

Aus dem Institut für Arbeitsmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Kommunikation als zentrales Element in der
Psychosomatischen Medizin: eine Analyse der Arbeitssituation
von Ärzten und Psychologen

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Sonja Steinle

aus Maulbronn

Gutachter: 1. Prof. Dr. Dr. h. c. mult. D. Groneberg

2. Prof. Dr. M. Linden

3. Prof. Dr. A. Luttmann

Datum der Promotion: 08.04.2011

*„Im Krankensaal der Klinik gibt es ferner
kein ordentliches Gespräch mit dem
Kranken; die Kurve regiert die Stunde.
Im Gespräch steckt aber das Subjekt,
die Seele der Sache...“*

Viktor von Weizsäcker 1947

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG	1
1.1 ARBEITSSITUATION DER ÄRZTE IN DEUTSCHLAND	1
1.1.1 Merkmale der aktuellen Arbeitssituation	1
1.1.2 Arbeitsbelastung und -zufriedenheit von Ärzten	1
1.1.3 Objektive Analysen der Arbeitssituation	2
1.2 KOMMUNIKATION IM ÄRZTLICHEN BERUF	3
1.2.1 Kommunikationsanalysen im Krankenhaus	3
1.2.2 Allgemeine Bedeutung der ärztlichen Kommunikation	4
1.2.3 Sonderstellung der Kommunikation in der Psychosomatik	5
1.2.4 Kommunikation mit dem Patienten in der Psychosomatik	8
1.2.5 Kommunikation mit medizinischem Personal in der Psychosomatik	11
1.3 KOMMUNIKATION UND ARBEITZUFRIEDENHEIT	13
1.4 ARBEITSANFORDERUNGEN, RESSOURCEN UND ARBEITZUFRIEDENHEIT IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	14
1.5 ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG	16
1.5.1 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Arbeit	16
1.5.2 Herleitung und Übersicht über die Hypothesen	18
2 METHODIK	23
2.1 STUDIENDESIGN	23
2.2 STICHPROBENAUSWAHL UND -GLIEDERUNG	24
2.3 VALIDITÄTSPRÜFUNG	25
2.4 TÄTIGKEITSANALYSE	27
2.5 RELIABILITÄTSPRÜFUNG	28
2.6 FRAGEBOGENANALYSE	28
2.7 AUSWERTUNG UND STATISTIK	31
3 ERGEBNISSE	32
3.1 DEMOGRAPHISCHE DATEN DER STUDIENDEILNEHMER	32
3.2 ARBEITSZEITEN IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	32
3.3 ERGEBNISSE DER TÄTIGKEITSANALYSE IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	33
3.3.1 Zeitanteile der Oberkategorien	33
3.3.2 Zeitanteile für Administration und Dokumentation	37
3.3.3 Unterbrechungen, Tätigkeitswechsel und Multitasking- Aktivität	39
3.3.4 Zeitanteile für Nebentätigkeiten	42
3.4 ERGEBNISSE DER TÄTIGKEITSANALYSE ZUR KOMMUNIKATION IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	43
3.4.1 Zeitanteile für Kommunikation in der Psychosomatik	43
3.4.2 Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten	44
3.4.3 Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal	47

Inhaltsverzeichnis

3.5 ERGEBNISSE DER FRAGEBOGENANALYSE ZU ANFORDERUNGEN UND RESSOURCEN IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	50
3.5.1 Arbeitsanforderungen in der Psychosomatik	50
3.5.2 Arbeitsbezogene und soziale Ressourcen in der Psychosomatik	51
3.5.3 Persönliche Ressourcen in der Psychosomatik	53
3.6 ERGEBNISSE DER FRAGEBOGENANALYSE ZUR ARBEITZUFRIEDENHEIT IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	54
3.6.1 Arbeits- und Lebenszufriedenheit in der Psychosomatik	54
3.6.2 Zusammenhang zwischen ausgewählten Ergebnissen der Fragebogenanalyse und der Arbeitszufriedenheit	55
3.6.3 Zusammenhang der Zeitanteile für Kommunikation und der Arbeitszufriedenheit	56
4 DISKUSSION	59
4.1 TÄTIGKEITEN VON ÄRZTEN UND PSYCHOLOGEN IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	59
4.1.1 Tätigkeitsfelder in der Psychosomatik	59
4.1.2 Externe Arbeitsbelastungsfaktoren	64
4.2 STELLENWERT DER KOMMUNIKATION IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	66
4.2.1 Kommunikation in der Psychosomatik	66
4.2.2 Kommunikation mit dem Patienten	67
4.2.3 Kommunikation mit medizinischem Personal	71
4.3 ANFORDERUNGEN UND RESSOURCEN IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	74
4.3.1 Arbeitsanforderungen in der Psychosomatik	74
4.3.2 Arbeitsressourcen in der Psychosomatik	76
4.4 ARBEITZUFRIEDENHEIT IN DER PSYCHOSOMATISCHEN MEDIZIN	78
4.4.1 Arbeits- und Lebenszufriedenheit in der Psychosomatik	78
4.4.2 Zusammenhang zwischen ausgewählten Ergebnissen der Fragebogenanalyse und der Arbeitszufriedenheit	79
4.4.3 Zusammenhang Kommunikation und Arbeitszufriedenheit	81
4.5 KRITISCHE EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK	82
5 ZUSAMMENFASSUNG	85
6 ABSTRACT	88
7 LITERATURVERZEICHNIS	90
8 ANHANG	97
ANHANG A TÄTIGKEITSKATALOG: TABELLE DER UNTERKATEGORIEN	97
ANHANG B FRAGEBOGEN	102
9 LEBENS LAUF	114
10 DANKSAGUNG	115
11 EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG	116

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Computer mit Tätigkeitserfassungsprogramm</i>	27
<i>Abbildung 2: Fragebogen COPSOQ Skalenaufbau</i>	29
<i>Abbildung 3: Fragebogen Beispielitem COPSOQ "Emotionale Anforderungen"</i>	30
<i>Abbildung 4: Fragebogen Beispielitem SWOP- K9</i>	30
<i>Abbildung 5: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1)</i>	34
<i>Abbildung 6: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2)</i>	35
<i>Abbildung 7: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Psychologe (P)</i>	36
<i>Abbildung 8: Zeitanteile für Administration und Dokumentation</i>	38
<i>Abbildung 9: Ergebnis Anzahl der Unterbrechungen pro Stunde</i>	40
<i>Abbildung 10: Zeitanteile für Multitasking- Aktivität</i>	41
<i>Abbildung 11: Zeitanteile für Kommunikation</i>	43
<i>Abbildung 12: Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten</i>	45
<i>Abbildung 13: Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal</i>	48
<i>Abbildung 14: Ergebnis Fragebogenanalyse zu emotionalen Anforderungen</i>	51
<i>Abbildung 15: Ergebnis Fragebogenanalyse zur Arbeitszufriedenheit</i>	55
<i>Abbildung 16: Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Patientenkommunikation</i>	57

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht über die Hypothesen</i>	22
<i>Tabelle 2: Charakteristika der Krankenhausabteilungen</i>	24
<i>Tabelle 3: Einteilung der Untersuchungsgruppen</i>	25
<i>Tabelle 4: Tätigkeitskatalog Oberkategorien</i>	25
<i>Tabelle 5: Ergebnis der Arbeitszeiten in der Psychosomatik</i>	33
<i>Tabelle 6: Zeitanteile für Nebentätigkeiten</i>	42
<i>Tabelle 7: Ergebnisse der Fragebogenanalyse zu arbeitsbezogenen und sozialen Ressourcen</i>	53

Abkürzungsverzeichnis

Ä1	Untersuchungsgruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt
Ä2	Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt
Abb.	Abbildung
Abt.	Abteilung
bzw.	beziehungsweise
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
d	Tag
df	Freiheitsgrad
F	Fragestellung
H	Hypothese
J	Jahre
h	Stunde
KI	Konfidenzintervall
M	Mittelwert
m	Minute
Max.	Maximum
Min.	Minimum
n. s.	nicht signifikant
P	Untersuchungsgruppe Psychologe
PC	Personal Computer
Psych.	Psychologe
S	Seite
s	Sekunden
SD	Standartabweichung
sog.	sogenannt
SWOP- K9	Fragebogen zu Selbstwirksamkeit-Optimismus- Pessimismus Kurzform
u. a.	unter anderem
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Arbeitssituation der Ärzte in Deutschland

1.1.1 Merkmale der aktuellen Arbeitssituation

Die Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten¹ steht aktuell immer wieder im Fokus der Öffentlichkeit. Besonders deutlich wurde die Arbeitssituation der Ärzte während des Streiks im Jahre 2006. Hier protestierten Ärzte u. a. gegen die hohe Anzahl an täglichen Überstunden, unverantwortlich langen Arbeitszeiten und die im internationalen Vergleich sehr schlechte Bezahlung [1,2]. Als Folge entstanden ein neues Arbeitszeitgesetz und vielerorts neue Arbeitsverträge. Auf diese Weise versuchen Politik und Gesundheitskassen der starken Abwanderung qualifizierter Ärzte in andere Länder oder in andere Arbeitsbranchen entgegenzuwirken [2,3]. Ungeachtet dessen ist in einigen Regionen Deutschlands der Ärztemangel deutlich erkennbar [4]. Auch der Patient ist von diesen Veränderungen betroffen. Zahlreiche negative Auswirkungen auf die Sicherheit und Qualität der Patientenbehandlung sind offensichtlich [5-9]. Neben der unmittelbaren Bedeutung für die Ausübung des ärztlichen Berufs fordern diese starken Einschnitte in die Patientenversorgung umso bestimmter zu einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit der Arbeitssituation von Ärzten auf.

1.1.2 Arbeitsbelastung und -zufriedenheit von Ärzten

Die berufliche Unzufriedenheit von Ärzten im stationären Rahmen wurde bereits von vielen Studien aufgegriffen [10-12]. In dem von Bruggemann (1975) entwickelten Konzept zur Arbeitszufriedenheit werden die Merkmale der gegenwärtigen Arbeitssituation gegenüber den eigenen Ansprüchen an die Arbeit ausgewogen [13]. Häufig ist dabei eine Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation zu verzeichnen, wenn sich die Belastungen am Arbeitsplatz ändern. Arbeitsbelastungen sind die „Gesamtheit der äußeren Bedingungen und Anforderungen im Arbeitssystem, die auf den physiologischen und/ oder psychologischen Zustand einer Person einwirken“ [14]. Gängige Theoriemodelle der Arbeitsbelastung benennen als wesentliche Faktoren den eigenen Handlungsspielraum und die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, die im Zusammenhang mit den Arbeitsanforderungen stehen („Demand- control model“, bzw.

¹ Im Folgenden werden zur besseren Lesbarkeit männliche Berufsbezeichnungen verwendet. Es sind aber immer beide Geschlechter gleichermaßen gemeint.

Einleitung

„Demand- control- support model“) [15,16]. Weiter ist die Arbeitsbeanspruchung von der Arbeitsbelastung zu unterscheiden. Die Arbeitsbeanspruchung berücksichtigt die Auswirkung der Arbeit auf den Menschen und wird von personellen Faktoren und individuellen Ressourcen moduliert [17]. Je nach Arbeitsgebiet sind unterschiedliche Einflussgrößen zu erwarten, die sich auf die Arbeitsbelastung und die Arbeitszufriedenheit auswirken.

Befragungen des ärztlichen Personals zeigten besonders belastende Faktoren auf. Es werden dabei die Arbeitszeiten, die Anzahl an Überstunden und der hohe Umfang an administrativen Tätigkeiten genannt [18,19]. Ebenso wurden weitere Belastungsfaktoren deutlich, wie beispielsweise ein schlechtes Arbeitsklima, die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die fehlende Möglichkeit ein geregeltes Leben zu führen sowie der Zeitdruck bei der Berufsausübung [10]. Bezüglich der Arbeitszufriedenheit wiesen Janus et al. (2007) nach, dass die monetären Aspekte eine weitaus untergeordnete Stellung einnehmen [20]. Vielmehr haben hier Arbeitsressourcen, wie beispielsweise eigene Entscheidungsmöglichkeiten, Anerkennung, ständige Fort- und Weiterbildung sowie das Verhältnis unter Kollegen einen maßgeblichen Einfluss [20].

1.1.3 Objektive Analysen der Arbeitssituation

Neben subjektiv empfundenen Charakteristika und Kriterien der Arbeitssituation können objektive Analysen der ärztlichen Tätigkeit herangezogen werden. Bislang haben sich nur vereinzelte Studien dieser Aufgabe gewidmet.

Putzhammer et al. (2006) zeigten in einer Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken auf, dass ein zeitlicher Mehraufwand am Arbeitstag überwiegend durch administrative Aufgaben und Dokumentation bedingt ist [21]. Daraus resultierend ergab sich eine Reduktion von unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten [21]. Überdies wurde einen doppelt so hohen Zeitanteil an Dokumentation wie an direkter Behandlung des Patienten in der Inneren Medizin nachgewiesen [22]. Ammenwerth und Spötl (2009) beschrieben, dass die Kommunikation mit medizinischem Personal für internistische Ärzte den höchsten Anteil am Arbeitstag einnehmen kann [23]. Dokumentation und Administration waren hier mit fast gleichen Zeitanteilen wie direkte Patientenbehandlung vertreten [23]. Weitere Studien fokussierten auf die Unterbrechungen, Multitasking-Anteile und häufigen Tätigkeitswechsel im Arbeitstag

der Ärzte [22,24]. Damit wiesen die Autoren auf wesentliche Faktoren hin, die zur externen Arbeitsbelastung mit beitragen können.

1.2 Kommunikation im ärztlichen Beruf

1.2.1 Kommunikationsanalysen im Krankenhaus

Aus den im vorherigen Abschnitt genannten Untersuchungen geht hervor, dass eine Veränderung im Klinikalltag bezüglich der Zeit für die Patientenversorgung stattgefunden hat [21,22]. Diese scheint unter anderem im Zusammenhang mit einem vermehrten Dokumentations- und Administrationsaufwand zu stehen [22,23]. Nach subjektiven Angaben empfindet eine übergroße Mehrheit an Krankenhausärzten die Zeit für die Patientenversorgung als nicht ausreichend [10]. In ihrer Arbeit verdeutlichten die Autoren Dugdale et al. (1999), dass viele Ärzte gleichermaßen einen Rückgang der Zeit für Gespräche unter Kollegen angeben [25]. Ein nur geringer Anteil der Befragten zeigte sich zufrieden mit der für die Patientengespräche zur Verfügung stehenden Zeit [25]. In einer Befragung von Krankenhausärzten zur Einschätzung der Kommunikation gaben 85% der Ärzte an, dass Kommunikation wichtig für eine erfolgreiche Patientenbehandlung sei [26]. Als deutliches Hindernis für eine adäquate Patientenkommunikation führten die Ärzte als Faktoren die mangelnde Zeit, das Abrechnungssystem und die Arbeitsorganisation auf [26].

Eine geringe Anzahl an Untersuchungen hat bisher versucht, dieses von Ärzten empfundene Defizit an Kommunikation, objektiv zu erfassen.

In einer Studie zur Tätigkeit von Ärzten, die auf einer Inneren Station eines österreichischen Krankenhauses durchgeführt wurde, zeigte sich ein Zeitanteil von 9,3% am Arbeitstag eines Arztes für die Kommunikation mit Patienten [23]. Die Kommunikation mit Kollegen forderte einen Zeitanteil am Gesamtarbeitstag von 36,2% [23]. In einer weiteren Untersuchung in der Inneren Medizin in Australien fand sich ein Tagesanteil von 33% an Kommunikation unter den Mitarbeitern [22]. In der Psychiatrie sind neben der medikamentösen Einstellung verbale Interventionen in Einzel- oder Gruppensitzungen von Bedeutung. Folglich ist hier ein höherer Anteil an Kommunikation mit dem Patienten zu erwarten. Putzhammer et al. (2006) bestätigten dies. Die Autoren wiesen in ihrer Untersuchung in psychiatrischen Kliniken einen

Einleitung

deutlich höheren Anteil als die bisher erwähnten Untersuchungen an Patientenkommunikation nach [21]. In einem kommunalen Krankenhaus in den USA betrug der Tagesanteil an Patientenkontakt zwischen 11- 28% [24]. Der Zeitanteil variierte je nach Fachrichtung, wobei die Gynäkologie und Innere Medizin höhere Werte gegenüber der Pädiatrie und Allgemeinchirurgie aufwiesen. Die Visite wurde hierbei nicht mit eingeschlossen. Der Anteil am Arbeitstag an Konsultationszeit mit medizinischem Personal incl. der ärztlichen Kollegen lag zwischen 6- 20% je nach Fachrichtung und Berufserfahrung [24]. Desgleichen zeigte eine weitere Untersuchung einen zeitlicher Unterschied für die Kommunikation mit dem Patienten und Kollegen zwischen den operativen und konservativen medizinischen Fächern auf [27]. Es wird deutlich, dass die ärztliche Kommunikation stark in Abhängigkeit von der fachlichen Ausrichtung der medizinischen Abteilungen steht. Die hier präsentierten bisweilen sehr geringen Zeitanteile der Patientenkommunikation scheinen dem im vorigen Abschnitt dargestellten hohen Stellenwert in keiner Weise gerecht zu werden.

1.2.2 Allgemeine Bedeutung der ärztlichen Kommunikation

Die Bedeutung der Kommunikation im ärztlichen Beruf bildet den Schwerpunkt zahlreicher Veröffentlichungen. Neben der häufig fokussierten Kommunikation mit dem Patienten verdient auch die Kommunikation im Team gleichermaßen Berücksichtigung.

Der Kommunikation mit dem Patienten wird im Allgemeinen eine grundlegende Bedeutung für ärztliches Handeln zugeschrieben [28]. Desgleichen dient die Kommunikation als Basis einer reflektierten Arzt- Patienten-Beziehung und den verschiedenen Formen des ärztlichen Gesprächs [29]. Die Qualität dieser Arzt-Patienten-Kommunikation bestimmt in hohem Maße den Erfolg oder Misserfolg einer ärztlichen Behandlung [30]. Myerscough und Ford (2001) verdeutlichten in ihrer Veröffentlichung, worin die allgemeinen Nutzen einer guten Kommunikation mit dem Patienten liegen [31]. Die kommunikativen Fähigkeiten sind eine absolute Voraussetzung um eine authentische Krankengeschichte zu erhalten. In gleicher Weise ermöglichen diese häufig schon eine korrekte Diagnose ohne unnötige zusätzliche Untersuchungen [31]. Das Gespräch kann das Verständnis der Erkrankung und der resultierenden Behandlung fördern und somit die Patientenmitarbeit erhöhen [32]. Ferner ist eine effektive Gesprächsführung für die Patientenzufriedenheit wesentlich. In diesem Sinne wurde der Zusammenhang einer empathischen Kommunikation von

Einleitung

Seiten des Arztes mit einer höheren Patientenzufriedenheit und mit einer höheren Compliance nachgewiesen [33]. Levinson et al. (1997) konnten zudem die Kommunikation mit dem Patienten als entscheidend zur Vermeidung von ärztlichen Behandlungsfehlern hervorheben [34]. Es zeigte sich, dass Ärzte mit einer Schadensersatzklage häufig deutliche Mängel in ihrer Kommunikationsfähigkeit aufwiesen [34].

Trotz dieser evidenten Vorzüge einer effektiven Arzt- Patienten- Kommunikation wurde gegenwärtig andere Situation in deutschen Krankenhäusern beschrieben [35]. Es herrscht hier ein erhebliches Kommunikationsdefizit, welches sich sowohl auf die Behandlung als auch auf die Patientenzufriedenheit niederschlägt [35].

Die Kommunikation der Ärzte mit anderem medizinischen Personal ist inhaltlich geprägt vom fachlichen Austausch über die Patientenbehandlung. Das Gespräch unter Kollegen bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Arbeit im Team [36]. Ferner können unmittelbare Folgen auf das eigene Wohlbefinden der Ärzte nachgewiesen werden. Eine Untersuchung von Voltmer und Spahn (2009) zum Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Gesundheit von Ärzten zeigte auf, dass ein gut funktionierendes Netzwerk unter Kollegen ein wichtiger Faktor für das persönliche Wohlbefinden, den Umgang mit belastenden Situationen und zudem auch zur Vorbeugung belastungsbedingter Erkrankungen sein kann [37]. Fachlicher Austausch wie auch kollegiale Unterstützung werden als wichtige Copingmechanismen und als Einflussfaktoren bei der Entwicklung eines Burnouts benannt [37]. Eine gut funktionierende Zusammenarbeit im Team wirkt sich dabei positiv auf die gemeldeten Arbeitsausfälle aus [38]. In der gleichen Veröffentlichung wiesen Voltmer und Spahn (2009) jedoch ebenfalls darauf hin, dass die kollegialen Beziehungen je nach Ausgestaltung und persönlicher Bewertung auch eine Belastung darstellen können [37]. Feste hierarchische Strukturen und die resultierenden Einschränkungen der beruflichen Autonomie behindern einen offenen Austausch unter Kollegen [39,40]. Zudem herrscht häufig in Krankenhäusern eine von Eigennützigkeit und Konkurrenz geprägte Kommunikationsatmosphäre [40].

1.2.3 Sonderstellung der Kommunikation in der Psychosomatik

Das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Krankheiten

Einleitung

und Leidenszuständen [41]. Ursächlich an diesen Erkrankungen sind psychosoziale und psychosomatische Faktoren beteiligt, einschließlich der dadurch bedingten körperlich-seelischen Wechselwirkung [41].

Es bedarf in der Psychosomatik folglich einer weiten Spanne an Behandlungsmöglichkeiten, um den genannten Einflussfaktoren gerecht zu werden. Im multimodalen Behandlungskonzept ist sowohl die somatische als auch die psychotherapeutische Behandlung wesentlich. Dieser umfassende Ansatz liegt in der Geschichte der Psychosomatik begründet. Meyer (1996) skizzierte die verschiedenen Strömungen [42]. Der psychogenetisch- psychotherapeutische Ansatz ist stark von der Psychoanalyse geprägt worden. Der holistische Ansatz dagegen, der in seiner Weiterentwicklung zum Modell einer Integrierten Medizin oder der Integrierten Psychosomatik mit geführt hat, beschreibt eine Erweiterung der somatischen Medizin mit einer psychosozialen Grundkomponente [42]. Dabei soll der körperlichen Symptomatik nicht weniger Aufmerksamkeit geschenkt, sondern zusätzlich die psychischen Aspekte mit erfasst werden [43].

Folglich zeichnen sich ein umfassendes ärztliches Tätigkeitsfeld und eine komplexe Arbeitsanforderung für Ärzte ab. Die Auseinandersetzung mit den somatischen Symptomen des Patienten bezieht neben der Inneren Medizin auch andere Fachgebiete mit ein, wie beispielsweise die Orthopädie, Neurologie oder Gynäkologie [44]. Die psychotherapeutische Behandlung umfasst verbale und extra-verbale Verfahren [43]. In der verbalen Intervention kommen psychoanalytisch begründete Verfahren wie Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie zum Einsatz [43]. Ergänzend werden extra- verbale Therapieverfahren angewendet, beispielsweise Gestaltungs- und Musiktherapie, Ergotherapie oder konzentrierte Bewegungstherapie [44]. Diese Verfahren werden häufig von anderen Berufsgruppen (Spezialtherapeuten) übernommen. Zudem sind auf psychosomatischen Stationen Psychologische Psychotherapeuten tätig. Diese können die psychotherapeutische Behandlung gleichwertig übernehmen. Die somatische Behandlung der von Psychologen behandelten Patienten erfolgt dann durch ärztliche Kollegen [44]. Das Abstinenzgebot von psychoanalytisch orientierten Therapeuten untersagt unter anderem den körperlichen Kontakt mit dem Patienten [45]. Darunter fällt auch die körperliche Untersuchung des Patienten im Rahmen der Krankenhausaufnahme oder der Visite. Ein Arzt, der sich den somatischen Belangen des Patienten widmet, ist demnach von

Einleitung

dessen psychotherapeutischen Behandlung ausgeschlossen. Je nach fachlicher Ausrichtung der Abteilungen erfolgt somit eine Aufteilung der somatischen und psychotherapeutischen Tätigkeit. Andere Konzepte bevorzugen eine umfassende somato- psychische Behandlung des Patienten im Sinne eines Integrierten Therapeuten [46].

Ein Modell einer psychosomatischen Station mit Personalanhaltszahlen für Ärzte/ Psychologen sowie weiteren Mitarbeitern ist in der Veröffentlichung von Heuft et al. (1993) zu finden [44]. Dabei wird eine weite Spanne an Tätigkeiten in dieser medizinischen Disziplin deutlich. Die somatischen und psychischen Aspekte der Patientenbehandlung werden gleichermaßen dargestellt, zusätzlich werden auch Dokumentationszeiten oder Zeiten für Supervision und Fort- u. Weiterbildung angegeben [44].

Insgesamt zeigen die genannten Veröffentlichungen eine große Varianz der Tätigkeiten, die Ärzte und Psychologen in diesem Fachgebiet ausführen.

Neben den umfassenden fachlichen Kenntnissen ist der auf der Psychosomatik tätige Arzt vor besondere Herausforderungen an seine kommunikativen Kompetenzen gestellt. Zum Einen ist die verbale Intervention nicht nur in Anamneseerhebung, Verlaufsbeobachtung und Diagnostik von Bedeutung, sondern bildet auch das Zentrum der Therapie [43]. Zum Anderen nimmt die Ausbildung von kommunikativen Kompetenzen auch in der Weiterbildungsordnung eine wichtige Stellung ein. Nicht nur Kenntnisse und Fertigkeiten in ärztlich- therapeutischer Gesprächsführung sollen erlangt werden, sondern in Hinblick auf das multimodale Behandlungskonzept der stationären Psychosomatik auch die kommunikativen Voraussetzungen einer interdisziplinären Zusammenarbeit [47]. In der Studie von Janssen (2004) wurde eindrücklich beschrieben, wie durch die Verteilung einzelner Aufgabenbereiche an die Mitarbeiter die interpersonelle Kommunikation die unbedingte Voraussetzung für eine geschlossene Behandlung im Team bildet [48].

Die psychosomatische Betrachtungsweise verlangt vom Arzt/ Therapeut neben seiner Fachkompetenz eine besondere Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung mit dem Patienten [49]. Das Gespräch soll dem Patienten einen Raum eröffnen, in dem dieser lebensgeschichtlich bedeutsame Objektbeziehungsmuster in der aktuellen Beziehung zum Arzt/ Therapeut reinszenisieren kann. Der Arzt, als teilnehmender Beobachter, kann über die Reflexion der in ihm ausgelösten Veränderungen, zum Verständnis der

Einleitung

psychischen Schwierigkeiten des Patienten gelangen [49]. Siegrist (1982) zeigte mit einer vergleichenden Analyse in psychosomatischen Abteilungen gegenüber anderen Fachgebieten deutlich verbesserte Kommunikationsparameter auf [50].

Im Folgenden sollen einzelne Aspekte der Kommunikation mit dem Patienten und unter den Mitarbeitern in diesem Fachgebiet kurz aufgezeigt werden.

1.2.4 Kommunikation mit dem Patienten in der Psychosomatik

Die Kommunikation mit dem Patienten beinhaltet in der Psychosomatik das Erstgespräch und den Austausch während der Visite. Eine wesentliche Bedeutung kommt der Kommunikation im Rahmen der Psychotherapie zu. Daneben sind Stationskonferenzen und Gespräche in Kriseninterventionen zu nennen.

Anamnese/ Erstgespräch

Die allgemeine Zielsetzung eines Erstgesprächs beinhaltet neben dem Aufbau einer Beziehung zum Patienten, die Erhebung der biopsychosozialen Anamnese und das erste Beurteilen der relevanten Mitteilungen des Patienten [30]. Im Weiteren wird eine vorläufige Diagnose formuliert und daraus erschließend das weitere Vorgehen festgelegt [30]. Entscheidend ist es im Allgemeinen, einen besonders offenen und sensiblen patientenzentrierten Ansatz der Gesprächsführung beizubehalten, obwohl der Inhalt des Gespräches maßgeblich durch die Überlegungen des Arztes geprägt ist [31].

Unter Berücksichtigung der Besonderheiten einer psychosomatischen Fachabteilung verdeutlichte Heuft et al. (1993) die Rolle des Anamnesegesprächs [44]. Ziel sei es in der Psychosomatik, die psychovegetative, psychische und psychosomatische Symptomatik des Patienten kennen zu lernen und dabei gleichzeitig zu erleben wie der Patient die Beziehung zum Untersucher gestaltet. Am Ende des diagnostischen Prozesses werden differentielle Therapieindikationen, prospektive Therapiedauer und ein erstes Therapieziel festgelegt [44]. Somit nimmt das Erstgespräch in der Psychosomatik und Psychotherapie eine deutlich wichtigere Stellung als in anderen medizinischen Bereichen ein. Der Internist und Psychoanalytiker Hermann Argelander (2009) beschrieb dies als eine einmalige Gesprächssituation [51].

Einleitung

Visite

Die Krankenvisite stellt im Allgemeinen häufig den einzig regelmäßigen Kontakt zum Patienten dar. Myerscough und Ford (2001) ernennen die Visite zum wichtigsten Kontakt überhaupt [31]. Ziel ist es, das aktuelle Empfinden und den Krankheitsverlauf zu explorieren. Der Arzt informiert den Patienten über neue Untersuchungsergebnisse und diskutiert das weitere Vorgehen.

Für den Patienten ist hierbei meist wenig Zeit sein Anliegen zu schildern. Entsprechend der Studie von Häuser und Schwebius (1999) bleibt dem Patienten nur eine durchschnittliche Dauer von 2,0 Minuten [52]. Dabei ist der Gesprächsanteil mit 60% deutlich auf Seiten des Arztes, 10% stehen den Pflegekräften zur Verfügung und lediglich 30% kann der Patient für sich beanspruchen [53]. Der Patient kann in dieser knappen Zeit meist nur auf Fragen des Arztes reagieren [53]. Daher kam Raspe (1982) zu dem Schluss, dass die Visite mehr den Charakter einer ärztlichen Besprechung über den Patienten habe, als den eines Gespräches mit dem Kranken [54]. Auch Westphale/Köhle (1982) konstatierten hier ein erhebliches Kommunikations- und Informationsdefizit [49]. Die Möglichkeit für systematische Gespräche bleibt ungenutzt und der Informationsfluss ist zu einseitig an den Bedürfnissen des Arztes orientiert [49]. Im Rahmen einer Veränderung der Arbeitsorganisation auf einer Ulmer internistisch-psycho-somatischen Krankenstation wurde unter anderem die Visitenorganisation neu gestaltet und die Visitenziele neu formuliert [49]. Dabei wurden neben einer Erhöhung der Kommunikationszeit die Anhebung des Patientenstatus mit einem erhöhten Gesprächsanteil von 45% verzeichnet. Durch eine ausgelagerte Besprechung der Teammitglieder war ein Zwei-Personen-Gespräch zwischen Arzt und Patient erstmals möglich. Die Visite gewann dadurch zusätzlich zum diagnostischen einen therapeutischen Schwerpunkt [49].

Darüber hinaus stellt die Erfahrungheit des Arztes einen Faktor dar, der die Visitendauer und -struktur beeinflusst. Ein unerfahrener Arzt weist eine längere Visite auf, redet selbst länger und lässt auch den Patienten länger zu Wort kommen [55].

Zusätzlich ist die Visite eine Herausforderung an eine umfassend gelingende Teamkommunikation, da diese häufig von mehreren Personen begleitet wird. Hier werden neben dem Gespräch mit dem Patienten Arbeitsaufgaben verteilt, Behandlungen koordiniert und der organisatorische Ablauf mit den Krankenpflegekräften vereinbart. Infolgedessen gilt die Visite als ein prototypischer Fall

Einleitung

des Zusammentreffens. Hier wird transparent, inwieweit die Kommunikation zwischen dem Klinikpersonal die Qualität des Arzt- Patienten-Kontaktes beeinflusst [56].

Psychotherapie

Psychotherapie wurde von Bräutigam et al. (1992) beschrieben, als eine vorwiegend sprachliche Kommunikation mit dem Patienten, mit dem Ziel der Beeinflussung der somatischen und psychischen Krankheitszustände [57]. Es kommen je nach Indikation und Ausrichtung der Institution verschiedene Therapiemethoden zum Einsatz, wie tiefenpsychologische, psychoanalytisch orientierte oder verhaltenstherapeutische Verfahren [43,44,48]. Daneben unterscheiden sich einzelne Behandlungsformen. In der Gruppentherapie stehen die Beziehungskonflikte und -dynamik im Vordergrund. Hier können sich individuelle Konflikte und Entwicklungsstörungen in interpersonellen Beziehungen manifestieren [58]. In der Einzeltherapie hat der Patient die Möglichkeit, in einer konstanten und vertrauensvollen Patient- Therapeut- Beziehung Themen und Konflikte zu bearbeiten [44]. Ist es aus Sicht der Einzeltherapeuten und des Patienten notwendig, das soziale Umfeld wie das familiäre System mit einzubeziehen, bedarf es der Paar- oder Familientherapie [57]. Hier wird meist ein zweiter Therapeut mit hinzugebeten [44].

Stationskonferenzen, Krisenintervention

In der Stationskonferenz kommen Vertreter des Behandlungsteams (Ärzte/ Psychologen, Pflege) und die Patienten zu einem vereinbarten Zeitpunkt zusammen. Diese dient der Bearbeitung von Verständnisschwierigkeiten und emotionalen Problemen zwischen Teammitgliedern und den Patienten [49]. Ebenso können Fragen zum Stationsmilieu und der Stationsorganisation besprochen werden. Im Rahmen des stationären Konzeptes einer Psychosomatik kann es für den Patienten zur krisenhaften Zuspitzung des zu bearbeitenden Konfliktes kommen. Diese fordern in der Regel notfallmäßige Einzelgespräche außerhalb der regulären Therapiezeiten. Daher sollte genügend Zeit während der Stationsarbeit vorhanden sein, um solche Gespräche zu ermöglichen [44].

Patientengespräche außerhalb der bisher genannten Kategorien

In den Gesprächen, die außerhalb der Visite, der Anamneseerhebung, der Therapien oder der Stationskonferenz stattfinden, kommen häufig Themen wie Terminänderungen

Einleitung

und Informationen im Rahmen des organisatorischen Ablaufs zum Tragen. Diese meist kurzen Zwischengespräche beispielsweise auf den Fluren oder im Patientenzimmer können dennoch Hinweise auf therapeutisch relevante Prozesse geben.

1.2.5 Kommunikation mit medizinischem Personal in der Psychosomatik

Der regelmäßige Austausch unter Kollegen gilt als wichtige Voraussetzung für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. In der stationären Psychosomatik wird diese u. a. durch die folgenden Konferenzen/ Besprechungen ermöglicht.

