



# 1 Einleitung

„*Risiko Krankenhaus*“ lautete die Überschrift auf der Titelseite der Zeitschrift *Stern* im September 2010. Der Artikel widmet sich den „*katastrophalen Arbeitsbedingungen*“ von Krankenhauspersonal und der wenigen Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht. Immer wieder wird in den Medien von der Überlastung von Ärzten und Hektik im Krankenhaus berichtet und damit Anlass zur Sorge gegeben. Auch Ärzte selbst sind bestrebt, sich gegen ihre Arbeitsbedingungen zu wehren. Im Sommer 2006 beispielsweise traten Klinikärzte in den Streik, um für bessere Arbeitsbedingungen zu kämpfen und konnten eine bessere Vergütung erreichen. Die durchschnittlichen Arbeitszeiten der Ärzte haben sich zwischenzeitlich leicht reduziert, aber die Behandlungszeit pro Patient wird knapper. Es droht ein Mangel an qualifizierten Ärzten, da viele junge Nachwuchskräfte nicht mehr bereit sind, die Belastungen einer Krankenhausbeschäftigung auf sich zu nehmen. Doch nicht nur die Arbeitsmenge an sich stellt für die Ärzte eine große Belastung dar. Die Tätigkeit als Arzt ist eine Arbeit an und mit hilfsbedürftigen Menschen. Diese suchen neben der fachlich qualifizierten Behandlung auch Trost und Hoffnung. Ein Arzt stellt während seiner Arbeit andauernd intensive Kontakte zu Patienten her, hält Beziehungen aufrecht und beendet sie wieder. Je weniger Zeit pro Patient zur Verfügung steht, desto anspruchsvoller wird auch das Management der eigenen Gefühle des Arztes. Im oben zitierten *Stern-Artikel* kommen Ärzte selbst zu Wort: „*Alle haben heute vergeblich mit ihren Sorgen auf mich gewartet. Wie so oft*“<sup>1</sup> ist eines der Zitate, die deutlich machen, dass das Abschalten und Erholen von der Arbeit nicht nur mit dem Herstellen räumlicher, sondern auch emotionaler Distanz verbunden sein muss.

Als Auswirkung solcher Arbeitsbedingungen werden in den vergangenen Jahren immer häufiger Gesundheit und Wohlbefinden des Arztes betrachtet. Dies geschieht nicht nur aus Sorge um das Wohl des Mediziners, sondern auch mit Blick auf seine Leistungsfähigkeit. Unter den Stichworten *Burnout* und *emotionale Erschöpfung* werden zunehmend mehr Leistungsträger Opfer von arbeitsbedingten Belastungen. Verständlich, dass auch Ärzte darunter leiden, die mit einem hohen Maß an Engagement auf Arbeitsbedingungen treffen, die keinen Schutz vor grenzenlosem Einsatz bieten. *Emotionale Erschöpfung* wird dabei als eine Konsequenz

---

<sup>1</sup> Stern September 2010, S. 38.



andauernder hoher Belastungen verstanden, denen nicht ausreichend Ressourcen gegenüberstehen. Wird die mit diesem Ungleichgewicht verbundene zunehmende Erschöpfung nicht durch gezielte Erholung gemindert, drohen andauernde Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und steigt das Risiko für gesundheitliche Beeinträchtigungen. Um jedoch einen gesundheitsorientierten Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen entwickeln zu können, ist es erforderlich, das eigene Befinden wahrzunehmen und sich bei der Planung und Durchführung von Erholungsaktivitäten daran zu orientieren. Je länger im Stadium hoher Erschöpfung weiter gearbeitet wird, desto bedrohlicher wird die gesundheitliche Situation. Hinzu kommt, dass *emotionale Erschöpfung* als Indikator für die Wirkung von Arbeit herangezogen werden kann und die organisationalen Gegebenheiten mitbestimmen, ob und in welchem Ausmaß hohen Belastungen durch Regeneration begegnet werden kann. Gerade bei Klinikärzten ist hier ein Zusammenspiel zu vermuten. Viele Ärzte arbeiten mit hohem Engagement in Arbeitsstrukturen, die eine gezielte Wahrnehmung der eigenen Erschöpfung nicht fördern und die wenig zu einem gesundheitsorientierten Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen beitragen.

