (2004)

109. Rotenstein L S, Ramos M A, Torre M, Segal J B, Peluso M J, Guille C, Sen S, Mata D A: Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA 316: 2214–2236 (2016)
110. Ruskin R, Sakinofsky I, Bagby R M, Dickens S, Sousa G: Impact of Patient Suicide on Psychiatrists and Psychiatric Trainees. Acad Psychiatry 28: 104–110 (2004)
111. Schaufeli W B, Bakker A B, Hoodguin K, Schaap C, Kladler A: On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. Psychol Health 16: 565–582 (2001)
112. Schernhammer E S, Colditz G A: Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). Am J Psychiatry 161: 2295–2302 (2004)
113. Schürmann B: Mitarbeiterführung; Die Generation Y. Dtsch Arztebl Int 111: 2-4 (2014)
114. Schwartz F, Angerer P (Hrsg), Fuchs C, Kurth B-M, Scriba P C (R-H): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. In: Report Versorgungsforschung, Bd 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (2010)
115. Shanafelt T D, Balch C M, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, Collicott P, Novotny P J, Sloan J, Freischlag J: Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg 251: 995–1000 (2010)
116. Shanafelt T D, Boone S, Tan L, Dyrbye L N, Sotile W, Satele D, West C P, Sloan J, Oreskovich M R: Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Arch Intern Med 172: 1377–1385 (2012)
117. 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)
118. Shih T-H, Fan X: Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys. A Meta-Analysis. Field Methods 20: 249–271 (2008)
119. Shimazu A, Jonge J d: Reciprocal relations between effort-reward imbalance at work and adverse health. A three-wave panel survey. Soc Sci Med 68: 60–68 (2009)
120. Siegrist J: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol 1: 27–41 (1996)
121. 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)
122. Siegrist J: Effort-reward imbalance at work - Theory, measurement and evidence. Department of Medical Sociology, University Düsseldorf (2012)
123. Storm A, Marschall J, Hildebrandt S, Nolting H-D: Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten. In: Storm A (Hrsg) Gesundheitsreport 2019. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Alte und

neue Süchte im Betrieb. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd 28, medhochzwei, Heidelberg, S. 16–27 (2019)

124. Sullivan P F, Neale M C, Kendler K S: Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry 157: 1552–1562 (2000)

125. Van Vegchel N, de Jonge J, Meijer T, Hamers J P H: Different effort constructs and effort–reward imbalance: effects on employee well-being in ancillary health care workers. J Adv Nurs 34: 128–136 (2001)

126. Van Vegchel N, de Jonge J, Bosma H, Schaufeli W: Reviewing the effort-reward imbalance model. Drawing up the balance of 45 empirical studies. Soc Sci Med 60: 1117–1131 (2005)

127. Virtanen M, Ferrie J E, Singh-Manoux A, Shipley M J, Stansfeld S A, Marmot M G, Ahola K, Vahtera J, Kivimäki M: Long working hours and symptoms of anxiety and depression. A 5-year follow-up of the Whitehall II study. Psychol Med 41: 2485–2494 (2011)

128. Von dem Knesebeck O, Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J: Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields. Results of a nationwide survey in Germany. Dtsch Arztebl Int 107: 248–253 (2010)

129. Waldmann C, Wolfradt U, Klement A, Fuchs S, Riemenschneider H, Heise M: Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und Burnout-Risiken. Prävention und Gesundheitsförderung 12: 61–67 (2017)

130. Wegner R, Szadkowski B, Poschadel B, Simms M, Niemeyer Y, Baur X: Psychomentale Belastung und Beanspruchung im Arztberuf. Ergebnisse einer Fragebogenerhebung. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 37: 60–75 (2002)

131. Wegner R, Kostova P: Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten zwischen 1975 und 2007. In: Schwartz F, Angerer P (Hrsg) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Report Versorgungsforschung, Bd 2, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 243–251 (2010)

132. West C P, Huschka M M, Novotny P J, Sloan J A, Kolars J C, Habermann T M, Shanafelt T D: Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study. JAMA 296: 1071–1078 (2006)

133. World Health Organization (WHO): ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics (Version: 04/2019) https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281 (02.06.2019)

134. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, Szilagyi I-S, Hotter E, Kapfhammer H-P, Hofmann P: Depression-Burnout Overlap in Physicians. PloS one 11: e0149913 (2016)

135. Zwack J, Haidacher C, Thomann P, Schweitzer J: Systemische Teamsupervision in der Psychiatrie. Psych Pflege 16: 30–35 (2010)

Danksagung

Die vorliegende Studie und die Erstellung dieser Dissertation konnten nur durch die Mitwirkung weiterer Personen realisiert werden und dafür möchte ich mich an dieser Stelle bedanken.

Mein außerordentlicher Dank geht an:

Frau PD Dr. Petra Beschoner für die freundliche, engagierte und kompetente Betreuung, die inhaltliche Ausrichtung und thematische Eingrenzung, sowie die Korrektur.

Herrn Prof. Dr. Jörn von Wietersheim für die Unterstützung bei Planung und Umsetzung der Studie.

Frau Edit Rottler für die professionelle, freundliche und außerordentlich hilfsbereite Unterstützung bei der Erstellung des Fragebogens, der Datenerfassung und –analyse und für wissenschaftliche Hinweise und Korrekturen bezüglich der Gestaltung.

Dr. Iris Hauth als Präsidentin des DGPPN Kongresses 2016 für die Realisierung der Umfrage und die freundliche koordinative Unterstützung der Erhebung vor Ort.

Maria Brommer, Rebecca Hörl und Laurenz Steiner für die tatkräftige Unterstützung bei der Durchführung der Befragung.

Ingetraud Moser für die kompetente Unterstützung bei der formalen Gestaltung.

Meiner Familie für die grenzenlose moralische und praktische Unterstützung zu jeder Zeit.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.