Teamkonferenz

Die Teamkonferenz ist eine meist einmal wöchentlich stattfindende Versammlung aller an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen (Ärzte/ Psychologen, Spezialtherapeuten, Sozialarbeiter, Pflege). Die Teamkonferenz ist somit Merkmal der multipersonellen Patientenbehandlung. Hier können die von allen Mitgliedern des Teams erfahrenen Teilaspekte der Persönlichkeit des Patienten in einer synthetisierenden Leistung durch die Gruppe zu einem Bild zusammengefügt werden [49]. Damit gelingt es den Patienten umfassender wahrzunehmen [49]. Es werden hier zusammen mit allen Teammitgliedern die Behandlungsziele formuliert und die weitere Behandlungszeit der einzelnen Patienten festgelegt [44]. Im Sinne einer Qualitätssicherung können zudem nach Entlassung die Behandlungsverläufe der Patienten kritisch diskutiert werden [59].

Gruppennachbesprechung

Die Gruppennachbesprechung nimmt eine wichtige Stellung ein. Im Anschluss an eine Gruppentherapie werden die Mitarbeiter der Station von den Leitern der Gruppentherapie über den aktuellen Stand des therapeutischen Prozesses informiert [44]. Diese Nachbesprechung ermöglicht den Therapeuten zusätzlich die Sitzung zu reflektieren [44].

Organisationskonferenz, Übergabe

Um mit allen Stationsmitarbeitern die Planung der Belegung, Entlassungen und Neuaufnahmen zu besprechen, wird eine Organisationskonferenz einberufen. Hier werden auch interne Abläufe, wie Dienstpläne und die Fort- und Weiterbildung diskutiert [44]. Der stationäre Rahmen einer psychosomatischen Fachabteilung erfordert einen

Einleitung

intensiven Erfahrungsaustausch und eine genaue Absprache aller betreuenden Mitglieder [59]. Zum Nacht- und Wochenenddienst sind demzufolge ausreichend Übergabegespräche notwendig.

Supervision

Die Supervision ist in der psychotherapeutischen Behandlung unverzichtbar [44]. Hier werden die Behandlungsfälle wiederholt reflektiert, um zu evaluieren, ob die eingesetzten Interventionsverfahren hilfreich sind [44]. Darüber hinaus ermöglicht die Supervision dem Therapeuten, seine persönlichen Grenzen wahrzunehmen [44]. Die Supervision wird gewöhnlich von einem Oberarzt oder externen Supervisor durchgeführt [44].

Gespräche unter den Mitarbeitern

Der Informationsaustausch der Ärzte/ Therapeuten untereinander ist in der Psychosomatik unabdingbar für das Zusammenführen somatischer und psychotherapeutischer Aspekte der gemeinsamen Patientenbehandlung. Ebenso ist der regelmäßige Austausch mit den Pflegekräften von essentieller Bedeutung. Die Pflege ist in der Psychosomatik häufig speziell geschult und nimmt daher gegenüber anderen Fachgebieten eine weitaus tragendere Rolle ein. Schwestern und Pfleger stehen am unmittelbarsten mit dem Patienten im Kontakt [59]. Daher ist der Austausch auch außerhalb der festgelegten Zeiten wie Teamsitzungen und Übergaben nötig, um dem Patienten in seiner Gesamtheit gerecht zu werden. Eine besondere Stellung nehmen Spezialtherapeuten (wie Kunst-, Bewegungs-, Musiktherapeuten) und Sozialarbeiter ein. Der Austausch mit diesen Berufsgruppen ermöglicht einen tieferen Einblick u. a. in extravertale und soziale Erlebensbereiche des Patienten. Eine Untersuchung in der Onkologie bestätigte die wichtige Rolle der Teamkommunikation für eine gelingende Patientenbehandlung [60]. Die gemeinschaftliche Arbeit an kommunikativen Kompetenzen kann dabei immer noch als Herausforderung im Klinikalltag gewertet werden [36]. Eine dominierende Rollenauffassung von Ärzten kann die verstärkte Einbeziehung der Pflege und weiteren Therapeuten in die Patientenbehandlung behindern [59]. Köhle und Siol (2003) fordern in diesem Sinne den Abbau der hierarchischen Verhältnisse, um eine gemeinsame Verständigung als Voraussetzung für eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zu erzielen [59]. Im Allgemeinen kommuniziert die Berufsgruppe der Ärzte dennoch sehr viel mehr untereinander, als mit

anderen Gruppen, wie beispielsweise der Pflege [61]. Ein Arzt auf einer internistischen Station verbringt einen Zeitanteil von 12,9% des Tages an Kommunikation mit ärztlichen Kollegen, demgegenüber steht lediglich ein Anteil von 4,0% für Kommunikation mit der Pflege [23]. Gleichermäßen wurde aus den Ergebnissen von Westbrook et al. (2008) sichtbar, welchen hohen Stellenwert die Interaktion von Ärzten untereinander einnimmt [22]. Die Autoren wiesen nach, dass ein Arzt einen Zeitanteil von 55,8% des Tages gemeinsam mit einem ärztlichen Kollegen verbringt [22].

1.3 Kommunikation und Arbeitszufriedenheit

Die Kommunikation mit dem Patienten steht in zahlreichen Veröffentlichungen im engen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit von Ärzten. In einer Übersichtsarbeit fand sich übereinstimmend eine enge Beziehung zwischen dem Arzt-Patienten-Verhältnis und der ärztlichen Arbeitszufriedenheit [11]. Ebenso wird das professionelle Selbstverständnis der Ärzte vom Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflusst [11]. Dabei wurde die Patientenbehandlung als wichtigster Einflusswert für die Arbeitszufriedenheit nachgewiesen [62]. Der Patientenkontakt ist auch nach Janus et al. (2007) wichtig für eine allgemeine Berufszufriedenheit [20]. Diese Ergebnisse geben einen weiteren indirekten Hinweis auf den hohen Stellenwert der Kommunikation im ärztlichen Beruf.

Eine weiterführende Studie verdeutlichte hierbei, dass eine angemessene Zeit für die Interaktion und Kommunikation ein wesentlicher Faktor für die Arbeitszufriedenheit darstellt [63]. Auch Dugdale et al. (1999) bestätigten den engen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit von Ärzten und der Kommunikationszeit mit dem Patienten [25]. Demzufolge ist nicht nur der Patientenkontakt an sich, sondern insbesondere die Kommunikationszeit entscheidend für die berufliche Zufriedenheit.

In umgekehrter Weise wirkt sich eine gute Arbeitszufriedenheit auf die Kommunikation mit Patienten aus [64]. Eine positive Arbeitseinstellung ist dabei assoziiert mit einer offenen Einstellung zum Patienten und einer erhöhten Achtsamkeit für psychosoziale Aspekte [64].

Neben der Kommunikation mit dem Patienten ist die Kommunikation mit Kollegen relevant für die Arbeitszufriedenheit. In der Untersuchung von Janus et al. (2007) wurde dieser deutliche Zusammenhang nachgewiesen [20]. Eine offene und respektvolle Kommunikation unter Ärzten ist darüber hinaus der wichtigste Faktor für Lernen und Coping am Arbeitsplatz [40].

1.4 Arbeitsanforderungen, Ressourcen und Arbeitszufriedenheit in der Psychosomatischen Medizin

Die Arbeitssituation der Ärzte in Deutschland bildet den Fokus zahlreicher Untersuchungen [4,20,65]. Die genannten Studien sind wissenschaftliche Analysen in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen. Es gibt bisher kaum Untersuchungen zur Arbeitssituation im Gebiet der Psychosomatik und Psychotherapie. Es ist jedoch von großer Relevanz die Tätigkeiten in diesem Fachgebiet objektiv zu analysieren, denn auch hier gab eine Fragebogenanalyse Hinweise auf eine erhöhte Arbeitsbelastung [66].

Eine kürzlich in Deutschland durchgeführte Befragung von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich ergab eine deutlich niedrigere Arbeitszeit pro Woche gegenüber den somatisch orientierten Kollegen [67]. Von Reimer und Jurkat (2001) wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit erfragt [68]. Hier wiesen Psychiater und Ärztliche Psychotherapeuten ebenfalls höhere Werte gegenüber anderen Fachgebieten auf [68]. Ziel einer weiterführenden Untersuchung war es, Psychologische Psychotherapeuten, Ärztliche Psychotherapeuten und somatisch orientierte Ärzte in ihrer Arbeitszufriedenheit zu vergleichen [67]. Auch hier zeigten die Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten die höchsten Werte auf. Die somatisch orientierten Kollegen schnitten hingegen mit deutlich niedrigeren Werten ab [67]. Dies legt die Vermutung nahe, dass nicht das Arztsein an sich, sondern eher die Arbeitsinhalte wie Psychotherapie entscheidend sind für die berufliche Zufriedenheit [67].

Demgegenüber steht eine erhöhte Suizidrate unter Psychiatern und Psychotherapeuten [68]. Es zeichnen sich Risikofaktoren ab, denen die Mitarbeiter der Fachrichtung Psychosomatik besonders ausgesetzt sind. Die permanente Konfrontation mit dem seelischen Leid des Patienten kann zu somatischen Symptomen wie Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafstörungen im Sinne eines Burnout- Syndroms führen [68]. Als psychische Folgen sind Depressionen, Angstzustände, Substanzmissbrauch und Beziehungsprobleme von Bedeutung [67]. Die psychotherapeutischen Tätigkeit ist demnach mit einer ausgesprochen hohe emotionale Beanspruchung verbunden [67,69]. Des Weiteren erfordert diese medizinische Disziplin eine sehr hohe Anforderung an die eigene Persönlichkeit, die mit keinem anderen Fachgebiet zu vergleichen ist. Hier ist insbesondere die Bewahrung der eigenen Integrität und inneren Ausgeglichenheit mit stabiler psychischer und physischer Verfassung zu nennen [70].

Einleitung

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Faktor bildet die lange Weiterbildung. Anhand einer Analyse zeigte Loew (2006) wie hoch die Anzahl an Doppelfachärzten ist [47]. Nur 12% der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben ausschließlich diese Facharztbezeichnung. In den Berufseinstiegsfächern wie der Inneren Medizin wurde eine deutlich längere Zeit verbracht, als in der Weiterbildungsordnung vorgesehen. Der Altersdurchschnitt bei Niederlassung beträgt demnach zehn Jahre über dem anderer Fachrichtungen [47]. Anhand dieser Ergebnisse lässt sich vermuten wie lange in der Regel die Weiterbildung ist, die häufig zusätzlich an Abenden absolviert wird. Infolgedessen müssen sich Ärzte hier länger der Herausforderung stellen, eine Balance zwischen Arbeit/ Weiterbildung und dem privaten Leben mit Familie zu finden. Die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie (sog. Work-family/ privacy conflict) wird dabei von vielen Ärzten beklagt [10,71].

Die gegenwärtige Arbeitssituation der Klinikärzte ist zudem gekennzeichnet durch ein hohes Patientenaufkommen und langen Arbeits- und Weiterbildungszeiten bei geringem Personalschlüssel [66,72]. Ob und wie die dargestellten Anforderungen unter Berücksichtigung dieser Arbeitsbedingungen in Kliniken zu realisieren sind, scheint fraglich.

In der Psychosomatischen Medizin zeigen sich neben den zahlreichen Anforderungen auch Arbeitsressourcen, die sich von anderen Fachgebieten unterscheiden. Ärzte/ Psychologen in diesem Gebiet geben beispielsweise den hohen Anteil an Patientenkontakt, die Selbstbestimmung und die Vielfältigkeit in ihrer Arbeitsgestaltung an [67]. Demgegenüber wird eine mangelnde eigene Einflussnahme und Entscheidungsmöglichkeit am Arbeitsplatz von Ärzten aus anderen medizinischen Disziplinen bemängelt [10]. Das Fachgebiet Psychosomatik ist geprägt von einer intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit und einem regelmäßigen Austausch im Team [48]. Hier liegen Chancen für hohe soziale Ressourcen am Arbeitsplatz. Voltmer und Spahn (2009) verdeutlichten, wie sehr die Kommunikation unter Kollegen und eine gute Teamarbeit soziale Unterstützung und Gemeinschaftsgefühl entstehen lassen können [37].

Um den genannten Anforderungen zu begegnen, sind zusätzlich persönliche Ressourcen von Bedeutung. Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die Kompetenzerwartung einer Person, belastende Situationen durch eigenes Handeln beherrschen zu können und ist unter anderem als Einflussvariable auf das

Gesundheitsverhalten, die soziale Unterstützung und die Lebenszufriedenheit zu werten [73]. Ebenso beeinflussen Optimismus und Pessimismus das eigene Verhalten, insbesondere das Gesundheitsverhalten und präventive Motivation [73]. Optimismus wurde als protektiver Faktor bei der Entwicklung einer Burnout- Symptomatik bei Ärzten nachgewiesen [74]. Inwieweit Ärzte und Psychologen in der Psychosomatischen Medizin sich dieser Ressourcen bedienen können, ist bisher in keiner Untersuchung festgehalten worden.

1.5 Zielsetzung und Fragestellung

1.5.1 Zielsetzung und Fragestellung der vorliegenden Arbeit

Die Psychosomatik in ihrer besonderen Position mit Anteilen der Inneren Medizin und der Psychotherapie stellt hohe Arbeitsanforderungen für dort tätigen Ärzte dar: Es muss sowohl die somatische als auch die psychotherapeutische Patientenversorgung gewährleistet sein. Um diese Aufgabe bewältigen zu können zeigen sich zahlreiche unterschiedliche Tätigkeiten im Stationsablauf [44]. Neben diesen fachlichen Herausforderungen muss sich der Arzt auch den hohen Anforderungen an eine gelingende Kommunikation stellen. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten steht in der Psychosomatik die verbale Interaktion verstärkt im Vordergrund, da diese nicht nur für Anamnese und Diagnostik entscheidend ist, sondern gleichermaßen die Basis für die Therapie bildet [43]. Ferner sind die Gespräche und Interaktionen mit Kollegen Voraussetzung für eine effektive Patientenbehandlung im interdisziplinären Stationskonzept [59]. Als ein „Herzstück“ bezeichnete Janssen (2004) die Teamkommunikation in diesem Fachgebiet [48]. Nicht zu Unrecht hat ein Mitbegründer der Psychosomatischen Medizin Viktor von Weizsäcker den Begriff der „sprechenden Medizin“ hier geprägt [75].

Wie in einigen genannten Veröffentlichungen deutlich wurde, ist ein Trend zu höheren Dokumentations- und Administrationszeiten im ärztlichen Beruf zu verzeichnen [22,23]. Demgegenüber steht eine Abnahme für die Zeit mit dem Patienten [21]. Wie die Psychosomatik dieser Tendenz begegnet, ist in keinen Untersuchungen bisher festgehalten worden. In dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin, in dem die Kommunikation einen solch elementaren Charakter besitzt, ist es von besonderer Bedeutung zu erfahren, inwieweit die Kommunikation ihren großen Stellenwert noch

Einleitung

behaupten kann. Aufgrund des umfassenden Tätigkeitsfeldes scheint es zudem schwierig, generalisierbare Aussagen über die aktuelle Arbeitssituation treffen zu können. Auch hier gibt es bislang keine wissenschaftlichen Arbeitsanalysen, die dieses medizinische Gebiet fokussieren.

Des Weiteren scheint das Fachgebiet Psychosomatik von besonderen Anforderungen geprägt zu sein. Die intensive Auseinandersetzung mit dem seelischen Leid des Patienten wird von Psychotherapeuten als hohe emotionale Belastung beschrieben [68]. Demgegenüber wird der lange Patientenkontakt von vielen Ärzten/ Therapeuten als sehr befriedigend angegeben und die Arbeit im Team als weitere Ressource gewertet [37,67]. Eine umfassende Auseinandersetzung mit den Anforderungen und Ressourcen dieses Fachgebiets ist demzufolge von unbedingter Notwendigkeit, um die Psychosomatik in ihrer Komplexität charakterisieren zu können. Zum aktuellen Zeitpunkt ist keine Untersuchung mit diesem Schwerpunkt verfügbar. Bislang können nur vereinzelt Hinweise auf die Arbeits- und Lebenszufriedenheit in der Psychosomatischen Medizin gegeben werden [67,68]. Aufgrund der aktuell stark diskutierten Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit von Ärzten verdient eine Betrachtung derselben in der Psychosomatik zusätzlich eine besondere Aufmerksamkeit.

Ziel der Studie ist es daher, eine objektive Tätigkeitsanalyse im Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie durchzuführen, um einen Einblick in die aktuelle Arbeitssituation von stationär tätigen Ärzten und Psychologen zu erhalten. Um der Komplexität des Tätigkeitsfelds der Psychosomatik gerecht zu werden, werden dabei drei Untersuchungsgruppen gebildet und vergleichend betrachtet (Ärzte mit internistischem Schwerpunkt, Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt und Psychologen). Der Fokus der Tätigkeitsanalyse liegt auf der Erfassung von Kommunikationszeiten. Es wird verdeutlicht, welchen Zeitanteil die Kommunikation mit Patienten und Kollegen am Arbeitstag einnimmt. Dabei sollen rein quantitative Aspekte der Kommunikation anhand genauer Zeitangaben fokussiert werden. Zum aktuellen Zeitpunkt liegen keine Untersuchungen vor, die im Gebiet der Psychosomatischen Medizin quantitative Messungen der Kommunikationszeit vorgenommen haben. Qualitative Aspekte der Kommunikation werden in dieser Arbeit nicht ausgeführt, da hier schon Ansätze in der Literatur zu finden sind [49,50].

Einleitung

Mithilfe von psychometrischen Erhebungsinstrumenten werden die subjektiv erlebten beruflichen Anforderungen und Ressourcen in diesem ausgesuchten Fachgebiet dargestellt. Desgleichen werden die Arbeits- und Lebenszufriedenheit hier abgebildet und ausgesuchte Zusammenhänge der Arbeitszufriedenheit vorgelegt. Durch die Hinzunahme der Fragebögenanalyse kann die objektive Tätigkeitsanalyse mit dem subjektiven Empfinden der Arbeitssituation vertieft und ergänzt werden.

Diese simultane Analyse von Eigen- und Fremdwahrnehmung kann als Diskussionsgrundlage für Arbeitsgestaltungsprozesse im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie dienen.

Es ergaben sich folgende Fragestellungen (F):

- F1: Welche Tätigkeiten prägen den Arbeitsablauf von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatischen Medizin? Findet dabei eine Fokussierung auf einzelne Tätigkeitsbereiche statt?
- F2: Welche Bedeutung hat die Kommunikation für die Tätigkeit von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatik?
- F3: Welche Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen lassen sich in der Psychosomatik abbilden?
- F4: Wie hoch ist die Arbeitszufriedenheit in der Psychosomatik? Welche Zusammenhänge sind zwischen der Arbeitszufriedenheit und Anforderungen, Ressourcen und der Kommunikation erkennbar?

1.5.2 Herleitung und Übersicht über die Hypothesen

Viele Ärzte beklagen eine Zunahme an Dokumentations- und Verwaltungsaktivitäten am Arbeitstag [19]. Objektive Analysen der Arbeitssituation wiesen in anderen medizinischen Disziplinen hohe Zeitanteile an Dokumentation und Administration nach [21-23]. Dabei zeigten sich insbesondere somatisch orientierte Ärzte gegenüber psychotherapeutisch arbeitenden Kollegen von hohen Verwaltungsaufgaben betroffen [67]. Da die Psychosomatik sowohl die somatisch- internistische als auch psychotherapeutische Arbeit mit umfasst, wird angenommen, dass sich die Tätigkeiten im Bereich der Dokumentation/ Administration ungleich verteilen.

Einleitung

Hypothese (H)1: Die Zeitanteile für Dokumentation/ Administration unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen.

Der Arbeitsablauf von Ärzten ist in anderen Fachgebieten gekennzeichnet durch häufiges Wechseln der Tätigkeit, durch Unterbrechungen sowie durch hohe Multitasking- Aktivität [22,24]. Diese Faktoren sind als externe Arbeitsbelastungen zu werten und beeinträchtigen ebenso die Patientenbehandlung [24,76]. Für die Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen bildet ein störungsfreier und abgeschirmter Raum eine unmittelbare Voraussetzung [77]. Da in der Psychosomatik eine große Behandlungsbreite besteht, die neben der somatischen Behandlung die psychotherapeutische mit einschließt, ist anzunehmen, dass Ärzte und Psychologen unterschiedlich von diesen Belastungen betroffen sind.

H2: Es zeigen sich Unterschiede bezüglich der Unterbrechungen am Arbeitstag, Tätigkeitswechsel und Multitasking- Anteilen zwischen den zu untersuchenden Gruppen.

Die Kommunikation ist im ärztlichen Beruf von grundlegender Bedeutung [28]. Im Gebiet der Psychosomatik steht die verbale Interaktion zusätzlich verstärkt im Vordergrund, da diese nicht nur für Anamnese und Diagnostik entscheidend ist, sondern gleichermaßen die Basis für die Therapie bildet [43]. Zusätzlich ist die Kommunikation mit anderen Mitarbeitern hier unabdingbar [59]. Es ist anzunehmen, dass in der Psychosomatischen Medizin nicht alle Ärzte/ Psychologen gleichermaßen an der Kommunikation teilhaben, da durch das komplexe Behandlungsangebot unterschiedliche kommunikative Tätigkeiten entstehen.

H3a: Die Zeitanteile für Kommunikation unterscheiden sich in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.

Die Kommunikation mit dem Patienten ist hierbei wesentlich um eine fundierte Arzt-Patienten- Beziehung herzustellen [29]. In der Psychosomatik bildet die Kommunikation darüber hinaus die Grundlage für die therapeutische Arbeit mit dem Patienten [49]. Für Ärzte in somatisch orientierten Disziplinen sind geringe Zeitanteile an Kommunikation mit den Patienten am Arbeitstag beschrieben worden [23]. Durch das gemeinsame

Einleitung

Behandeln der somatischen und psychischen Aspekte der Erkrankung des Patienten in der Psychosomatik ist zu vermuten, dass Ärzte und Psychologen unterschiedlich an der Kommunikation mit dem Patienten beteiligt sind.

H3b: Die Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen.

Der Austausch unter Kollegen ist im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin von essentieller Bedeutung, da hier die erfahrenen Aspekte der Persönlichkeit des Patienten zusammengetragen werden [49]. Die Kommunikation im Team schafft infolgedessen die Voraussetzung für ein multimodales Behandlungskonzept [59]. Es ist davon auszugehen, dass alle Ärzte und Psychologen gleichermaßen an der Kommunikation untereinander beteiligt sind.

H3c: Die Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal zeigen zwischen den zu untersuchenden Gruppen keine Unterschiede.

Viele Ärzte zeigen sich in aktuellen Umfragen als unzufrieden mit ihrer Arbeitssituation [10,11,71]. Eine differenzierende Untersuchung verdeutlichte einen maßgeblichen Unterschied der Arbeitszufriedenheit zwischen somatisch und psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten/ Psychologen [67]. Ebenso weisen Ärzte in psychotherapeutischen Berufen eine höhere Lebenszufriedenheit auf [68]. Diese Studien deuten darauf hin, dass im psychosomatischen Bereich eine heterogene Verteilung der Arbeits- und Lebenszufriedenheit anzutreffen ist.

H4: Die Arbeits- und Lebenszufriedenheit unterscheiden sich in der Psychosomatik in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.

Viele Untersuchungen haben sich zum Ziel gesetzt, Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit von Ärzten aufzuzeigen [10,18-20]. Hierbei wurden u. a. neben zahlreichen quantitativen Aspekten wie Arbeitszeit und Zeitdruck bei der Berufsausübung, die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung und die Unvereinbarkeit von Beruf und Privatleben genannt [10,20].

Einleitung

Die Kommunikation mit Patienten und Kollegen wurde in weiteren Studien in deutlichen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit gebracht [25,63]. Hohe Dokumentationsaufgaben zeigen hingegen einen negativen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit [62]. Die genannten Untersuchungen legen die Vermutung nahe, dass sich in der Psychosomatik ebenfalls Zusammenhänge mit der Arbeitszufriedenheit und der Kommunikation und Dokumentation abbilden lassen. Weiterhin sind Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsanforderungen, -ressourcen und der Lebenszufriedenheit zu vermuten

H5a: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsanforderungen, -ressourcen und der Lebenszufriedenheit.

H5b: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den in der Tätigkeitsanalyse ermittelten Kommunikationszeiten und einen negativen Zusammenhang mit den Zeiten für Dokumentation/ Administration.

Zur besseren Übersicht werden die Hypothesen in Tabelle 1 (S.22) erneut dargestellt.

Tabelle 1: Übersicht über die Hypothesen

H1	Die Zeitanteile für Dokumentation/ Administration unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen.
H2	Es zeigen sich Unterschiede bezüglich der Unterbrechungen am Arbeitstag, Tätigkeitswechselln und Multitasking- Anteilen zwischen den zu untersuchenden Gruppen.
H3a	Die Zeitanteile für Kommunikation unterscheiden sich in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.
H3b	Die Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen.
H3c	Die Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal zeigen zwischen den zu untersuchenden Gruppen keine Unterschiede.
H4	Die Arbeits- und Lebenszufriedenheit unterscheiden sich in der Psychosomatik in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.
H5a	Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsanforderungen, -ressourcen und der Lebenszufriedenheit.
H5b	Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den in der Tätigkeitsanalyse ermittelten Kommunikationszeiten und einen negativen Zusammenhang mit den Zeiten für Dokumentation/ Administration.

2 Methodik

Ziel der vorliegenden Studie war die Erfassung ärztlicher und therapeutischer Tätigkeit in der Psychosomatischen Medizin anhand einer objektiven Tätigkeitsanalyse. Das besondere Interesse galt hierbei den Zeitanteilen an Kommunikation, sowohl mit dem Patienten als auch mit dem medizinischen Personal. Zur Erfassung des subjektiven Erlebens der Arbeitssituation und der Belastung der Ärzte und Therapeuten wurden klassisch psychometrische Methoden eingesetzt.

2.1 Studiendesign

20 Ärzte und Psychologen wurden im Zeitraum von August 2008 bis April 2009 an jeweils drei unterschiedlichen Wochentagen von einem geschulten Beobachter auf einer psychosomatischen Station begleitet. Jeder Wochentag war insgesamt 12 Mal vertreten. Durch diese gleichmäßige Aufteilung wurde einer Verzerrung durch unterschiedliche Arbeitsabläufe an einzelnen Wochentagen entgegen gewirkt.

Die Untersuchung fand in Kliniken in Berlin und Umgebung statt. Rehabilitationskliniken, Polikliniken und weitere ambulante Einrichtungen sowie Krankenhäuser mit einem Schwerpunkt auf den psychosomatischen Konsil- und Liaisondienst wurden ausgeschlossen. Die Krankenhäuser befanden sich in universitärer, gemeinnütziger, kommunaler sowie in konfessioneller Trägerschaft. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde auf eine Auswertung unter Berücksichtigung der Trägerschaft verzichtet. Ebenfalls wurden wegen der begrenzten Verfügbarkeit von stationären psychosomatischen Einrichtungen in einer geographischen Region Abteilungen unterschiedlicher Größe mit eingeschlossen. Eine Darstellung vergleichbarer Charakteristika einzelnen Klinikabteilungen wie Bettenanzahl, Zahl der behandelten Fälle pro Jahr sowie die Personalbesetzung mit Ärzten und Psychologen ist in der folgenden Tabelle 2 (S. 24) zusammengefasst.

Tabelle 2: Charakteristika der Krankenhausabteilungen

	Abt. 1	Abt. 2	Abt. 3	Abt. 4	Abt. 5	Abt. 6
Zahl der stationär behandelten Fälle pro Jahr	890	292,5	198	170	690	301
Bettenanzahl	43	23	20	15	65	50
Zahl der Arbeitsstellen für Ärzte	3	1,75	2	1	7,40	9,69
Zahl der Arbeitsstellen für Psychologen	1,25	1	1,5	1	3,25	1,5

2.2 Stichprobenauswahl und -gliederung

Die Studie wurde zunächst allen Mitarbeitern der jeweiligen Klinik in einer Präsentation vorgestellt. Die Ärzte und Psychologen konnten sich anhand dieser Grundlage entscheiden, an der Studie teilzunehmen. Einschlusskriterien waren neben der freiwilligen Teilnahme die Approbation als Arzt bzw. das Diplom für die Psychologen. Die Psychologen und Ärzte befanden sich in Aus- und Weiterbildung oder hatten diese bereits abgeschlossen. Eine weitere Voraussetzung bildete eine durchschnittliche Dauer des Arbeitstages von sechs oder acht Stunden. Der Einschluss der kürzeren Arbeitszeit musste aufgrund der häufig anzutreffenden Teilzeitbeschäftigung in der Psychosomatik vorgenommen werden.

Bedingt durch die Komplexität des Tätigkeitsfeldes in der Psychosomatik wurden drei Untersuchungsgruppen gebildet und im Folgenden miteinander verglichen. Die Grundlage lag hierbei auf der Trennung von somatischer und psychotherapeutischer Behandlung nach dem psychoanalytischen Konzept unter Berücksichtigung des Abstinenzgebotes [45]. Die erste Untersuchungsgruppe bildeten die Ärzte, die vorwiegend internistisch arbeiten, d. h. die somatische Abklärung der Erkrankung und deren Behandlung übernehmen. Diese Untersuchungsgruppe erhielt das Kürzel Ä1. Das Aufgabengebiet dieser Ärzte konzentrierte sich auf die Durchführung von Visiten, Anamnesen, klinischen sowie diagnostischen Untersuchungen. Dieser Ärztegruppe standen die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Kürzel Ä2) sowie die der Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Kürzel P gegenüber. Beide Untersuchungsgruppen waren vorrangig in Einzel- und Gruppentherapien tätig. Der

kollegiale Austausch in Teamkonferenzen, Fort- und Weiterbildungen und Supervision war für alle Gruppen gleichermaßen verbindlich. Die Einteilung in diese drei Einheiten ermöglichte es, für die Analyse ein differenzierteres Bild der Tätigkeiten auf der Psychosomatik zu gewinnen und ist ausschließlich zum Zwecke der Studie vorgenommen worden. In Tabelle 3 sind die Untersuchungsgruppen mit den jeweiligen Abkürzungen zusammengefasst.

Tabelle 3: Einteilung der Untersuchungsgruppen

Untersuchungsgruppe	Abkürzung
Arzt mit internistischem Schwerpunkt	Ä1
Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt	Ä2
Psychologe	P

2.3 Validitätsprüfung

Um einen Tätigkeitskatalog der Psychosomatik erstellen zu können, wurde zunächst ein eingehendes Literaturstudium betrieben. Besonders wichtig war hierbei die Aufstellung einer Modellstation mit Personalanzahlzahlen von Heuft et al. (1993) [44]. Anschließend wurde ein erstes Konzept mit Ärzten/ Psychologen der Psychosomatik diskutiert. Für die Sicherstellung der praktischen Anwendbarkeit wurde die Tätigkeitsliste an mehreren Pilottagen in einer psychosomatischen Fachabteilung geprüft und festgelegt. Es entstanden 16 Oberkategorien und 80 Unterkategorien.

Die Oberkategorien der Tätigkeiten sollen hier nur kurz anhand einiger Beispiele in der Tabelle 4 dargestellt werden, die ausführliche Liste sämtlicher Unterkategorien findet sich im Anhang A (S.97).

Tabelle 4: Tätigkeitskatalog Oberkategorien

Oberkategorien	Erklärung, Beispiele
Visite	Krankenbesuch, Exploration des Patientenbefindens und Krankheitsverlaufes
Anamnese/Erstgespräch	Aufnahme des Erkrankten, Erfassung der psychosomatischen Anamnese
Besprechungen	Interne Besprechung mit Klinikpersonal, in verschiedenen Konferenzen, Telefonate

Oberkategorien	Erklärung, Beispiele
Gespräch mit dem Patienten	Patienten oder Angehörigengespräch außerhalb der Visite, Anamnesegespräch und Therapien
Administration/ Dokumentation	Anordnungen/ Dokumentation des klinischen Verlaufes, Arztbrief, Befunden, Bürotätigkeiten
Tätigkeiten am Patienten	Ärztliche/ pflegerische Tätigkeiten, Untersuchungen, Funktionsdiagnostik
Supervision	Theoretische oder praktische Supervision
Therapien	Einzel- , Paar- , Familien- und Gruppentherapien
Pause	Erholungszeiten, Mittagspausen
Sonstiges	Persönliche und nichtärztliche Tätigkeiten
Weg	Wege durch das Krankenhaus
Forschung	Forschungskonferenzen, aktives Forschen
Lehre	Durchführung von Seminaren, Anleiten von Studenten
Notfall/ Krisenintervention	Notfallmedizinischen Maßnahmen, Gespräche zur Krisenintervention
Regulationshindernisse	Warten auf Kollegen oder Patienten, Computerprobleme, Suchen z. B. von Akten
Fort- und Weiterbildung	Fortbildungsveranstaltung, Seminare

Zusätzlich zu den durchgeführten Tätigkeiten wurden die Unterbrechungen im Arbeitsablauf aufgezeichnet. Dabei wurde sowohl die Dauer der Unterbrechung als auch durch welche Person diese verursacht wurde registriert, z. B. durch Patienten, Angehörige, Telefon, medizinisches Personal. Eine Unterbrechung wurde so definiert, dass ein Arzt/ Psychologe seine vorherige Tätigkeit zugunsten einer Anderen aufgeben musste. Der Arzt oder Psychologe musste beispielsweise die Tätigkeit *Akten einsehen* abbrechen, um der hereinkommenden Schwester eine Frage zu beantworten. Der Arzt/ Psychologe begann demzufolge die Tätigkeit *Besprechung mit Pflege/ Personal*.

Im Weiteren wurden die Telefonate näher betrachtet, um zu unterscheiden, aus welchem Grund der Arzt/ Psychologe telefonierte. Es wurde dabei differenziert zwischen Patienten- und Angehörigengespräch, Konsultation mit Fachpersonal, administrativem Gespräch mit der Pflege/ Stationssekretärin oder zwischen einem privaten Gespräch.

2.4 Tätigkeitsanalyse

Die Tätigkeitsanalyse wurde mithilfe eines computerbasierten Programms zur Erfassung ärztlicher Tätigkeiten durchgeführt [78]. Dieses ermöglichte eine sekundengenaue Zeitmessung des Arbeitsablaufes in der Psychosomatik. Während der Datenerhebung wurde ein Ultra- Mobile PC mit berührungssensitivem Monitor vom Beobachter in der Hand getragen. Der PC hatte ein sehr leichte Gewicht und eine kleine Größe von 3*12*23 cm. In Abb. 1 ist der Computer mit dem Tätigkeitserfassungsprogramm dargestellt. Der Beobachter befand sich in Sichtabstand zum Arzt/ Psychologen und wurde angewiesen keine Konversation zu führen. Durch diesen Untersuchungsaufbau wurde der Effekt einer Verhaltensänderung durch Beobachtung (Hawthorne- Effekt) von Seiten des Arztes/ Psychologen reduziert [32]. Das Programm ermöglichte, alle vorher festgelegten Tätigkeitskategorien auf dem Display des Handcomputers anzuzeigen. Durch einfaches Bewegen des Stiftes auf den Monitor wurde die betreffende Tätigkeit ausgesucht. Jede Tätigkeit hatte einen korrespondierenden Tab. Durch Druck auf den Bildschirm konnte diese Tätigkeit in ihrer Dauer registriert werden.