Ziel dieser Arbeit ist es, Prädiktoren *emotionaler Erschöpfung* zu identifizieren, die sich durch die Arbeitstätigkeit und Arbeitsbedingungen von Ärzten in Krankenhäusern ergeben. Verbunden mit diesem Ziel ist die Frage, wie es Klinikärzten gelingen kann, trotz hoher Arbeitslast langfristig gesund zu bleiben?

Insbesondere im Blickfeld stehen dabei die Arbeitsmenge (*Workload*), die Ärzte bewältigen müssen und die emotionalen Regulationsanforderungen, die aus der Interaktion mit Patienten erwachsen (*Interaktionsarbeit*). Da Ärzte im Alltag gleichzeitig unter hohem *Workload* Interaktionen gestalten und somit beiden Anforderungen gerecht werden müssen, gilt es vor allem, die Wechselwirkungen nicht zu vernachlässigen.

Die vorliegende Arbeit ist in ein Kooperationsprojekt eines großen Universitätsklinikums mit der Arbeitsgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Freiburg eingebettet. Im Rahmen der Einführung der Arbeitszeitregelung *Opt-out* im Klinikum und einer damit einhergehenden arbeitswissenschaftlichen Gefährdungsbeurteilung sollte zusätzlich die Sichtweise der Ärzte berücksichtigt werden. Hierzu wurde eine schriftliche Befragung der Ärzte durchgeführt und ihre Perspektive auf Stressoren, Ressourcen und Wirkungen der Arbeit erfragt. Die in der



vorliegenden Arbeit vorgestellte Studie basiert auf den subjektiven Einschätzungen der im Klinikum arbeitenden Ärzte. Sie ermöglicht somit einen Einblick in die Arbeitsbedingungen im Klinikum und die Wirkung der Arbeit auf Wohlbefinden und Gesundheit aus der Sicht der arbeitenden Ärzte.

Konzeptioneller Ausgangspunkt ist dabei die auffallend „gesunde“ Ärzteschaft. Ärzte zeigen vergleichsweise geringe Abwesenheitszeiten vom Arbeitsplatz und können daher in einem bio-medizinischen Gesundheitsverständnis als gesund angesehen werden. Wird ein breiteres Verständnis von Gesundheit zu Grunde gelegt, so ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl von Ärzten zumindest in ihrer Gesundheit gefährdet sind. Die entsprechenden theoretischen und bekannten empirischen Zusammenhänge werden im *ersten Teil der Arbeit* dargestellt. Hierzu wird in Kapitel 2 das *Phänomen der emotionalen Erschöpfung* aus dem Blickwinkel eines systemisch-handlungsorientierten Gesundheitsverständnisses erläutert. Nachfolgend werden in Kapitel 3 und 4 Zusammenhänge zwischen *emotionaler Erschöpfung* und deren Folgen betrachtet sowie die individuellen Risikofaktoren sich emotional zu erschöpfen. Im 5. Kapitel wird der Schwerpunkt darauf gelegt, die Besonderheiten der Arbeitstätigkeit und das Arbeitssetting eines Krankenhausarztes als Risikofaktoren für *emotionale Erschöpfung* aufzuzeigen. Woraufhin in Kapitel 6 der Stand der Forschung zu einzelnen arbeitsbezogenen Prädiktoren *emotionaler Erschöpfung* dargestellt wird.