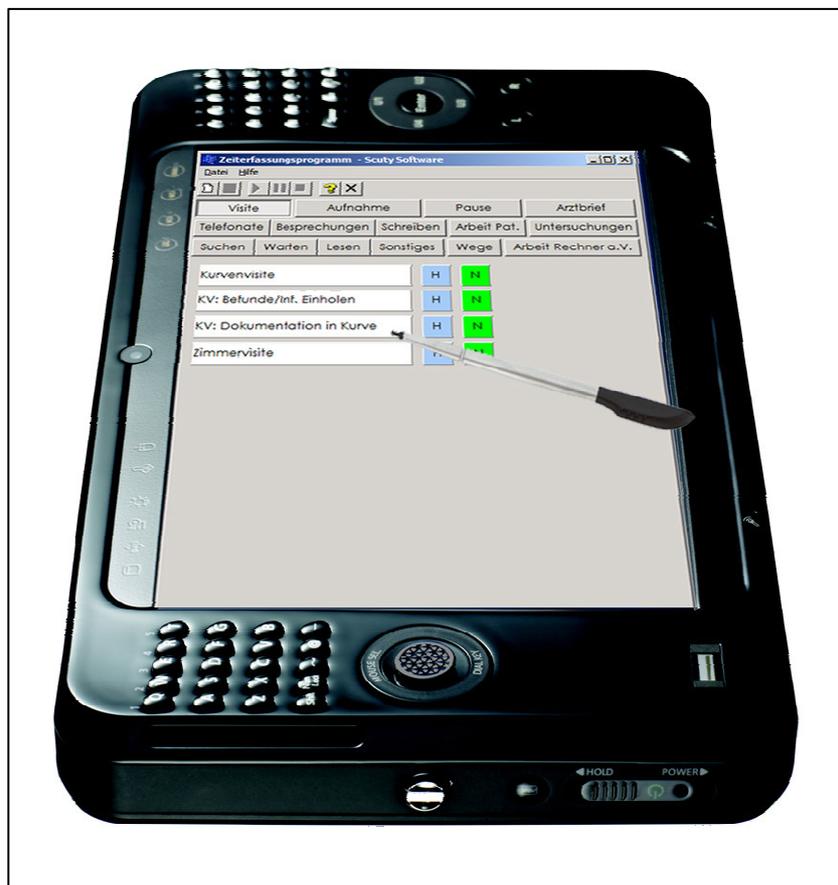


Abbildung 1: Computer mit Tätigkeitserfassungsprogramm [78]

Die Tätigkeit der Ärzte/ Psychologen wurde in Haupt- und Nebentätigkeit differenziert. Die zuerst begonnene Tätigkeit stellte hier immer die Haupttätigkeit dar. Eine Tätigkeit, die später zusätzlich aufgenommen wurde, wurde demgegenüber als Nebentätigkeit bezeichnet. Ein Beispiel hierfür ist die Anamneseerhebung im Erstkontakt mit dem Patienten oder in der Visite. Der Arzt führt das Gespräch mit dem Patienten und beginnt im Verlauf die Dokumentation in den Patientenunterlagen. Die Dokumentation ist dementsprechend die Nebentätigkeit.

Die Datenerhebung begann morgens im Arztzimmer und endete erst wenn der Arzt/ Psychologe seine Arbeit ebenfalls beendete. Das Programm musste morgens gestartet und am Ende mit einem Stopp- Button beendet werden.

Eine weiterführende Beschreibung der Analyseverfahren findet sich in der Veröffentlichung von Mache et al. (2008)[78].

2.5 Reliabilitätsprüfung

Um die Reliabilität der Methodik zu prüfen, fand an einem Arbeitstag eine Tätigkeitsanalyse über sechs Stunden durch zwei unabhängige Beobachter statt. Beide waren mit der Methodik vertraut und standen so zueinander, dass zwar die Einsicht auf den Bildschirm des Anderen nicht möglich war, jedoch die Sicht auf den Arzt uneingeschränkt blieb. Zudem war es untersagt miteinander zu kommunizieren. Das Ergebnis wies eine prozentuale Übereinstimmung von 97,51% auf.

2.6 Fragebogenanalyse

Um einen Eindruck von der subjektiven Arbeitsbelastung und –beanspruchung zu erlangen, wurden an die Ärzte und Psychologen psychometrische Fragebögen ausgeteilt. Diese hatten jeweils einige Tage Zeit für deren Beantwortung. Eine Verschlüsselung der personellen Daten auf dem Antwortbogen gewährleistete hierbei eine ausreichende Anonymität. Der 107- Items umfassende Bogen setzte sich aus zwei erprobten Erhebungsinstrumenten zusammen. Der Fragebogen ist im Anhang B angefügt. Zunächst wurden demographische Daten der teilnehmenden Ärzte/ Psychologen erfasst. Der Fragebogen wurde auf Grundlage von Skalen aus der verkürzten deutschen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erarbeitet [17]. Die ursprünglich dänische Fassung wurde von Kristensen et al. (2005) entwickelt [79]. Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) gilt als

Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Belastung und Beanspruchung bei der Arbeit [17]. Die Testgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität wurden von Nübling et al. (2005) hinreichend überprüft [17]. Durch die hohe Gebrauchstauglichkeit findet der Fragebogen in der Praxis häufig Anwendung [17]. Im Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) werden die Anforderungen am Arbeitsplatz wie quantitative oder emotionale Anforderungen erfragt. Des Weiteren werden eigene Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten ermittelt. Ebenfalls werden im COPSOQ Angaben zu den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz und zum Work-privacy conflict gemacht. Zusammenfassend geben die Skalen der Arbeits- und Lebenszufriedenheit Auskunft. In Abb. 2 werden die Skalen in ihrer Übersicht und thematischen Zugehörigkeit dargestellt.

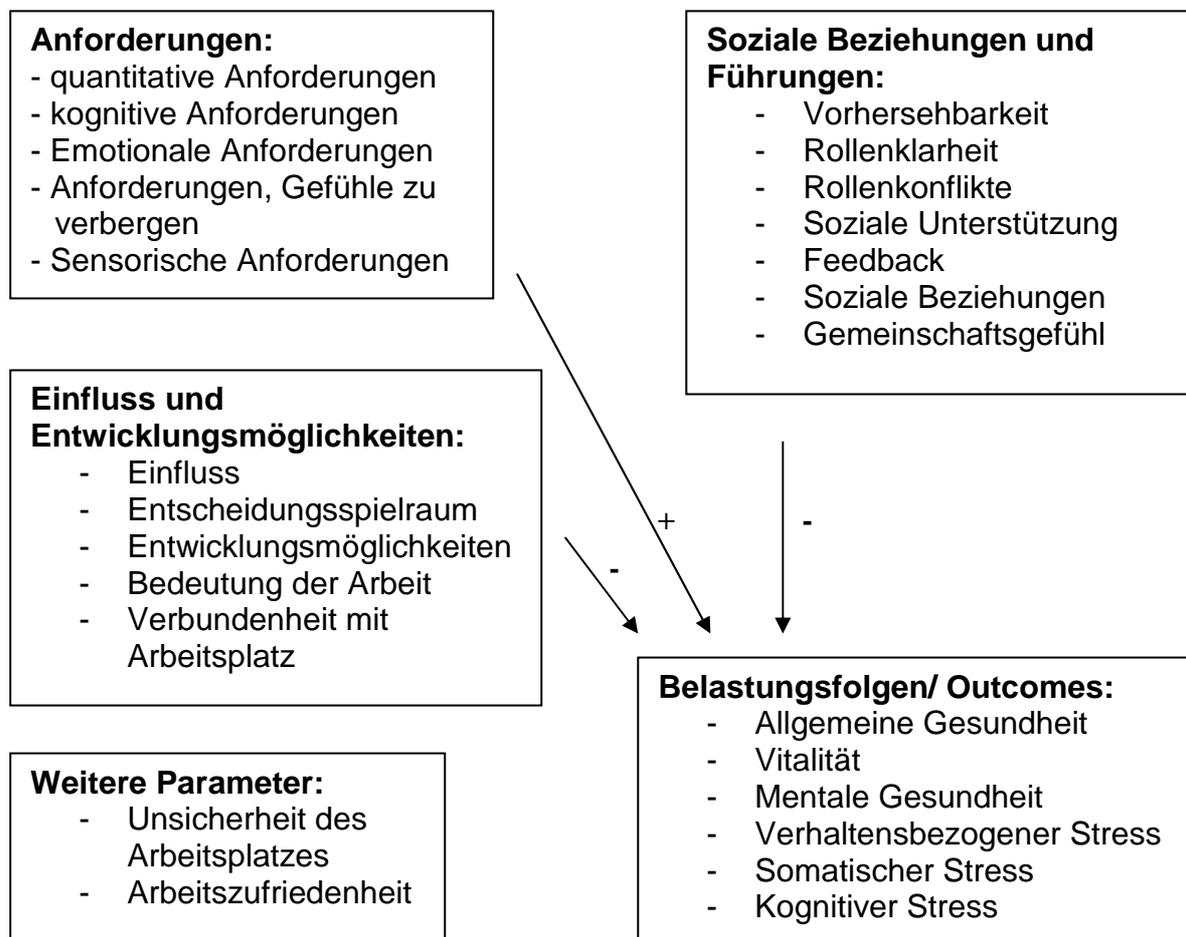


Abbildung 2: Fragebogen COPSOQ Skalenaufbau [17]

Der Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ist in Anlehnung an verschiedene Theoriemodelle zur Arbeitsbelastung und -beanspruchung entwickelt

worden, wie beispielsweise in Anlehnung an das „Demand- control (-support) model“ oder das „Effort- reward- imbalance model“ [17]. Dieser Fragebogen basiert dabei bewusst nicht auf einer einzelnen Theorie. Die Werte des COPSOQ wurden auf einer fünfstufigen Skalierung angegeben. In der Auswertung wurden die Daten auf eine Skalierung von 0 bis 100 transformiert. Niedrige Werte bedeuteten eine geringe Merkmalsausprägung und hohe Werte eine deutliche Übereinstimmung mit dem erfragten Item. Ein Beispielitem ist in Abb. 3 zu finden.

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>				

Abbildung 3: Fragebogen Beispielitem COPSOQ "Emotionale Anforderungen"

Es wurden weiter die Skalen aus dem Fragebogen Selbstwirksamkeit- Optimismus- Pessimismus Kurzform (SWOP- K9) mit aufgenommen [73]. Auch dieser Fragebogen gilt als hinreichend validiert [73]. Diese Skalen wurden zur Erfassung persönlicher Ressourcen eingesetzt. Hier wurde zwischen fünf Wertebereichen ausgewählt, wobei eins für „fast nie“ und fünf für „immer“ stand. Abb. 4 zeigt ein Beispielitem.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinn verlaufen.	<input type="checkbox"/>				

Abbildung 4: Fragebogen Beispielitem SWOP- K9

Es wurden 35 Fragebögen ausgeteilt. Die Rücklaufquote der ausgeteilten Fragebögen betrug 88,57%.

2.7 Auswertung und Statistik

Die Daten der Tätigkeitsanalyse wurden mithilfe des Programms Microsoft- Access 2000 (Microsoft Cooperation®) erfasst. Anschließend wurden die Daten in SPSS® 17.0 und Microsoft- Excel 2003 (Microsoft Cooperation®) konvertiert und ausgewertet. Die deskriptive Statistik und die explorative Datenanalyse wurden mit SPSS® 17.0 durchgeführt. Der Vergleich der Mittelwerte und der Einzelvergleich wurden mit nichtparametrischen Methoden vollzogen. Hier kamen der Kruskal- Wallis Test und der Mann- Whitney- U Test zum Einsatz. Aufgrund der möglichen Alphafehler- Kumulierung wurde eine Bonferroni- Korrektur vorgenommen. Es wurden Werte $p > .05$ und $p > .01$ als statistisch signifikant angenommen.

Die Daten aus den Fragebögen wurden je nach Skalierung zunächst mit SPSS® 17.0 umgepolt und mit der explorativen Datenanalyse dargestellt und ausgewertet. Zur Prüfung der Normalverteilung wurde der Test nach Kolmogoroff- Smirnov verwendet. Je nach Verteilung wurden die Mittelwerte mit dem Kruskal- Wallis- Test oder mit der univariante Varianzanalyse (ANOVA) vergleichend ausgewertet. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde im Einzelvergleich der Mann- Whitney U- Test verwendet und eine Bonferroni- Korrektur vorgenommen.

Die Korrelationsstatistik wurde bei Normalverteilung mit dem Pearson Korrelationskoeffizienten berechnet. Für nicht normalverteilte Daten wurde die Analyse nach Spearman- Rho verwendet.

Die Graphiken wurden mit SPSS® 17.0 oder mit Microsoft- Excel 2003 (Microsoft Cooperation®) erstellt.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten der Studienteilnehmer

An der Tätigkeitsanalyse in der Psychosomatik nahmen 6 Psychologen (P) und 14 Ärzte teil, davon waren 6 der Gruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) und 8 der Gruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) zugeordnet. 10 Ärzte/ Psychologen waren davon in Aus- und Weiterbildung. Das durchschnittliche Alter betrug 40,6 Jahre (J) (SD= 9,88 J; Min= 28 J; Max= 62 J). Es nahmen 15 weibliche und 5 männliche Ärzte/ Psychologen teil. Zum Familienstand gaben 15 Ärzte/ Psychologen an, in einer Partnerschaft (verheiratet und nicht verheiratet) zu leben, 5 Ärzte/ Psychologen gaben an, allein (ledig oder verwitwet) zu leben. 10 Studienteilnehmer hatten Kinder. Die Dauer der Berufstätigkeit variierte von 15% der Teilnehmer unter einem Jahr, 10% zwischen 1- 2 Jahren, 15% zwischen 3- 5 Jahren sowie 60% über 5 Jahre.

An der Fragebogenerhebung nahmen 31 Ärzte/ Psychologen teil. Die Verteilung der Untersuchungsgruppen lag hier bei 14 Ärzten, die der Gruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) zugeordnet waren und 8 Ärzten der Gruppe der vorwiegend internistisch tätigen Ärzte (Ä1). Zusätzlich trugen 9 Psychologen (P) zur Fragebogenerhebung mit bei.

3.2 Arbeitszeiten in der Psychosomatischen Medizin

Die Erhebung des Datenmaterials fand an insgesamt 60 Arbeitstagen statt. Dabei wurden 503:12:25 Arbeitsstunden aufgezeichnet. Die durchschnittliche Arbeitsdauer der 14 Ärzte/ Psychologen, die eine Vollzeitstelle hatten, betrug 09:02:53 Stunden (h) (95%-KI 8:20:19h- 9:45:26h). 6 Ärzte/ Psychologen arbeiteten in Teilzeit, hier war die durchschnittliche Arbeitsdauer 06:50:37h (95%- KI 5:39:10h- 8:02:03h). Die Arbeitszeiten der einzelnen Untersuchungsgruppen sind in Tabelle 5 (S. 33) zusammengefasst.

Die Gestaltung der Pausenaktivität nahm durchschnittlich für alle Untersuchungsgruppen gemittelt ein Zeitanteil von 8,02% (95%-KI 6,79%- 9,25%) des Gesamtarbeitstages ein. Die Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) wies einen Zeitanteil von 10,06% (95%- KI 7,40%- 12,73%) vor. Die Pause beanspruchte einen Tagesanteil von 8,11% (95%- KI 5,18%- 11,03%) für die Psychologen (P) sowie ein Zeitanteil von 6,42% (95%- KI 5,21%- 7,64%) in der Gruppe der psychotherapeutisch

Ergebnisse

arbeitenden Ärzte (Ä2). Der Vergleich der Mittelwerte war signifikant ($\chi^2= 7.29$; $df= 2$; $p < .05$).

Tabelle 5: Ergebnis der Arbeitszeiten in der Psychosomatik

Untersuchungsgruppe	8- Stunden Arbeitstag		6- Stunden Arbeitstag	
	<i>M</i> (hh:mm:ss)	95%- KI (hh:mm:ss)	<i>M</i> (hh:mm:ss)	95%- KI (hh:mm:ss)
Psychologe (P)	09:41:19	08:02:13- 11:20:25	06:24:15	04:23:32- 08:24:57
Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1)	08:39:56	06:54:02- 10:25:51	07:15:26	00:00:00- 00:00:00
Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2)	08:55:05	07:25:01- 10:25:08	06:59:55	02:47:02- 11:12:49

Um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen, wurden im Folgenden die Tagesanteile der einzelnen Tätigkeiten berechnet. Diese Zeitanteile wurden bezogen auf die jeweilige Gesamtdauer des Arbeitstages der einzelnen Studienteilnehmer. Auch zur Berechnung der Zeitanteile der Nebentätigkeiten diente diese Gesamtdauer des jeweiligen Arbeitstages als Referenz.

3.3 Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse in der Psychosomatischen Medizin

3.3.1 Zeitanteile der Oberkategorien

Die in der Tätigkeitsanalyse erfassten Zeitanteile der Oberkategorien werden an dieser Stelle für die jeweiligen Untersuchungsgruppen angegeben. Eine graphische Darstellung der zehn häufigsten Oberkategorien der einzelnen Untersuchungsgruppen ist nach dem jeweiligen Abschnitt zu entnehmen.

Untersuchungsgruppe: Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1)

Die Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) verbrachte die meisten Arbeitszeit mit Administration, Besprechungen mit Personal und der Krankenvsichte. Die Administration/ Dokumentation nahm einen Zeitanteil von 24,27% (95%- KI 17,14%- 31,41%) in Anspruch. Der kommunikative Austausch mit Kollegen war mit einem Tagesanteil von 23,44% (95%- KI 14,51%- 32,37%) zu verzeichnen. Die Visite

Ergebnisse

beanspruchte einen Zeitanteil von 12,55% (95%- KI 6,37%- 18,73%). Das Erstgespräch mit neu aufgenommenen Patienten nahm einen Tagesanteil von 8,62% (95%- KI 1,11%-16,13%) ein. Einen Zeitanteil von 3,72% erforderten Wege in der Klinik (95%- KI 2,36%- 5,08%). Gespräche mit dem Patienten außerhalb der bisher genannten Kategorie wurden mit einem Zeitanteil von 3,41% am Gesamttag verzeichnet (95%- KI 1,25%- 5,57%). Im Weiteren wurden ein Zeitanteil von 3,39% (95%- KI 2,03%- 4,75%) mit sonstigen Tätigkeiten und ein Anteil von 3,36% (95%- KI -2,23%- 8,96%) mit Therapien verbracht. Zwischen 1- 2% des Tagesanteil fielen an Tätigkeiten am Patienten, Supervision, Fort- und Weiterbildung und Regulationshindernisse. Unter 1% Anteil am Arbeitstag nahmen Aktivitäten wie Forschung, Lehre sowie Notfall/ Krisenintervention ein. Die zehn häufigsten Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt- Internistisch (Ä1) sind in Abb. 5 ersichtlich.

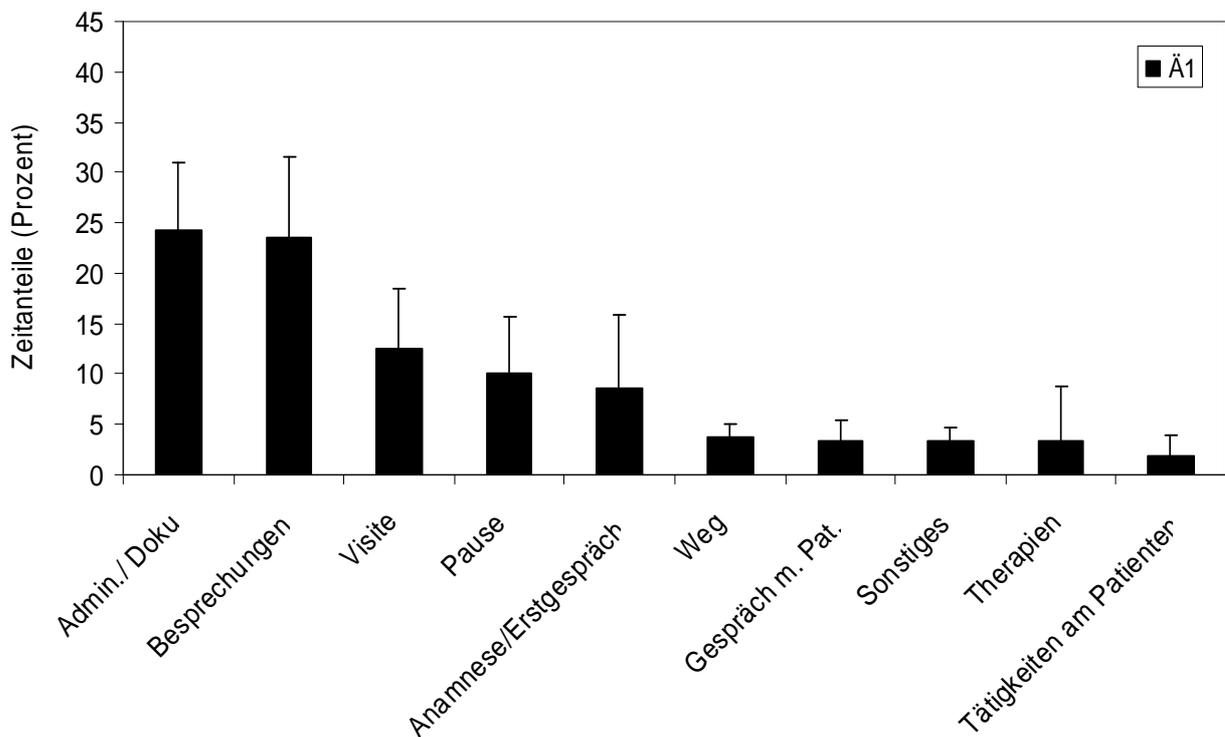


Abbildung 5: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1)

Untersuchungsgruppe: Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2)

In der Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) waren als häufigste Tätigkeiten die Durchführung von Therapien, Besprechungen mit

Ergebnisse

medizinischem Personal und Administration/ Dokumentation zu verzeichnen. In dieser Gruppe wurde ein Anteil am Gesamtarbeitstag von 31,08% (95%- KI 20,19%- 41,97%) für Therapien aufgezeichnet. Die Besprechungen mit Kollegen nahm ein Zeitanteil von 23,17% in Anspruch (95%- KI 17,64%- 28,69%) und Tätigkeiten für Administration/ Dokumentation nahmen einen Tagesanteil von 14,12% (95%- KI 9,21%- 19,03%) ein. Für die Krankenvsichte benötigten diese Gruppe von Ärzten einen Zeitanteil von 5,65% (95%- KI 0,81%- 5,65%) und für Gespräche mit dem Patienten einen Tagesanteil von 4,58% (95%- KI 1,87%- 7,29%). Für die Wege im Krankenhaus ergab sich ein Tagesanteil von 4,12% (95%- KI 2,91%- 5,33%). Das Erstgespräch mit dem Patienten erforderte einen Zeitanteil von 3,22% (95%- KI 0,37%- 6,07%). Für sonstige Tätigkeiten wurde ein Zeitanteil von 3,17% (95%- KI 1,97%- 4,37%) und für Supervision ein Zeitanteil von 2,55% (95%- KI -0,77%- 5,88%) aufgewendet. Unter 1% des Anteils am Gesamtarbeitstag fielen auf Regulationshindernisse, Fort- und Weiterbildung, Tätigkeiten am Patienten, Forschung und Lehre sowie auf die Kategorie Notfall/ Krisenintervention. Die zehn häufigsten Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt-Psychotherapeutisch (Ä2) sind in Abb. 6 graphisch dargestellt.

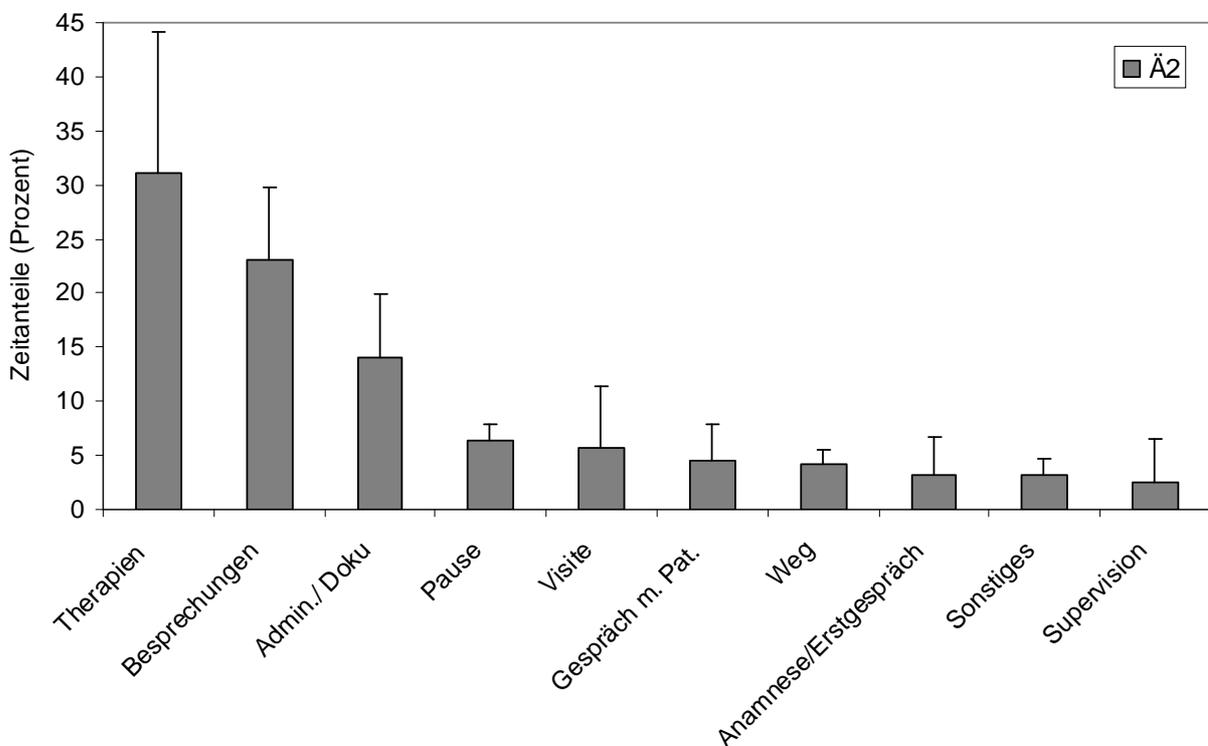


Abbildung 6: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2)

Ergebnisse

Untersuchungsgruppe: Psychologe (P)

In der Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) wurde mit einem Zeitanteil von 40,27% ein großer Teil des Tages in Therapiesitzungen verbracht (95%- KI 31,96%- 48,59%). Für Besprechungen ergab sich ein Tagesanteil von 16,33% (95%- KI 13,97%- 18,69%) und für Administration/ Dokumentation ein Anteil von 15,46% (95%- KI 10,01%- 20,91%). Die Wege, die im Krankenhaus zurückgelegt wurden, wiesen einen Zeitanteil von 4,48% auf (95%- KI 3,19%- 5,78%). Ein geringerer Zeitaufwand wurde für sonstige Aktivitäten mit einem Anteil von 3,42% (95%- KI 1,44%- 5,40%) aufgebracht, zwischen 1- 3% des Anteils am Gesamtarbeitstag waren Zeiten für Regulationshindernisse, Supervision, Anamnese/ Erstgespräch, Gespräche mit dem Patienten und Forschung. Unter 1% des Tagesanteils waren Lehrtätigkeiten, Tätigkeiten am Patienten, Fort- und Weiterbildungszeiten sowie die Durchführung von notfallmedizinischen Maßnahmen/ Krisenintervention zu finden. Eine graphische Darstellung der zehn häufigsten Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Psychologe (P) ist in Abb. 7 ersichtlich.

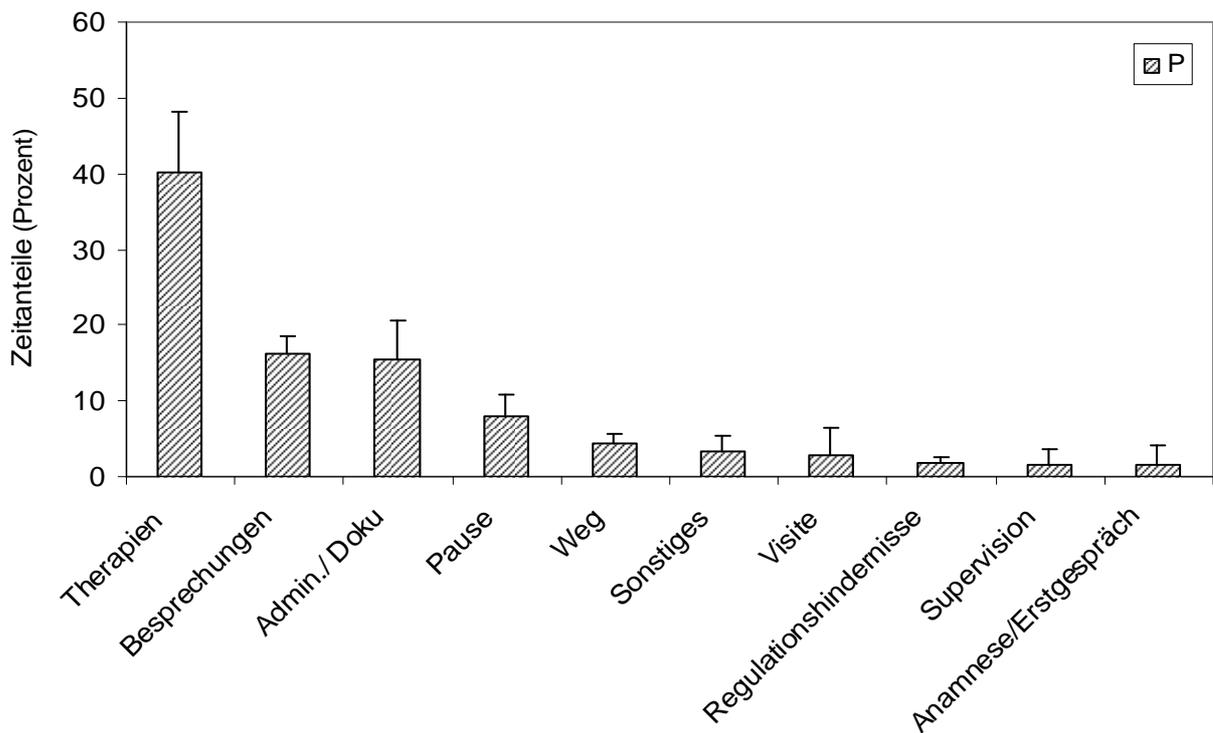


Abbildung 7: Zeitanteile der Oberkategorien der Untersuchungsgruppe Psychologe (P)

3.3.2 Zeitanteile für Administration und Dokumentation

Ein deutlicher Unterschied innerhalb der Untersuchungsgruppen wurde für die Zeitanteile von Administration/ Dokumentation verzeichnet. Für die Zeitanteile für Administration und Dokumentation wurden zusätzlich sämtliche zugehörigen Zeitanteile außerhalb der Kategorie Administration/ Dokumentation summiert, wie beispielsweise die Dokumentation in Visiten/ Anamnesegesprächen und Therapien. Somit ergab sich ein Zeitanteil für die überwiegend internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) von 27,26% des Tages (95%- KI 20,62%- 33,89%). Für die Gruppen der Psychologen (P) und Ärzte-Psychotherapeutisch (Ä2) fand sich hier einen Tagesanteil von 17,55% (P: 95%- KI 12,27%- 22,82%) bzw. von 15,74% (Ä2: 95%- KI 11,60%- 19,88%). Die Mittelwerte unterschieden sich signifikant ($\chi^2= 7.42$; $df= 2$; $p < .05$).

Die Hypothese 1 kann demzufolge angenommen werden². Im Einzelgleich der Mittelwerte zeigte sich, dass sich die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) signifikant von der Gruppe der Psychologen (P) und den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten (Ä2) unterschied (U= 5.00; $p < .05$) bzw. (U= 5.00; $p < .01$). Zwischen den Psychologen (P) und den Ärzten-Psychotherapeutisch (Ä2) wurde hingegen kein Unterschied deutlich (U= 17.00; $p = .36$; n. s.).

Es wurde eine weitere Unterteilung der Dokumentations- und Administrationszeit in administrative Tätigkeiten und klinische Dokumentation vorgenommen. Eine graphische Darstellung der Zeitanteile findet sich in Abb. 8 (S.38).

Administrative Tätigkeiten

Der Anteil an administrativen Tätigkeiten, wie beispielsweise Kodieren, die Bearbeitung von Angelegenheiten der Krankenkassen oder das Ausfüllen von Anforderungsscheinen für weiterführende Untersuchungen unterschied sich in allen drei Untersuchungsgruppen nicht signifikant voneinander ($\chi^2= 2.58$; $df= 2$; $p = .28$; n. s.). Die Zeitanteile betragen für die Gruppe der Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) 5,76% (95%- KI 4,45- 7,08%). Die Psychologen (P) wiesen einen Zeitanteil von 6,45% (95%- KI 4,19%- 8,71%) und die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) einen Zeitanteil von 8,13% (95%- KI 4,95%- 11,30%) auf.

² H1: Die Zeitanteile für Dokumentation/ Administration unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen

Ergebnisse

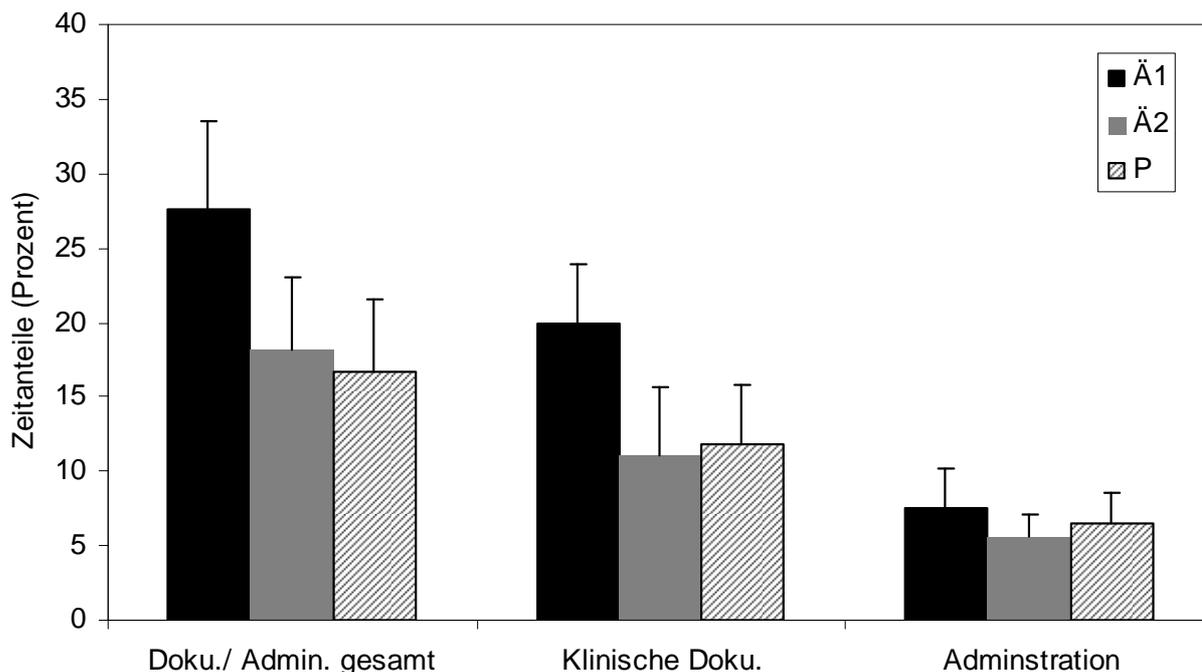


Abbildung 8: Zeitanteile für Administration und Dokumentation der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Klinische Dokumentation

Die klinische Dokumentation umfasste Tätigkeiten wie beispielsweise das Verfassen von Berichten in Patientenakten oder in Form von Arztbriefen. Für die Arztgruppe Internistisch (Ä1) ergab sich in dieser Unterscheidung einen Zeitanteil von 19,13% (95%-KI 15,20%- 23,05%). Die untersuchte Gruppe der Psychologen (P) erhielt dagegen Tagesanteile klinisch zuzuordnender Dokumentation von 11,10% (95%-KI 6,64%- 15,56%) und die Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) einen Zeitanteil von 10,11% (95%- KI 6,23%- 13,99%). Auch diese Unterteilung der klinischen Dokumentation wies ein signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen auf ($\chi^2 = 8.37$; $df = 2$; $p < .05$). Der Einzelvergleich verdeutlichte zusätzlich, dass sich die Gruppe der internistisch tätigen Ärzte (Ä1) von den Psychologen (P) und den psychotherapeutischen Ärzten (Ä2) signifikant unterschied ($U = 3.00$; $p < .05$) bzw. ($U = 4.00$; $p < .01$). Die psychotherapeutisch arbeitenden Gruppen der Ärzte (Ä2) und Psychologen (P) zeigten keinen signifikanten Unterschied auf ($U = 22.00$; $p = .80$; n. s.).

3.3.3 Unterbrechungen, Tätigkeitswechsel und Multitasking- Aktivität

Im Rahmen der Tätigkeitsanalyse wurden Unterbrechungen im Arbeitsablauf, Tätigkeitswechsel sowie die Multitasking- Aktivität der Ärzte und Psychologen aufgezeichnet.

Unterbrechungen im Arbeitsablauf

Die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) wies eine Anzahl an Unterbrechungen pro Stunde (h) von 2,32/ h (95%-KI 1,63 /h- 3,01/ h) auf und erreichte somit einen Zeitanteil für Unterbrechungen von 2,94% am Tag (95%-KI 2,05%- 3,82%). Die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) wurden mit einer Anzahl von 1,54/ h (95%-KI 0,61/ h- 2,47/ h) in ihrem Arbeitsablauf unterbrochen. Die Unterbrechungen erforderten in dieser Gruppe einen Zeitanteil von 2,30% (95%-KI 0,90%- 3,71%) des Gesamtarbeitstages. Die Anzahl an Unterbrechungen/ Stunde betrug für die Psychologen (P) 0,92/ h (95%-KI 0,08/ h- 1,75/ h), dabei wurde ein Zeitanteil von 1,55% (95%-KI 0,09%- 2,99%) für Unterbrechungen nachgewiesen. Eine graphische Darstellung der Anzahl der Unterbrechungen pro Stunde ist in Abb. 9 (S.40) ersichtlich. Die Mittelwerte der Anzahl an Unterbrechungen/ Stunde unterschieden sich zwischen den Untersuchungsgruppen signifikant ($\chi^2= 6.59$; $df= 2$; $p < .05$). Dabei zeigte im Einzelvergleich die Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) einen signifikanten Unterschied zu der Gruppe der Psychologen (P) ($U= 2.00$; $p < .01$). Die Gruppe der psychotherapeutischen Ärzte (Ä2) wies gegenüber den internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) und den Psychologen (P) keinen Unterschied auf ($U= 13.00$; $p= .16$; n. s.) bzw. ($U= 14.50$; $p= .22$; n. s.).

Die längsten Unterbrechungen wurden durch eingehende Telefonate verursacht. Hier zeigte sich eine Dauer für alle Untersuchungsgruppen gemittelt von 387 Sekunden/ Tag (s/ d) (95%- KI 256 s/ d- 519 s/ d). Als zweitlängster Unterbrechungsgrund erwies sich die Unterbrechung durch andere Ärzte/ Psychologen mit einer Dauer von 199 s/ d (95%- KI 134 s/ d- 263 s/ d). Die Unterbrechung durch Patienten beanspruchte einen Zeitaufwand von 180 s/ d (95%- KI 71 s/ d- 289 s/ d) und durch das weitere medizinische Personal ein Zeitaufwand von 139 s/ d (95%- KI 74 s/ d- 204 s/ d).

Ergebnisse

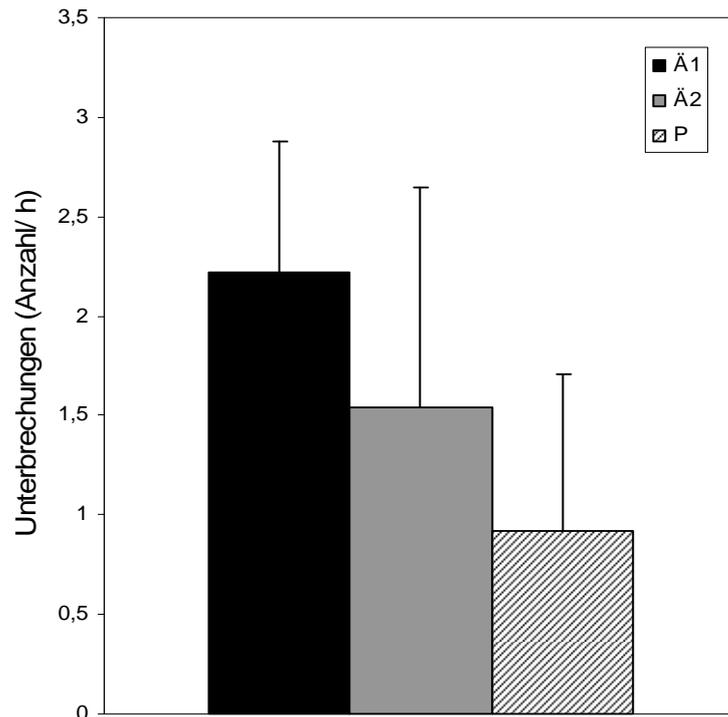


Abbildung 9: Ergebnis Anzahl der Unterbrechungen pro Stunde der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Tätigkeitswechsel

Die internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) wiesen mit einer Anzahl von 42,15/ Stunde (h) (95%- KI 29,96/ h- 54,34/ h) zahlreiche Tätigkeitswechsel auf. Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologen (P) wiesen dagegen einen weniger wechselhaften Arbeitstag vor mit einer Anzahl von Tätigkeiten von 26,95/ h (Ä2: 95%- KI 18,51/ h- 35,39/ h) bzw. von 22,05/ h (P: 95%- KI 16,70/ h- 27,41/ h).

Multitasking- Aktivitäten

Der höchste Anteil an simultan ausgeführten Tätigkeiten ergab sich in der Gruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1). Knapp 12% des Tages wurde mit Multitasking verbracht (M= 11,91%; 95%-KI 5,06%- 18,76%). Die Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) wies einen geringeren Zeitanteil von 6,23% (95%- KI 2,77%- 9,69%) an Multitasking- Aktivität auf, ähnlich wie die Gruppe der Psychologen (P) mit einem Tagesanteil von 5,22% (95%- KI 3,35%- 7,10%). Die Zeitanteile für Multitasking- Aktivitäten sind in Abb. 10 (S.41) graphisch dargestellt. Der

Ergebnisse

Einzelvergleich verdeutlichte den signifikanten Unterschied zwischen den internistisch arbeitenden Ärzten (Ä1) und der Gruppe der Psychologen (P) ($U= 4.00$; $p< .05$). Die Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) wiesen keinen signifikanten Unterschied zu den internistischen Kollegen (Ä1) und der Gruppen der Psychologen (P) auf ($U= 10.00$; $p= .07$; n. s.) bzw. ($U= 24.00$; $p= 1.00$; n. s.).

Die häufigste Kombination der Multitasking- Aktivität stellte *Arztbrief verfassen* und gleichzeitig die *Patientenakte einsehen* dar. Weitere häufige Kombinationen waren die *Anamneseerhebung* im Erstgespräch bei gleichzeitiger *Dokumentation/ Anordnung* in den Akten. In der Visite waren sehr häufige simultane Tätigkeiten aufzuweisen, wie beispielsweise das *ärztliche Gespräch mit dem Patienten* bei gleichzeitigem *Akteneinsehen/ Dokumentation*. Auch die *Vor- oder Nachbesprechung mit dem medizinischem Personal* in der Visite wurde häufig kombiniert mit *Akte/ Befunde einsehen* oder *Dokumentation/ Anordnung*.

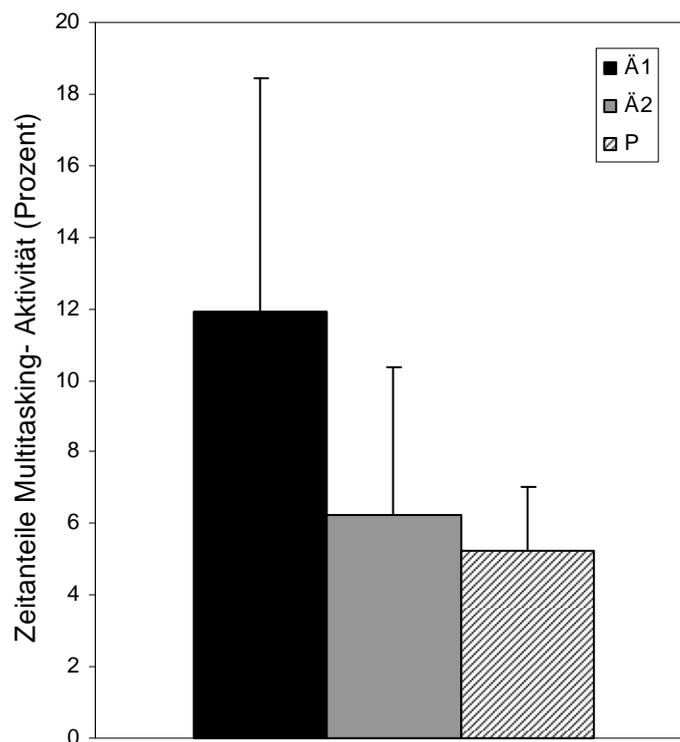


Abbildung 10: Zeitanteile für Multitasking- Aktivität der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse wiesen den Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen bezüglich der Anzahl der Unterbrechungen und Multitasking-Anteile auf, für die Tätigkeitswechsel zeigte sich jedoch kein Unterschied.

Damit kann die Hypothese 2 nur partiell bestätigt werden³. Für die Unterbrechungen und den Anteil an Multitasking kann diese angenommen werden, für die Tätigkeitswechsel muss die Hypothese jedoch verworfen werden.

3.3.4 Zeitanteile für Nebentätigkeiten

Die Nebentätigkeit wurde charakterisiert als Tätigkeit, die zusätzlich zu einer schon durchgeführten Tätigkeit aufgenommen wurde. In der folgenden Tabelle 6 sind für die drei Untersuchungsgruppen (Ä1= Arzt mit internistischem Schwerpunkt, Ä2= Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, P= Psychologe) die Zeitanteile der drei häufigsten Oberkategorien der Nebentätigkeiten zusammengefasst. Zusätzlich sind die Zeitanteile der jeweils häufigsten Unterkategorien angefügt.

Tabelle 6: Zeitanteile für Nebentätigkeiten

Oberkategorie	M	95%- KI	Unterkategorie	M	95%- KI	
Ä1 Administration/ Dokumentation	4,51%	0,72%- 8,31%	Akte einsehen	2,51%	0,16%- 4,87%	
	Besprechungen	3,05%	1,39%- 4,70%	Besprechung mit Ärzten/ Psych.	1,30%	-0,39%- 2,98%
	Visite	2,34%	1,07%- 3,61%	Dokumentation/ Anordnung	1,01%	0,52%- 1,51%
Ä2 Besprechungen	2,17%	1,29%- 3,06%	Besprechung mit Pflege/ Personal	0,88%	0,12%- 1,73%	
	Administration/ Dokumentation	1,97%	0,93%- 3,06%	Akte einsehen	1,12%	0,37%- 1,86%
	Anamnese/ Erstgespräch	0,60%	-0,11%- 1,32%	Körperliche Untersuchung	0,27%	-0,37%- 0,91%
P Administration/ Dokumentation	2,25%	0,91%- 3,59%	Akte einsehen	1,38%	0,28%- 2,48%	
	Besprechungen	1,77%	0,73%- 2,81%	Besprechung mit Ärzten/ Psych.	1,02%	0,15%- 1,89%
	Anamnese/ Erstgespräch	0,58%	-0,45%- 1,60%	Fremdanamnese	0,19%	-0,29%- 0,67%

³ H2: Es zeigen sich Unterschiede bezüglich der Unterbrechungen am Arbeitstag, Tätigkeitswechseln und Multitasking- Anteilen zwischen den zu untersuchenden Gruppen.

3.4 Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse zur Kommunikation in der Psychosomatischen Medizin

3.4.1 Zeitanteile für Kommunikation in der Psychosomatik

Mithilfe der objektiven Tätigkeitsanalyse wurden Zeitanteile für Kommunikation am Arbeitstag von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatik erfasst. Um einen Eindruck zu bekommen, welchen Stellenwert die Kommunikation in der Psychosomatik einnehmen kann, wurden zunächst sämtliche Kommunikationsanteile der Ärzte/ Psychologen mit dem Patienten und dem weiteren medizinischen Personal zusammengefasst. In Abb. 11 sind die Ergebnisse zunächst graphisch dargestellt.

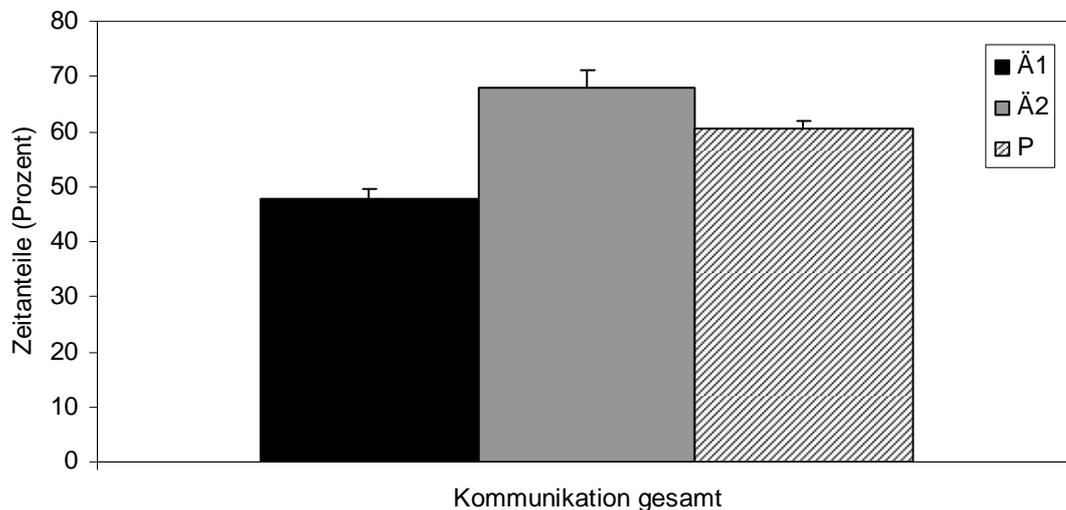


Abbildung 11: Zeitanteile für Kommunikation der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Für die Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) ergab sich in dieser Zusammenfassung ein Zeitanteil von 68,10% für die Kommunikation am Arbeitstag (95%-KI 62,34%- 73,85%). Die Psychologen (P) wiesen einen Tagesanteil von 60,95% auf (95%-KI 54,86%- 67,03%). Die Gruppe der überwiegend internistisch tätigen Ärzte (Ä1) erlangte einen Zeitanteil von 47,63% am Gesamtarbeitstag an Kommunikation insgesamt (95%-KI 39,89%- 55,37%). Die ermittelten Zeitanteile der Untersuchungsgruppen unterschieden sich signifikant ($\chi^2=12,41$; $df=2$; $p<.01$).

Ergebnisse

Die Hypothese 3a konnte damit angenommen werden⁴. Im Einzelvergleich wurde nachgewiesen, dass sich der Zeitanteil der Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) signifikant gegenüber demjenigen der Psychologen (P) ($U= 2.00$; $p< .01$) sowie gegenüber dem Zeitanteil der Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) ($U= 1.00$; $p< .01$) unterschied. Die Psychologen (P) zeigten hingegen für die Zeitanteile der zusammenfassten Kommunikation keinen signifikanten Unterschied gegenüber den Ärzten mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) auf ($U= 9.00$; $p= .06$; n. s.).

Es wurde weiter differenziert in Kommunikationsanteile mit Patienten gegenüber den Kommunikationsanteilen mit Kollegen.

3.4.2 Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten

Die Kommunikation mit dem Patienten beinhaltete die Gespräche mit dem Patienten in den Kategorien Visite, Anamnesegespräche, in Therapien sowie in zusätzlichen Gesprächen. Die Gespräche mit Angehörigen wurden hierbei ebenso einbezogen. Dementsprechend zusammengefasst wiesen die teilnehmenden Psychologen (P) einen Zeitanteil von 42,38% für Gesprächen mit dem Patienten auf (95%- KI 36,22%- 48,53%). Die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) zeigten hier einen Zeitanteil von 40,51% (95%- KI 32,28%- 48,74%) und die Ärzte- Internistisch (Ä1) einen Anteil von 20,13% am Gesamtarbeitstag (95%- KI 11,81%- 28,46%). Die Mittelwerte unterschieden sich im Vergleich signifikant ($\chi^2= 11.17$; $df= 2$; $p< .01$).

Es kann damit die Hypothese 3b angenommen werden⁵. Der Einzelvergleich wies nach, dass sich die Untersuchungsgruppe der vorwiegend internistisch tätigen Ärzte (Ä1) von den Ärzten mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) ($U= 2.00$; $p> .01$) und von den Psychologen (P) ($U= 0.00$; $p> .01$) signifikant unterschied. Die Psychologen (P) zeigten keinen Unterschied gegenüber der Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) ($U= 19.00$; $p= .52$; n. s.).

⁴ H3a: Die Zeitanteile für Kommunikation unterscheiden sich in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.

⁵ H3b: Die Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten unterscheiden sich zwischen den zu untersuchenden Gruppen.

Ergebnisse

Abb. 12 verdeutlicht die Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten.

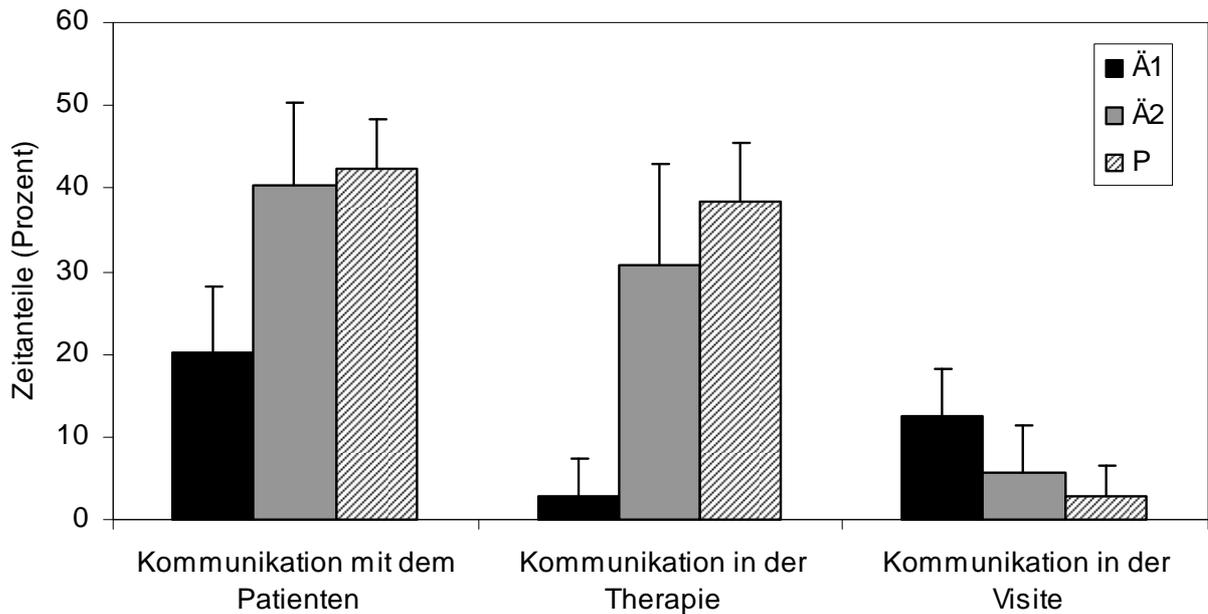


Abbildung 12: Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Kommunikation im Rahmen der Therapien

Den größten Anteil an Kommunikation mit dem Patienten bildete in den Untersuchungsgruppen der Psychologen (P) und Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) die Kommunikation im Rahmen der Therapien. Für die Psychologen (P) ergab sich ein Zeitanteil von 38,45% (95%- KI 31,11%- 45,79%) und für die Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) einen Anteil von 30,61% (95%- KI 20,23%- 40,99%) am Gesamtarbeitstag. Die Untersuchungsgruppe der schwerpunktmäßig internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) wies einen Zeitanteil von 2,87% an Therapiegesprächen (95%- KI -1,80%- 7,54%) vor. Die Einzeltherapie stand dabei im Vordergrund mit einem Tagesanteil von 27,37% (95%- KI 19,58%- 35,16%) für die Psychologen (P) und für die Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) mit einem Zeitanteil von 21,43% (95%- KI 19,58%- 35,16%). Gruppentherapie beanspruchte einen Tagesanteil von 9,73% (95%- KI 7,71%- 11,75%) für die Psychologen (P) und einen Anteil am Arbeitstag von 8,68% für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte (Ä2) (95%- KI 1,47%- 15,88%). Familien- und Paartherapie war mit einem Zeitanteil von 0,61% in allen Gruppen selten zu verzeichnen (95%- KI -0,13%- 1,34%). Die Mittelwerte in der

Ergebnisse

Oberkategorie Therapie unterschieden sich zwischen den Untersuchungsgruppen signifikant ($\chi^2= 13.11$; $df= 2$; $p< .01$). Die Psychologen (P) sowie die Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischen Schwerpunkt (Ä2) zeigten im Vergleich einen signifikanten Unterschied zu den Ärzten der Gruppe Arzt- Internistisch (Ä1) ($U= 0.00$; $p> .01$) bzw. ($U= 0.00$; $p> .01$).

Kommunikation in der Visite

Bei den Teilnehmern, die der Untersuchungsgruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) zugeordnet waren, ergab sich die längste Zeit in der Oberkategorie Visite ($M= 12,55\%$; 95%- KI 6,37%- 18,73). Die Ärzte, die überwiegend psychotherapeutisch arbeiteten (Ä2) zeigten hingegen einen Zeitanteil von 5,65% (95%- KI 0,81%- 5,65%), die Psychologen einen Zeitanteil von 2,79% (95%- KI -1,12%- 6,70%) auf. Die Mittelwerte erwiesen einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($\chi^2= 6.84$; $df= 2$; $p< .05$). Insbesondere unterschieden sich hier die Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) von den Psychologen (P) ($U= 3.00$; $p< .05$). Für die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) bildeten die Gespräche mit dem Patienten, die während der Visite geführt wurden, einen wichtigen Anteil an der Patientenkommunikation. Diese Visitingespräche beanspruchten einen Zeitanteil von 7,09% des Gesamttag eines überwiegend internistisch tätigen Arztes (Ä1) (95%- KI 3,95%- 10,22%). In der Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) nahmen diese Gespräche einen Zeitanteil von 2,78% (95%- KI -0,93%- 6,48%) und bei den Psychologen (P) einen Zeitanteil von 1,02% (95%- KI -0,28%- 2,33%) ein. Der Vergleich der Mittelwerte ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ($\chi^2= 7.75$; $df= 2$; $p< .05$).

Kommunikation im Anamnesegespräch sowie verbleibende Anteile

Die Gespräche mit dem Patienten im Anamnesegespräch nahmen für die Untersuchungsgruppe der Ärzte, die überwiegend internistisch tätig waren (Ä1), einen Zeitanteil von 6,55% am Arbeitstag ein (95%- KI 0,21%- 12,89%). Für die Gruppen der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) bildeten diese Kommunikationsaspekte einen Zeitanteil von 2,53% (95%- KI -0,07%- 5,13%) und für die Psychologen (P) einen Zeitanteil von 1,02% am Arbeitstag (95%- KI -0,94%- 3,60%).

Für die Stationsversammlung ergab sich ein Zeitanteil von 0,06% für alle Untersuchungsgruppen gemittelt (95%- KI -0,07%- 0,20%). Das Krisengespräch wies

Ergebnisse

einen Zeitanteil von 0,07% vor (95%- KI -0,08%- 0,23%). Die verbleibenden Zeitanteile für Gespräche mit dem Patienten und mit den Angehörigen wurden zusammengefasst. Dabei zeigte sich für alle Untersuchungsgruppen gemittelt ein Tagesanteil von 3,25% (95%- KI 1,98%- 4,52%).

3.4.3 Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal

Die Kommunikation mit medizinischem Personal war in den Kategorien Besprechung, Supervision und Visite zu finden. Die Zeitanteile wurden auch hier zunächst zusammengefasst und betragen in der Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) 27,59% am Arbeitstag (95%- KI 21,63%- 33,54%). Die Gruppe vorwiegend internistisch tätigen Ärzte (Ä1) erhielt einen Zeitanteil von 27,50% (95%- KI 17,61%- 37,38%). Die Psychologen (P) zeigten einen Anteil von 18,57% am Gesamtarbeitstag an Kommunikation mit medizinischem Personal auf (95%- KI 16,65%- 20,49%). Für diese Zusammenfassung der Kommunikation mit medizinischem Personal ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ($\chi^2= 8.37$; $df= 2$; $p < .05$).

Die Hypothese 3c kann den Ergebnissen zufolge nicht angenommen werden⁶. Die Einzelvergleiche verdeutlichten, dass die beiden Arztgruppen- Internistisch (Ä1) sowie Psychotherapeutisch (Ä2) sich signifikant von der Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) unterschieden ($U= 3.00$; $p < .05$) bzw. ($U= 4.00$; $p < .01$).

Weiter wurde in festgesetzten Besprechungen wie Konferenzen/ Meetings gegenüber Gesprächen, die ohne Terminabsprache stattfinden, differenziert. Eine graphische Darstellung der Zeitanteile findet sich in Abb. 13 (S.48).

⁶ H3c: Die Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal zeigen zwischen den zu untersuchenden Gruppen keine Unterschiede.

Ergebnisse

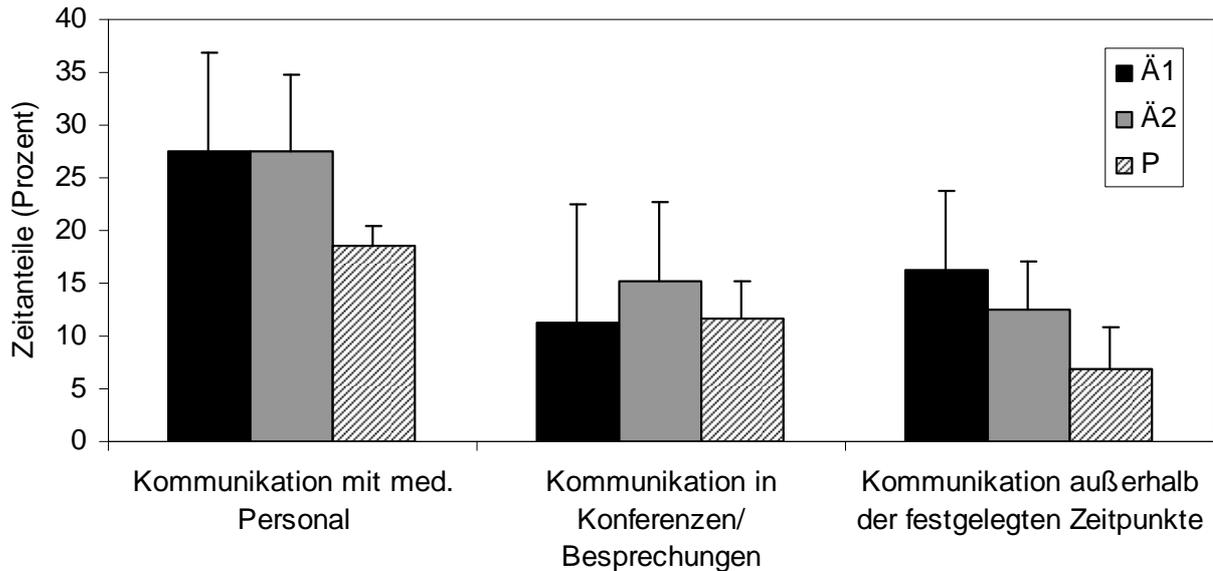


Abbildung 13: Zeitanteile für Kommunikation mit medizinischem Personal der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

Kommunikation in Konferenzen/ festgelegten Besprechungen

In der Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt betrug der Zeitanteil für festgelegte Besprechungen/ Konferenzen 15,12% am Arbeitstag (95%-KI 8,82%- 21,42%). Die Psychologen (P) wiesen einen Zeitanteil von 11,65% am Tag für Kommunikation zu festgesetzten Zeiten auf (95%-KI 7,89%- 15,41%). Für die Gruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) ergab sich hier einen Zeitanteil von 11,33% (95%-KI -0,46%- 23,11%). Der Vergleich der Mittelwerte zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ($\chi^2= 1.63$; $df= 2$; $p= .44$; n. s.).

Den größten Anteil an Kommunikationszeit in festgelegten Besprechungen/ Meetings bildete die Teamkonferenz. Für die Teamkonferenz wurde ein Zeitanteil für alle Untersuchungsgruppen gemittelt von 5,38% aufgezeigt (95%-KI 3,14%- 7,61%). Die Organisationskonferenz nahm einen Zeitanteil von 2,62% am Arbeitstag für alle teilnehmenden Ärzte/ Psychologen ein (95%-KI 1,75%- 3,51%). Die Zeit für die Übergabe beanspruchte einen Tagesanteil von 1,89% (95%-KI 1,17%- 2,61%). Die Zeitanteile für eine Gruppennachbesprechung betrugen 1,09% (95%-KI 0,60%- 1,57%). Für die Supervision ergab sich für alle Untersuchungsgruppen gemittelt ein Zeitanteil von 1,96% (95%-KI 0,51%- 3,42%).

Ergebnisse

Kommunikation mit medizinischem Personal außerhalb geplanter Besprechungen

In der Untersuchungsgruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) ergab sich ein Zeitanteil von 16,17% an Kommunikation mit medizinischem Personal außerhalb der Konferenzen und Besprechungen (95%- KI 8,19%- 24,15%). Die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) wiesen hier einen Zeitanteil von 12,47% am Arbeitstag auf (95%- KI 8,69%- 16,24%). In der Gruppe der Psychologen (P) betrug der Zeitanteil für Gespräche mit medizinischem Personal ohne festen Termin 6,92% am Arbeitstag (95%- KI 2,84%- 11,00%). Dabei unterschieden sich die Untersuchungsgruppen signifikant ($\chi^2= 7.11$; $df= 2$; $p < .05$). Die Psychologen (P) unterschieden sich in der genaueren Differenzierung signifikant von den internistisch arbeitenden Ärzten (Ä1) ($U= 3.00$; $p < .05$) und von den Ärzten mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) ($U= 8.00$; $p < .05$).

Bei den Gesprächen unter Kollegen, die nicht zu festen Zeitpunkten stattfanden, nahm die Kommunikation mit ärztlichen Kollegen und Psychologen den größten Stellenwert ein. Es ergab sich hier für alle Untersuchungsteilnehmer gemittelt ein Zeitanteil von 3,83% (95%- KI 2,19%- 4,47%). Die Gespräche mit allen anderen Mitarbeitern, wie mit der Pflege oder den Spezialtherapeuten, nahmen einen Zeitanteil von 2,71% am Arbeitstag ein (95%- KI 2,05%- 3,36%). Die im Rahmen der Visite geführten Gespräche mit sämtlichen Mitarbeitern, beanspruchten einen Zeitanteil von 1,72% (95%- KI 0,66%- 2,78%). Für private Gespräche wurde ein Zeitanteil von 0,08% für alle Untersuchungsgruppen erfasst (95%- KI 0,02%- 0,14%). Die eingehenden Telefonate forderten einen Anteil von 0,97% des Tages (95%- KI 0,59%- 1,34%). Der Zeitanteil an abgehenden, von den teilnehmenden Ärzten/ Psychologen selbst gewählten Telefonaten, betrug 2,61% in allen Untersuchungsgruppen (95%- KI 1,85%- 3,38%).

Den häufigsten Grund des Telefonats bildete für alle Untersuchungsgruppen zusammen die Konsultation mit Kollegen. Es wurde eine Anzahl von 3,08 Telefonaten/ Tag (d) ermittelt (95%- KI 1,70/ d- 4,47/ d). Der zweithäufigste Anlass waren administrative Angelegenheiten, hier ergab sich eine Anzahl von 1,86 Telefonaten/ d (95%- KI 0,98/ d- 2,75/ d). Private Telefonate sowie Telefonate mit Patienten und Angehörige waren durchschnittlich deutlich unter einer Anzahl von 1/ d in allen Untersuchungsgruppen zu verzeichnen (Patienten und Angehörige: 95%- KI 0,20/ d- 0,70/ d; Privat: 95%- KI 0,54/ d- 1,23/ d).

3.5 Ergebnisse der Fragebogenanalyse zu Anforderungen und Ressourcen in der Psychosomatischen Medizin

3.5.1 Arbeitsanforderungen in der Psychosomatik

Zur Einschätzung von subjektiv empfundenen Anforderungen, die die Arbeit von Ärzten und Psychologen auf einer psychosomatischen Station beinhalten, wurden die Ergebnisse aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ausgewertet.

Quantitative und emotionale Anforderungen

In der Skala der „Quantitativen Anforderungen“ war in der Untersuchungsgruppe der psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) ein durchschnittlichen Wert von 66.96 zu verzeichnen (95%- KI 59.42- 74.51). Die Gruppe der überwiegend internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) erzielte hingegen einen Mittelwert von 60.68 (95%- KI 51.25- 70.10). Die Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) zeigte in dieser Skala einen Mittelwert von 59.38 auf (95%- KI 45.98- 72.77). In der Skala der „Emotionalen Anforderungen“ ergab sich für die Untersuchungsgruppe Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) ein durchschnittlichen Wert von 89.29 (95%- KI 80.86- 97.71). Die Gruppe der Psychologen (P) wiesen einen Mittelwert von 84.38 auf (95%- KI 72.20- 96.55). Für die internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) ergab sich einen Mittelwert von 75.00 (95%- KI 61.32- 88.68). Die Ergebnisse der Skala „Emotionale Anforderungen“ werden in Abb. 14 (S.51) graphisch dargestellt.