Den *zweiten Teil der Arbeit* bildet die Darstellung einer empirischen Studie, die zu diesem Thema mit den Ärzten des Universitätsklinikums durchgeführt wurde. Der empirischen Untersuchung liegt ein *arbeitsbezogenes Erklärungsmodell emotionaler Erschöpfung* zu Grunde, das den Übergang der Theoriearbeit zur *Methode* der Studie bildet (Kapitel 7). Hieraus werden Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet, die dann untersucht werden (Kapitel 8). Die subjektive Sichtweise der Ärzte wurde im Rahmen einer Fragebogenstudie erhoben, entsprechende Überlegungen zur Versuchsplanung und der methodischen Vorgehensweise werden im Kapitel 9 beschrieben. Hierbei wird auch auf die Güteprüfung des entwickelten Fragebogens eingegangen. Nach der Darstellung der *Ergebnisse* in Kapitel 10 folgen die *Diskussion*, in der die Ergebnisse rekapituliert und interpretiert, sowie Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet werden (Kapitel 11).



Abschließend eine kurze Anmerkung zum Gebrauch des Begriffs *Arzt*. In der vorliegenden Arbeit wurden soweit möglich geschlechtsneutrale Formulierungen verwendet. In Ermangelung einer geschlechtsneutralen Berufsbezeichnung für Ärztinnen und Ärzte wurde durchgängig die männliche Form genutzt. Damit sind sämtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes gemeint. Diese Entscheidung erfolgte ausschließlich aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit und spiegelt keine Präferenz wider.



## 2 Emotionale Erschöpfung, Arbeit und Gesundheit

### 2.1 Das Phänomen der emotionalen Erschöpfung

Das zentrale Konstrukt, das in dieser Arbeit untersucht wird, ist *emotionale Erschöpfung*. Dem allgemein-intuitiven Begriffsverständnis steht ein wissenschaftlich nur wenig definierter Begriff gegenüber. *Emotionale Erschöpfung* ist definitionsgemäß eine Folge dauerhaften gestresst-Seins und wird als Kernkomponente von Burnout angesehen (Keller, Bamberg & Gregersen, 2010; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Eine Annäherung an das Verständnis kann sowohl über die Antezedenzen als auch über die Konsequenzen erfolgen. Auf der Seite der vorausgehenden Bedingungen ist die andauernde Konfrontation mit psycho-sozialen Stressoren zu sehen, die bei einer betroffenen Person zu Erschöpfungs- und Ermüdungssymptomen führt. Als *emotional* wird die Erschöpfung angesehen, weil es nicht die physische Kraft ist, deren Ressourcen aufgebraucht sind, sondern vielmehr gelingt es Facetten des Antriebs, der Motivation und des Engagements nicht mehr, sich ausreichend zu regenerieren. Die betroffene Person erlebt sich als kraftlos, matt, schwach und müde. Um sich emotional zu erschöpfen ist es zudem erforderlich, trotz anhaltender Erschöpfung keine Erholung zu bekommen und sich weiter zu engagieren. Als Konsequenzen *emotionaler Erschöpfung* drohen weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen und stressbedingte Erkrankungen, sofern die Stressbelastung nicht gemindert wird.

Die prominenteste Einordnung hat *emotionale Erschöpfung* als Komponente des Burnout-Syndroms erfahren. Dabei wird sie meist mit Beeinträchtigungen der betroffenen Person in Verbindung gebracht und als *individuelles Burnout-Risiko* interpretiert. In der vorliegenden Arbeit ist *emotionale Erschöpfung* in einem weiteren Verständnis bedeutsam. In arbeitspsychologischen Untersuchungen wird *emotionale Erschöpfung* als gesundheits-bezogenes Kriterium für die Gestaltung von Arbeitssystemen verstanden. Dabei werden die individuellen Ausprägungen nicht als diagnostische Aussage über die betroffene Person genutzt, sondern Lage und Verteilung der Werte aller Beschäftigten innerhalb einer Arbeitseinheit geben Auskunft über die Güte der Arbeitsgestaltung (Schmid et al., 2010; Ulich, 2005,



2010). Diese mehrfache Einordnung macht *emotionale Erschöpfung* auch bei Untersuchungen von Institutionen zu einem wertvollen Untersuchungskriterium.