Anforderung, Emotionen zu verbergen sowie Work- privacy conflict

In der Skala zur Erfassung von der Anforderung, die Emotionen im Arbeitstag zu verbergen, wies die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) einen durchschnittlichen Wert von 53.12 auf (95%- KI 42.31- 63.94). Die Gruppe der Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) hatte ein mittleres Ergebnis von 47.32 (95%- KI 39.74- 54.91) und die Psychologen (P) einen Wert von 45.31 (95%- KI 35.74- 54.89) in dieser Skala. In der Skala zum „Work- privacy conflict“ gab die Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) einen Mittelwert von 66.07 an (95%- KI 57.58- 74.56). Für die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) ergab sich hier ein durchschnittlicher Wert von 63.75 (95%- KI 45.91- 81.59). Die teilnehmenden Psychologen (P) erhielten einen Mittelwert von 42.78 (95%- KI 19.16- 66.40).

Ergebnisse

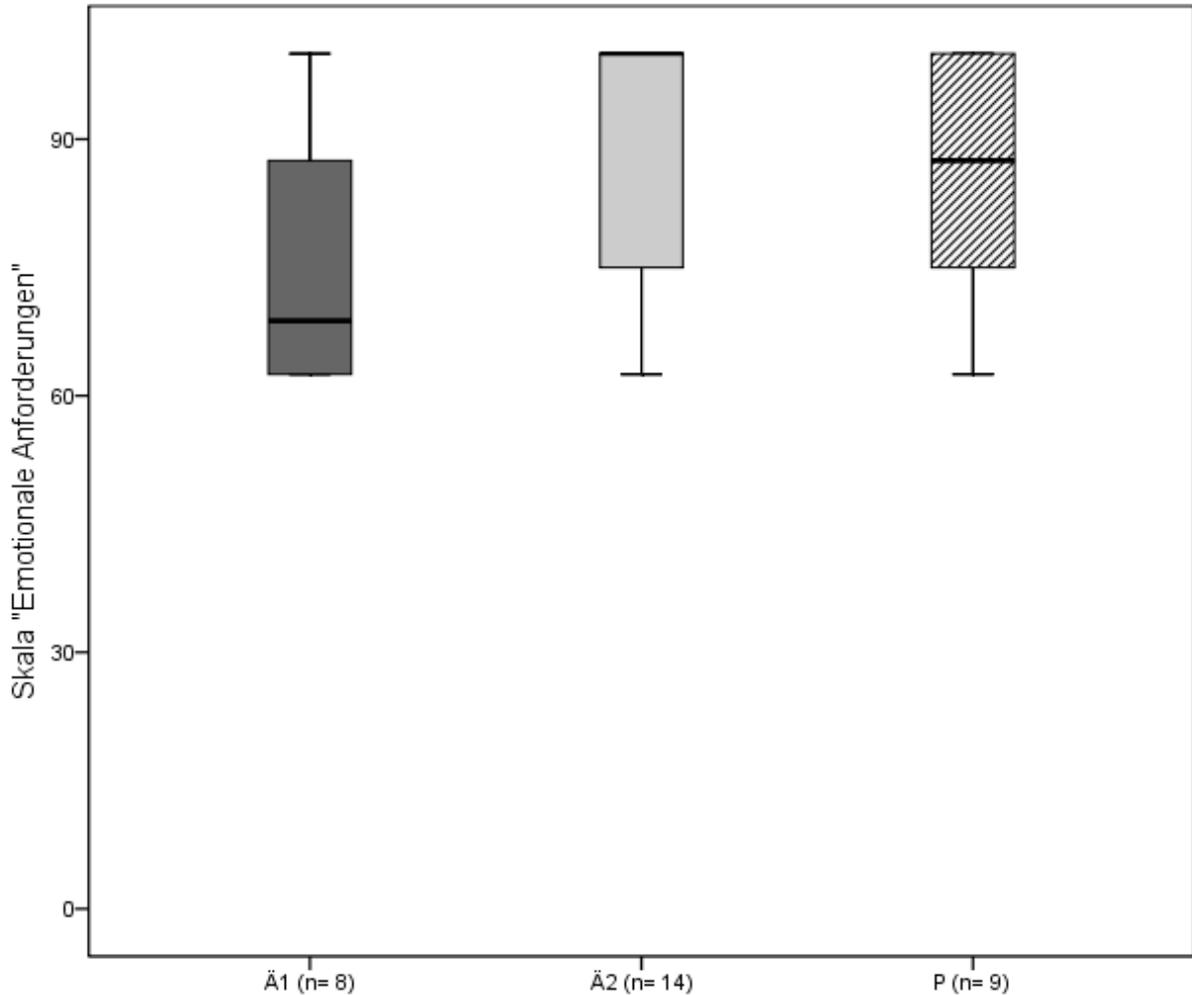


Abbildung 14: Ergebnis Fragebogenanalyse zu emotionalen Anforderungen der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

3.5.2 Arbeitsbezogene und soziale Ressourcen in der Psychosomatik

Zur Ermittlung von arbeitsbezogenen und sozialen Ressourcen wurden ebenfalls die betreffenden Skalen aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) verwendet. Zur besseren Übersicht sind die Ergebnisse am Ende des Abschnitts in der Tabelle 7 (S.53) erneut dargestellt.

Ergebnisse

Bedeutung und Einfluss bei der Arbeit

Wichtig zur Darstellung von Einfluss- und Entwicklungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz war unter anderem die Skala der „Bedeutung der Arbeit“. Die Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) wiesen den höchsten Mittelwert von 88.54 auf (95%-KI 81.15- 95.93). Die Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) hatten einen durchschnittlichen Wert von 84.52 (95%-KI 77.50- 91.55). Für die ärztlichen Kollegen, die überwiegend internistisch arbeiteten (Ä1), ergab sich ein gemittelt Ergebnis von 65.62 (95%-KI 58.72- 72.53). Die Skala „Einfluss bei der Arbeit“ beurteilten die Psychologen (P) mit einem Mittelwert von 54.69 (95%-KI 49.28- 60.10). Die Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) wies einen gemittelten Wert von 51.93 (95%-KI 45.49- 58.38) nach und die Untersuchungsgruppe Arzt- Internistisch (Ä1) ein Ergebnis von 41.41 (95%-KI 24.66- 58.15).

Abwechslungsreiche Arbeitsgestaltung

Für das Einzelitem zur Erfassung der abwechslungsreichen Arbeitsgestaltung ergab sich bei teilnehmenden Psychologen (P) im Mittel ein Wert von 86.11 (95%-KI 75.98- 96.24). Die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) wiesen ein gemittelt Ergebnis von 59.38 auf (95%-KI 43.82- 74.93). Die Gruppe der Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) legte einen Mittelwert von 85.71 vor (95%-KI 76.39- 95.04).

Gemeinschaftsgefühl und soziale Unterstützung

Die sozialen Ressourcen am Arbeitsplatz wurden in den Skalen der „Sozialen Unterstützung“ und des „Gemeinschaftsgefühls“ aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) ermittelt. Auf der Skala „Gemeinschaftsgefühl“ wiesen die Psychologen (P) einen Mittelwert von 81.25 (95%-KI 72.32- 90.18) nach und die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) einen Mittelwert von 80.65 (95%-KI 75.70- 85.61). Die Gruppe der Ärzte- Internistisch (Ä1) hatte ein gemittelt Ergebnis von 73.96 in dieser Skala (95%-KI 61.36- 86.55). Die Skala „Soziale Unterstützung“ erzielte ebenso in der Gruppe der Psychologen (P) mit einem Mittelwert von 73.44 die höchsten Ergebnisse (95%-KI 60.72- 86.16). Einen Mittelwert von 69.64 wiesen die Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) auf (95%-KI 63.03- 76.26). Für die internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) ergab sich im Mittel ein Wert von 63.28 (95%-KI 49.76- 76.80).

Ergebnisse

Tabelle 7: Ergebnisse der Fragebogenanalyse zu arbeitsbezogenen und sozialen Ressourcen der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

		M	95%- KI
<i>„Bedeutung der Arbeit“</i>	Ä1	65.62	58.72- 72.53
	Ä2	84.52	77.50- 91.55
	P	88.54	81.15- 95.93
<i>„Einfluss bei der Arbeit“</i>	Ä1	41.41	24.66- 58.15
	Ä2	51.93	45.49- 58.38
	P	54.69	49.28- 60.10
<i>„Abwechslungsreiche Arbeitsgestaltung“</i>	Ä1	59.38	43.82- 74.93
	Ä2	85.71	76.39- 95.04
	P	86.11	75.98- 96.24
<i>„ Gemeinschaftsgefühl“</i>	Ä1	73.96	61.36- 86.55
	Ä2	80.65	75.70- 85.61
	P	81.25	72.32- 90.18
<i>„Soziale Unterstützung“</i>	Ä1	63.28	49.76- 76.80
	Ä2	69.64	63.03- 76.26
	P	73.44	60.72- 86.16

3.5.3 Persönliche Ressourcen in der Psychosomatik

Persönliche Merkmale, die die Arbeitsgestaltung beeinflussen, wurden aus dem Fragebogen zur Selbstwirksamkeit- Optimismus- Pessimismus entnommen. In der Skala zur „Selbstwirksamkeit“ zeigten die Untersuchungsgruppen (Ärzte mit internistischem Schwerpunkt= Ä1, Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt= Ä2, Psychologe= P) gemittelte Ergebnisse im mittleren Wertebereich (P: M= 3.56; 95%- KI 3.27- 3.84; Ä2: M= 3.51; 95%- KI 3.27- 3.76; Ä1: M= 3.48; 95%- KI 3.22- 3.73). Die Skala zur Erfassung des „Optimismus“ zeigte ebenfalls Werte im mittleren Bereich auf (Ä2: M= 3.82; 95%- KI 3.58- 4.07; P: M= 3.67; 95%- KI 3.28- 4.05; Ä1: M= 3.38; 95%- KI 2.84- 3.91) In der Skala „Pessimismus“ ergaben sich für die Untersuchungsgruppen Mittelwerte im unteren Wertebereich (Ä1: M= 2.56; 95%- KI 2.09- 3.03; Ä2: M= 2.11; 95%- KI 1.78- 2.43; P: M= 1.89; 95%- KI 1.52- 2.26).

3.6 Ergebnisse der Fragebogenanalyse zur Arbeitszufriedenheit in der Psychosomatischen Medizin

3.6.1 Arbeits- und Lebenszufriedenheit in der Psychosomatik

Die Arbeits- und Lebenszufriedenheit wurden mit dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erfasst. Die allgemeine „Arbeitszufriedenheit“ ergab in Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) ein gemittelttes Ergebnis von 74.52 (95%- KI 61.63- 87.41). Die Gruppe der Ärzte, die überwiegend psychotherapeutisch arbeiteten (Ä2), wiesen ein mittleres Ergebnis von 65.88 auf (95%- KI 56.95- 74.80). Die internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) hatten einen durchschnittlichen Wert von 59.64 auf der Skala der „Arbeitszufriedenheit“ (95%- KI 47.91- 71.38). Die Mittelwerte unterschieden sich zwischen den Untersuchungsgruppen nicht signifikant voneinander ($F= 1.97$; $p= .16$; n. s.).

Den Ergebnissen zufolge kann die Hypothese 4 nicht angenommen werden⁷. Die Ergebnisse sind in Abb. 15 (S.55) graphisch dargestellt.

In der Skala zur Erfassung des Berufswechsels („Gedanke an Berufsaufgabe“) wies die Untersuchungsgruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) einen Mittelwert von 25.00 nach (95%- KI 2.66- 47.34). Die Psychologen (P) erreichten einen mittleren Wert von 15.62 (95%- KI -3.52- 34.77). Die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) legten in dieser Skala ein Ergebnis von 10.71 vor (95%- KI 1.39- 20.04). Die Ergebnisse der Untersuchungsgruppen ergaben keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2= 1.88$; $df= 2$; $p= .39$; n. s.).

In der Skala zur Erfassung der „Lebenszufriedenheit“ erlangte die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) einen gemittelten Wert von 71.23 (95%- KI 66.80- 75.66). Die teilnehmenden Psychologen (P) zeigten einen Mittelwert von 60.92 (95%- KI 48.77- 48.77). Die Gruppe Arzt-Internistisch (Ä1) wies ein Ergebnis von 60.45 auf (95%- KI 44.61- 76.29). Der Vergleich der Mittelwerte wies keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen nach ($F= 2.15$; $p= .14$; n. s.).

Die Hypothese 4 kann auch hier demzufolge nicht angenommen werden.

⁷ H4: Die Arbeits- und Lebenszufriedenheit unterscheiden sich in der Psychosomatik in Abhängigkeit der zu untersuchenden Gruppen.

Ergebnisse

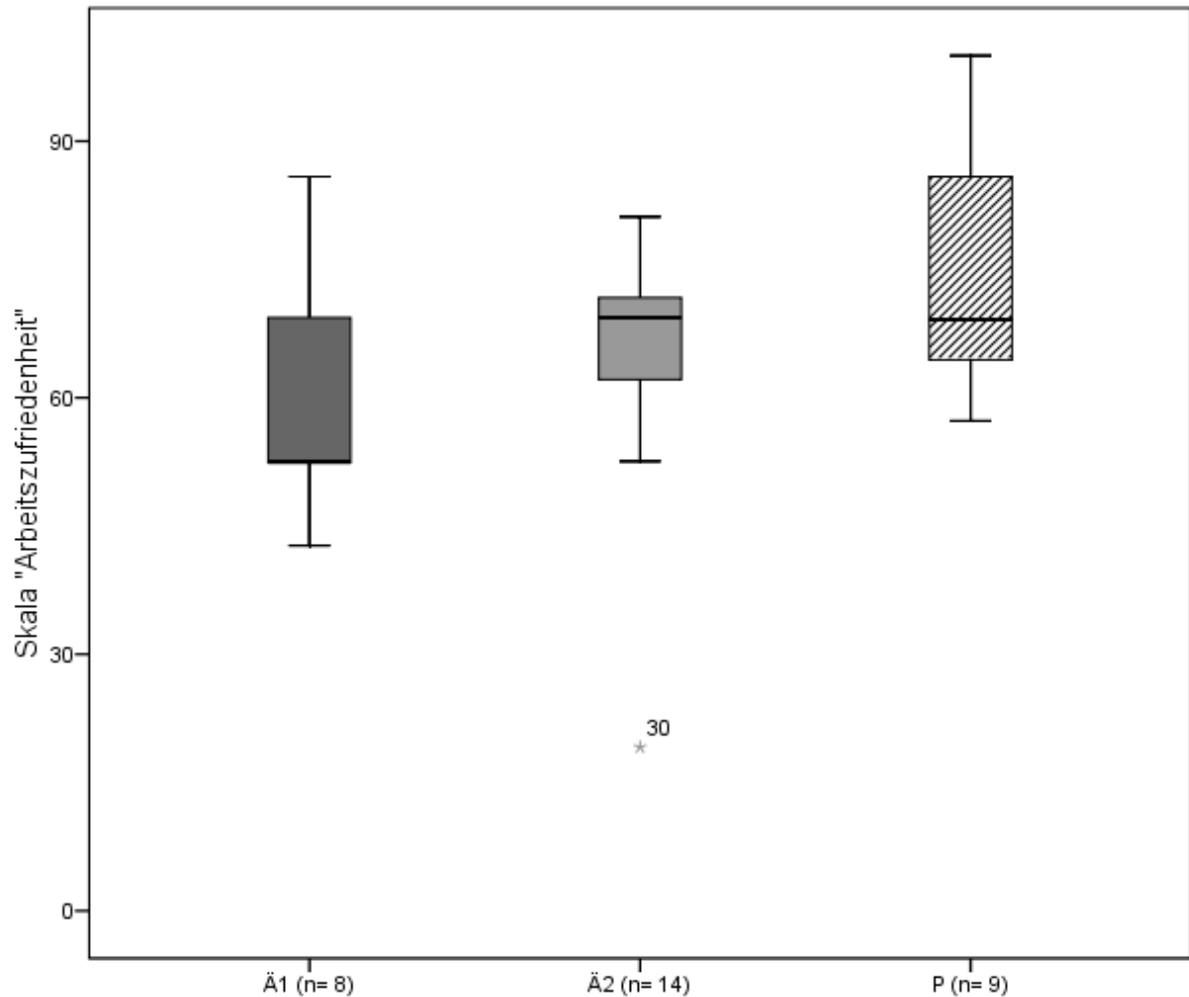


Abbildung 15: Ergebnis Fragebogenanalyse zur Arbeitszufriedenheit der Untersuchungsgruppen Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologe (P)

3.6.2 Zusammenhang zwischen ausgewählten Ergebnissen der Fragebogenanalyse und der Arbeitszufriedenheit

Mithilfe einer Korrelationsanalyse wurden Zusammenhänge von den im COPSOQ ermittelten Anforderungen und Ressourcen im Arbeitstag und der angegebenen Arbeitszufriedenheit ermittelt. Auf eine Differenzierung der einzelnen Untersuchungsgruppen wurde hierbei verzichtet. Ein signifikant negativer Zusammenhang wurde zwischen der „Arbeitszufriedenheit“ und den „Quantitativen Anforderungen“ nachgewiesen ($r = -.37$; $p < .05$). Ebenso ergab sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der „Arbeitszufriedenheit“ und der Skala zum

Ergebnisse

„Work- privacy- conflict“ ($r = -.43$; $p < .05$). Zwischen den „Emotionalen Anforderungen“ und der „Arbeitszufriedenheit“ zeigte sich keine signifikante Beziehung ($r = .13$; $p = .48$; n. s.). Bei den arbeitsbezogenen Ressourcen ergab sich für die „Bedeutung der Arbeit“ und für den „Einfluss bei der Arbeit“ ein signifikant positiver Zusammenhang mit der „Arbeitszufriedenheit“ ($r = .44$; $p < .05$) bzw. ($r = .55$; $p < .01$). Auch bei der Skala der „Sozialen Unterstützung“ fand sich ein signifikant positiver Zusammenhang mit der „Arbeitszufriedenheit“ ($r = .48$; $p < .01$), bei der Skala zum „Gemeinschaftsgefühl“ wurde diese Beziehung hingegen nicht bestätigt ($r = .32$; $p = .08$; n. s.). Die im COPSOQ ermittelten Ergebnisse der „Lebenszufriedenheit“ wiesen eine signifikant positive Beziehung mit der „Arbeitszufriedenheit“ auf ($r = .38$; $p < .05$), der „Gedanke an Berufsaufgabe“ ergab hingegen einen signifikant negativen Zusammenhang mit der „Arbeitszufriedenheit“ ($r = -.50$; $p < .01$).

Hinsichtlich der Arbeitsanforderungen kann die Hypothese 5a nur partiell angenommen werden ⁸. Die Zusammenhänge zwischen den quantitativen Anforderungen, dem Work- privacy conflict und der Arbeitszufriedenheit wurden bestätigt. Da sich kein Zusammenhang zwischen den emotionalen Anforderungen und der Arbeitszufriedenheit zeigte, muss hier die Hypothese verworfen werden. Die weiteren Ergebnisse wiesen den Zusammenhang zwischen sozialen und arbeitsbezogenen Ressourcen und der Arbeitszufriedenheit nach und bestätigten damit die Hypothese 5a. Es ergab sich ein Zusammenhang zwischen der Arbeits- und Lebenszufriedenheit, die Hypothese kann hier angenommen werden.

3.6.3 Zusammenhang der Zeitanteile für Kommunikation und der Arbeitszufriedenheit

In Rahmen der Tätigkeitsanalyse wurden Zeitanteile für Kommunikation ermittelt. Anhand der Fragebogenanalyse (COPSOQ) gelang es die Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Psychologen zu erfassen. Mit einer Korrelationsanalyse wurden nun die Zeitanteile der Kommunikation in Beziehung gesetzt mit der Skala „Arbeitszufriedenheit“. Auch hier wurde von einer Unterteilung in die Untersuchungsgruppen abgesehen, vielmehr wurden die Ergebnisse über alle Untersuchungsteilnehmer gemittelt. Es zeigte sich eine signifikante positive Beziehung zwischen den Zeitanteilen für

⁸ H5a: Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Arbeitsanforderungen, -ressourcen und der Lebenszufriedenheit.

Ergebnisse

Patientengesprächen im Rahmen der Therapien und der „Arbeitszufriedenheit“ ($r = .45$; $p < .05$). Dieser Zusammenhang ist in der folgenden Abb. 16 graphisch dargestellt.

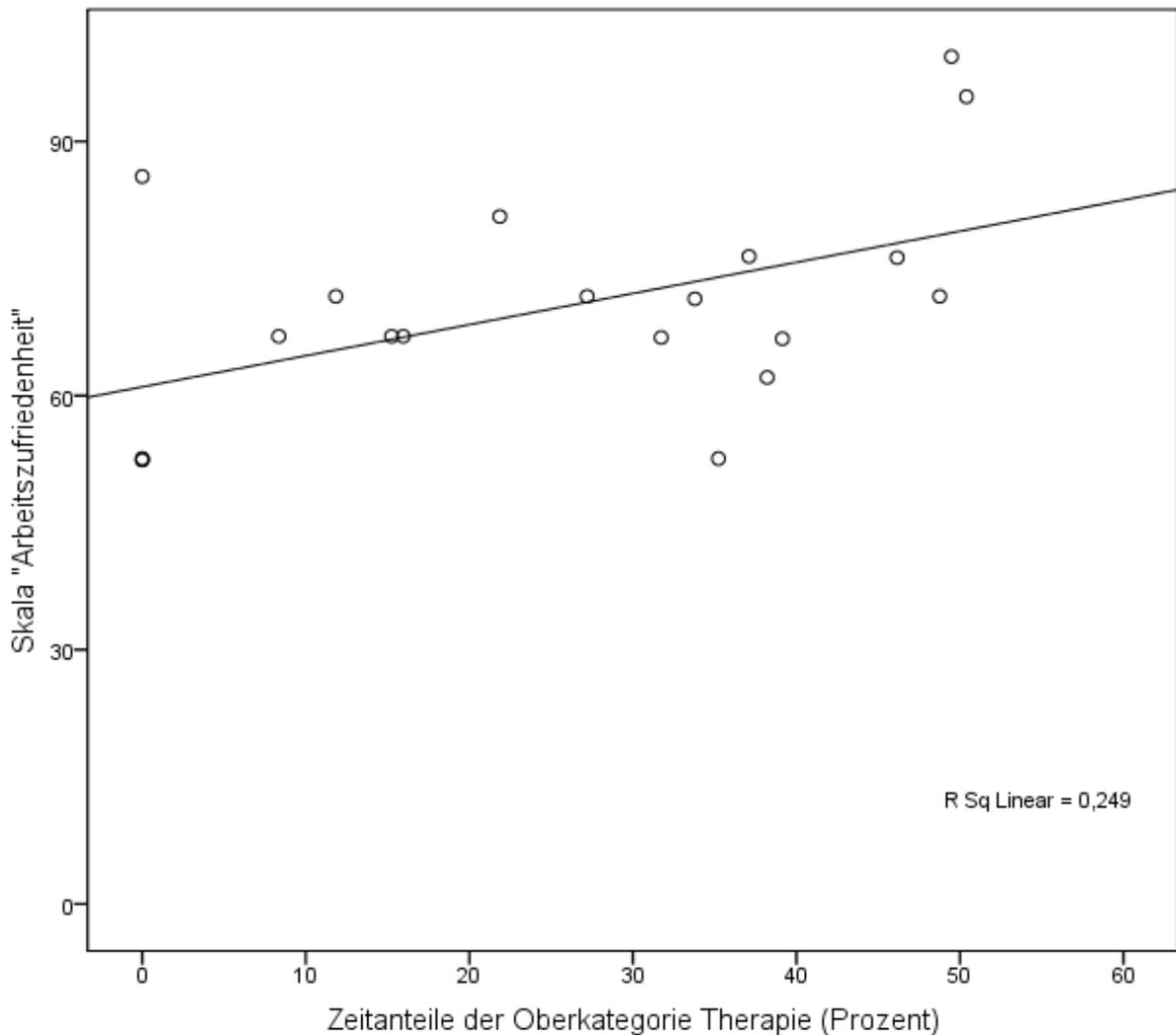


Abbildung 16: Zusammenhang Arbeitszufriedenheit und Patientenkommunikation

Für die zusammengefassten Kommunikationszeiten sowohl mit dem Patienten (Abschnitt 3.4.2, S.44) als auch mit medizinischem Personal (Abschnitt 3.4.3, S.47) ergab sich kein signifikanter Zusammenhang mit der Skala „Arbeitszufriedenheit“ ($r = .34$; $p = .14$; n. s.) bzw. ($r = -.18$; $p = .45$; n. s.).

Interessanterweise wiesen jedoch die Zeitanteile für nicht kommunikative Tätigkeiten im Bereich der administrativen Dokumentation (Abschnitt 3.3.2, S.37) einen signifikant negativen Zusammenhang mit der „Arbeitszufriedenheit“ auf ($r = -.47$; $p < .05$)

Ergebnisse

Für die Zeitanteile für die klinische Dokumentation wie beispielsweise in Patientenakten wurde dieser Beziehung nicht bestätigt ($r = -.37$; $p = .10$; n. s.).

Die Hypothese 5b kann den Ergebnissen zufolge bestätigt werden⁹. Dabei zeigten sich insbesondere das Gespräch mit dem Patienten im Rahmen der Therapien und die administrative Dokumentation von Relevanz.

⁹ H5b: Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den in der Tätigkeitsanalyse ermittelten Kommunikationszeiten und einen negativen Zusammenhang mit den Zeiten für Dokumentation/ Administration.

4 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung ist die erste objektive Arbeitsanalyse im Tätigkeitsfeld der Psychosomatischen Medizin. Es wurden die zahlreichen und vielfältigen Tätigkeiten von Ärzten und Psychologen zeitgenau ermittelt. Zusätzlich wurde mithilfe einer Fragenbogenanalyse ein Einblick in das subjektive Erleben der Arbeitsituation erhalten. Die Ergebnisse sollen nun an dieser Stelle kritisch diskutiert werden.

4.1 Tätigkeiten von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatischen Medizin

4.1.1 Tätigkeitsfelder in der Psychosomatik

Die Psychosomatik umfasst in ihren Behandlungsfeldern ein weites Spektrum, da sowohl die somatischen als auch psychischen Aspekte der Erkrankung des Patienten behandelt werden. Für Ärzte und Psychologen entsteht infolgedessen eine sehr breite Spanne an Tätigkeiten. In diesem Sinne stellte Deter (2002) die heutige Psychosomatik als ein sehr heterogenes Feld dar [80].

In der vorliegenden Untersuchung wurden zur besseren Differenzierung des Tätigkeitsbereiches einzelne Untersuchungsgruppen gebildet. Dabei wurden zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen deutliche Unterschiede bezüglich der Tätigkeitsschwerpunkte festgestellt. Im Folgenden wird das jeweilige Profil der Untersuchungsgruppen kurz vorgestellt und diskutiert.

Das Tätigkeitsfeld der Untersuchungsgruppe Arzt mit internistischem Schwerpunkt (Ä1)

Die Gruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) fanden in der Visite und dem Anamnesegespräch den Hauptkontakt zum Patienten. Die Psychotherapie wurde in dieser Gruppe hingegen mit nur sehr geringen Zeitanteilen verzeichnet. Demzufolge war der Umgang mit somatischen Aspekten der Patientenbehandlung hier von größter Relevanz. An dieser Stelle werden die Unterschiede der einzelnen Untersuchungsgruppen und der umfassende Behandlungsanspruch der Psychosomatik besonders deutlich. Als große Tagesanteile wurden hier Administration/ Dokumentation sowie die Besprechung unter Kollegen nachgewiesen. Die Teilnehmer zeigten gegenüber der anderen Ärztegruppe (Ä2) eine weitaus höhere Anzahl an Tätigkeitswechseln in ihrem Arbeitstag auf. Im Vergleich mit Analysen der ärztlichen

Tätigkeit auf einer internistischen Station fällt eine ähnliche Verteilung der Tätigkeitsschwerpunkte auf. Bei Ammenwerth und Spötl (2009) nahmen die Kategorien Administration/ Dokumentation und Kommunikation mit medizinischem Personal ebenso die größten Zeitanteile ein [23]. Der Patientenkontakt folgte mit wesentlichem Abstand [23]. Die Tätigkeit der überwiegend internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) in der Psychosomatik kann demzufolge mit der Arbeit auf einer Station der Inneren Medizin verglichen werden. Hier der Anspruch der integrierten Psychosomatischen Medizin verdeutlicht, das Somatische nicht weniger zu behandeln, sondern zusätzlich den Einfluss psychischer Aspekte mit zu berücksichtigen [43].

Das Tätigkeitsfeld der Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2)

Die Teilnehmer in der Gruppe der psychotherapeutischen Ärzte (Ä2) waren in ihrem Arbeitstag vorwiegend therapeutisch tätig. Neben den Therapien waren als häufige Tätigkeiten die Kommunikation mit anderen Teamarbeitern sowie Administration und Dokumentation zu verzeichnen. Diese drei Kategorien stellten hier den maßgeblichen Zeitanteil dar. Andere Tätigkeiten, wie beispielsweise Visiten, Anamnese oder Supervision, nahmen einen weitaus untergeordneten Stellenwert ein. Der Fokus der Patientenbehandlung war bei diesen Teilnehmern demnach auf die Durchführung von Psychotherapie gerichtet. Die Psychiatrie ist das andere medizinische Fachgebiet, welches eine psychotherapeutische Behandlung dem Patienten anbietet. In der Veröffentlichung von Putzhammer et al. (2006) wurden die Tätigkeiten von Ärzten auf psychiatrischen- psychotherapeutischen Stationen vorgestellt [21]. Im Vergleich mit der Untersuchungsgruppe der überwiegend psychotherapeutischen Ärzte (Ä2) fällt ein ausgeprägter Unterschied an direktem Patientenkontakt auf. Die Autoren fassten Visiten- und Therapiezeiten zusammen und wiesen hierbei einen Zeitanteil von 27,3% vor, welcher eher mit den Ergebnissen der Untersuchungsgruppe Arzt- Internistisch (Ä1) zu vergleichen wäre. Im Folgenden wurde diskutiert, dass in diesem Anteil die Therapie in Einzel- oder Gruppensitzungen deutlich unterpräsentiert sei [21]. Der hohe Zeitanteil für Therapien in der Untersuchungsgruppe Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) ist demzufolge mit keinem anderen medizinischen Fachgebiet zu vergleichen und stellt ein Merkmal der einzigartig intensiven Patientenbehandlung in der Psychosomatik dar. Weitere häufige Tätigkeiten dieser Untersuchungsgruppe wie die Dokumentation/

Administration sowie die Besprechung mit Kollegen waren gleichermaßen in der psychiatrisch- psychotherapeutischen Station zu beobachten [21].

Das Tätigkeitsfeld der Untersuchungsgruppe Psychologe (P)

Für die Gruppe der Psychologen (P) bildete die Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen den größten Zeitanteil am Arbeitstag. Weitere häufige Tätigkeiten waren in den Kategorien Besprechung sowie Administration/ Dokumentation anzutreffen. Die Tätigkeiten der Gruppe der internistischen Ärzte (Ä1), wie beispielsweise Visiten oder Anamnesegespräche, waren in dieser Untersuchungsgruppe von fast nebensächlicher Bedeutung. Anhand der Zeitanteile wird die sehr ähnliche Verteilung der Tätigkeiten mit den psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten (Ä2) deutlich. Die von Heuft et al. (1993) dargestellte Gleichstellung der Psychologen mit Ärzten in der Psychosomatik scheint daher mit den erfassten Tätigkeitsanteilen im Einklang zu stehen [44]. Durch den Einsatz von Psychologen folgt eine Weitergabe der somatischen Behandlungsaspekte des Patienten an die ärztlichen Kollegen [44]. Je nach Klinikkonzept ist die verstärkte Mitarbeit von Psychologen somit bedeutsam für die Verteilung von somatischer und psychotherapeutischer Patientenarbeit für die jeweiligen Ärzte.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse kann nun die Fragestellung 1 beantwortet werden. Es ergaben sich für Ärzte in der Psychosomatik ein überwiegend internistischer und ein überwiegend psychotherapeutischer Arbeitsbereich. Im internistischen Bereich waren die Tätigkeiten der Administration/ Dokumentation, Besprechungen mit Kollegen sowie die Krankenvsiten zu verzeichnen. Der Arbeitstag von Ärzten mit psychotherapeutischem Schwerpunkt war geprägt von der Psychotherapie. Die Psychologen wiesen mit den psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten einen gemeinsamen Tätigkeitsbereich auf. Damit wird der umfassende Behandlungsansatz der Psychosomatischen Medizin bestätigt. Dem somatisch- internistischen Bereich wird ebenso wie den psychischen Aspekten der Behandlung eine große Aufmerksamkeit zuteil. Interessant scheint ein Vergleich mit den Personalanzahlzahlen für eine psychosomatische Modellstation von Heuft et al. (1993) [44]. Auffallend ist, dass die Therapien den größten Anteil der Arbeitszeit einnehmen. Dies gleicht den Untersuchungsgruppen Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) und Psychologen (P) in der vorliegenden Untersuchung. Eine starke somatische Orientierung der Tätigkeit, wie in

der Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) vorlag, ist hier nicht zu finden. Ein weiterer deutlicher Unterschied liegt in den von Heuft et al. (1993) angegebenen hohen Zeitangaben für die Fort- und Weiterbildung [44]. Diese Zeitangaben wurden von keiner der Untersuchungsgruppen nachgewiesen. Eine mögliche Schlussfolgerung ist die häufig nach extern verlagerte Weiterbildung. Eine Ähnlichkeit mit der vorliegenden Studie scheint in der großen Bedeutung der Kommunikation zwischen den Mitarbeitern in der Psychosomatik zu bestehen. Im Ganzen kann die Veröffentlichung von Heuft et al. (1993) wichtige Hinweise für die Tätigkeiten der stationären Psychosomatik geben, da die angegebenen Zeiten jedoch lediglich einen orientierenden Charakter aufweisen, sind diese nur mit eingeschränkter Aussagekraft zu verwenden [44]. Aufgrund der hohen Zeitangaben für die Psychotherapie scheint die eben genannte Untersuchung von Heuft et al. (1993) den Kliniken, die dem somatischen Anteil der Patientenbehandlung mehr Gewicht geben, nicht gerecht zu werden [44]. An dieser Stelle wäre ein Vergleich mit Zeitanteilen von psychosomatischen Abteilungen aufschlussreich, die einen internistischen Schwerpunkt aufweisen. Hier sind jedoch nach aktuellem Kenntnisstand keine Untersuchungen aufzufinden.

Das Behandlungsangebot in psychosomatischen Kliniken ist von einer großen Varianz hinsichtlich der somatischen und psychotherapeutischen Aspekte geprägt [81]. Der große Stellenwert der Psychotherapie, wie beispielsweise in den Gruppe der Ärzte-Psychotherapeutisch (Ä2) oder der Psychologen (P), wird von Deter (2002) kritisch aufgegriffen [80]. Der Autor diskutiert eine zu starke Hinwendung zur Psychotherapie, aus der eine Entfernung von dem biopsychosozialen Ansatz resultieren könne. Dem Anliegen an eine Integrierte Medizin in der Psychosomatik würde dies nicht mehr gerecht [80]. Nach diesem Ansatz scheint eine ausgewogene Verteilung der einzelnen Behandlungsaspekte von Bedeutung. In einer weiteren Veröffentlichung wird ein gleichmäßiges Verhältnis der somatischen und seelischen Gesichtspunkte ebenfalls als erstrebenswert beschrieben [82]. Es zeigen sich jedoch in der Literatur gleichermaßen Kliniken, in denen die psychotherapeutische Behandlung einen deutlichen Vorrang gegenüber der somatischen Behandlung einnehmen kann [43,48]. Bei der Entwicklung eines aktuellen Prozedurenkatalogs für die Psychosomatik wurden sowohl Behandlungen im integrierten psychosomatischen Konzept, als auch die schwerpunktmäßig psychotherapeutischen Behandlungen mit aufgenommen [83]. Die

einzelnen Abteilungen für Psychosomatische Medizin erlangen somit die Freiheit, einen eigenen Fokus zu setzen.

Zeitanteile für Administration/ Dokumentation

In der Psychosomatik wurden hohe Zeitanteile für die Kategorie Administration/ Dokumentation nachgewiesen. Mit deutlichem Abstand verbuchte hier die Untersuchungsgruppe Arzt- Internistisch (Ä1) den höchsten Tagesanteil. Die Gruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und die Gruppe der Psychologen (P) wiesen weitaus geringere Zeitanteile auf. Die Gruppen unterschieden sich demnach ausdrücklich voneinander. Interessanterweise fand sich in der Untergliederung der Zeitanteile dieser Kategorie für die administrativ zuzuordnende Dokumentation ein annähernd gleicher Wert für alle Teilnehmer. Die erhöhten Tagesanteile der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) waren in der klinischen Dokumentation zu finden. Die klinische Dokumentation umfasst u. a. die Aufzeichnung des stationären Verlaufes in den Patientenakten oder das Verfassen von Abschlussberichten. Der Unterschied in dieser Unterteilung verdeutlicht weiter die Tätigkeitsverteilung in der Psychosomatik. Während alle Teilnehmer einen sehr ähnlichen Zeitanteil an administrativen Tätigkeiten auszuführen haben, sind die für die somatische Behandlung zuständigen Ärzte (Ä1) von zusätzlichen Dokumentationsaufgaben betroffen. Von vielen klinisch tätigen Ärzten werden die zeitaufwendigen Tätigkeiten im Bereich der Dokumentation als sehr belastend empfunden [19]. Hohe Dokumentationsaufgaben wurden zudem im Zusammenhang mit einem Rückgang an unmittelbar patientenbezogener Tätigkeit angegeben [21,22]. In der vorliegenden Untersuchung war die Untersuchungsgruppe der Ärzte- Internistisch (Ä1) dieser Situation im besonderen Maße ausgesetzt.

In der Veröffentlichung von Ammenwerth und Spötl (2009) wird eine analoge Aufteilung der administrativen Tätigkeiten und Dokumentation vorgenommen [23]. Auf einer internistischen Station wurden hier 22,4% des Tages an klinischer Dokumentation sowie ein Zeitanteil von 4,2% an administrativer Dokumentation aufgezeichnet [23]. Die Zeitanteile der Untersuchungsgruppe der überwiegend internistischen Ärzte (Ä1) wiesen eine sehr ähnliche Verteilung auf. Die anderen Untersuchungsteilnehmer (Ä2, P) zeigten weniger hohe Tagesanteile in diesem Bereich auf. In der Psychiatrie wurde ein Zeitanteil von 24,5% für Administration/ Dokumentation aufgezeigt [21]. Dieser hohe Wert wurde in der Psychosomatik von den internistisch arbeitenden Ärzten (Ä1) noch

übertroffen, die anderen beiden Untersuchungsgruppen (Ä2, P) wiesen jedoch keine vergleichbaren Tagesanteile auf. Gleichwohl wies eine Tätigkeitsanalyse in der Pädiatrie mit einem Zeitanteil von 17,54% für Administration und Dokumentation einen nahezu identischen Wert, wie derjenige der Untersuchungsgruppe Arzt mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) nach [84].

Um den ansteigenden Dokumentationsaufgaben zu begegnen wurden zahlreiche Vorschläge entwickelt. Dabei wurde beispielsweise die Einführung von sog. Dokumentationsassistenten oder Stationssekretären diskutiert [21,23]. Speziell für psychosomatische Fachstationen wurde ein neues Dokumentationssystem präsentiert [85]. Dabei war das Ziel Transparenz und Vollständigkeit für alle Mitarbeiter zu schaffen; so wurde beispielsweise der lange und komplexe Therapieverlauf des Patienten für jeden ersichtlich. Die Autoren schufen damit eine wichtige Voraussetzung für das multimodale Behandlungskonzept der Psychosomatik [85].

4.1.2 Externe Arbeitsbelastungsfaktoren

In der Tätigkeitsanalyse auf der Psychosomatik wurden Unterbrechungen im Arbeitsablauf, Tätigkeitswechsel und Multitasking- Anteile erfasst. Diese Faktoren tragen zur externen Arbeitsbelastung bei [24].

Unterbrechungen

Westbrook et al. (2008) wiesen auf internistischen Stationen eine Anzahl an Unterbrechungen pro Stunde von 2,9 nach [22]. Die Ärzte wurden somit alle 21 Minuten von ihrer Arbeit unterbrochen [22]. Die Autoren erfassten zusätzlich die Unterbrechungen von Ärzten in verschiedenen Funktionen. Assistenzärzte wiesen die höchste Anzahl und Oberärzte die geringste Anzahl an Unterbrechungen auf [22]. Die in der vorliegenden Untersuchung erfasste Häufigkeit variierte stark zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) wurden häufiger unterbrochen als die anderen beiden Gruppen (Ä2, P). Dies ist maßgeblich auf die Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen der Gruppen Arzt-Psychotherapeutisch (Ä2) und Psychologe (P) zurückzuführen, da hier in einem weitaus höheren Maße auf einen störungsfreien Raum geachtet wird [77]. Gegenüber der genannten Untersuchung in der Inneren Medizin stellen die niedrigen Ergebnisse der Gruppen Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) und der Psychologen (P) demnach eine

Ausnahme dar, die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) wies eine annähernd vergleichbare Anzahl an Unterbrechungen auf [22].

Viele Unterbrechungen können dazu führen, dass ärztliche Fehlentscheidungen sowie Behandlungsfehler zunehmen [24]. Gabow et al. (2006) plädierten für eine Umstrukturierung der Arbeitsabläufe um die rein ärztliche Tätigkeit zu stärken und dysfunktionale Abläufe zu minimieren [24]. Volpp et al. (2003) widmeten sich den Unterbrechungen durch eingehende Telefonate/ Pieper und deuteten anschließend auf die negativen Beeinträchtigungen der Patientenbehandlung hin [76]. Auch in der Psychosomatik wurden die häufigsten Unterbrechungen durch Telefonate verursacht, noch vor den Unterbrechungen durch andere Mitarbeiter. Die eben genannten Autoren schlugen vor, eine Differenzierung nach Dringlichkeit der Nachrichten einzuführen, wie beispielsweise die Kennzeichnung als Notfall oder Routine. Eine verstärkte Nutzung der Kommunikation per E-Mail könnte weiterhin eine Reduzierung der Unterbrechungshäufigkeit mit sich bringen [76].

Tätigkeitswechsel

Gabow et al. (2006) untersuchten den Arbeitsfluss von Ärzten in verschiedenen Fachrichtungen [24]. Die Autoren wiesen für Mitarbeiter der Inneren Medizin zwischen 5- 9,3 verschiedenartige Tätigkeiten pro Stunde nach [24]. In den Ergebnissen der vorliegenden Studie wurde die Anzahl an Tätigkeiten/ Stunde aufgezeichnet, ungeachtet dessen, ob sich die Tätigkeiten wiederholten und sich unterschieden. Ein direkter Vergleich zwischen den Untersuchungen ist daher nicht möglich. Die vorliegenden Ergebnisse wiesen eine sehr hohe Anzahl an Tätigkeiten pro Stunde in der Psychosomatik auf. Dabei ergab sich kein Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen. Die Folgen solch fragmentierter Arbeitsabläufe sind zahlreich, beispielsweise ist der Informationsaustausch zwischen Teammitgliedern sehr stark beeinträchtigt [24].

Multitasking

In der von Westbrook et al. (2008) verfassten Studie wurde ein Anteil an simultan ausgeführten Tätigkeiten von 20% am Tag auf einer internistischen Station nachgewiesen [22]. In den untersuchten psychosomatischen Stationen zeigte sich ein weitaus geringerer Anteil an Multitasking- Aktivität. In der Untersuchungsgruppe der

Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) war dieser Anteil jedoch gegenüber der Gruppe der Psychologen (P) erhöht.

Die Analyse der Unterbrechungen und Multitasking- Aktivität verdeutlicht erneut die Unterschiede der einzelnen Untersuchungsgruppen in der Psychosomatik. Die Gruppe der internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) zeigte in den erstgenannten Faktoren einen höheren Grad der Betroffenheit gegenüber den anderen teilnehmenden Ärzten (Ä2) und Psychologen (P) auf. Die Untersuchungsgruppe der Ärzte- Internistisch (Ä1) war demnach in einem weitaus höheren Maß den objektiv im Arbeitsablauf messbaren Belastungsfaktoren ausgesetzt.

4.2 Stellenwert der Kommunikation in der Psychosomatischen Medizin

4.2.1 Kommunikation in der Psychosomatik

Der Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung lag auf der Erfassung von Kommunikationszeiten in der Psychosomatischen Medizin. Die Ergebnisse der Tätigkeitsanalyse wiesen nach, dass die Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitern für die Ärzte/ Psychologen einen grundlegenden Bestandteil des Arbeitstages bildeten. Besonders die psychotherapeutisch tätigen Ärzte (Ä2) und die Psychologen (P) wiesen sehr hohe Zeitanteile an Kommunikation auf. Circa zwei Drittel des Arbeitstages verbrachten diese beiden Untersuchungsgruppen mit Kommunikation sowohl mit Patienten als auch mit ihren Kollegen. Die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) zeigten im Einzelvergleich sichtbar geringere Zeitanteile auf. Wie in den nächsten Abschnitten verdeutlicht werden wird, ist dieser ausgeprägte Unterschied maßgeblich auf den hohen Anteil an Patientengesprächen in den Gruppen Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) und Psychologe (P) zurückzuführen. Auf einer internistischen Station wurde ein zusammengefassten Zeitanteil von Kommunikation mit Patienten und Personal von circa 45,5% erfasst [23]. Dieser gleicht den Ergebnissen der Ärzte der Gruppe Arzt- Internistisch (Ä1) auf der psychosomatischen Station. In verschiedenen Fachbereichen eines Universitätsklinikums wurde ein Tagesanteil von 40,4% für Kommunikation mit Patienten/ Angehörigen sowie mit dem Personal nachgewiesen [27]. Dieser Zeitanteil scheint ebenso nicht vergleichbar mit den deutlich höheren Zeitanteilen der psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) oder den Psychologen (P). Eine Gegenüberstellung der von Putzhammer et al. (2006) erarbeiteten Studie in der

Psychiatrie wäre an dieser Stelle aufgrund der gemeinsamen psychotherapeutischen Behandlung interessant, ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Studienpräsentation nicht möglich [21]. Bezüglich der Fragestellung 2 stellt sich die Psychosomatik als ein Fachgebiet mit einer ausgesprochen hohen kommunikativen Ausprägung dar. Je nach Tätigkeitsschwerpunkt nahm die Kommunikation bis zu zwei Drittel des Arbeitstages ein. Zum aktuellen Zeitpunkt liegt keine Untersuchung vor, die einen höheren Anteil an Kommunikation im ärztlichen Beruf nachweisen könnte. Somit scheint die Psychosomatik damit einzigartig im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen. Die von Bergmann (2002) beschriebene große Relevanz der Kommunikation in der Psychosomatischen Medizin scheint vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse nur bestätigt [43].

4.2.2 Kommunikation mit dem Patienten

Kommunikation mit Patienten fand in der Psychosomatik im Rahmen der Anamneseerhebung, während der Visiten sowie in Therapiegesprächen statt. Ebenso wurden die Gespräche außerhalb der bisher genannten Kategorien und Angehörigengespräche mit erfasst. Die an der Untersuchung teilnehmenden Ärzte/ Psychologen wiesen dabei sehr unterschiedliche Ergebnisse an Patientengesprächen auf. Für die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) sowie die Gruppe der Psychologen (P) ergaben sich ausnehmend hohe Zeitanteile. Fast die Hälfte des Arbeitstages waren diese Gruppen im Austausch mit ihren Patienten. Für die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) ergab sich hingegen ein eindeutig niedrigerer Tagesanteil. Auffallend waren dabei die ungleichen Schwerpunkte der Patientenkommunikation. Während die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte (Ä2) und die Psychologen (P) hauptsächlich in den Therapiesitzungen den Kontakt zum Patienten fand, legte für die Ärzte, die vorwiegend internistisch arbeiten (Ä1), die Visite die Basis für das Arzt- Patientenverhältnis. Hier unterschieden sich die einzelnen Untersuchungsgruppen ebenfalls ausdrücklich. Die Gründe hierfür liegen in den unterschiedlichen Behandlungsangeboten und den daraus resultierenden Therapieansätzen in der Psychosomatischen Medizin.

Ein Vergleich mit Analysen ärztlicher Tätigkeit in anderen medizinischen Disziplinen verdeutlicht zusätzlich die herausragende Rolle der Patientenkommunikation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin. In der Inneren Medizin wurde in ein Zeitanteil

an Kommunikation mit dem Patienten von 9,3% aufgezeigt [23]. Ein fast gleicher Zeitanteil war in chirurgischen und internistischen Fachabteilungen eines Universitätsklinikums zu finden [27]. Sogar für die Gruppe der internistisch tätigen Ärzte (Ä1), die gegenüber den anderen Untersuchungsgruppen den geringsten Zeitanteil aufwies, fand sich in der Psychosomatik ein höherer Zeitanteil für Patientengespräche. Die überragenden Zeitanteile der Gruppen der Psychologen (P) und der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) stehen gegenüber anderen Fachgebieten ohne Vergleich da. Hier wird die zentrale Bedeutung des Gesprächs in der Psychosomatik deutlich: Wohingegen in anderen medizinischen Disziplinen das Gespräch mit dem Patienten einen Bestandteil der Anamneseerhebung und Verlaufsbeobachtung sowie einen möglichen Bestandteil der Diagnostik bildet, dient die Kommunikation mit dem Patienten in der Psychosomatik darüber hinaus als Grundlage für therapeutische Interventionen [43]. Infolgedessen ist hier für alle wesentlichen ärztlichen Behandlungsphasen die Kommunikation mit dem Patienten ausschlaggebend für eine erfolgreiche Behandlung.

Kommunikation im Rahmen der Psychotherapie

Den größten Anteil an Patientengesprächen bildeten für die Untersuchungsgruppen der psychotherapeutisch tätigen Ärzte (Ä2) sowie für die Psychologen (P) die Gespräche im Rahmen der Psychotherapie. Hier ergab sich in den genannten Untersuchungsgruppen ein außerordentlich großer Zeitanteil. Die überwiegend internistisch tätigen Ärzte (Ä1) wiesen einen fast vernachlässigbaren Tagesanteil an Therapien auf und unterschieden sich darin ausdrücklich von ihren Kollegen. Auch an dieser Stelle wird die Fokussierung einzelner Tätigkeitsbereiche für Ärzte/ Psychologen in der Psychosomatik sehr anschaulich verdeutlicht. Die psychotherapeutische Arbeit wurde nahezu vollständig von den Untersuchungsgruppen Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) und Psychologen (P) übernommen. Neben den extra-verbalen Therapieverfahren, die meist von anderen Berufsgruppen getragen werden, bildet die verbale Interaktion im Rahmen der Psychotherapie den Kernbestandteil der Behandlung der psychischen Aspekte der Patientenerkrankung und deren Wechselwirkungen im somatischen Bereich [57]. Janssen (2004) skizzierte in seiner Veröffentlichung, dass hier der sog. konfrontativ-interpretative Bereich eines integrativen Stationsmodells stattfindet [48]. Für die Ärzte und Psychologen, die an der Durchführung der Therapie beteiligt sind, bedeutet diese Arbeit eine ausgeprägte Auseinandersetzung mit dem psychischen Leid des Patienten

[68]. Die therapeutische Arbeit stellt eine außerordentlich hochgradige berufliche Belastung und ebenso eine hohe persönliche Anforderung dar [69]. Demgegenüber wird die intensive Kommunikation mit dem Patienten von vielen Ärzten in diesem Gebiet sehr geschätzt [67]. Der daraus resultierende unmittelbare und kontinuierliche Patientenkontakt wird darüber hinaus in zahlreichen Studien in einen engen Zusammenhang mit einer hohen beruflichen Zufriedenheit gebracht [11,20,62,63]. Wie eben dargestellt kann die Kommunikation im Rahmen der Psychotherapie für die Ärzte und Psychologen als Chance für ein sehr befriedigendes Therapeut- Patient- Verhältnis angesehen werden. Diese wird jedoch gleichermaßen von besonderen Belastungen und Anforderungen begleitet. In der vorliegenden Studie waren die Untersuchungsgruppen der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und die Psychologen (P) dieser durchaus herausfordernden Konstellation ausgesetzt.

In der vorgelegten Untersuchung fanden die Psychotherapien vornehmlich im einzeltherapeutischen Rahmen statt. Mit wesentlichem Abstand wurde an zweiter Stelle die Gruppentherapie verzeichnet. Andere Therapiesettings nahmen wenig Bedeutung ein. Heuft et al. (1993) beschrieben für die psychosomatische Modellstation ebenfalls die überragende Stellung der Einzeltherapie gegenüber den anderen therapeutischen Maßnahmen [44].

Kommunikation im Rahmen der Visite

In der vorliegenden Untersuchung zeichnete sich für die Ärzte, die der Gruppe Arzt-Internistisch (Ä1) zugeordnet waren, ein deutlich anderes Profil der Arbeit mit dem Patienten ab. Für diese Gruppe von Ärzten ergab sich ein großer Tagesanteil für Visiten. Die anderen beiden Untersuchungsgruppen (Ä2 und P) wiesen hingegen auffallend geringere Zeitanteile auf. Hier wird ein weiterer Unterschied in der Aufgabenverteilung innerhalb der Stationsarbeit transparent. Die Visite auf der Psychosomatik gibt dem Patienten die Möglichkeit sein aktuelles Empfinden auszudrücken. Dabei stehen häufig die somatischen Beschwerden im Vordergrund. Die Entgegennahme der körperlichen Klagen gehört zum haltenden und tragenden Bereich einer stationären Psychosomatik [48]. Eine weitaus zentralere Rolle der Visite scheint in der internistisch-psychosomatischen Station in Ulm vorzuliegen [49]. Die Visite kann somit als gutes Beispiel hinsichtlich der Stellung dienen, die die somatische Behandlung der einzelnen psychosomatischen Abteilungen innehat.

Diskussion

Der Schwerpunkt in der Visite lag auf dem Patientengespräch. Andere Tätigkeiten wie die Personalbesprechung oder die Dokumentation nahmen weniger Zeit in Anspruch. Dieser Fokus auf die reine Patientenkommunikation ist in psychosomatischen Fachabteilungen von besonderer Bedeutung. In dem Ulmer Projekt zur Visitengestaltung konnte durch Umstrukturierung das Arzt- Patienten- Gespräch einen höheren Zeitbetrag einnehmen [49]. Damit kann die Visite zusätzlich einen wichtigen Beitrag zur Patientenbehandlung außerhalb der Therapien setzen. Von Gabow et al. (2006) wurden ebenfalls ein hoher Zeitanteile an Visitenzeiten nachgewiesen [24]. Eine Untergliederung, die den Stellenwert des Patientengesprächs verdeutlicht, ist leider aber nicht vorgenommen worden. Somit ist ein Vergleich zu den in der Psychosomatik erhobenen Anteilen am Arbeitstag nicht möglich.

Anamnese- und weitere Patientengespräche

Neben den Gesprächen in der Visite erhielt das Anamnesegespräch für die Ärzte mit internistischen Schwerpunkt (Ä1) fast gleichwertige Zeitanteile. Damit stellen die Anamnesegespräche für die internistisch arbeitenden Ärzte (Ä1) eine weitere wichtige Rolle zur Beziehungsbildung mit dem Patienten dar. Ferner konnten die Psychologen (P) und die Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) von diesem Gesprächsrahmen profitieren. Weitere Patientengespräche, wie beispielsweise die Stationsversammlung oder das Krisengespräch, waren mit sehr geringen Zeitanteilen für alle Teilnehmer zu verzeichnen. Die Versammlung der Station nimmt im Konzept von psychosomatischen Stationen hingegen eine weitaus tragendere Rolle ein. Sowohl Heuft et al. (1993) als auch Westphale und Köhle (1982) gaben dieser Zusammenkunft mehr Gewicht [44,49]. Möglich wäre, dass die Stationsversammlung von anderen Berufsgruppen übernommen wurde, wie beispielsweise von der geschulten Pflege. Die Krisenintervention wurde mit sehr geringen Zeitanteilen erfasst und scheint damit im Vergleich zu den von Heuft et al. (1993) präsentierten Zahlen in den untersuchten Abteilungen einen geringen Stellenwert eingenommen zu haben [44]. Die von den letztgenannten Autoren geforderte Zeit, um solche außerplanmäßigen Patientengespräche zu ermöglichen, schien bei den Untersuchungsteilnehmern nicht in ausreichendem Maße vorhanden zu sein.

Zusammenfassend zeigen sich für die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) vielfältige Rahmenbedingungen für

Diskussion

Patientengespräche, die überwiegend die somatische Behandlungsaspekte mit einbeziehen. Es ist davon auszugehen, dass dies einen Einfluss auf die Art und Qualität der Kommunikation mit dem Patienten ausübt. Durch wechselnde äußere Bedingungen sowie häufig kürzere Kontakte könnte eine sehr dynamische Patientenbeziehung entstehen. Die Gruppe der Ärzte- Psychotherapeutisch (Ä2) und die Psychologen (P) waren hingegen mit den beachtlichen Zeitanteilen in Einzel- und Gruppentherapie im kontinuierlichen Kontakt mit dem Patienten. Diese Untersuchungsgruppen wurden dabei in weit höherem Maße mit den psychischen Aspekten der Erkrankung des Patienten konfrontiert. Wie in dem zugehörigen Abschnitt erläutert, zeichnet sich dieser Gesprächsrahmen durch besondere Bedingungen aus. Dabei sind im Wesentlichen die hohen emotionalen Anforderungen und Belastungen zu nennen [69]. Der hohe Zeitanteil an Kommunikation mit dem Patienten in den Gruppen der psychotherapeutischen Ärzte (Ä2) und der Psychologen (P) kann andererseits eine manifeste Grundlage für ein zufrieden stellendes Therapeut- Patienten Verhältnis schaffen.

Die verschiedenen Schwerpunkte der Kommunikation mit dem Patienten in den Untersuchungsgruppen können infolgedessen als Merkmal der umfangreichen Patientenbehandlung in der Psychosomatik gedeutet werden. Die somatischen und psychischen Aspekte des komplexen Therapieangebots wurden dabei durch das Kommunikationsverhalten von Ärzten und Psychologen hervorgehoben. Die Analyse der Kommunikation kann daher als ein Mittel dienen, dieses Fachgebiet in seinen vielfältigen Facetten zu charakterisieren. Durch einen lebhaften Austausch der Mitarbeiter werden die erfahrenen Anteile des Patienten zusammengetragen. Für die Patienten entsteht somit die Chance durch verschiedene Ansprechpartner und Themenschwerpunkte umfassender wahrgenommen zu werden. Dies entspricht dem von Janssen (2004) präsentierten integrativen Modell, welches dem Patienten ermöglicht, zahlreiche Beziehungssysteme während dem stationären Aufenthalt aufzubauen [48]. Als Gesamtheit können diese dem Patienten einen therapeutischen Rahmen ermöglichen [48].

4.2.3 Kommunikation mit medizinischem Personal

In der vorliegenden Untersuchung nahm der Austausch mit medizinischem Personal als zweithäufigste Kategorie bei allen teilnehmenden Ärzte/ Psychologen einen erheblichen Zeitanteil ein. Dabei zeigten die beiden Ärztegruppen (Ä1, Ä2) einen weitaus höheren

Zeitanteil als die Gruppe der Psychologen (P) auf. Vor dem Hintergrund eines multipersonalen therapeutischen Beziehungssystems, wie es von Janssen (2004) gefordert ist, scheint dieser Unterschied der Kommunikation zwischen einzelnen Mitarbeitern erstaunlich [48]. Ein solcher Stationsaufbau erfordert einen regelmäßigen Austausch unter allen Mitarbeitern [48]. Der Autor bezeichnet die multiprofessionelle Teamarbeit als Herzstück einer stationären Psychotherapie [48]. In Untersuchungen auf internistischen Stationen wurden ebenso sehr hohe Zeitanteile an Kommunikation unter den Mitarbeitern nachgewiesen [22,23]. In der Studie von Gabow et al. (2006) zeigten sich je nach medizinischer Fachrichtung Zeitanteile zwischen 6% bis 20% und damit deutlich niedrigere Zeitanteile für diese Gespräche [24].

In den folgenden Absätzen wird erschlossen werden, worin die Unterschiede der Untersuchungsgruppen liegen.

Kommunikation mit Kollegen in Konferenzen

Die Besprechung mit Kollegen, die zu festgesetzten Zeiten wie beispielsweise im Rahmen von Konferenzen stattfand, nahm bei allen Untersuchungsteilnehmern in der Psychosomatik gleichermaßen einen hohen Zeitanteil ein. Circa die Hälfte der Zeit für den Austausch unter Kollegen wurde in festgelegten Besprechungen verbracht. Hiervon waren alle Untersuchungsgruppen ohne Unterschied betroffen. Der hohe Stellenwert, den die konstante Kommunikation unter Kollegen in der Psychosomatik einnimmt, wurde wie eben erläutert von Janssen (2004), beschrieben [48]. Der Autor wies aber gleichzeitig darauf hin, dass nicht nur der reine patientenbezogene Informationsaustausch hier eine Rolle spielt. Eine Teamarbeit sollte für jeden Arzt/Therapeuten den Erhalt seiner beruflichen und personalen Identität sorgen [48].

Im Vergleich zu anderen Veröffentlichungen zeigt sich, dass auch in anderen medizinischen Disziplinen die Besprechungen einen festen Bestandteil im Arbeitstag einnehmen. Auf einer internistischen Stationen fand sich mit 12,9% ein ähnlich großer Tagesanteil für Konferenzen unter den Mitarbeitern [23]. Bei Ärzten eines Universitätsklinikum fand sich mit 4,9% ein deutlich geringerer Zeitanteil [27].

Die Teamkonferenz nahm dabei in der Psychosomatik den größten Zeitanteil ein. Diese ist für alle Mitarbeiter von grundlegender Bedeutung, da hier alle Aspekte der Patientenbehandlung zusammengetragen werden. In der Veröffentlichung von Westphale und Köhle (1982) wurde der Stellenwert dieser Zusammenkunft ebenfalls verdeutlicht [49]. Der hohe Zeitanteil kann somit widerspiegeln, dass diese Konferenz

den Grundbaustein für die Gewährleistung eines multimodalen Behandlungskonzeptes legt. Die Zeitanteile, die für die Organisationskonferenz erhoben wurden, verdeutlichen, dass die Planungen der Stationsabläufe und interne Absprachen wie Dienstpläne daneben eine wichtige Stellung einnehmen. Weitere Konferenzen, in denen die unmittelbare Patientenbehandlung im Vordergrund stand, waren die Gruppennachbesprechung und die Übergabe an die weiterbehandelnden Kollegen. Erstaunlicherweise erwies sich, dass eine Zweitsicht und Reflexion der Patientenbehandlung durch einen erfahrenen Arzt/ Psychologen im Rahmen der Supervision in der Psychosomatik einen relativ geringen Zeitanteil einnimmt. Die von Heuft et al. (1993) geschilderte überaus wichtige Rolle der Supervision in der psychosomatischen Arbeit scheint hier wenig Anklang zu finden [44]. Auch die psychotherapeutischen Fachverbände fordern auf, Gesprächspsychotherapien stets supervidieren zu lassen [86]. Eine denkbare Schlussfolgerung aus dieser frappierenden Diskrepanz zu den erhobenen Zeitanteilen könnte die nach extern verlagerte Supervision sein, die durch die Tätigkeitsanalyse nicht erfasst werden konnte.

Kommunikation mit Mitarbeitern ohne festgelegten Zeitpunkt

Außerhalb von diesen festen Terminen wurde in der Psychosomatik ebenso ein beachtlicher Zeitanteil an Austausch unter Kollegen festgestellt. Interessanterweise unterschieden sich dabei die einzelnen Untersuchungsgruppen voneinander. Die Ärzte, sowohl mit internistischem (Ä1) als auch psychotherapeutischen Schwerpunkt (Ä2), wiesen gegenüber den teilnehmenden Psychologen (P) deutlich höhere Zeitanteile dafür auf. Dieser Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen scheint sehr erstaunlich, da ein Austausch unter allen Kollegen für alle Mitarbeiter im Team für eine psychosomatische Station unabdingbar bleibt [59]. Psychologen können in der psychosomatischen Fachabteilung gleichwertig gegenüber ärztlichen Kollegen eingesetzt werden [44]. Dabei übernehmen die Stationsärzte die körperliche Abklärung der Symptome [44]. Diese Konstellation erfordert einen noch engeren Austausch zwischen den Ärzten/ Pflege und den Psychologen für die gemeinsame Patientenbehandlung. Gerade deshalb ist es hier überraschend und im Gegensatz zur Hypothese, dass die Untersuchungsgruppe der Psychologen (P) so geringe Zeitanteile an Informationsabgleich zu anderen Mitarbeitern aufweisen kann.

Das Gespräch mit ärztlichen Kollegen und Psychologen war für alle Untersuchungsteilnehmer von größter Bedeutung. Auch andere Studienergebnisse

wiesen auf, dass die Ärzte untereinander wesentlich häufiger als mit anderen Mitarbeitern kommunizieren [23].

Weitere Zeitanteile ergaben sich für Gespräche mit Pflegekräften, Sozialarbeitern und Spezialtherapeuten. Die Veröffentlichung von West und Barron (2005) zeigte die starken sozialen Grenzen zwischen den Pflegenden und dem ärztlichen Personal auf [61]. Auch Ammenwerth und Spötl (2009) bestätigten, wie erheblich die Zeitanteile an Kommunikation mit nichtärztlichem Personal gegenüber den Anteilen für Kommunikation unter den Ärzten differieren [23]. Ganz im Gegensatz dazu stehen die erhobenen Zeitanteile für Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen in der vorliegenden Untersuchung. Diese wichen nur sehr gering von den erfassten Zeitanteilen an Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte/ Psychologen ab. Köhle und Siol (2003) verdeutlichten, wie ausschlaggebend der Austausch mit den Pflegekräften und den Spezialtherapeuten in der Psychosomatik ist [59]. Diese Berufsgruppen werden mit ganz anderen Persönlichkeitsaspekten des Patienten konfrontiert, die sowohl durch den engen täglichen Kontakt als auch durch extravertale Äußerungen in Erscheinung treten [59]. Das hier vorgelegte, sehr positiv zu bewertende Ergebnis, kann die bedeutende Stellung der interprofessionellen Kommunikation in diesem Fachgebiet nur unterstreichen.

Insgesamt bestätigt die Untersuchung den intensiven Austausch unter Kollegen, die das multimodale Behandlungskonzept der Psychosomatik vorschlägt. Dabei ist der Austausch über berufliche Grenzen hinaus im Rahmen der Teamsitzung von wesentlicher Bedeutung.

4.3 Anforderungen und Ressourcen in der Psychosomatischen Medizin

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben der Tätigkeitsanalyse zusätzlich subjektive Faktoren, die die Arbeit in der stationären Psychosomatik kennzeichnen, mit erfasst. Es wurden die Anforderungen und die Ressourcen dieser Arbeit gekennzeichnet. Um dem Gesamteindruck gerecht zu werden, wurden Arbeits- und Lebenszufriedenheit erfragt.

4.3.1 Arbeitsanforderungen in der Psychosomatik

In der Untersuchung von Merz und Oberlander (2008) wurde deutlich, dass sich Ärzte über erheblichen Zeitdruck bei der Berufsausübung beklagen [10]. Auch im Fachgebiet

Diskussion

der Psychosomatik wurden über die hohen quantitativen Anforderungen Belastungsfaktoren nachgewiesen. Davon waren alle Ärzte und Psychologen betroffen. In den quantitativen Anforderungen spiegeln sich beispielsweise ein schnelles Arbeitstempo, eine ungleiche Verteilung der Arbeitsanforderungen und Zeitmangel wider. Insbesondere wurden jedoch von Ärzten und Psychologen die emotionalen Anforderungen der Arbeit wahrgenommen. Diese zeigten sich für alle Untersuchungsteilnehmer gleichermaßen mit ausgeprägt hohen Werten. In der Psychosomatik lässt sich, u. a. durch die Auseinandersetzung mit dem psychischen Leid des Patienten, ein anderes Spektrum an Belastungen abbilden, welches insbesondere die emotionale Qualität hervorhebt [68]. Auch Reimer (1997) verdeutlichte die hohen emotionalen Anforderungen im Beruf des Psychotherapeuten [70]. In der vorliegenden Studie waren insbesondere die Untersuchungsgruppe der Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und die Psychologen (P) an der Durchführung von psychotherapeutischen Maßnahmen beteiligt, wie in Abschnitt 3.4.2 vorgelegt. Hier könnte demzufolge eine ungleiche Belastungssituation innerhalb der Ärzte und Psychologen liegen. Die erhöhten Werte aller Untersuchungsgruppen gleichermaßen weisen jedoch darauf hin, dass alle hier erfassten Mitarbeiter der hohen emotionalen Belastung ausgesetzt sind. Interessanterweise gaben die Ärzte/ Psychologen in der Psychosomatik in weitaus geringerem Maße an, eigene Emotionen verbergen zu müssen. Dieses fordert ein hohes Maß an psychischer und physischer Ausgeglichenheit [70].

Die Unvereinbarkeit von Beruf und Familie wird in Fragebogenanalysen von vielen Ärzten als deutliche Belastung empfunden [10]. Ebenfalls ist diese ihm hohen Maße für die Unzufriedenheit von Ärzten mit der Arbeitssituation verantwortlich [71]. Die von Loew (2006) beschriebenen langen Weiterbildungszeiten erfordern für die Ärzte/ Psychologen in der Psychosomatik einen längeren Balanceakt zwischen Arbeit/ Weiterbildung und Familie [47]. Ferner wurde zudem die zunehmend weibliche Prägung des Fachgebiets Psychosomatik beschrieben [87]. Diese für die Psychosomatik spezielle Konstellation könnte den sog. Work- privacy conflict zusätzlich verschärfen. Die Ergebnisse der Fragebogenanalyse der vorgelegten Studie bestätigen dies und weisen damit eine weitere Anforderung in diesem Fachgebiet nach.