## 2.2 Perspektiven des Zusammenhangs von Arbeit und Gesundheit

Das zentrale Erfolgskriterium ärztlicher Arbeit ist es, die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wieder herzustellen. Gleichzeitig verausgaben sich Ärzte dabei, sich ganz für dieses Ziel einzusetzen und gefährden damit immer wieder ihre eigene Gesundheit. Bevor es im Rahmen der vorliegenden Arbeit darum geht, sich mit ärztlicher Tätigkeit und den damit verbundenen Gesundheitsrisiken zu beschäftigen, soll geklärt werden, welchem Verständnis von Gesundheit hierbei gefolgt wird und wie es um die Gesundheit der Klinikärzte aktuell bestellt ist.

### 2.2.1 Ein systemisch-handlungsorientiertes Verständnis von Gesundheit

Gesundheit ist ein Konstrukt, das sich einer allgemeingültigen Definition entzieht (Schumacher & Brähler, 2004). Unter Gesundheit wird ein mehrdimensionales Konstrukt verstanden, das über die Abwesenheit von Krankheit hinausreicht. Bereits 1946 hat die Weltgesundheitsorganisation WHO Gesundheit definiert als „*Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen*“ (WHO, 1946, zit. nach Greiner, 1998, S. 41). Diese Definition wird zwar grundsätzlich als erstrebenswert angesehen, jedoch immer wieder kritisiert. Ein Kritikpunkt ist die „*normativ-utopische sowie zirkuläre*“ Vorstellung, dass dieser Zustand erreichbar sei (Udris, Kraft, Mussmann & Rimann, 1992, S. 10). Weitere Kritikpunkte haben zu inhaltlichen Überlegungen geführt, die sich in einem neuen Gesundheitsverständnis ausdrücken.

Antonovsky (1979, zit. nach Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998) beschreibt in seinem Gesundheitsmodell vier Dimensionen, die jeweils mehr oder weniger ausgeprägt sein können: (1) *Schmerzdimension*, (2) *funktionale Beeinträchtigung*, (3) *Behandlungsbedarf*, (4) *Prognose von Gesundheitsexperten*. Diese Sichtweise erweitert den Blick von der eindimensionalen Unterscheidung zwischen krank und gesund auf mehrere Dimensionen, die nicht nur subjektiv erlebt werden, sondern auch objektiv überprüfbar sind. Eine weiterführende Ergänzung der klassischen



Definition ist ein Gesundheitsverständnis als *dynamische Balance* zwischen Individuum und Umwelt. Damit wird nicht mehr davon ausgegangen, dass Gesundheit ein Zustand ist, sondern vielmehr eine Fähigkeit des Individuums, sich mit seinen sozial-ökologischen Bedingungen zurechtzufinden. Die WHO greift 1987 in ihrer Gesundheitsdefinition dieses Verständnis auf und versteht unter Gesundheit „*die Motivation und Fähigkeit, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen*“ (WHO, 1987, zit. nach Ulich & Wülser, 2010, S. 3).

Arbeitspsychologische Gesundheitskonzepte gehen nochmals einen Schritt weiter und ergänzen diesen Ansatz durch die Selbstmanagementkompetenz des Individuums, die durch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen mit entwickelt werden kann. Udris et al. (1992) fassen dies als „*systemische, prozessuale und relationale*“ Arbeitsdefinition von Gesundheit zusammen:

„Gesundheit ist ein transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potenzial zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt“. (Udris et al., 1992, S. 13)

Schlussendlich resultiert ein Verständnis von Gesundheit, das über die medizinisch zu definierende „*Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht, einer biologischen Regelgröße oder einer Organisationsstruktur oder -funktion*“ (Schumacher & Brähler, 2004, S.17) hinausgeht. Ein subjektiv empfundenes Krankheitserleben ist ebenso Ausdruck des dargestellten Ungleichgewichts wie die fehlenden Kompetenzen einer Person, erwartete soziale Normen und Leistungsanforderungen zu erfüllen.

Die Definition von Udris et al. (1992) integriert somit die *sozial-ökologischen Bedingungen* einer gegebenen Situation (z.B. Arbeit im Krankenhaus) und die Erfordernisse im Rahmen dieser Gegebenheiten das *autonome Potenzial zur Selbst-Organisation* einzusetzen, um dauerhaft gesund zu bleiben. Es gilt Gesundheitsregeln zu etablieren, die sowohl die *Anforderungen der Situation* (z.B. Mehrarbeit wegen vieler Notfallpatienten) wie auch *individuelle Bedürfnisse* (z.B. Regenerationsbedarf nach überlanger Schicht) langfristig gesundheitsförderlich zu integrieren.



In diesem Verständnis von Gesundheit stellt *emotionale Erschöpfung* einen Zustand dar, der es dem Individuum nicht mehr erlaubt, seine Lebens- und Arbeitswelt aktiv mit zu gestalten. Insofern ist zwar damit keine diagnostizierbare Krankheit vorhanden, wohl aber eine Beeinträchtigung des dynamischen Gleichgewichts zwischen Person und Umwelt, das sich in gemindertem Wohlbefinden und eingeschränktem Potenzial zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung ausdrückt.

### **2.2.2 Arbeit und Gesundheit bei Klinikärzten**

Arbeit und Gesundheit sind miteinander verwoben. Gesundheit ist eine Voraussetzung für die Ausübung von (Erwerbs-)Arbeit und umgekehrt hat das Ausüben von Arbeit sowohl positive als auch negative Wirkungen auf die Gesundheit. Die Zusammenhänge sind eng und vielfältig (vgl. Schüpbach & Krause, 2009). Eine psychologische Betrachtung von Arbeit erfordert eine weitere Differenzierung. Arbeit wird erst zum Gegenstand der Psychologie, wenn sie als vom Menschen ausgeübte Tätigkeit verstanden wird (Hacker, 2005).

Zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen Arbeitstätigkeit und Gesundheit sind zwei sich ergänzende und miteinander verschränkte Perspektiven relevant. Die erste Perspektive betrachtet die Wirkung der Arbeitsanforderungen auf den tätigen Menschen, wobei dieser den Anforderungen passiv ausgesetzt ist – möglich sind positive wie auch negative Effekte auf Gesundheit, Wohlbefinden und Persönlichkeitsentwicklung. Die zweite Perspektive betrachtet den handelnden Menschen, der sich aktiv orientierend und vorausschauend planend mit seinen Arbeitsanforderungen auseinandersetzt und diese mehr oder weniger erfolgreich bewältigt (Schüpbach & Krause, 2009).

Bei der Gestaltung von Arbeitssystemen wird angestrebt, die zweite Perspektive zu realisieren. Arbeitenden Personen soll die Möglichkeit gegeben werden, gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden und aktiv-orientierende Ressourcen vorzufinden, um Wohlbefinden und Handlungskompetenz stärken und Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen zu können (Ulich & Wülser, 2010). Dies entspricht dem oben genannten systemisch-handlungsorientierten Begriffsverständnis von Gesundheit. Es gilt daher bei der Gestaltung von



Arbeitssystemen nicht nur den Einfluss gesundheitsschädlicher Risikofaktoren zu reduzieren, sondern zusätzlich Spielräume zu schaffen, die dem Einzelnen erlauben, eigene Handlungskompetenzen zu entwickeln, zu erproben und einzusetzen. In diesem Sinne entspricht Arbeitsgestaltung auch Gesundheitsförderung, weil dadurch „Eingriffshandlungen, die der Stärkung von individuellen Fähigkeiten von Lebensbewältigung dienen“ (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010, S. 14) ermöglicht und unterstützt werden. Wird Gesundheit und deren Förderung bzw. Gefährdung als fortwährender Prozess angesehen, ist nicht nur das Verhalten der Person an sich, sondern vielmehr die Wechselwirkung des Verhaltens mit seiner Umwelt zu betrachten (Faltermaier, 2009). Hierbei spielen kurzfristige Schwankungen eine geringere Rolle als langfristige Verläufe.

In diesen längerfristigen Verläufen ist jedoch nicht die Schonung der Arbeitenden das Ziel. Gesundheitsförderliche Prozessverläufe beinhalten sowohl Verausgabung und Erschöpfung wie auch Regeneration. Gesundheitliche Risiken entstehen nicht durch Anstrengung oder Verausgabung an sich, sondern durch andauernde Fehlbelastungen, zu geringe organisationale Ressourcen und unzureichende bzw. fehlende Erholungsmöglichkeiten (Brucks, 1998). Die langfristige Bewältigung hochanspruchsvoller Arbeitstätigkeiten, wie diese Ärzten im Krankenhaus begegnen, ist daher eine Gestaltungsherausforderung für die Arbeitswissenschaft.

Der Zusammenhang von Arbeitstätigkeit und Gesundheit kann damit über längerfristige Wirkungspfade betrachtet werden, die nicht nur kurzfristige Konsequenzen im Sinne von Beanspruchungen haben, sondern mit denen sich die Arbeitenden auch aktiv auseinandersetzen und ko-evolutiv verändern. Der ausgebrannte Mediziner, der sich längerfristig erschöpft hat, wird nicht nur als Resultat der direkten Wirkungen der belastenden Arbeitsbedingungen begriffen, sondern auch als Resultat seiner Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation, in der er sich immer wieder zu sehr verausgabt und erschöpft hat ohne sich ausreichend zu erholen. Offen bleibt hierbei, ob die Strukturen der Tätigkeit und der Arbeitsbedingungen dies fordern und fördern (vgl. hierzu das Konzept der interessierten Selbstgefährdung, Krause, Peters & Dorsemagen, 2009) oder inwiefern der Arzt selbst dazu beiträgt. Wenn die Logik der Arbeitstätigkeit es in sich birgt, sich dauerhaft über die Maßen zu verausgaben, stellt Verhaltensprävention keine ausreichende Lösung dar.



Die andauernde Auseinandersetzung zwischen Individuum und Arbeitstätigkeit kann im Verlauf der zeitlichen Dynamik beschrieben werden. Die *kurzfristigen Effekte* einer anstrengenden Arbeit werden als reversible Effekte der Ermüdung oder einer akuten Stressreaktion beschrieben; hierbei zeigen sich auch positive Trainings- und Gewöhnungseffekte, wenn ausreichend Erholung erfolgt. Bei anhaltender Anstrengung ohne ausreichende Erholung folgen *mittelfristige Effekte*, die sich beispielweise in emotionaler oder kognitiver Irritation zeigen (vgl. hierzu auch Mohr, Müller & Rigotti, 2005; Müller, Mohr & Rigotti, 2004) und ein erhöhtes Maß an Regeneration erfordern. Längerfristige Überschreitungen der Belastungsgrenzen, die auch in chronischen Stressreaktionen sichtbar sind, äußern sich in *emotionaler Erschöpfung* bis hin zu *Burnout* oder auch stressbedingten funktionalen Beeinträchtigungen bzw. körperlichen Erkrankungen. Schwerwiegende Verläufe erfordern professionelle Behandlungen.

Stächele, Kowalevski, Mundle und Jöns (2011) konnten am Beispiel von an Burnout erkrankten Ärzten, die sich in stationärer Behandlung befanden, zeigen, wie sich eine dauerhafte *Imbalance*, die über längere Zeit nicht durch Regeneration ausgeglichen bzw. durch dysfunktionale Bewältigungsstrategien weiter aufrechterhalten wird, zur Entwicklung eines Burnout-Syndroms führt. Hierbei wurden verschiedene Pfade zwischen Arbeitssituation und Burnout identifiziert, die sowohl direkte als auch indirekte Effekte auf negative Beanspruchungsfolgen aufwiesen. Erst durch die retrospektive Betrachtung des Krankheitsverlaufs konnten die Ärzte dabei identifizieren, wie sehr sie dauerhaft über ihren Belastungsgrenzen gearbeitet hatten.

Insgesamt hinkt die Theoriebildung bei der Erklärung der Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit bzw. Wohlbefinden der empirischen Befundlage hinterher. Dies betrifft insbesondere die Situation bei Ärzten. Vielfach können Untersuchungen die Situation und die Gesundheit der Erwerbstätigen zwar beschreiben, die Mechanismen, die mit Gesundheit in Verbindung stehen, werden jedoch nicht näher betrachtet (Mundle, Paulus & Gottschaldt, 2010; Wegner, Kostova, Poschadel & Manuwald, 2009).

Deutlich zeigen dies auch Fehlzeiten- und Gesundheitsreports unterschiedlicher Krankenkassen, die den Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit bzw. Arbeitsfähigkeit betonen. Insgesamt zeigt der Fehlzeitenreport von 2010 (Badura, Schröder, Klose & Macco, 2010) eine weitere Zunahme der Fehlzeiten am



Arbeitsplatz. Im *BKK Gesundheitsreport ("BKK Gesundheitsreport," 2008)*, der sich mit dem *Schwerpunktthema Psychische und Verhaltensstörungen* beschäftigt, zeigt sich eine deutliche Zunahme der Abwesenheitszeiten von Erwerbstätigen aufgrund psychischer Erkrankungen. 9.3% aller Fehltage sind durch psychische Erkrankungen bedingt, bei den Frauen sind es sogar 12.3%. Diese Zahlen haben sich von 1976 bis 1990 verdoppelt und sind seit der Zusammenführung der Statistiken im wieder vereinten Deutschland nochmals um 44% gesteigert (BKK Gesundheitsreport, 2008, S. 13). Die psychischen Erkrankungen sind in diesem Zeitraum zur viertwichtigsten Erkrankungsgruppe geworden. Als Erklärung für die zunehmenden psychischen Erkrankungen wird die veränderte Beschäftigungsstruktur angeführt, die mit einer Zunahme der Erwerbstätigen im Dienstleistungssektor einhergeht.

Die bisherige Darstellung macht deutlich, dass die Gestaltung von Arbeitsumgebungen Auswirkungen auf die Entwicklung oder Hemmung gesundheitlicher Prozesse haben kann. Inwiefern die Gesundheit von Ärzten, insbesondere von Ärzten, die in Kliniken arbeiten, untersucht wurde und welche Ergebnisse sich zeigen, wird im nächsten Kapitel dargestellt.

### **2.3 Stand der Forschung zur Gesundheit von Klinikärzten**

Berufs- und tätigkeitsspezifische Anforderungen sind verbunden mit unterschiedlichen beruflichen Gesundheitsrisiken und -gefahren. Krankenhausärzte gelten mit durchschnittlich 7.1 Fehltagen pro Jahr neben Hochschullehrern (4.9 Fehltage) und Ingenieuren (6.3 Fehltage) zu den Berufsgruppen mit den geringsten Krankheitstagen pro Jahr (Blöß, 2004; Heyde, Macco & Vetter, 2008). Demgegenüber steht die Perspektive, dass im Spannungsfeld zwischen hoher Arbeitsbelastung, langer Arbeitszeit und fordernder Erwartungshaltung der Patienten, das Risiko für Krankenhausärzte krank zu werden, als besonders hoch eingeschätzt werden muss (Blöß, 2004). Hinzu kommt, dass Ärztegesundheit in der Öffentlichkeit zunehmende Beachtung erfährt. Dabei steht nicht nur die Sorge um die Gesundheit des einzelnen Arztes im Vordergrund, sondern immer öfter und deutlicher wird die Qualität der Gesundheitsversorgung und der Behandlung durch Ärzte thematisiert. Ärztegesundheit wird damit auch von der Öffentlichkeit im Zusammenspiel mit den