Insgesamt zeigt sich die Psychosomatik als ein Fachgebiet, dass von hohen Anforderungen im Arbeitsablauf geprägt ist. Dabei waren insbesondere emotionale Belastungen von besonderer Bedeutung.

4.3.2 Arbeitsressourcen in der Psychosomatik

Arbeitsbezogene Ressourcen

In der Psychosomatik wurde die Bedeutung der eigenen Arbeit von den teilnehmenden Ärzten und Psychologen außerordentlich hoch eingeschätzt. Unter anderem wird der Wert wichtiger Arbeitsinhalte in der Bedeutung der Arbeit widergespiegelt [88]. Die hier vorgelegten Ergebnisse scheinen interessant, da zwei der drei Untersuchungsgruppen an der Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen beteiligt waren. Psychotherapie könnte demnach ein Faktor sein, der der eigenen Arbeit Bedeutung verleiht. Von Raskin et al. (2008) wurden Hinweise auf den Einfluss der Psychotherapie auf ein verändertes berufliches Erleben gegenüber anderen Ärztegruppen gegeben [67]. Möglich wäre auch, dass der aus der psychotherapeutischen Arbeit resultierende lange Patientenkontakt einen weiteren wichtigen Einfluss auf die Bedeutung der Arbeit darstellt, da das berufliche Selbstverständnis ausschlaggebend vom Arzt- Patienten-Verhältnis beeinflusst wird [11].

Die Untersuchungsteilnehmer in der Psychosomatik gaben nur mittelmäßige Werte bei der Skala zur Erfassung des Einflusses bei der Arbeit an. Der mangelnde eigene Einfluss auf Arbeitsabläufe und -inhalte wird von vielen anderen Ärzten beklagt [10]. In einer Umfrage im niedergelassenen Bereich gaben viele psychotherapeutisch arbeitende Ärzte und Psychologen einen hohen Einfluss auf ihre Arbeitsgestaltung an [67]. Im stationären Bereich wurde dies anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt. Welche Faktoren dabei eine mögliche Rolle spielen, lässt sich bisher nur vermuten. Köhle und Siol (2003) wiesen beispielsweise auf den Abbau der hierarchisch geprägten Verhältnisse in Kliniken hin, die eine partnerschaftliche und selbstbestimmte Arbeit ermöglichen könnten [59]. Interessanterweise gaben die Ärzte und Psychologen in der Psychosomatik im hohen Maße an, ihre Arbeit als abwechslungsreich zu empfinden. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelang eine 2008 durchgeführte Befragung von psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten und Psychologen [67].

Soziale Ressourcen

Die überragende Bedeutung der verfügbaren sozialen Ressourcen am Arbeitsplatz wurde in zahlreichen Untersuchungen bestätigt [11,20,62,71]. Exemplarisch für soziale Ressourcen erzielte in der Psychosomatik das Gemeinschaftsgefühl sehr hohe Werte. Der ermittelte hohe Zeitanteil an Austausch unter allen Teammitgliedern lässt vermuten,

dass sich hier eine Gemeinschaftsbildung ungeachtet der professionellen Zugehörigkeit vollzieht. Die Zugehörigkeit zu einem Ganzen beschreibt Janssen (2004) in der psychosomatisch- psychotherapeutischen Arbeit als unabdingbar für eine adäquate Patientenbehandlung [48]. Nur so könne der Therapeut die komplexen unbewussten Prozesse des Patienten erfassen [48]. Als Teil einer Gemeinschaft ist es möglich von den hieraus entstehenden sozialen Ressourcen zu profitieren [37]. In diesem Sinne war die erlebte soziale Unterstützung der hier präsentierten Studie bei allen Untersuchungsteilnehmern auffallend hoch. Kollegiale Unterstützung wirkt sich positiv auf das eigene Wohlbefinden von Ärzten sowie auf den Umgang mit Belastungssituationen aus [37,38]. In der Psychosomatik ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung, da eine stabile Zusammengehörigkeit versuchen kann, die zahlreichen Anforderungen an die eigene Persönlichkeit unterstützend auszugleichen.

Persönliche Ressourcen

Als persönliche Ressourcen wiesen die teilnehmenden Ärzte und Psychologen in der Psychosomatik Optimismus und Selbstwirksamkeit vor. Es zeigten sich niedrige Skalenwerte im Bereich der Pessimismus- Einschätzung. Diese unterstützenden Ressourcen können versuchen, die hohen dargestellten Anforderungen im Berufsleben mit zu tragen.

In Bezug auf die Fragestellung 3 stellt sich die Psychosomatik zusammenfassend als ein medizinisches Fachgebiet mit unterschiedlichen Arbeitsanforderungen und zugleich mit einem vielfältigen Angebot an Ressourcen dar. Die Ärzte und Psychologen gaben beispielsweise eine hohe Bedeutung der Arbeit neben einer abwechslungsreichen Arbeitsgestaltung an. Die Einflussmöglichkeiten auf den Arbeitsablauf waren in der vorliegenden Untersuchung jedoch nur begrenzt. Ebenso zeigten sich soziale und persönliche Ressourcen, wie das Gemeinschaftsgefühl und die soziale Unterstützung. Ob und wie sich diese gegenseitig ausgleichen können, wird in der Arbeits- und Lebenszufriedenheit möglicherweise präsent.

4.4 Arbeitszufriedenheit in der Psychosomatischen Medizin

4.4.1 Arbeits- und Lebenszufriedenheit in der Psychosomatik

Arbeitszufriedenheit

In der vorliegenden Untersuchung auf der Psychosomatik wurde die Arbeitszufriedenheit im mittleren Wertebereich angegeben. Dies entspricht keineswegs den Ergebnissen der Untersuchung von Merz und Oberlander (2008), in der sich ein deutlich geringerer Anteil an Klinikärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zeigte, der zufrieden mit seiner Arbeit war [10]. Ferner erwies sich, dass Psychologische Psychotherapeuten mit ihrer Arbeit deutlich zufriedener waren als somatisch orientierte Ärzte [67]. Ebenso waren Ärztliche Psychotherapeuten zufriedener mit ihrer Berufsausübung als ihre somatisch orientierten Kollegen [67]. Die Autoren machten für diesen Unterschied die sehr ungünstigen Arbeitsbedingungen der somatisch orientierten Ärzte verantwortlich. Ebenso erwogen die Verfasser, dass die Arbeitsinhalte, wie die Psychotherapie, die gemeinsame höhere Berufszufriedenheit der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychologen unterstützt [67]. Aufgrund der Ergebnisse der hier angeführten Studien wurde von einem Unterschied zwischen Ärzten und Psychologen ausgegangen. Die Ergebnisse wiesen jedoch keinen signifikanten Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen nach. Hier sind verschiedene Schlussfolgerungen möglich. Vor dem Hintergrund der eben zitierten Studien könnte die somatisch ausgeprägte Untersuchungsgruppe Arzt- Internistisch (Ä1) eine niedrigere Arbeitszufriedenheit aufweisen, als die Untersuchungsgruppen Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) oder Psychologe (P). Da dies offensichtlich in der hier präsentierten Studie nicht der Fall ist, scheinen die Kollegen, die die somatische Behandlung des Patienten übernehmen, mit den an sie übertragenen Arbeitsinhalten zufriedener. Es wäre möglich, dass die Ärzte dieser Untersuchungsgruppe sich in dem Gesamtbild einer psychosomatischen Krankenstation in solch einem Maße in ihrer Arbeit integriert fühlen, dass diese Ärzte sich wie Janssen (2004) forderte, als Teil eines Ganzen sehen [48]. Damit werden Unterschiede in der Verteilung der Tätigkeiten über berufliche Grenzen hinweg dezimiert. Ein weiterer Aspekt ist die von zahlreichen Autoren beschriebene hohe emotionale Belastung durch die Psychotherapie [68-70]. Diesen Belastungen sind die Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1) weitaus geringer ausgesetzt als die Ärzte der Untersuchungsgruppe Arzt- Psychotherapeutisch (Ä2) oder die Psychologen (P). Diese Gleichheit im Empfinden der beruflichen

Zufriedenheit lässt eindrucksvoll vermuten, wie sehr in der Psychosomatik sich die einzelnen Tätigkeiten und Anforderungen mit den Ressourcen ergänzen könnten.

Im Zusammenklang mit der guten Arbeitszufriedenheit gaben die Untersuchungsteilnehmer nur mit äußerst geringen Werten den Wunsch an, ihren Beruf aufzugeben. Vor dem Hintergrund der zahlreichen Ausstiege von Ärzten aus der Patientenversorgung ist dies ein bemerkenswertes Ergebnis [19].

Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit wurde von den Ärzten/ Psychologen in der Psychosomatik ebenso wie die Arbeitszufriedenheit mit Werten im mittleren Bereich angegeben. Im Gegensatz zur Annahme zeigte auch der Vergleich der Untersuchungsgruppen keinen Unterschied. Dies gleicht den Ergebnissen der Arbeit von Raskin et al. (2008) [67]. In einer weiteren Studie zeigten hingegen ärztliche Psychotherapeuten eine höhere Lebenszufriedenheit als die Gesamtheit aller berufstätigen Ärzte auf [68]. Die Autoren wiesen darauf hin, wie wichtig es insbesondere im therapeutischen Bereich ist, die Pflege und Förderung von außerberuflichen Aktivitäten und Beziehungen nicht zu vernachlässigen [68]. Diese Faktoren haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit. Umso erfreulicher erscheinen die positiven Signale, die in den hier präsentierten Ergebnissen von allen Untersuchungsteilnehmern gleichermaßen, abzulesen sind.

4.4.2 Zusammenhang zwischen ausgewählten Ergebnissen der Fragebogenanalyse und der Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit von Ärzten wurde bisher in zahlreichen Studien untersucht [10,19,20]. Von zunehmendem Interesse waren dabei Faktoren, die sich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken. In der vorliegenden Untersuchung in der Psychosomatik zeigten sich dabei verschiedene Faktoren, die im Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit standen. Es wurden hierfür Ergebnisse aus der Fragebogenanalyse, insbesondere die Skalen aus dem COPSOQ verwendet. Beispielsweise wiesen die quantitativen Anforderungen im Arbeitsablauf einen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit auf. Diese quantitativen Anforderungen spiegeln sich u. a. in dem empfundenen Zeitdruck bei der Berufsausübung und dem Stress- Erleben wieder. In der Literatur kann der in der Psychosomatik entstandene Eindruck zahlreich belegt werden [10,62,71].

Diskussion

Erstaunlicherweise wiesen die emotionalen Anforderungen keine Beziehung mit der Arbeitszufriedenheit auf. Die Mitarbeiter des Fachgebiets Psychosomatik sind aufgrund ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit jedoch im besonderen Maße mit diesen Anforderungen konfrontiert [68]. Die Bewahrung der eigenen Integrität ist eine weitere Anforderung, die die Ärzte und Psychologen hier zu bewältigen haben [70]. Eine mögliche Interpretation der Ergebnisse könnte das Vorliegen einer hinreichenden Trennung zwischen den Belastungen der psychotherapeutischen Arbeit und der Arbeitszufriedenheit sein.

Die an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Ärzte und Psychologen gaben einen Zusammenhang zwischen dem Work- privacy conflict und der Arbeitszufriedenheit an. Merz und Oberlander (2008) bekräftigten, wie wichtig die Vereinbarkeit von beruflichem und privatem Leben für die Zufriedenheit am Arbeitsplatz ist [10]. Auch in der 2009 durchgeführten Umfrage unter Ärzten zur Arbeitsunzufriedenheit nahm dieser Konflikt einen wichtigen Rang ein [71]. Die Ärzte und Psychologen in der Psychosomatik unterscheiden sich in diesem Punkt demnach nicht von ihren Kollegen aus anderen medizinischen Disziplinen.

Ferner lag in der Psychosomatik ein Zusammenhang zwischen der eigenen Einflussnahme auf die Arbeit und der Arbeitszufriedenheit vor. Einige Studien kamen zu einem ähnlichen Ergebnis. Bei Janus et al. (2007) erwies sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen der eigenen Entscheidungsmöglichkeit und der Arbeitszufriedenheit [20]. Ebenfalls korrelierte die Arbeitsautonomie mit einer erhöhten Arbeitszufriedenheit [11]. Ein weiteres Ergebnis der vorliegenden Untersuchung war der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Bedeutung der Arbeit. Dieser Zusammenhang wurde von Pokorski et al. (2005) beschrieben [88]. Ferner ist die Zusammenarbeit und das Verhältnis unter Kollegen wichtig für das berufliche Wohlbefinden von Ärzten [11,20]. Die erfasste soziale Unterstützung kann in der Psychosomatik diesen Zusammenhang widerspiegeln, auch hier zeigte sich ein enger Zusammenhang.

In der vorliegenden Untersuchung bildete die allgemeine Lebenszufriedenheit einen weiteren Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit. Der Zusammenhang zwischen der Arbeits- und der Lebenszufriedenheit wurde in der Literatur in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen beschrieben [72]. Die Arbeitszufriedenheit wird auch von den Belastungen am Arbeitsplatz beeinflusst. Jurkat

und Reimer (2001) zeigten, dass hohe berufliche Belastungen mit einer niedrigen Lebenszufriedenheit der Ärzte einhergehen [72].

Insgesamt wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und verschiedenen Anforderungen, Ressourcen und der Lebenszufriedenheit bestätigt. Lediglich die emotionalen Anforderungen wiesen keinen Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit auf. Trotz aller bisher beschriebenen Besonderheiten der Psychosomatischen Medizin zeigen sich in diesem Abschnitt überraschend viele Übereinstimmungen mit Ergebnissen aus der Literatur anderer medizinischer Fachgebiete.

4.4.3 Zusammenhang Kommunikation und Arbeitszufriedenheit

In der aktuellen Literatur zeigte sich übereinstimmend ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Kommunikation mit dem Patienten [10,11,20,67]. Auch in der vorliegenden Untersuchung in der Psychosomatik wurde der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den in der Tätigkeitsanalyse erfassten Zeitanteilen für Kommunikation ermittelt. Dabei konnte der Zusammenhang insbesondere bei therapeutischen Gesprächen mit dem Patienten hervortreten. Der Zusammenhang zwischen den Gesprächen mit medizinischem Personal ergab im Gegensatz zur Annahme kein signifikantes Ergebnis. Dabei ist zu beachten, dass hier die rein quantitativen Aspekte der Kommunikation in Zusammenhang gesetzt wurden. Vor dem Hintergrund der vielen Hinweise darauf, welche große Rolle die kollegiale Zusammenarbeit der Ärzte einnimmt scheint der gewählte methodische Ansatz einen wichtigen Einfluss auf das Ergebnis zu nehmen [11,20,71].

Gegenüberstellend zeigte sich in der Psychosomatik ein negativer Zusammenhang zwischen den Zeitanteilen für Dokumentation/ Administration. Bei genauer Differenzierung ergab sich insbesondere der Zusammenhang der Arbeitszufriedenheit mit den Zeitanteilen für administrative Tätigkeiten. In Untersuchungen anderer medizinischen Fachbereiche wurde diese erhebliche Beeinträchtigung durch Administration in der ärztlichen Tätigkeit ebenfalls aufgezeigt [11,20,62].

Bezüglich der Fragestellung 4 erwies sich die Psychosomatik als ein Fachgebiet mit einer Arbeitszufriedenheit im mittleren Bereich. Es ließen sich Zusammenhänge der

Arbeitszufriedenheit mit Anforderungen und Ressourcen ableiten, auch für die Kommunikation mit dem Patienten zeigte sich ein positiver Zusammenhang. Die Ergebnisse legen eine Grundlage für weitere Analysen von Einflussfaktoren der Arbeitszufriedenheit in der Psychosomatischen Medizin.

4.5 Kritische Einschätzung und Ausblick

Eine wesentliche Einschränkung der Aussagekraft der erhobenen Daten ergibt sich durch den geschützten therapeutischen Rahmen in der Psychosomatik. Psychotherapie sollte in einem gegen Störungen und Geräusche abgeschirmten Raum durchgeführt werden [77]. Es konnten in der vorliegenden Studie beispielsweise in Einzel- und Gruppengesprächen mit den Patienten im Rahmen der Therapie oder des Anamnesegesprächs in der Tätigkeitsanalyse keine differenzierten Aufzeichnungen gemacht werden. Es wurden demzufolge keine Nebentätigkeiten oder Unterbrechungen erfasst. Die häufigsten Nebentätigkeiten waren in den Kategorien Administration/ Dokumentation sowie Besprechungen anzutreffen. Damit ist insgesamt von noch höheren Werten in diesen Bereichen auszugehen.

Eine weitere Limitation ist durch die Person des Beobachters im Rahmen der Tätigkeitsanalyse in Echtzeit bedingt. Der sog. Hawthorne- Effekt beschreibt das veränderte Verhalten einer Person, wenn diese Teil einer Untersuchung ist und damit unter Beobachtung steht [32]. Um diesen Einfluss zu minimieren wurde auf einen ausreichenden räumlichen Abstand zwischen dem an der Untersuchung teilnehmendem Arzt/ Psychologe und dem Beobachter geachtet. Ein anderer Untersuchungsaufbau mit einer intermittierenden Analyse der Tätigkeit, z. B. alle zwei Minuten, wäre denkbar [23]. Hier wären aber wesentliche externe Belastungsfaktoren, wie beispielsweise Unterbrechungen, nicht zu erfassen.

Durch die relativ kleine Stichprobe, die in der vorliegenden Untersuchung erfasst wurde, kann die externe Validität der Studie eingeschränkt sein. Die Stichprobengröße ergab sich durch die begrenzte Anzahl an stationären psychosomatischen Einrichtungen in einer geographischen Region. Eine überregional angelegte Untersuchung könnte diese Einschränkung reduzieren. Ebenso könnte eine größere, überregional angelegte Studie eine größere Vergleichbarkeit der Charakteristika der beteiligten psychosomatischen Abteilungen erzielen. In der vorliegenden Untersuchung wurden aufgrund der begrenzten Anzahl an psychosomatischen Einrichtungen, Abteilungen unterschiedlicher Größe mit einbezogen.

Diskussion

Das Gebiet der Psychosomatischen Medizin umfasst neben den hier fokussierten stationären Fachabteilungen mit eigenem Bettenaufgebot weitaus mehr Behandlungsangebote. Im stationären Rahmen ist insbesondere der Konsultations- und Liaisondienst zu nennen [59]. Daneben sind neben dem breiten ambulanten Angebot an Psychotherapie incl. der psychosomatischen Grundversorgung die Rehabilitationseinrichtungen von Bedeutung [59]. Eine Tätigkeitsanalyse in diesen Bereichen der Psychosomatik könnte den bisherigen Einblick um zusätzliche Dimensionen ausweiten. Die Versorgung von Patienten mit psychisch-psychosomatischen Beschwerden umfasst die Evaluation des Zugangs/ Assessments und des Behandlungsprozesses [81]. Im Bereich der Outcomeparameter werden u. a. die Effektivität der therapeutischen Interventionen und das Kosten- Nutzen- Verhältnis geprüft [81]. Die in der vorliegenden Studie erfassten Daten können im Bereich der strukturellen Voraussetzungen angesiedelt werden und können damit einen wichtigen Beitrag leisten zur Diskussion um Arbeitsgestaltungsprozesse und die Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten.

In der vorliegenden Studie wurden Kommunikationszeiten von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatik erfasst. Damit wurden rein quantitative Aspekte der Kommunikation aufgezeichnet. Wie beispielsweise im Abschnitt 4.4.3 verdeutlicht wurde, scheint dieser Ansatz in seiner Aussagekraft in manchen Bereichen begrenzt, da nur ein Teilbereich der Kommunikation analysiert wird. Lohnenswert wäre eine weiterführende Untersuchung, die simultan die qualitativen Dimensionen der Kommunikation im ärztlichen Beruf mit erfasst. Ferner wurden Hinweise auf ein verändertes Kommunikationsverhalten in der Psychosomatischen Medizin gegeben [49,50]. Von Interesse wären demnach neben den non- verbalen Anteilen der Kommunikation die qualitativ zu erfassenden Parameter wie Inhalt, Fehlerquellen, Wechselwirkungen mit Kommunikationspartnern oder die Betrachtung der Auswirkungen beispielsweise auf die Patientencompliance. Dennoch können die erhobenen Daten eine bedeutende Grundlage geben, inwieweit das Gespräch die ärztliche Tätigkeit in der Psychosomatik mit bestimmt.

Der Fokus der vorliegenden Studie lag auf der Tätigkeit von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatik. Damit wurde der Arzt und Therapeut in den Vordergrund des Interesses gestellt. Im Allgemeinen wirkt sich jedoch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte auch auf die Patientenbehandlung aus, wie beispielsweise auf die Qualität der Patientenbehandlung und die Arzt- Patienten

Diskussion

Beziehung [64]. Ebenfalls werden weitere Wechselwirkungen zwischen Arzt und Patient beschrieben, wie die Folgen auf die Patientenbehandlung und Behandlungsfehler, die Effekte auf die medikamentöse Therapie sowie die Auswirkungen auf die Patienten-Compliance [11]. Die vorliegende Untersuchung beschäftigte sich vorwiegend mit Kommunikationszeiten von Ärzten und Psychologen in der Psychosomatik. Auch in diesem Punkt wurden die Auswirkungen auf den Patienten, wie eine veränderte Patientenzufriedenheit und Patientencompliance, beschrieben [32,33]. Ferner wurden Wechselwirkungen des therapeutischen Prozesses und Erfolgs mit dem Beziehungserleben zum behandelnden Personal angedeutet [89]. Aus den genannten Untersuchungen geht hervor, wie sehr der Patient unmittelbar von den hier erfassten Merkmalen ärztlicher Tätigkeit betroffen ist. Es bestehen direkte Zusammenhänge sowohl zwischen der allgemeinen Arbeitssituation/ Arbeitszufriedenheit als auch zwischen der ärztlichen Kommunikation und der Patientenbehandlung. Von besonderem Interesse wären demzufolge weiterführende Studien mit dem Ziel einer stärkeren Miteinbeziehung des Patienten. Im Gebiet der Psychosomatik sind hier beispielsweise die Patientenzufriedenheit, die Symptomverbesserung oder das therapeutische Outcome von Relevanz.

5 Zusammenfassung

Zusammenfassend soll ein kurzer Blick auf die Zielsetzung, die Methodik, die Ergebnisse und auf mögliche Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit gewendet werden.

Hintergrund und Zielsetzung

Die Arbeitssituation von Ärzten steht gegenwärtig im Fokus der Öffentlichkeit. Gleichwohl haben wenige Untersuchungen die Arbeit von Klinikärzten objektiv analysiert. Es wurde dabei unter anderem ein Rückgang an Zeit für Gespräche mit dem Patienten festgestellt. In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bildet die Kommunikation jedoch den Grundbestandteil der Arbeit mit dem Patienten und ist darüber hinaus Voraussetzung für ein multipersonelles Arbeiten im Team. Das Arbeitsgebiet Psychosomatik ist aufgrund der Abdeckung von somatischen und psychischen Behandlungsaspekten durch eine hohe Varianz an Tätigkeiten gekennzeichnet. Des Weiteren weisen Studien in der Psychosomatik besonders hohe Arbeitsanforderungen nach. Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb, anhand einer Tätigkeitsanalyse das umfassende Feld der Psychosomatik erstmalig objektiv zu erfassen, um die Zeitanteile und die Bedeutung der Kommunikation im Arbeitstag von Ärzten und Psychologen zu ermitteln. Ferner wurden die Anforderungen, Ressourcen und die Arbeitszufriedenheit in diesem Fachgebiet erfragt, um einen Einblick in subjektive Faktoren der Arbeitssituation zu erhalten.

Methodik

Mithilfe einer objektiven Tätigkeitsanalyse wurden 60 Arbeitstage von 20 Ärzten und Psychologen in stationär psychosomatischen Fachabteilungen erfasst. Um der Komplexität des Tätigkeitsfeldes gerecht zu werden, wurden drei Untersuchungsgruppen gebildet: Ärzte mit internistischem Schwerpunkt (Ä1), Ärzte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt (Ä2) und Psychologen (P). Nach dem Literaturstudium wurde ein Tätigkeitskatalog erstellt, der die einzelnen Tätigkeiten in Ober- und Unterkategorien aufgliederte. Die Tätigkeitsanalyse wurde durch einen Beobachter computerbasiert durchgeführt und ermöglichte eine zeitgenaue Erfassung. Die Reliabilität der Methodik wurde geprüft. Außerdem wurden Fragebögen an die Ärzte und Psychologen ausgeteilt, die auf Grundlage von Skalen aus dem Copenhagen

Zusammenfassung

Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) und aus dem Fragebogen zur Selbstwirksamkeit- Optimismus- Pessimismus (SWOP- K9) erarbeitet wurden.

Ergebnisse

Die Tätigkeitsanalyse wies eine deutlich unterschiedliche Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Untersuchungsgruppen auf. Die Untersuchungsgruppen P und Ä2 verzeichneten die höchsten Zeitanteile in der Kategorie Therapie (P: M= 40,27%, 95%-KI 31,96%- 48,59%; Ä2: M= 31,08%, 95%-KI 20,19%- 41,97%). Weitere wesentliche Zeitanteile waren in den Kategorien Besprechung mit Kollegen und Administration/ Dokumentation anzutreffen. Die Untersuchungsgruppe Ä1 zeigte hingegen die höchsten Zeitanteile in den Kategorien Administration/ Dokumentation (M= 24,27%, 95%-KI 17,14%- 31,41%), Besprechung mit Kollegen und der Krankenvsiste. Psychotherapie war hingegen in der letztgenannten Gruppe (Ä1) nur mit äußerst geringen Zeitanteilen nachzuweisen. Hinsichtlich der Zeitanteile für Kommunikation fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen ($\chi^2= 12,41$; $df= 2$; $p < .01$). Während in den Untersuchungsgruppen Ä2 und P fast zwei Drittel des Arbeitstages an Kommunikation zuzuordnenden Tätigkeiten anzutreffen waren, wies die Gruppe Ä1 einen deutlich geringeren Zeitanteil auf. Dabei unterschieden sich insbesondere die Zeitanteile für Kommunikation mit dem Patienten ($\chi^2= 11,17$; $df= 2$; $p < .01$). Die Untersuchungsgruppen Ä2 und P fanden hauptsächlich im Rahmen der Psychotherapie den Kontakt zum Patienten, die Gruppe Ä1 wies hingegen in der Visite die höchsten Zeitanteile für Patientenkommunikation auf. Für die Kommunikation mit Kollegen fanden sich ebenfalls Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen, hier zeigte die Gruppe P einen geringeren Zeitanteil gegenüber den Gruppen Ä1 und Ä2.

Die Fragebogenanalyse wies ein weites Spektrum an Anforderungen und Ressourcen der in der Psychosomatik tätigen Ärzte und Psychologen nach. Es wurden dabei insbesondere die sehr hohen emotionalen Anforderungen angegeben. Ferner wurde der eigenen Arbeit eine hohe Bedeutung zugesprochen und ein ausgeprägtes Gemeinschaftsgefühl angeführt. Die Arbeits- und Lebenszufriedenheit wurden mit Werten im mittleren Bereich erfasst. Dabei zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und den Zeitanteilen für die Patientenkommunikation.

Zusammenfassung

Schlussfolgerung

Anhand der objektiven Analyse wurden erstmals die Tätigkeiten von Ärzten und Psychologen in der stationären Psychosomatischen Medizin zeitgenau erfasst. Es zeigten sich dabei unterschiedliche Schwerpunkte der Tätigkeiten, resultierend aus dem umfassenden Behandlungsangebot. Die Kommunikation in diesem Fachgebiet wies in der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Patienten den größten Stellenwert nach. Für überwiegend internistisch arbeitende Ärzte lag hingegen der Schwerpunkt der Kommunikation mit dem Patienten in der Visite. Ferner wurde die Kommunikation mit anderen Teammitarbeitern ihrem Anspruch, die Voraussetzung für ein multipersonelles Konzept zu bilden, nur gerecht. In den Ergebnissen der Kommunikationsanalyse spiegelt sich demnach die Heterogenität des Fachs wider. Das Gebiet Psychosomatische Medizin zeigte überdies insgesamt hohe Arbeitsanforderungen, durch die therapeutische Arbeit waren insbesondere hohe emotionale Anforderungen von Bedeutung. Gleichwohl kann die aus der therapeutischen Arbeit resultierende hohe kommunikative Ausprägung der Psychosomatik als positive Ressource gewertet werden.

Die erhobenen Daten geben einen Einstieg zur Diskussion von Arbeitsgestaltungsprozessen in der psychosozialen Medizin. Von weiterführendem Interesse wäre eine Miteinbeziehung der Auswirkungen der Arbeitssituation von Ärzten auf die Qualität der Patientenbehandlung in der Psychosomatik.

6 Abstract

Background/ Objectives

Working conditions of physicians are currently the focus of public interest. Nevertheless, few studies have analysed the work of clinical doctors objectively. One result of these studies is that there is less time for communication with patients. In psychosomatic medicine and psychotherapy, communication represents a basic element for the treatment of patients and is the pre-condition of teamwork. As both somatic and psychotherapeutic treatment are combined in psychosomatics, doctors have to cover a variety of tasks. Furthermore, a high workload is characteristic for psychosomatics. The objective of this study is to analyse the workflow of physicians and psychologists working in psychosomatic medicine to determine objective data of the significance of communication in this field. Moreover, demands, resources and work satisfaction were examined to determine subjective aspects of workload.

Methods

On the basis of a computer- based work programme, an observer assessed 60 workdays of 20 physicians and psychologists in in- patient psychosomatic departments. Three different groups were set up to reflect the complexity of tasks in psychosomatics: physicians focussing on internal medicine (Ä1), physicians focussing on psychotherapy (Ä2) and psychologists (P). After studying the current literature, a catalogue of tasks was developed, which subdivided the tasks into main and secondary categories. The interobserver reliability was proved. Additionally, questionnaires were distributed among the physicians and psychologists. The questionnaire was composed of scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) and from the questionnaire of self-efficiency, optimism and pessimism (SWOP- K9).

Results

The task- analysis showed a difference in distribution of tasks among the observed groups. In groups P and Ä2, psychotherapy was recorded with the highest time slices (P: M= 40.27%, 95%- KI 31.96%- 48.59%; Ä2: M= 31.08%, 95%- KI 20.19%- 41.97%). Other frequent tasks fell under the categories internal communication and administration/ documentation. In group Ä1, the most frequent tasks belong under the

Abstract

categories administration/ documentation (M= 24.27%, 95%- KI 17.14%- 31.41%), internal communication and ward rounds. Psychotherapy only took up a small amount of time slices. Concerning the time devoted to communication, a considerable discrepancy was revealed between the groups ($\chi^2= 12.41$; $df= 2$; $p < .01$). In groups Ä2 and P, nearly two- thirds of the workday were spent with communication, group Ä1 presented much lower time slices. In this connection the difference was distinct regarding the time spent on communication with patients ($\chi^2= 11.17$; $df= 2$; $p < .01$). As for groups Ä2 and P, most of the communication with patients took place during psychotherapy whereas in group Ä1 most of the communication took place during the ward rounds. The time slices for communication with medical staff showed further differences: the group of psychologists (P) had a lower time slice than groups Ä1 and Ä2.

The results of the questionnaire revealed a wide range of requirements and resources among physicians and psychologists working in psychosomatics. The high emotional requirements were pointed out in particular. Further, physicians and psychologists attached special significance to their own work and to a high sense of community. Job and life satisfaction were given mean value levels.

Conclusion

For the first time the various tasks of physicians and psychologists working in psychosomatic medicine were recorded in real time. Different priorities concerning the work were revealed, representing the broad spectrum of therapeutical treatment in psychosomatics. Physicians focussing on psychotherapy spent the largest amount of time on communication with patients. On the other hand, communication during ward rounds constituted the main type of contact with the patient for physicians focussing on internal medicine. Further, the high amount of communication with other medical personnel provided a basis for the mulitpersonal treatment in psychosomatics. Therefore, the analysis of communication reflects the heterogeneity in this field. Another result was that there are high requirements in psychosomatic medicine, particularly high emotional requirements directly related to psychotherapy. At the same time, the importance of communication in this medical field can serve as yet another resource. The study lays the foundations for a discussion about job design models in psychosocial medicine. Further studies could put more emphasis on the consequences of the physicians' working conditions on the quality of care.

7 Literaturverzeichnis

1. Chapman C: Health reforms further anger Germany's striking doctors. *Lancet* 2006;367:1229-1230.
2. Nowak D: Doctors on strike- the crisis in German health care delivery. *N Engl J Med* 2006;355:1520-1522.
3. Flintrop J: Arbeitszeiten im Krankenhaus- Die Euphorie ist verflogen. *Dtsch Arztebl* 2004;101:898-899.
4. Martin W: Ärztlicher Stellenmarkt: Der Ärztemangel verfestigt sich. *Dtsch Arztebl* 2010;107: 161-162.
5. Deitmer T: Einfluss der arbeits(zeit)gesetzlichen Bestimmungen auf die Organisation und Qualität medizinischer Behandlungsabläufe. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2004; 98: 210-213; Diskussion 213-215.
6. Fletcher KE, Davis SQ, Underwood W et al.: Systematic review: effects of resident work hours on patient safety. *Ann Intern Med* 2004;141:851-857.
7. Barger LK, Ayas NT, Cade BE et al.: Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med* 2006;3:e487.
8. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al.: Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-1848.
9. Knauth P: Extended work periods. *Ind Health* 2007;45:125-136.
10. Merz B, Oberlander W: Ärztinnen und Ärzte beklagen die Einschränkung ihrer Autonomie. *Dtsch Arztebl* 2008;105:A 322- 324.
11. Gothe H, Köster AD, Storz P et al.: Arbeits- und Berufszufriedenheit von Ärzten. *Dtsch Arztebl* 2007;104:1394–1399.
12. Voltmer E, Kieschke U, Spahn C: Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben bei Ärzten im dritten bis achten Berufsjahr. *Z Psychosom Med Psychother* 2007;53:244-257.
13. Bruggemann A, Groskurth P, Ulich E: *Arbeitszufriedenheit*. Bern, Hans Huber, 1975.
14. Joiko K, Schmauder M, Wolff G: *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten*. Dortmund, BAuA, 2008.

Literaturverzeichnis

15. Karasek RA: Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Admin. Sci. Quart.* 1979;24:285- 308.
16. Johnson JV: Control, collegivity and the psychosocial work environment. In: Sauter SL, Hurrell Jr JJ, Cooper CL (eds): *Job control and worker health* Chichester, Jon Wiley & Sons, 1989.
17. Nübling M, Stößel U, Hasselhorn HM et al. (eds): *Methoden zur Erfassung psychischer Belastung* Dortmund, BAuA, 2005.
18. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W et al.: Burnout und Belastungsstörungen bei Intensivmedizinern. *Dtsch Med Wochenschr* 2006;131:2461-2464.
19. Köhler S, Kaiser R: Junge Ärzte- Ausstieg aus der Patientenversorgung? *Hessisches Ärzteblatt* 2003;9:462- 464.
20. Janus K, Amelung VE, Gaitanides M et al.: German physicians "on strike"--shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy* 2007;82:357-365.
21. Putzhammer A, Senft I, Fleischmann H et al.: Eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken. *Nervenarzt* 2006;77:372-376.
22. Westbrook JI, Ampt A, Kearney L et al.: All in a day's work: an observational study to quantify how and with whom doctors on hospital wards spend their time. *Med J Aust* 2008;188:506-509.
23. Ammenwerth E, Spötl HP: The time needed for clinical documentation versus direct patient care. A work- sampling analysis of physicians' activities. *Methods Inf Med* 2009;48:84-91.
24. Gabow PA, Karkhanis A, Knight A et al.: Observations of residents' work activities for 24 consecutive hours: implications for workflow redesign. *Acad Med* 2006;81:766-775.
25. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ: Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999;14 Suppl 1:S34-40.
26. Hemmer- Schanze C, Füessl HS: Überfüllte Praxen- sprachlose Patienten- Ratlosigkeit auf beiden Seiten. Wer verstehen will, braucht Zeit. *MMW Fortschr Med* 2006;148:25-26, 28-29, 31.
27. Kempf D: Untersuchung der Gesprächszeit mit Patienten und Angehörigen unter Zugrundelegung der Arbeitszeitverteilung von Krankenhausärzten. In: *Abteilung Innere Medizin 2*. Freiburg i. B., Albert- Ludwig- Universität, 2007:79.

Literaturverzeichnis

28. Dorfmueller M: Das ärztliche Gespräch aus medizin- psychologischer Sicht. In: Dorfmueller M (ed): Die ärztliche Sprechstunde. 2nd. ed. Landsberg/ Lech, Ecomed, 2001:9-29.
29. Meyer PC, Buddeberg C: Grundlagen des Sozialverhaltens. In: Buddeberg C, Willi J (eds): Psychosoziale Medizin. 2nd. ed. Berlin, Springer Verlag, 1998: 29-72.
30. Buddeberg C, Laederach K, Buddeberg- Fischer B: Das ärztliche Gespräch- die ärztliche Untersuchung. In: Buddeberg C, Willi J (eds): Psychosoziale Medizin. 2nd ed. Berlin, Springer- Verlag, 1998:455- 482.
31. Myerscough P, Ford M: Kommunikation mit Patienten. Göttingen, Verlag Hans Huber, 2001.
32. Buser K, Schneller T, Wildgrube K: Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie. München, Urban& Fischer, 2007.
33. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV: The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof 2004;27:237-251.
34. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP et al.: Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. Jama 1997;277:553-559.
35. Sawicki PT: Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Med Klin (Munich) 2005;100:755-768.
36. McCallin A, Bamford A: Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? J Nurs Manag 2007;15:386-391.
37. Voltmer E, Spahn C: Soziale Unterstützung und Gesundheit von Ärzten. Z Psychosom Med Psychother 2009;55:51-69.
38. Kivimaki M, Sutinen R, Elovainio M et al.: Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. Occup Environ Med 2001;58:361-366.
39. Schaller B, Baller G: Moderne ärztlich-kollegiale Kommunikation im Gesundheitswesen. Schweizerische Ärztezeitung 2007;88:1715- 1716.
40. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO et al.: The communication atmosphere between physician colleagues: competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med 1997;44:519-526.
41. Janssen PL: Stand der Weiterbildungsdiskussion. Z Psychosom Med Psychother 2003;49:200-204.

Literaturverzeichnis

42. Meyer AE: Zur Komplexität des Faches "Psychosomatik". In: Meyer AE, Freyberger H, Kerekjarto M et al. (eds): Jores Praktische Psychosomatik. Bern Göttingen, Verlag Hans Huber, 1996.
43. Bergmann G: Zur Entwicklung der Psychosomatik und psychotherapeutischen Medizin in Deutschland. Wien Med Wochenschr 2002;152:507-515.
44. Heuft G, Senf W, Jansen P et al.: Personalanzahlzahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. Psychother. Psychosom. med. Psychol. 1993;43:262- 270.
45. Reimer C: Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M et al. (eds): Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3rd ed. Heidelberg, Springer 2007:745- 763.
46. Schmeling- Kludas C, Eckert J: Psychotherapeutischer Umgang mit körperlich Kranken. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M et al. (eds): Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3rd ed. Heidelberg, Springer, 2007:433-444.
47. Loew H: Weiterbildungssituation in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie 2005- eine Umfrage. Z Psychosom Med Psychother 2006;52:323-330.
48. Janssen PL: Berufsgruppen- und methodenintegrierte Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie. Psychotherapeut 2004;49:217-226.
49. Westphale C, Köhle K: Gesprächssituation und Informationsaustausch während der Visite auf einer internistisch- psychosomatischen Krankenstation. In: Köhle K, Raspe HH (eds): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. 1st ed. München, Urban & Schwarzenberg, 1982:102- 139.
50. Siegrist J: Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: Köhle K, Raspe HH (eds): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. 1st ed. München, Urban& Schwarzenberg, 1982:16-22.
51. Argelander H: Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 2009.
52. Häuser W, Schwebius P: Vier Minuten pro Patient, eine Minute pro Angehörigen. Arzt- Patient- Angehörigen- Kommunikation in allgemeininternistischen Abteilungen. Psychother Psychosom Med Psychol 1999;49:168-170.

Literaturverzeichnis

53. Fehlenberg D, Simons C, Köhle K: Die Krankenvsiste- Chance für ein weiterführendes ärztliches Gespräch. In: Adler RH, Herrmann JM, Kühle K et al. (eds): Uexküll- Psychosomatische Medizin. 6nd ed. München Jena, Urban& Fischer, 2003:445- 456.
54. Raspe HH: Visitenforschung in der Bundesrepublik: Historische Reminiszenzen und Ergebnisse formal- quantitativer Analysen. In: Köhle K, Raspe HH (eds): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. 1st ed. München, Urban& Schwarzenberg, 1982:1-15.
55. Jähric C, Koch U: Die Arzt- Patienten- Interaktion in der internistischen Visite eines Akutkrankenhauses- Eine empirische Untersuchung. In: Köhle K, Raspe HH (eds): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. 1st ed. München, Urban& Schwarzenberg, 1982:36-57.
56. Nothdurft W: Zur Undurchlässigkeit von Krankenhaus- Visiten. In: Köhle K, Raspe HH (eds): Das Gespräch während der ärztlichen Visite. 1st ed. München, Urban& Schwarzenberg, 1982: 23-35.
57. Bräutigam W, Christian P, von Rad M: Psychosomatische Medizin. Stuttgart, Thieme Verlag, 1992.
58. Wesiack W, Schüßler G: Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren. In: Adler RH, Herrmann JM, Kühle K et al. (eds): Uexküll- Psychosomatische Medizin. 6nd ed. München, Urban& Fischer, 2003: 457- 466.
59. Köhle K, Siol T: Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich. In: Adler RH, Herrmann JM, Kühle K et al. (eds): Uexküll- Psychosomatische Medizin. 6nd ed. München, Jena, Urban& Fischer, 2003:577- 604.
60. Penson RT, Kyriakou H, Zuckerman D et al.: Teams: communication in multidisciplinary care. *Oncologist* 2006;11:520-526.
61. West E, Barron DN: Social and geographical boundaries around senior nurse and physician leaders: an application of social network analysis. *Can J Nurs Res* 2005;37:132-148.
62. Bovier PA, Perneger TV: Predictors of work satisfaction among physicians. *Eur J Public Health* 2003;13:299-305.
63. Probst JC, Greenhouse DL, Selassie AW: Patient and physician satisfaction with an outpatient care visit. *J Fam Pract* 1997;45:418-425.

Literaturverzeichnis

64. Williams ES, Skinner AC: Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev* 2003;28:119-139.
65. Flintrop J: Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes- Hektische Betriebsamkeit zum Jahreswechsel. *Dtsch Arztebl* 2007;104:7.
66. Rosta J: Arbeitszeit der Krankenhausärzte in Deutschland. *Dtsch Arztebl* 2007;104:2417–2423.
67. Raskin K, Jurkat H, Vetter A et al.: Lebensqualität in Heilberufen. In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J (eds): *Karriereentwicklung und berufliche Belastungen im Arztberuf*. 1st ed. Göttingen, Vandenhoeck& Ruprecht, 2008:228- 244.
68. Reimer C, Jurkat HB: Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82:1733- 1738.
69. Jaeggi E, Reimer C: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 2008;53:92-99.
70. Reimer C: Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut* 1997;42:307- 313.
71. Buxel H: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. *Dtsch Arztebl* 2009;106:1790- 1793.
72. Jurkat HB, Reimer C: Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung* 2001;82:1745- 1750.
73. Scholler G, Fliege H, Klapp BF: Fragebogen zu Selbstwirksamkeit, Optimismus und Pessimismus. Restrukturierung, Itemselektion und Validierung eines Instrumentes an Untersuchungen klinischer Stichproben. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999;49:275-283.
74. Grau A, Flichtentrei D, Suner R et al.: Influence of personal, professional and cross-national factors in burnout syndrome in Hispanic Americans and Spanish health workers (2007). *Rev Esp Salud Publica* 2009;83:215-230.
75. Schnell MW: Die Unfasslichkeit der Gesundheit. *Pflege& Gesellschaft* 2006;11:344- 350.
76. Volpp KG, Grande D: Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *N Engl J Med* 2003;348:851-855.

Literaturverzeichnis

77. Hautzinger M: Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M et al. (eds): Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3rd ed. Heidelberg, Springer, 2007: 167- 226.
78. Mache S, Scutaru C, Vitzthum K et al.: Development and evaluation of a computer-based medical work assessment programme. J Occup Med Toxicol 2008;3:35.
79. Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A et al.: The Copenhagen Psychosocial Questionnaire- a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. Scand J Work Environ Health 2005;31:438-449.
80. Deter HC: Psychotherapie und Psychosomatik - eine Einheit? Psychother Psychosom Med Psychother 2002;52:45-46.
81. Schulz H, Barghaan D, Harfst T et al.: Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006;49:175-187.
82. Küchenhoff J: Perspektiven der psychoanalytischen Psychosomatik. Z Psychosom Med Psychother 2001;47:396-410.
83. Heuft G, Eich W, Henningsen P et al.: Psychosomatic and Psychotherapeutic Medicine goes DRG- Prozeduren-Katalog OPS-301 2.1 als erster Schritt. Z Psychosom Med Psychother 2002;48:90-103.
84. Mache S, Vitzthum K, Kusma B et al.: Pediatricians' working conditions in German hospitals: a real-time task analysis. Eur J Pediatr 2009;169:551-555.
85. Mendler TM, Heuft G, Schneider G: Dokumentation auf einer Station für psychosomatische Medizin und Psychotherapie- Lösungskonzepte für eine interdisziplinäre Herausforderung. Psychotherapeut 2005 50:133–143.
86. Eckert J: Gesprächspsychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M et al. (eds): Psychotherapie- Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. 3rd ed. Heidelberg, Springer, 2007: 233- 288.
87. Sammet I, Stanske B, Rüger U: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - ein weibliches Fachgebiet? Z Psychosom Med Psychother 2007;53:53-61.
88. Pokorski J, van der Schoot E, Wickström G et al.: Die Bedeutung der Arbeit für das Pflegepersonal in Europa. Berlin, BAuA, 2005.
89. Sammet I, Staats H, Schauenburg H: Beziehungserleben und Therapieergebnis in stationärer Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 2004;50:376-393.

8 Anhang

Anhang A Tätigkeitskatalog: Tabelle der Unterkategorien

Oberkategorie	Unterkategorie	Erklärung, Beispiele
Visite	Vorbereitung/ Nachbereitung	Händedesinfektion, Visitenwagen und Patientenakten vorbereiten
	Ärztliches Gespräch mit Patienten	Exploration des Krankheitsverlaufes, Besprechung der Befunde und der weiteren Planung
	Gruppenvisite	Visite mit mehreren Patienten
	Untersuchung des Patienten	Körperliche Untersuchung
	Akten/ Befunde einsehen	In der Kurve/ Patientenakte
	Dokumentation des Status/ Verlaufs/ Anordnung	In der Kurve/ Patientenakte
	Passive Beteiligung	Z. B. in Chefarztvisiten
	Besprechung Personal (Vor-, Nach-, Zwischenbesprechung)	Besprechung des Patienten mit allen Teammitgliedern, die die Visite begleiten
	Notizen	Verfassen eigener Notizen
Weg	Wege zwischen den Patientenzimmern	
Anamnese/ Erstgespräch	Vorbereitung/ Nachbereitung	Zusammensuchen der Patientenunterlagen
	Anamnese	Erhebung der psychosomatischen Anamnese, Herstellen einer Patientenbeziehung
	Fremdanamnese	Ergänzung der Anamneseerhebung z. B. durch Angehörige/ Betreuer
	Körperliche Untersuchung	Untersuchung des Patienten
	Dokumentation/ Anordnung	In der Patientenakte

Anhang

Oberkategorie	Unterkategorie	Erklärung, Beispiele
Besprechungen	Besprechungen mit Pflege/ Personal	Kommunikation u. a. mit der Pflege, Sozialarbeitern, Spezialtherapeuten
	Besprechung mit Ärzten/ Psychologen	Kommunikation mit ärztlichen Kollegen und Psychologen
	Übergabe	Weitergabe der relevanten Patienteninformationen an die diensthabenden Ärzte oder Übergabe von der Pflege
	Teamkonferenz	Besprechung der Patientenbehandlung mit allen Teammitgliedern
	Stationsversammlung	Stationsrunde mit allen Patienten
	Organisationskonferenz	Besprechung der organisatorischen Aspekte in der Gruppe
	Gruppennachbesprechung	Reflexion über die Gruppentherapie
	Telefonat eingehend	Telefongespräch von außen/ intern eingehend
	Telefonat abgehend	Selbst gewähltes Telefonat
Sonstiges: Privates Gespräch	Gespräche mit privatem Inhalt	
Gespräch mit dem Patienten	Mit Patienten	Gespräche mit dem Patienten außerhalb der Visite, Therapien, Anamnese/ Terminvereinbarungen
	Mit Angehörigen	Gespräche mit den Angehörigen außerhalb der anderen Kategorien
	Patientenaufklärung	Aufklärung des Patienten über bevorstehende Untersuchungen
Administration/ Dokumentation	Arztbrief/ Epikrise/ Abschlussbericht	Verfassen des Arztbriefs/ Epikrise/ Abschlussberichts
	Akte/ Befunde/ Bilder einsehen	In der Patientenakte/ im PC
	Befunden	Eigene Beurteilung der durchgeführten Patientenuntersuchungen wie EKG, Röntgenbilder

Anhang

Oberkategorie	Unterkategorie	Erklärung, Beispiele
	Dokumentationen/ Anordnungen	In der Patientenakte
	Untersuchung/ Konsil/ Patiententermin anfordern	Ausfüllen von Anforderungsscheinen für weiterführende Untersuchungen
	Bearbeitung von Krankenkassenfragen	Verfassen von Anträge zur Kostenbewilligung, Verlängerung
	Anträge/ Verträge ausfüllen	Anträge zur poststationären Weiterbehandlung, Verträge mit Patienten
	Gutachten	Durchführung von Gutachten
	Kodieren	Kodieren der Patientendiagnosen
	Information beschaffen/- bearbeiten	Eigenes Nachschlagen von Wissen in Büchern, PC
	Notizen	Verfassen und verwalten von Notizen zur eigenen Organisation
	Bürotätigkeiten/ Wegheften	Sortieren, Abheften z. B. von Patientenakten
	Sonstiges	Weitere administrative Aufgaben z. B. in hauseigenen Patientenverwaltungsprogrammen, Programmen zur Qualitätssicherung
Tätigkeit am Patienten	Vor- und Nachbereitung	Händedesinfektion, Zusammensuchen/ Aufräumen der benötigten Utensilien
	Venöse Blutentnahme	Blutentnahme am Patienten
	Ärztliche Tätigkeiten	Legen von Zugängen, Kathetern oder von Magensonden
	Pflegerische Tätigkeiten	Messung von Vitalzeichen
	Körperliche Untersuchung	Untersuchung des Patienten
	Funktionsdiagnostik	Ärztliche Tätigkeit in Funktionsabteilungen
	Durchführung von Konsilen	Psychosomatische Konsiliararbeit in anderen Fachabteilungen
	Assistenz bei Tätigkeiten am Patienten	Hilfestellung bei ärztlicher Tätigkeit

Anhang

Oberkategorie	Unterkategorie	Erklärung, Beispiele
Supervision	Theoretisch erhalten	Supervision mit theoretischem Inhalt wie medizinisches Wissen der Patientenbehandlung erhalten, psychotherapeutische Supervision
	Theoretisch geben	Supervision mit theoretischem Inhalt geben
	Praktisch erhalten	Supervision praktischer Tätigkeiten wie z. B. der ZVK-Anlage erhalten
	Praktisch geben	Supervision praktischer Tätigkeiten geben
Therapie	Einzeltherapie	Psychotherapeutische Einzeltherapie mit dem Patienten
	Gruppentherapie	Psychotherapeutische Gruppentherapie
	Familientherapie	Psychotherapeutische Intervention mit dem Patienten und seinen Angehörigen
	Paartherapie	Psychotherapie mit dem Patienten und seinem Partner
	Dokumentation	Dokumentation der Therapieinhalte, Patientenverläufe
Pause	Pause	Gestalten von Erholungszeiten
Sonstiges	Sonstiges	Persönliche Aktivitäten wie Ankleiden, Arbeitsbereich ordnen
	Nichtärztliche Tätigkeiten	Patientenbetten schieben, Rohrpost abschicken, alte Akten absortieren
Weg	Weg	Wege im Krankenhaus
Forschung	Konferenzen/ Teambesprechungen	Teilnahme an Forschungskonferenzen
	Aktiv Forschen/ Schreiben	Eigene Forschungsaktivität
Lehre	Anleiten von PJ`lern und Famulanten	Unterstützung von Studenten im Klinikalltag
	Vorbereitung und Durchführung von Kursen und Seminaren	Vorbereiten und Durchführung von Lehrveranstaltungen

Anhang

Oberkategorie	Unterkategorie	Erklärung, Beispiele
Notfall/ Krisenintervention	Gespräch Krisenintervention	Kriseninterventionsgespräche mit dem Patienten
	Aktive Durchführung der Maßnahmen	Durchführung von Notfallmaßnahmen, Reanimation
	Assistenz bei der Durchführung von Maßnahmen	Hilfestellung bei der Durchführung von bei notfallmedizinischen Maßnahmen
Regulationshindernisse	EDV/ Kommunikationsgeräte	Ablaufhindernisse durch defekte EDV und Kommunikationsgeräte
	Isolationsmaßnahmen	Zeitverzögerungen durch Isolierung von Patienten mit Infektionsgefahr
	Pieper	Störung des Tagesablaufes durch den Pieper
	Sprachbarriere	Mangelnde Verständigung durch Sprachprobleme
	Wartezeit	Verzögerung des Ablaufes durch Warten z. B. auf Patienten, Kollegen
	Suchen	Zeitverzögerungen durch das Nichtauffinden von Akten, anderen Utensilien
Fort- und Weiterbildung	Technisch/ medizinische Geräte	Ablaufhindernisse durch defekte technische Geräte
	Balint- Gruppe	Teilnahme an Balint- Gruppen
	Theoretisches Studium/ Seminar	Theoretisches Selbststudium in Büchern oder im Rahmen eines Seminars
	Vorträge/ Fallkonferenzen	Teilnahme an Vorträgen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung

Anhang B Fragebogen



CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
INSTITUT FÜR ARBEITSMEDIZIN

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

vielen Dank, dass Sie bereit sind, an unserer Befragung teilzunehmen.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonym, d.h. Sie können sicher sein, dass keine Verbindung zwischen Ihrer Person und ihren Antworten hergestellt werden kann. Darüber hinaus werden die Fragebögen nur an der Charité ausgewertet. Somit ist gewährleistet, dass die Klinik nur das Gesamtergebnis erfährt, aber keine Einzelauswertungen erfassen kann.

Notieren Sie bitte jeweils in die Klammer:

PIN

Die ersten beiden Ziffern Ihres Geburtstags. (Tag im Geburtsmonat, zwei Ziffern
z.B. 09.01.54 oder 15.04.75)

Die ersten beiden Buchstaben der Straße, in der Sie wohnen.
(z.B. SAmariterstraße)

Den Endbuchstaben des Vornamens Ihrer Mutter. (z.B. Ann**A**)
(bei Doppelnamen den Endbuchstaben vom ersten Namen)

Den Endbuchstaben Ihres eigenen Nachnamens. (z.B. Müll**eR**)
(bei Doppelnamen den Endbuchstaben vom ersten Namen)

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang

WAS SIE ZUR BEANTWORTUNG DER FRAGEN WISSEN UND BEACHTEN SOLLTEN!

- Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Fragen, die Sie hinsichtlich Ihrer Arbeit **in den letzten vier Wochen** beurteilen sollen. Ihre Aufgabe ist es anzugeben, in welchem Maße die jeweiligen Aussagen für Sie zutreffen.
- Es kann sein, dass Ihnen einige Aussagen ähnlich erscheinen. Lassen Sie sich dadurch nicht stören und beantworten Sie trotzdem alle Fragen.
- Beantworten Sie bitte alle Fragen in der vorgegebenen Reihenfolge und **lassen Sie möglichst keine Fragen aus**. Lesen Sie sich die jeweiligen Fragen zunächst einmal durch und beantworten Sie sie dann möglichst zügig, ohne lange zu überlegen.
- Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Antwort an. Bei einem großen Teil der Fragen werden Sie aufgefordert das Zutreffen bzw. Nichtzutreffen einer Aussage in einem fünfstufigen Antwortfeld zu markieren. Wie die einzelnen Kästchen zu werten sind, können Sie aus dem beigefügten Erklärungskasten entnehmen.

Ein Beispiel:

Bezüglich der Aussage „Ich stehe fast immer unter Zeitdruck“ sind Sie der Meinung, dass dies „teils/teils“ zutrifft. Sie kreuzen dann gemäß Erklärungskästchen die „3“ an.

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft vollständig zu
1. Ich stehe fast immer unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZU IHRER PERSON

Geschlecht

1. Sie sind

männlich

weiblich

Alter

2. Wann Sind Sie geboren?

Geburtsjahr: _____

3. Ihr Familienstand

ledig, allein lebend

geschieden, allein lebend

ledig, mit festem Partner

geschieden, mit festem Partner

verheiratet, zusammen lebend

verwitwet, allein lebend

verheiratet, getrennt lebend

verwitwet, mit festem Partner

4. Haben Sie Kinder?

ja

nein

5. Seit wann sind Sie als Arzt tätig?

< als 1 Jahr

3 bis 5 Jahre

1 bis 2 Jahre

> als 5 Jahre

6. Ihre Funktion innerhalb des Klinikums

Chefarzt

Assistenzarzt (in Weiterbildung)

Oberarzt

Facharzt oder Funktionsoberarzt

7. In welcher/n Fachrichtungen sind Sie derzeit tätig?

Eventuell müssen Sie eine Spezifikation der genauen Fachrichtung angeben:

1. Beispiel: Innere Medizin: Kardiologie, Gastroenterologie,...

2. Beispiel: Chirurgie: Neurochirurgie, Herzchirurgie,...

Anästhesiologie

Innere Medizin

Spezifikation: _____

Spezifikation: _____

Augenheilkunde

Pädiatrie

Chirurgie:

Spezifikation: _____

Spezifikation: _____

Neurologie

Dermatologie

Orthopädie

Radiologie

Psychiatrie und Psychotherapie

Gynäkologie /Geburtshilfe

Spezifikation: _____

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Psychosomatische Medizin

Urologie

anderes Gebiet: _____

Anhang

ANGABEN ZU IHRER ARBEIT

B.1: Die folgenden Fragen betreffen die Anforderungen bei Ihrer Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	Nie/ fast nie
1. Müssen Sie sehr schnell arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
2. Ist Ihre Arbeit ungleich verteilt, so dass sie sich aufhäuft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?	<input type="checkbox"/>				
4. Bringt Ihre Arbeit Sie in emotional belastende Situationen?	<input type="checkbox"/>				

B.1: Anforderungen bei der Arbeit (Teil 2) Bitte je eine Angabe pro Zeile

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	Zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
5. Fühlen Sie sich bei Ihrer Arbeit emotional eingebunden?	<input type="checkbox"/>				
6. Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?	<input type="checkbox"/>				
7. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, dass Sie Ihre Gefühle verbergen?	<input type="checkbox"/>				
8. Verlangt Ihre Arbeit von Ihnen, sich mit Ihrer Meinung zurück zu halten?	<input type="checkbox"/>				

B.2: Die folgenden Fragen betreffen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben: Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu? (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
1. Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben.	<input type="checkbox"/>				
2. Der Zeitaufwand meiner Arbeit macht	<input type="checkbox"/>				

Anhang

	stimme voll zu	stimme eher zu	unentschieden	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu
es schwierig für mich, meinen Pflichten in der Familie oder im Privatleben nachzukommen.					
3. Dinge, die ich zu Hause machen möchte, bleiben wegen der Anforderungen meiner Arbeit liegen.	<input type="checkbox"/>				
4. Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen.	<input type="checkbox"/>				
5. Wegen beruflicher Verpflichtungen muss ich Pläne für private oder Familienaktivitäten ändern.	<input type="checkbox"/>				

B.3: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Einflussmöglichkeiten und Ihren Spielraum bei der Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Haben Sie großen Einfluss auf Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie Einfluss darauf, mit wem Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
3. Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?	<input type="checkbox"/>				
4. Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?	<input type="checkbox"/>				
5. Können Sie selbst bestimmen, wann Sie eine Pause machen?	<input type="checkbox"/>				
6. Können Sie mehr oder weniger frei entscheiden, wann Sie Urlaub machen?	<input type="checkbox"/>				
7. Können Sie Ihre Arbeit unterbrechen, um sich mit einem Kollegen zu unterhalten?	<input type="checkbox"/>				
8. Wenn Sie private Dinge erledigen müssen, können Sie Ihren Arbeitsplatz ohne besondere Erlaubnis für eine halbe Stunde verlassen?	<input type="checkbox"/>				

Anhang

B.4: Die folgenden Fragen betreffen Ihre Entwicklungsmöglichkeiten und die Bedeutung der Arbeit.

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Ist Ihre Arbeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>				

B.5: Entwicklungsmöglichkeiten und Bedeutung (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	In sehr hohem Maß	In hohem Maß	Zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
1. Verlangt es Ihre Arbeit, dass Sie die Initiative ergreifen?	<input type="checkbox"/>				
2. Haben Sie die Möglichkeit, durch Ihre Arbeit neue Dinge zu lernen?	<input type="checkbox"/>				
3. Können Sie Ihre Fertigkeiten oder Ihr Fachwissen bei Ihrer Arbeit anwenden?	<input type="checkbox"/>				
4. Ist Ihre Arbeit sinnvoll?	<input type="checkbox"/>				
5. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit wichtig ist?	<input type="checkbox"/>				
6. Fühlen Sie sich motiviert und eingebunden in Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Sind Sie stolz, dieser Einrichtung anzugehören?	<input type="checkbox"/>				
8. Erzählen Sie anderen gerne über Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>				
9. Erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen?	<input type="checkbox"/>				
10. Hat Ihre Arbeitsstelle große persönliche Bedeutung für Sie?	<input type="checkbox"/>				

Anhang

B.6: Nun einige Fragen zu Regelungen und Abläufen bei Ihrer Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. Werden Sie rechtzeitig im Voraus über Veränderungen an ihrem Arbeitsplatz informiert, z.B. über wichtige Entscheidungen, Veränderungen oder Pläne für die Zukunft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erhalten Sie alle Informationen, die Sie brauchen, um Ihre Arbeit gut zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wissen Sie genau, wie weit Ihre Befugnisse bei der Arbeit reichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gibt es klare Ziele für Ihre Arbeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wissen Sie genau, welche Dinge in Ihren Verantwortungsbereich fallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wissen Sie genau, was von Ihnen bei der Arbeit erwartet wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Machen Sie Dinge bei der Arbeit, die von einigen Leuten akzeptiert werden, aber von anderen nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B.7: Bitte schätzen Sie ein, in welchem Maß Ihr unmittelbarer Vorgesetzter... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	In geringem Maß	In sehr geringem Maß
1. ...für gute Entwicklungsmöglichkeiten der einzelnen Mitarbeiter sorgt?	<input type="checkbox"/>				

Anhang

2. ...der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?	<input type="checkbox"/>				
3. ...die Arbeit gut plant?	<input type="checkbox"/>				
4. ...Konflikte gut löst?	<input type="checkbox"/>				

B.8: Die folgenden Fragen betreffen Ihr Verhältnis zu Ihren Kollegen/-innen und zu Ihrem/Ihrer Vorgesetzten. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	Nie/ fast nie
1. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie oft sind Ihre Kollegen bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie oft erhalten Sie Hilfe und Unterstützung von Ihrem unmittelbaren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie oft ist Ihr unmittelbarer Vorgesetzter bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie oft spricht Ihr Vorgesetzter mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie oft sprechen Ihre Kollegen mit Ihnen über die Qualität Ihrer Arbeit?	<input type="checkbox"/>				
7. Arbeiten Sie getrennt von Ihren Kollegen?	<input type="checkbox"/>				
8. Können Sie sich mit Kollegen unterhalten, während Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>				
9. Ist die Atmosphäre zwischen Ihnen und Ihren Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
10. Ist die Zusammenarbeit zwischen den Arbeitskollegen gut?	<input type="checkbox"/>				
11. Fühlen Sie sich an Ihrer Arbeitsstelle als Teil einer Gemeinschaft?	<input type="checkbox"/>				
12. Fühlen Sie sich durch Kollegen und Vorgesetzte häufig zu unrecht kritisiert, schikaniert oder vor anderen bloßgestellt?	<input type="checkbox"/>				

Anhang

B.9: Machen Sie sich Sorgen, dass... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	in sehr hohem Maß	in hohem Maß	zum Teil	in geringem Maß	in sehr geringem Maß
1. ... Sie arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>				
2. ... neue Technologien Sie überflüssig machen?	<input type="checkbox"/>				
3. ... es schwierig für Sie wäre, eine neue Arbeit zu finden, wenn Sie arbeitslos würden?	<input type="checkbox"/>				
4. ... man Sie gegen Ihren Willen auf eine andere Arbeitsstelle versetzen könnte?	<input type="checkbox"/>				

B.10: Wie oft haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate daran gedacht, Ihren Beruf aufzugeben?

nie	einige Male im Jahr	einige Male im Monat	einige Male in der Woche	jeden Tag
<input type="checkbox"/>				

B.11: Wenn Sie Ihre Arbeitssituation insgesamt betrachten, wie zufrieden sind Sie mit... (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
1. ... Ihren Berufsperspektiven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... den Leuten, mit denen Sie arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... den körperlichen Arbeitsbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... der Art und Weise, wie Ihre Abteilung geführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... der Art und Weise, wie Ihre Fähigkeiten genutzt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... den Herausforderungen und Fertigkeiten, die Ihre Arbeit beinhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Ihre Arbeit insgesamt, unter Berücksichtigung aller Umstände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

B.12: Ihr Gesundheitszustand: Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten bewerten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren derzeitigen Gesundheitszustand? Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

Schlechtester denkbare
Gesundheitszustand

bester denkbare
Gesundheitszustand

B.13: Energie und psychisches Wohlbefinden: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft. (Bitte je eine Angabe pro Zeile.)

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wie häufig fühlen Sie sich müde?	<input type="checkbox"/>				
2. Wie häufig sind Sie körperlich erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
3. Wie häufig sind Sie emotional erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
4. Wie häufig denken Sie: ich kann nicht mehr?	<input type="checkbox"/>				
5. Wie häufig fühlen Sie sich ausgelaugt?	<input type="checkbox"/>				
6. Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?	<input type="checkbox"/>				

B.14: Wie oft hatten Sie in den vergangenen vier Wochen...(Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	Oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. ...Konzentrationsprobleme?	<input type="checkbox"/>				
2. ...Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>				
3. ...Schwierigkeiten, sich zu erinnern?	<input type="checkbox"/>				
4. ...Schwierigkeiten, klar zu denken?	<input type="checkbox"/>				

Anhang

S-P-O.1: Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutrifft. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit. (Bitte je eine Angabe pro Zeile)

	immer	oft	manchmal	selten	nie/fast nie
1. Wenn mir jemand Widerstand leistet, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>				
2. Ich erwarte fast nie, dass die Dinge in meinem Sinn verlaufen.	<input type="checkbox"/>				
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	<input type="checkbox"/>				
4. Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft.	<input type="checkbox"/>				
5. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	<input type="checkbox"/>				
6. Die Dinge entwickeln sich nie so, wie ich es mir wünsche.	<input type="checkbox"/>				
7. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut damit zurecht kommen werde.	<input type="checkbox"/>				
8. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich mich immer auf meine Fähigkeiten verlassen kann.	<input type="checkbox"/>				
9. Ich sehe stets die guten Seiten der Dinge.	<input type="checkbox"/>				

B.15: Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Diese Aussagen beziehen sich auf Ihr Leben insgesamt, also nicht nur auf die Arbeit.

	stimme genau zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
1. In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.	<input type="checkbox"/>						
2. Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.	<input type="checkbox"/>						
3. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>						

Anhang

	stimme genau zu	stimme zu	stimme eher zu	weder noch	stimme eher nicht zu	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
4. Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

9 Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in der elektronischen Version meiner Arbeit veröffentlicht.

10 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt dem Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin Prof. Dr. Dr. h. c. mult. David Groneberg, der es ermöglichte, diese interessante Aufgabenstellung zu erarbeiten. Die Arbeit wurde von ihm darüber hinaus durch zahlreiche Anregungen und Diskussionen bereichert.

Für ihre wirklich ausgezeichnete Betreuung möchte ich der Leiterin der Abteilung Arbeitspsychologie/ Gesundheitsmanagement Frau Dr. Dipl.- Psych. Stefanie Mache danken. Mit vielen konstruktiven Anregungen und Kritik hat sie diese Arbeit stets gefördert und unterstützt. Durch ihre fortwährend herzliche Zugewandtheit konnte überdies eine wertvolle Freundschaft entstehen.

Bei Frau Lisa Kloß und Frau Vivian Reckling bedanke ich mich für ihre überaus wertvollen Hilfestellungen, darüber hinaus bedanke ich mich bei den beteiligten weiteren Mitarbeitern und Doktoranden des Instituts. Herrn Dipl.- Ing. Christian Scutaru sei für die kompetente technische Unterstützung gedankt.

Ferner möchte ich mich bei den Ärzten und Psychologen der einzelnen psychosomatischen Abteilungen bedanken, die bereit waren, an dieser Untersuchung teilzunehmen.

Von ganzem Herzen möchte ich mich bei meinen Freunden und meiner Familie bedanken, die diese Arbeit stetig begleitet haben und bei Sorgen immer an meiner Seite standen.

11 Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Sonja Steinle, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: *Kommunikation als zentrales Element in der Psychosomatischen Medizin- eine Analyse der Arbeitssituation von Ärzten und Psychologen* selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift