

Juliane Felber

**Der Berufseinstieg von ÄrztInnen
als normatives kritisches Lebensereignis:
Eine Längsschnittuntersuchung**

*Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor Philosophiae (Dr. phil.)*

*eingereicht bei der
Humanwissenschaftlichen Fakultät der
Universität Potsdam im Jahr 2011*

Erstgutachterin: Prof. Dr. Barbara Krahe
Zweitgutachter: Prof. Dr. Franz J. Neyer

Online veröffentlicht auf dem
Publikationsserver der Universität Potsdam:
URL <http://opus.kobv.de/ubp/volltexte/2012/5802/>
URN <urn:nbn:de:kobv:517-opus-58028>
<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:517-opus-58028>

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	X
1 Einleitung.....	1
TEIL I: EINBETTUNG DER ARBEIT UND HERLEITUNG DES UNTERSUCHUNGSGEGENSTANDES	
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Verständnis des Berufseinstiegs als normatives kritisches Lebensereignis.....	8
2.1.1 Allgemeine Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen und Einbettung des Berufseinstiegs.....	8
2.1.1.1 Definition kritischer Lebensereignisse.....	8
2.1.1.2 Untersuchung kritischer Lebensereignisse.....	11
2.1.1.3 Begriffsbestimmungen: Belastung und Beanspruchung vs. Stressor, Stressreaktion und Stress in der Untersuchung kritischer Lebensereignisse	16
2.1.2 Überblick über den Forschungsstand zur Situation berufseinsteigender ÄrztInnen	19
2.1.3 Charakterisierung des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen als kritisches Lebensereignis: Ihre Situation nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit – Arbeitsbelastung als Ereignismerkmal.....	22
2.2 Belastung als Prädiktor der Beanspruchung infolge des Berufseinstiegs	32
2.2.1 Ausgangssituation von Jung-ÄrztInnen: Belastung und Beanspruchung schon zu Zeiten des Medizinstudiums als Antezedenzbedingungen des Berufseinstiegs	32
2.2.2 Allgemeine Ausführungen zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.....	40
2.2.2.1 Arbeitspsychologische Modelle zur Erklärung von Beanspruchung.....	40
2.2.2.2 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung allgemein.....	44
2.2.3 Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei (Jung-)ÄrztInnen.....	44
2.2.3.1 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei KlinikärztInnen allgemein.....	44
2.2.3.2 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei Jung-ÄrztInnen.....	46
2.2.4 Bedeutung subjektiver Bewertungs- und Deutungsprozesse.....	50
2.3 Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg und seine Bewältigung.....	54
2.3.1 Allgemeine Ausführungen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisbelastung.....	54
2.3.1.1 Methodische Herausforderungen in der Untersuchung der Bewältigung kritischer Lebensereignisse.....	55
2.3.1.2 Definition und Verständnis von Bewältigung und Bewältigungs- strategien.	56

2.3.1.3	Klassifikationen von Bewältigungsstrategien.....	58
2.3.1.4	Bewältigungsstrategien von Jung-ÄrztInnen.....	59
2.3.2	Bedeutung personaler Ressourcen als Moderatoren der Effekte kritischer Lebensereignisbelastung.....	60
2.3.2.1	Resilienz	63
2.3.2.2	Wahrgenommene soziale Unterstützung.....	66
2.3.3	Bedeutung personaler Ressourcen in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs- Beziehung allgemein	67
2.3.4	Forschungsstand zur Bedeutung personaler Ressourcen in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei Jung-ÄrztInnen	69
2.4	Auswirkungen des Berufseinstiegs	73
2.4.1	Klinisch-gesundheitliche Perspektive: Beanspruchung.....	74
2.4.1.1	Allgemeine Ausführungen zu den Auswirkungen kritischer Lebensereignisse auf das physische und psychische Wohlbefinden.....	74
2.4.1.2	Art und Verbreitung psychischer Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen ...	77
2.4.2	Entwicklungspsychologische Perspektive: Persönlichkeitsentwicklung	82
2.4.2.1	Allgemeine Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen als Initiatoren von Persönlichkeitsentwicklung bzw. -veränderungen	82
2.4.2.2	Forschungsstand zur Persönlichkeitsentwicklung bzw. zu Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen.....	93
2.5	Zusammenfassung.....	95
3	Fragestellungen und Hypothesen	97
3.1	Eigene Vorarbeit	97
3.2	Studiendesign	98
3.3	Leitfragen	98
3.4	Hypothesen	105

TEIL II: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN

4	Pilotstudie.....	116
4.1	Stichprobe.....	116
4.2	Instrumente	116
4.2.1	Erfassung der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium.....	117
4.2.2	Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs	117
4.2.3	Erfassung der Persönlichkeit	118
4.2.4	Erfassung der Arbeitsunzufriedenheit als Indikator für kontextspezifische Beanspruchung.....	121
4.3	Durchführung.....	121

4.4	Ergebnisse.....	121
4.4.1	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	121
4.4.2	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Bewertung des Berufseinstiegs.....	122
4.4.3	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Persönlichkeitsmaße.....	123
4.4.4	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Arbeitsunzufriedenheit ..	127
4.4	Diskussion und Schlussfolgerungen für die Hauptstudie.....	128
5	Hauptstudie.....	129
5.1	Studiendesign und Stichprobenentwicklung.....	129
5.2	Analysestichprobe.....	130
5.2.1	Allgemeine demografische Angaben.....	130
5.2.2	Ausbildungs- und berufsbiografische Angaben.....	131
5.3	Instrumente.....	138
5.3.1	Erfassung der Belastung.....	140
5.3.1.1	Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	140
5.3.1.2	Arbeitsbelastung.....	140
5.3.2	Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs	142
5.3.3	Erfassung der Persönlichkeit	142
5.3.3.1	Protektive Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit	142
5.3.3.2	Big Five als Kernmerkmale der Persönlichkeit	143
5.3.4	Erfassung der Beanspruchung	143
5.3.4.1	Allgemeine Beanspruchung.....	144
5.3.4.2	Kontextspezifische Beanspruchung.....	146
5.4	Durchführung.....	147
5.5	Voraussetzungsprüfung für hypothesenprüfende Analysen.....	148
5.5.1	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Belastungsmaße.....	148
5.5.2	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Bewertung des Berufseinstiegs.....	150
5.5.3	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Persönlichkeitsmaße.....	151
5.5.3.1	Protektive Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit	151
5.5.3.2	Big Five als Kernmerkmale der Persönlichkeit	154
5.5.4	Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Beanspruchungsmaße	155
5.5.4.1	Allgemeine Beanspruchung.....	155
5.5.4.2	Kontextspezifische Beanspruchung.....	158

5.5.5	Weiterführende Analysen als Grundlage für den Umgang mit ausgewählten Untersuchungsaspekten in der Hypothesenprüfung	159
5.5.6	Interkorrelationen	165
5.6	Hypothesenprüfende Analysen.....	167
5.6.1	Ergebniskomplex I: Zur Ausgangssituation berufseinsteigender ÄrztInnen (T1-Querschnitt)	167
5.6.2	Ergebniskomplex II: Beanspruchung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und Erklärung dieser durch Arbeitsbelastung und Persönlichkeit	170
5.6.2.1	Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt.....	170
5.6.2.2	Auswirkungen interindividueller Ausgangsunterschiede in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen auf die T2- und die T3-Arbeitsbelastung.....	171
5.6.2.3	Auswirkungen interindividueller Ausgangsunterschiede in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen auf die T2- und die T3-Beanspruchung	173
5.6.2.4	Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die T2- und der T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung	174
5.6.3	Ergebniskomplex III: Entwicklung der Beanspruchung im Längsschnitt und Erklärung dieser durch Belastung und Persönlichkeit.....	180
5.6.3.1	Entwicklung der Indikatoren des Beanspruchungserlebens im Untersuchungszeitraum.....	180
5.6.3.2	Zur Situation berufseinsteigender ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3-Betrachtung).....	182
5.6.4	Ergebniskomplex IV: Persönlichkeitsveränderungen im Untersuchungszeitraum und Erklärung dieser durch die individuelle Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg	187
5.6.4.1	Entwicklung der Oberflächenmerkmale im Untersuchungszeitraum.....	187
5.6.4.2	Erklärung der Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen	189
5.6.4.3	Entwicklung der Kernmerkmale im Untersuchungszeitraum	192
5.6.4.4	Erklärung der Veränderungen in den Kernmerkmalen	194
6	Diskussion	198
6.1	Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion der Befunde	199
6.1.1	Deskriptive Ergebnisse: Bewertung des Berufseinstiegs, Belastung, Beanspruchung und personale Ressourcen.....	199
6.1.2	Situation von Jung-ÄrztInnen vor dem Berufseinstieg.....	200
6.1.3	Situation von Jung-ÄrztInnen nach dem Berufseinstieg.....	203
6.1.3.1	Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und die Bedeutung personaler Ressourcen	203
6.1.3.2	Entwicklung der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum und Erklärung dieser durch Belastung und Persönlichkeit.....	209

6.1.4	Entwicklung der Persönlichkeit junger ÄrztInnen im ersten Berufsjahr und Erklärung dieser anhand der Reaktion auf den Berufseinstieg	214
6.1.4.1	Entwicklung der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum	214
6.1.4.2	Erklärung interindividueller Unterschiede in der Persönlichkeitsentwicklung im Untersuchungszeitraum.....	216
6.1.5	Zusammenfassung zu den Auswirkungen des Berufseinstiegs als kritisches Lebensereignis	218
6.2	Methodische Limitationen der vorliegenden Arbeit und Ausblick auf künftige Studien	220
6.2.1	Untersuchungszeitraum	221
6.2.2	Erfassung einzelner Untersuchungsaspekte	221
6.3	Ausblick: Implikationen für die Vorbereitung und Unterstützung berufseinsteigender ÄrztInnen.....	225
6.3.1	Stärkung und Unterstützung angehender ÄrztInnen schon im Medizinstudium	225
6.3.2	Stärkung und Unterstützung von Jung-ÄrztInnen in der Berufseinstiegsphase bzw. in den ersten Berufsjahren	227
7	Literaturverzeichnis	XIV
	Anhang.....	A1
	Fragebogen des ersten Messzeitpunkts.....	A2
	Fragebogen des zweiten Messzeitpunkts.....	A15
	Fragebogen des dritten Messzeitpunkts.....	A22

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1.	Überblick über national und international publizierte (Längsschnitt-)Studien zur Situation von Jung-ÄrztInnen	20
Tabelle 2.	Arbeitsbelastungen von ÄrztInnen (ergänzt und adaptiert nach Bergner, 2004, S. 1867)	22
Tabelle 3.	Übersicht zu Belastungen von Medizinstudierenden (zitiert nach Dinkel et al., 2008, S. 15)	34
Tabelle 4.	Inhalte der Pilotstudie.....	117
Tabelle 5.	Beschreibung der Big Five (zitiert nach Borkenau & Ostendorf, 1993, S. 5)	120
Tabelle 6.	Itemstatistiken der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium (Teilstichprobe der studierten Berufstätigen; $n = 117$).....	122
Tabelle 7.	Itemstatistiken der Skala Bewertung des Berufseinstiegs (Teilstichprobe der Studierenden/Auszubildenden; $n = 67$).....	123
Tabelle 8.	Itemstatistiken der Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität vor der Itemauswahl (Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)	123
Tabelle 9.	Itemstatistiken der Skala wahrgenommene soziale Unterstützung (Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)	125
Tabelle 10.	Itemstatistiken der NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five vor der Itemauswahl (Gesamtstichprobe, $N = 216$)	126
Tabelle 11.	Itemstatistiken der Skala Arbeitsunzufriedenheit (Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)	128
Tabelle 12.	Überblick über die Befragungsteilnahmen und den Berufseinstieg (sofern bekannt) im Untersuchungszeitraum.....	130
Tabelle 13.	Überblick über die regionale Herkunft der Jung-ÄrztInnen (T1)	131
Tabelle 14.	Überblick über die angestrebte Facharztbildung (T1)	132
Tabelle 15.	Überblick über die anstellenden Fachbereiche nach dem Berufseinstieg (T2).....	133
Tabelle 16.	Überblick über die Stationsgröße der anstellenden Fachbereiche (T2)	134
Tabelle 17.	Überblick über die zu absolvierenden Sonderdienste im Rahmen der Assistenz- arztztätigkeit (T2/T3)	135
Tabelle 18.	Möglichkeit zum und Form des Ausgleich/s von geleisteten Sonderdiensten (T3).....	135
Tabelle 19.	Zukunftsvorstellungen der Jung-ÄrztInnen (T1/T2/T3)	136
Tabelle 20.	Betrachtete Parameter zu den einzelnen Befragungszeitpunkten und ihre Erhebungsinstrumente.....	139
Tabelle 21.	Itemstatistiken der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium (T1)	149
Tabelle 22.	Itemstatistiken der Skala Arbeitsbelastung (T2/T3)	149
Tabelle 23.	Itemstatistiken der Skala Bewertung des Berufseinstiegs (T1)	151
Tabelle 24.	Itemstatistiken der Skala Resilienz (T1/T3).....	152

Tabelle 25. Itemstatistiken der Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität (T1/T3).....	153
Tabelle 26. Itemstatistiken der Skala wahrgenommene soziale Unterstützung (T1/T3)	153
Tabelle 27. Itemstatistiken der gekürzten NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five (T1/T3).....	154
Tabelle 28. Itemstatistiken der Skala Depressivität (T1/T2/T3)	156
Tabelle 29. Itemstatistiken der Skala psychosomatische Beschwerden (T1/T2/T3).....	157
Tabelle 30. Itemstatistiken der Skala Arbeitsunzufriedenheit (T2/T3).....	158
Tabelle 31. Itemstatistiken der Skala berufsbezogene Angst (T2/T3)	158
Tabelle 32. Interkorrelationen der Indikatoren der Beanspruchung (T1/T2/T3)	160
Tabelle 33. Interkorrelationen der objektiven und subjektiven Arbeitsbelastung sowie beider Belastungsmaße mit der Beanspruchung (T2/T3).....	163
Tabelle 34. Geschlechtsunterschiede in den Untersuchungsmaßen (T1/T2/T3).....	163
Tabelle 35. Interkorrelationen der T1-/T2-/T3-Maße	165
Tabelle 36. T1-Bewertung des Berufseinstiegs in Abhängigkeit von Unterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen.....	168
Tabelle 37. Vorhersage der T2-Beanspruchung anhand der T2-Arbeitsbelastung.....	170
Tabelle 38. Vorhersage der T3-Beanspruchung anhand der T3-Arbeitsbelastung.....	171
Tabelle 39. T2-Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1).....	172
Tabelle 40. T2-Beanspruchung in Abhängigkeit von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1).....	173
Tabelle 41. T3-Beanspruchung in Abhängigkeit von T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen	174
Tabelle 42. Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1) auf die T2-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.....	175
Tabelle 43. Moderatoreffekte der T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung	177
Tabelle 44. Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der Resilienz auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.....	178
Tabelle 45. Erklärung der T1-T3-Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit	190
Tabelle 46. Erklärung der T1-T3-Veränderungen in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit.....	195

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.	Heuristisches Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse (Filipp & Aymanns, 2010, S. 53)	15
Abbildung 2.	Schematische Darstellung von Haupt- und Puffereffekten protektiver Persönlichkeitsvariablen in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung.....	61
Abbildung 3.	Veranschaulichung der Fragestellungen zur Situation von Jung-ÄrztInnen vor ihrem Berufseinstieg (T1-Querschnitt).....	99
Abbildung 4.	Veranschaulichung der Fragestellungen zur Erklärung der T2-Beanspruchung anhand von Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1) und der Arbeitsbelastung (T2) sowie durch deren Interaktion.....	100
Abbildung 5.	Veranschaulichung der Fragestellungen zur Erklärung der T3-Beanspruchung durch Veränderungen in protektiven Persönlichkeitsvariablen im Untersuchungszeitraum (T1-T3) und der Arbeitsbelastung (T3) sowie durch deren Interaktion	101
Abbildung 6.	Veranschaulichung der Fragestellungen zur Situation von Jung-ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3).....	103
Abbildung 7.	Veranschaulichung der Fragestellungen zu Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3).....	104
Abbildung 8.	Überblick über die täglichen Arbeitszeiten/Arbeitsstunden (T2).....	134
Abbildung 9.	Einstellung der Jung-ÄrztInnen zu einer möglichen Beschäftigung als Ärztin/Arzt im Ausland (T1/T2/T3).....	137
Abbildung 10.	Betreuungs-/Anleitungsqualität der Jung-ÄrztInnen durch ihre Vorgesetzten (T2/T3).....	138
Abbildung 11.	Konfirmatorische Faktorenanalysen zur Überprüfung der Zusammenfassung der vier Beanspruchungsindikatoren zu einem Maß der Gesamtbeanspruchung (T2/T3).....	161
Abbildung 12.	Mediation des Zusammenhangs zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der Beanspruchung durch die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs (T1-Querschnitt).....	168
Abbildung 13.	Moderatoreffekt der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität auf die Beziehung zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der den Zusammenhang zwischen der Vorbereitungsqualität und Beanspruchung vermittelnden Bewertung des Berufseinstiegs (T1-Querschnitt).....	169
Abbildung 14.	Moderatoreffekte der T1-Resilienz und T1-arbeitsspezifischen Copingfunktionalität auf die T2-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung	175
Abbildung 15.	Moderatoreffekte der T1-T3-Veränderungen der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.....	177
Abbildung 16.	Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der Resilienz auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung	179
Abbildung 17.	Entwicklung der Beanspruchungsindikatoren im Untersuchungszeitraum (T1-T2-T3).....	182
Abbildung 18.	Längsschnittliche Betrachtung des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen – Vorhersage der Beanspruchung anhand der zum vorherigen Messzeitpunkt gegebenen Belastung und Moderation dieser Beziehungen durch protektive Persönlichkeitsmerkmale.....	184

Abbildung 19.	Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die T2-Arbeitsbelastungs-T3-Beanspruchungs-Beziehung	185
Abbildung 20.	T2-T3-Cross-Lagged-Panel-Analyse der Arbeitsbelastung und Beanspruchung.....	186
Abbildung 21.	Entwicklung der Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum (T1-T3).....	188
Abbildung 22.	Erklärung der Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit durch die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) und deren Entwicklung in den Folgemonaten (T2-T3)	191
Abbildung 23.	Entwicklung der Big Five-Faktoren im Untersuchungszeitraum (T1-T3).....	193
Abbildung 24.	Erklärung der Veränderungen in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit durch die Arbeitsbelastung vs. Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) und deren Entwicklung in den Folgemonaten (T2-T3)	196

ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit untersuchte den Berufseinstieg von ÄrztInnen als normatives kritisches Lebensereignis bzw. als normativen Übergang von der Ausbildung, dem Medizinstudium, in die Berufstätigkeit. Von Interesse war, wie sich die Situation bzw. das Erleben junger ÄrztInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums, d.h. noch vor Arbeitsbeginn gestaltete und inwieweit sich zu diesem Zeitpunkt schon bestehende Belastung und Beanspruchung auf das Erleben des Berufseinstiegs bzw. die Reaktion auf diesen auswirkt. Zentral war dabei die Ergründung der Bedeutung psychischer Ressourcen für die Auseinandersetzung und Bewältigung der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung. Ein zweiter Schwerpunkt stellte die Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen bei den Jung-ÄrztInnen über den Berufseinstieg hinweg dar. Zum einen war von Interesse, ob sich im Mittel Veränderungen tatsächlich zeigen; zum anderen wurden interindividuelle Unterschiede in den Veränderungen erklärt, was die Diskussion der Natur der Veränderungen (temporär vs. dauerhaft-nachhaltig) ermöglicht.

Untersucht wurden diese Fragestellungen im Rahmen einer online realisierten Längsschnittstudie, an der $N = 185$ Jung-ÄrztInnen teilnahmen. Sie wurden insgesamt drei Mal im Abstand von jeweils sechs Monaten im ersten Jahr nach ihrem Studiumsabschluss befragt. Die erste Befragung (T1), die in den ersten zwei Wochen nach dem Staatsexamen stattfand, betrachtete die Situation der jüngst examinierten, aber noch nicht in den Beruf eingestiegenen ÄrztInnen. Gegenstand dieser Befragung waren die Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs sowie die Erfassung von Ausgangsunterschieden in der Persönlichkeit (Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit sowie die *Big Five*) und der Beanspruchung. Die zweite Erhebung (T2) sechs Monate später thematisierte den durch die ÄrztInnen nunmehr absolvierten Berufseinstieg. Das Untersuchungsinteresse galt der sich zwischenzeitlich eingestellten Arbeitsbelastung und Beanspruchung. Zwölf Monate nach der Erstbefragung (T3) wurden die Jung-ÄrztInnen ein letztes Mal befragt. Erfasst wurden zu diesem Zeitpunkt noch einmal die Arbeitsbelastung und Beanspruchung sowie die Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen.

Die Ergebnisse zeigten zunächst, dass unlängst examinierte Jung-ÄrztInnen, die sich vergleichsweise schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten, ihren bevorstehenden Berufseinstieg negativer bewerteten und schon vor diesem beanspruchter waren. Die Bewertung

des Berufseinstiegs vermittelte dabei den Zusammenhang zwischen einer schlechten Vorbereitung und der Beanspruchung. Die arbeitsspezifische Copingfunktionalität wiederum pufferte den Zusammenhang zwischen einer schlechten Vorbereitung und der Bewertung des Berufseinstiegs. Das Problem einer als schlecht empfundenen Vorbereitung verdeutlichte sich in der Längsschnittanalyse – sie sagte eine höhere Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt, d.h. nach dem Berufseinstieg vorher.

In der Untersuchung der Beanspruchungsentwicklung über die drei Messzeitpunkte hinweg fanden sich erst einmal nur wenige Veränderungen. Es ließ sich zwar eine deutliche Zunahme der mittleren Depressivitäts-Ausprägungen über den Berufseinstieg hinweg herausstellen (T1-T2), auf anderen Beanspruchungsindikatoren zeigte sich aber kein direkter Effekt des Arbeitsbeginns bzw. konnte auch die hypothetisierte Adaptation der Jung-ÄrztInnen an ihre neue Situation im Sinne einer sich verringernden Beanspruchung im weiteren Verlauf (T2-T3) nicht belegt werden.

Von umso größerem Interesse war jedoch die Erklärung interindividueller Unterschiede in der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum. In den dazu durchgeführten Analysen zeigte sich zunächst, dass die sich mit dem Berufseinstieg einstellende Arbeitsbelastung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt erwartungsgemäß positiv mit Beanspruchung assoziiert war. Jung-ÄrztInnen, die eine stärkere Arbeitsbelastung berichteten, waren auch beanspruchter. Die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bestand jedoch nur im Querschnitt; in der Längsschnittanalyse fand sich kein Effekt der T2-Arbeitsbelastung auf die T3-Beanspruchung. Ausgangsunterschiede in psychischen Ressourcen wirkten einerseits direkt auf die Beanspruchung zu T2, zum Teil moderierten sie aber auch den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und Beanspruchung. Eine höhere Resilienz und die Wahrnehmung sozialer Unterstützung sagten eine geringere Beanspruchung nach dem Berufseinstieg vorher. Jung-ÄrztInnen, die sich durch eine stärkere Arbeitsbelastung auszeichneten, aber über ein funktionaleres Bewältigungsverhalten im Arbeitskontext verfügten, waren kurzzeitig nach dem Berufseinstieg weniger beansprucht als stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit weniger funktionalem Coping. Verringerungen in den psychischen Ressourcen über den Berufseinstieg bzw. die ersten Arbeitsmonate hinweg wirkten sich direkt, d.h. per se ungünstig auf die Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt aus. Zudem interagierten sie mit der zu diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsbelastung in Vorhersage der Beanspruchung. Stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, deren Copingfunktionalität und Wahrnehmung sozialer Unterstützung vom ersten zum dritten Messzeitpunkt abgenommen hatte, waren am Ende des Untersuchungszeitraums am stärksten beansprucht.

Über den Berufseinstieg hinweg fanden sich Veränderungen in der Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen. Sowohl ihre Widerstandsfähigkeit als auch ihre Wahrnehmung sozialer Unterstützung hinsichtlich der Arbeitstätigkeit nahmen im Mittel ab. Diese als ungünstig zu bewertenden Veränderungen zeigten sich weiterführend aber auch in den als stabiler, d.h. dem Umwelteinfluss gegenüber als weniger sensitiv angenommen basalen Bereichen bzw. Kernmerkmalen der Persönlichkeit, den *Big Five*. Wider der normativen Entwicklung dieser über die Lebensspanne hinweg, zeichneten sich die Jung-ÄrztInnen durch eine zu T3 gegenüber T1 geringere Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit aus. Zudem waren sie zwischenzeitlich – zumindest im Trend – neurotischer geworden. Interindividuelle Unterschiede in den Veränderungen ließen sich auf die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) bzw. auf deren Entwicklung in den Folgemonaten (T2-T3) zurückführen. Die beschriebenen Veränderungen fanden sich bei jenen Jung-ÄrztInnen, die vergleichsweise stark beansprucht auf den Berufseinstieg reagiert hatten bzw. deren Beanspruchung im weiteren Verlauf zunahm. Die sich mit dem Berufseinstieg einstellende Arbeitsbelastung hatte – konkurrierend getestet – im Wesentlichen keinen Effekt auf die Persönlichkeit. Unter der Annahme, dass sich ‚wahre‘ bzw. nachhaltige Persönlichkeitsentwicklung erst durch die Auseinandersetzung mit den Anforderungen einer stabilen Umwelt vollzieht, und in dieser Arbeit tatsächlich auch nicht die Arbeitsbelastung, sondern die individuelle Beanspruchungsreaktion die Veränderungen der Persönlichkeit erklärte, lässt sich – auch unter Anerkennung, dass sich die Umwelt in der Berufseinstiegsphase ohnehin nicht durch Stabilität auszeichnen dürfte – vermuten, dass die aufgezeigten Veränderungen nur kurzzeitiger Natur sind. Die Beanspruchung „spiegelt“ sich in der Persönlichkeit wider. Indem die Jung-ÄrztInnen an ihre neue Arbeits- und Lebenssituation adaptieren und sich ihre Beanspruchung folglich verringern dürfte, sollten sich auch die ungünstigen Veränderungen in der Persönlichkeit aufheben.

Die Ergebnisse zusammengefasst verdeutlicht sich jedoch folgende Problematik: Die Persönlichkeit, konkret psychische Ressourcen, bestimmen nicht allein darüber mit, wie die Jung-ÄrztInnen ihren Berufseinstieg bewältigen, d.h. wie sich ihre Beanspruchung infolge dessen gestaltet, sondern sie wird ihrerseits auch von der Beanspruchung beeinflusst. Die Jung-ÄrztInnen, die weniger gut, d.h. persönlichkeitsbasiert geschützt den Berufseinstieg absolvieren, reagieren stärker beansprucht und sind dann aber wiederum auch diejenigen, deren Persönlichkeit sich in den ersten Arbeitsmonaten ungünstig verändert. Jung-ÄrztInnen mit geringen psychischen Ressourcen sind also nicht nur besonders vulnerabel für die Entwicklung von Beanspruchung angesichts belastender Arbeitsbedingungen, sondern ihre vergleichsweise

hohe Beanspruchung bedingt eine weitere Verringerung des Schutz- und Pufferpotenzials ihrer Persönlichkeit. Es kommt in diesem Sinne zu einer, ob nun kurzzeitigen oder nachhaltigen, ungünstigen Akzentuierung der ohnehin schon vergleichsweise ressourcenschwachen Persönlichkeit, welche die Vulnerabilität für zukünftige Beanspruchung angesichts einer im Ärztstand wohl generell vergleichsweise starken Arbeitsbelastung erhöht.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich ein Unterstützungsbedarf junger ÄrztInnen in der sensiblen und zweifelsohne auch wegweisenden Berufseinstiegsphase ableiten. Ein Augenmerk sollte dabei natürlich auf ihrer Arbeitssituation liegen. Die bestehenden Arbeitsbedingungen dürften sich durch am Entlastungsbedarf orientierte Arbeitsgestaltungsmaßnahmen verbessern lassen (*strukturell*: z.B. Verbesserung der Organisation und auch Transparenz von Arbeitsabläufen, Vermeidung ständiger Unterbrechungen, Beseitigung von Redundanzen zur Reduzierung des Verwaltungs- und Dokumentationsaufwands, klare Arbeitszeitregelungen; *auf Gruppenebene*: z.B. Verbesserung des Kontakts zu den in der Weiterbildung anleitenden Vorgesetzten, Intervention bei Störungen des Arbeitsklimas im Kollegium). Im Besonderen sollten aber auch psychische Ressourcen junger ÄrztInnen gestärkt bzw. einer ungünstigen Verringerung dieser angesichts erlebter Überforderung und Beanspruchung vorgebeugt werden. Damit ist tatsächlich schon zu Zeiten des Medizinstudiums, beispielsweise im Rahmen von Stressmanagement-Kursen, zu beginnen. Eine rechtzeitige Sensibilisierung junger ÄrztInnen für den Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhang, ihre regelmäßige Supervision, vor allem aber auch kompetenzorientiertes und ressourcenstärkendes Feedback von den Mentoren und Vorgesetzten, stellen die Grundlage dafür dar, dass die Jung-MedizinerInnen selbst gesund bleiben und sie die ärztliche Tätigkeit trotz ihres wohl stets hohen Belastungspotenzials als erfüllend und zufriedenstellend erleben.

1 EINLEITUNG

Die vorliegende Arbeit untersucht den Berufseinstieg von ÄrztInnen über das erste Jahr nach ihrem Staatsexamen hinweg. Das Interesse gilt dabei (1) der Erklärung interindividueller Unterschiede im Erleben der Jung-MedizinerInnen anhand berufseinstiegsrelevanter (Arbeits-) Belastung sowie des Schutz- bzw. Pufferpotenzials der Persönlichkeit und (2) der Frage, inwieweit der Berufseinstieg nicht nur einen Effekt auf das Wohlbefinden, sondern darüber hinaus auch auf die Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen zeigt, denn:

Internship and residency have been identified as especially stressful phases of a physician's career. This may have negative consequences for both learning and patient care. The transition from being a student with no clinical responsibilities to being an intern or resident with clear responsibilities [...] is a stressful life event for most trainees.

(Tyssen & Vaglum, 2002, S. 162)

Sowohl im deutschsprachigen als auch im internationalen Raum liegen mittlerweile eine Vielzahl von Arbeiten zum Beanspruchungserleben von Ärztinnen und Ärzten infolge ihrer hohen Arbeitsbelastung vor. Wenngleich schon Herschbach (1991) in den frühen 1990er Jahren konstatierte, dass gerade Jung-ÄrztInnen mit geringer Berufs- und Facherfahrung eine „Risikopopulation“ darstellen, erfuhren ihr Berufseinstieg bzw. die sich mit ihm einstellende Arbeitsbelastung und deren Auswirkung auf das Befinden lange Zeit nur wenig Beachtung. Das Interesse galt vorrangig den schon berufserfahrenen MedizinerInnen. Erst mit Beginn der 2000er Jahre wurde dem Erleben von berufseinsteigenden ÄrztInnen verstärkt Aufmerksamkeit zuteil.

Die publizierten Studien stammen größtenteils aus dem Ärztestand selbst. Dieser sorgte sich zunächst jedoch weniger um die Gesundheit (junger) ÄrztInnen, sondern zeigte sich angesichts ihrer vermehrten Abwanderung ins Ausland (und dem folgenden Personal-/ Nachwuchsmangel) sowie der hohen Arbeitsplatzwechselbereitschaft (v.a. auch in nicht-kurative Felder, wie z.B. in die Pharmazie, das Medizinmanagement, die Medizininformatik) beunruhigt, was gleichwohl mit Befürchtungen um den Erhalt der Qualität des deutschen Gesundheitssystems einher ging (Blum & Löffert, 2010; Buxel, 2009; Kopetsch, 2008; Resch & Hagge, 2003; Schneider, 2010).

Die bisher vorliegenden Befunde sind mehrheitlich querschnittlicher und nicht selten leider auch nur deskriptiver Natur. In den Studien wurden zwar die Arbeitsbelastung und Beanspruchung ermittelt, jedoch nicht immer systematisch in Beziehung zueinander gesetzt. Personale und kontextuelle Schutzfaktoren wurden vielfach gar nicht beleuchtet. Für ein tatsächliches Verständnis für die vor allem psychische Beanspruchung bei (Jung-)ÄrztInnen sind jedoch, wie auch schon die Norweger Tyssen und Vaglum (2002) resümierten, Längsschnittuntersuchungen durchzuführen, in denen den Aus- und Wechselwirkungen von Arbeitsbelastung und individuellen Ressourcen gleichermaßen Aufmerksamkeit zuteil wird.

Worin aber besteht die besondere Situation berufseinstiegender Jung-MedizinerInnen? Hinter ihnen liegt das mindestens sechsjährige Medizinstudium, das sich in zwei große Abschnitte gliedert. Während im ersten, dem *vorklinischen Teil* (vier Semester), vorrangig natur- und sozialwissenschaftliches Wissen über den gesunden Menschen bzw. seinen Körperaufbau und die Funktionen vermittelt wird (z.B. Stoffwechsel, Molekularbiologie, Anatomie, Medizinische Psychologie), liegt nach Bestehen des ersten Abschnitts der *Ärztlichen Prüfung* der Schwerpunkt im zweiten, dem sogenannten *klinischen Teil* (sechs Semester), auf Krankheiten und deren Diagnostik sowie Therapie (z.B. kardiovaskuläres und respiratorisches System, Tumordiagnostik und -therapie, Prävention/Gesundheitsförderung). Im Laufe des klinischen Abschnitts sind die Studierenden im Rahmen der sogenannten *Famulaturen* insgesamt vier Monate in der klinischen Praxis tätig; im letzten Studiumsjahr, dem *Praktischen Jahr (PJ)*, arbeiten sie jeweils 16 Wochen vollzeit in den Bereichen Innere Medizin und Chirurgie sowie in einem Wahlfach. Der erfolgreich absolvierte zweite Teil der *Ärztlichen Prüfung* und die daraufhin erhaltene *Approbation* stellen die Grundlage für den dann von der Mehrzahl der ÄrztInnen vollzogenen Berufseinstieg im Krankenhaus dar. Trotz des bestandenen Staatsexamens und der schon zu Studiumszeiten gesammelten Praxiserfahrungen fühlen sich viele Berufseinsteiger aber nur unzureichend auf die Anforderungen der klinischen Praxis vorbereitet. Vermutlich sind sie es auch, denn die als Studierende/r zuvor erworbenen Kenntnisse der klinischen Praxis dürften – allein mit Blick auf die zugewiesenen Aufgaben – kaum den Erwartungen, Verantwortlichkeiten und Herausforderungen, mit denen sie sich dann als AssistenzärztInnen konfrontiert sehen, entsprechen.

Will man die Ausgangssituation berufseinstiegender ÄrztInnen verstehen, gilt es jedoch nicht nur ihre Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium zu beleuchten. Vielmehr muss auch ihrem Befinden vor dem Berufseinstieg Aufmerksamkeit zuteil werden, schließlich konnte vielfach gezeigt werden, dass eine nicht zu unterschätzende Zahl der Berufseinsteiger schon zu Zeiten des lernintensiven Studiums stark und zunehmend stärker belastet und beansprucht ist (z.B. Dinkel, Berth & Balck, 2008). Insofern muss, wenngleich sich die Jung-ÄrztInnen auf den

Berufseinstieg freuen bzw. diesem hoch motiviert entgegen blicken, davon ausgegangen werden, dass viele von ihnen aufgrund von (früherer) Belastung und Beanspruchung eine von vornherein erhöhte Vulnerabilität für Beanspruchung als Reaktion auf den Berufseinstieg aufweisen.

Mit Aufnahme ihrer Arbeitstätigkeit beginnen die Jung-ÄrztInnen zumeist mit ihrer Facharztausbildung, die in der Regel fünf Jahre dauert. In dieser Zeit sind sie als AssistenzärztInnen beschäftigt. Sie erwerben umfangreiche Fachkenntnis und praktische Fähigkeiten, d.h. sie spezialisieren sich in einem Fachgebiet (z.B. Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie) und können entlang weiterer Fortbildungen einen Schwerpunkt in diesem setzen (z.B. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Nephrologie). Über die für die Zulassung zur Facharztprüfung geforderten medizinischen Leistungen und die mindestens einmal jährlich stattfindenden Personalgespräche führen die Jung-ÄrztInnen ein *Logbuch*. Dieses dokumentiert die absolvierten Weiterbildungsinhalte bzw. den Stand ihrer Facharztausbildung. Die Weiterbildungszeit ist, so konnte in Studien zu den ersten Berufsjahren von ÄrztInnen vielfach gezeigt werden, sehr belastend bzw. kann sie – neben den gegebenen Arbeitsbedingungen – einen eigenständigen Belastungsfaktor darstellen. Viele Jung-ÄrztInnen kritisieren ihr Weiterbildungsprogramm hinsichtlich der fehlenden Strukturierung, der schlechten Betreuung und Anleitung durch die Vorgesetzten und die erschwerte/verhinderte Erfüllung der Anforderungen (z.B. nicht zugestandene Durchführung der medizinischen Leistungen). Zudem vermissen sie ressourcenstärkende Curriculumsinhalte (z.B. Vermittlung von Stressbewältigungskompetenzen), d.h. sie werden zwar fachlich (gut) weitergebildet; ihre psychosoziale Sensibilisierung und Unterstützung mit Blick auf die noch vor ihnen liegende lange und belastungsintensive ärztliche Berufstätigkeit kommt jedoch zu kurz (z.B. Buxel, 2009). In diesem Zusammenhang merken Voltmer, Kieschke, Schwappach, Wirsching und Spahn (2008) an: „It seems paradoxical that the training and professional activity aimed at helping and healing others show little awareness towards potentially harmful effects, and little willingness to engage in the prevention of a declining health in candidates of the medical profession themselves“ (S. 9).

In ihrer Assistenzzeit sind die ÄrztInnen gänzlich in den klinischen Arbeitsalltag integriert. Die mitunter große Diskrepanz zwischen frühen, die Studiumswahl motivierenden Vorstellungen und der nun erlebten Krankenhausrealität kann den *Desillusionierungsprozess*, der bei vielen schon zu Studiumszeiten einsetzte (z.B. Jurkat, Reimer & Schröder, 2000), weiter vorantreiben. Aster-Schenck, Schuler, Fischer und Neuderth (2010) diskutieren in dieser Hinsicht „eine nicht bewältigte Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Die individuelle Lebenssituation, die eigenen Werte oder die intrinsische Motivation stimmen nicht mit der täglich erlebten Arbeitswirklichkeit überein“ (Zeile 21ff.). Das einst noch von humanistischen

und fürsorglichen Motiven geprägte Arztideal wandelt sich über den Berufseinstieg und die ersten Berufsjahre hinweg: „Das beziehungsorientierte Ideal ärztlicher Tätigkeit erleidet [...] einen deutlichen Dämpfer“ (Abele, 2001, S. A3010). Viele junge ÄrztInnen entwickeln eine technisch-naturwissenschaftliche Perspektive auf ihre Arbeitstätigkeit und räumen Prestige- und Karriereaspekten zunehmend größere Bedeutung ein. D.h., ein sicherer Arbeitsplatz, ein gutes Einkommen und gute Karrierechancen gewinnen an Bedeutung, der Wunsch nach Patientenkontakt nimmt hingegen ab (Abele, 2001; Stiller & Busse, 2008a).

Viele Jung-ÄrztInnen zeigen sich alsbald nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit nicht nur ernüchtert; zum Teil erleben sie in den ersten Berufsmonaten auch einen regelrechten *Praxisschock* (z.B. Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Zivanovic, Vetsch & Buddeberg, 2006). Auf die klinische Praxis zumeist nicht im ausreichenden Maße vorbereitet, unerfahren und folglich schnell verunsichert bergen Bedingungen, wie z.B.

- ♦ die große, häufig nicht adäquat vergütete Arbeitszeitbelastung,
- ♦ Zeit- und Verantwortungsdruck,
- ♦ schwierige Arzt-PatientInnen/Angehörigen-Interaktionen,
- ♦ der Umgang mit Krankheit und Tod,
- ♦ Konkurrenzdruck und Hierarchie am Arbeitsplatz sowie
- ♦ der Balance-Akt zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem Privatleben (auch gegenüber dem im eigenen Berufsstand noch weit verbreiteten Ideal bedingungslosen Engagements und Immunität gegenüber der Belastung),

die Gefahr, dass sich die berufseinstiegenden ÄrztInnen als das „schwächste Glied in der ärztlichen Hierarchie“ (Görg, 2001, S. A1174) alsbald beansprucht und überfordert fühlen. Viele von ihnen bilden psychische und psychosomatische Symptome wie Burnout, Depressivität und Angst aus. Ihre Arbeits- und auch Lebenszufriedenheit verringern sich. Von besonderer Relevanz ist dabei, dass Jung-ÄrztInnen für eigenes Überforderungs- und Beanspruchungserleben zumeist nur wenig sensibilisiert sind. Im Studium wurden sie auf den Umgang damit kaum vorbereitet. Die Selbstreflexion unterstützende und ressourcenstärkende Curriculumsinhalte fehlen schon in diesem. Insofern überrascht es nicht, dass die Jung-ÄrztInnen, die sich der Gesundheit anderer Menschen verschreiben, selbst oftmals ein ungünstiges Gesundheits- bzw. Selbstfürsorgeverhalten zeigen: Sie gehen krank zur Arbeit, behandeln sich selbst oder konsultieren allenfalls befreundete ÄrztInnen. Gerade psychische Beanspruchung lässt sich wohl aber kaum erfolgreich selbst behandeln, was sich fortsetzendes oder gar chronifizierendes Beanspruchungserleben wahrscheinlicher macht.

In der Herausbildung von Beanspruchung bestehen aber interindividuelle Unterschiede. Nicht alle Jung-ÄrztInnen reagieren im gleichen Maße beansprucht: „The modern medical workplace is a complex environment, and doctors respond differently to it, some finding it stimulating and exciting, whereas others become stressed and burned out from the heavy workload” (McManus, Keeling & Paice, 2004, Zeile 5f.). Unterschiede im Erleben der Krankenhausrealität bzw. in der Reaktion auf die sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Anforderungen begründen sich nicht nur in der jeweils gegebenen Arbeitsbelastung, sondern auch in der Persönlichkeit: „In addition to having a stressful occupation, many physicians may also be vulnerable because of traits such as neuroticism, dependency, self-criticism, low self-esteem, narcissism, and compulsiveness” (Tyssen & Vaglum, 2002, S. 162). Die Persönlichkeit kann den Einzelnen per se vor Beanspruchung schützen und/oder den Effekt einer starken Arbeitsbelastung puffern. Im Falle geringer Ausprägungen protektiver Merkmale kann er/sie hingegen im umso größeren Maße vulnerabel für Beanspruchung sein bzw. eine Prädisposition für die Ausbildung dieser besitzen. Es ist daher das Schutzpotenzial der Persönlichkeit zu untersuchen, um dieses auch bedarfsorientiert in der sensiblen Phase des Berufseinstiegs zu fördern.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, einen Beitrag zum Verständnis des Erlebens berufseinsteigender ÄrztInnen bzw. der Auswirkungen des Berufseinstiegs zu leisten. Den Hinweisen von Tyssen und Vaglum (2002) folgend, untersucht sie den Berufseinstieg im Längsschnitt mit drei Messzeitpunkten über das erste Jahr nach dem Staatsexamen hinweg. Sowohl die Arbeitsbelastung als auch protektive Persönlichkeitsmerkmale (d.h. personale/psychische Ressourcen) sowie ihre Wechselwirkungen werden im Interesse der Erklärung interindividueller Unterschiede im Beanspruchungserleben beleuchtet. Ein weiteres Interesse gilt Veränderungen in der Persönlichkeit junger ÄrztInnen infolge des Berufseinstiegs. Anders als beispielsweise in den USA, der Schweiz, Norwegen oder Großbritannien liegt eine differenzierte Untersuchung der zweifelsohne wegweisenden Berufseinstiegsphase von ÄrztInnen in Deutschland noch nicht vor. Ein besseres Verständnis von dieser stellt nicht nur die Grundlage für erfolgreiche Prävention und Intervention im Zuge des Berufseinstiegs und in den ersten Berufsjahren, sondern auch für die Vorbereitung der angehenden ÄrztInnen im Rahmen ihrer Ausbildung, d.h. schon im Medizinstudium, dar. Es gilt, die Jung-ÄrztInnen im bestmöglichen Sinne, d.h. nicht allein fachlich-theoretisch, sondern auch entlang der Vermittlung effektiver Bewältigungsstrategien und der Stärkung des Schutzpotenzials der Persönlichkeit auf den wohl stets stark belastenden Arztberuf vorzubereiten. Das verringert das Risiko für schon frühzeitiges Beanspruchungserleben bzw. beugt, sofern es sich doch einstellt, seiner Chronifizierung vor.

Schließlich sollte doch der sich der Gesundheit von Menschen verschreibende Berufsstand nicht selbst zum „Patienten“ werden. Er ist es aber – wie vielfach und weltweit aufgezeigt – leider durchaus.

TEIL I:

EINBETTUNG DER ARBEIT UND HERLEITUNG DES UNTERSUCHUNGSGEGENSTANDES

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Das Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen als normatives kritisches Lebensereignis bzw. als normativer Übergang von der Ausbildung, d.h. dem Medizinstudium, in die Berufstätigkeit. Dabei stehen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- ◆ Wie gestaltet sich die Situation bzw. das Erleben junger ÄrztInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums, d.h. nach dem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg?
- ◆ Inwieweit obliegt der vor dem Berufseinstieg gegebenen Belastung und Beanspruchung Erklärungswert für das Erleben des Berufseinstiegs bzw. die Reaktion auf diesen?
- ◆ Welche Bedeutung kommt Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsmerkmalen zu: Inwiefern nehmen psychische Ressourcen Einfluss auf die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und auf die Beanspruchung? Zeigt die Persönlichkeit darüber hinaus einen Puffereffekt in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung?
- ◆ Gibt es Veränderungen in der Persönlichkeit junger ÄrztInnen im ersten Jahr nach dem Staatsexamen bzw. über den Berufseinstieg hinweg?
- ◆ Lassen sich interindividuelle Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen auf das kritische Lebensereignis Berufseinstieg zurückführen?

Im Folgenden wird der Berufseinstieg von ÄrztInnen theoretisch eingebettet. Zum einen wird er – einem übergreifenden Verständnis gemäß – in der *kritischen Lebensereignisforschung* verankert. Der Berufseinstieg wird dabei als ein normatives kritisches Lebensereignis verstanden, das zu einem Ungleichgewicht im bisherigen Person-Umwelt-Arrangement führt und die Aufgabe der Bewältigung für die berufseinsteigenden Jung-ÄrztInnen birgt. Andererseits wird der Berufseinstieg von ÄrztInnen – in einem spezifischeren Sinne – *arbeitspsychologisch* betrachtet, was die Grundlage für die ereignisspezifische Ergündung des Beziehungsgefüges von Belastung, Beanspruchung und Bewältigung, wie sie auch innerhalb der kritischen Lebensereignisforschung

gefordert wird (Filipp & Aymanns, 2010), darstellt. Beide Perspektiven sind, will man den Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen untersuchen und verstehen, aufeinander angewiesen.

2.1 Verständnis des Berufseinstiegs als normatives kritisches Lebensereignis

In diesem Kapitel erfolgt entlang allgemeiner Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen die Herleitung des Verständnisses des Berufseinstiegs von ÄrztInnen als normatives kritisches Lebensereignis. Die Berufseinstiegssituation junger ÄrztInnen, d.h. ihre sich mit Beginn der Arbeitstätigkeit einstellende Arbeitsbelastung, wird charakterisiert. Zudem wird in diesem ersten Kapitel der theoretischen Ausführungen ein Überblick über frühere Untersuchungen zum Berufseinstieg bzw. zu den ersten Berufsjahren von ÄrztInnen gegeben.

2.1.1 Allgemeine Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen und Einbettung des Berufseinstiegs

Im Folgenden wird dargestellt, was unter kritischen Lebensereignissen zu verstehen und bei ihrer Untersuchung zu beachten ist. Darüber hinaus erfolgt die Definition der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Begriffe *Belastung* und *Beanspruchung* (auch im Abgleich mit den in der Literatur gleichfalls gebrauchten Begriffen *Stressor*, *Stressreaktion* und *Stress*). Die Implikationen für das Verständnis des Berufseinstiegs werden jeweils abgeleitet.

2.1.1.1 Definition kritischer Lebensereignisse.

Der Lebenslauf eines jeden Menschen ist von kritischen Lebensereignissen geprägt. Alltagssprachlich werden sie auch als *einschneidende Ereignisse*, als *Wendepunkte* oder *Zäsuren* bezeichnet (Filipp, 2007), die hinsichtlich ihrer Valenz zu unterscheiden sind. So gibt es Ereignisse, die gemeinhin als positiv (z.B. Eheschließung, Geburt eines Kindes) und solche, die mehrheitlich als negativ bewertet werden (z.B. Arbeitsplatzverlust, Tod eines nahestehenden Menschen).¹ Das vorrangige Interesse der kritischen Lebensereignisforschung galt bisher den negativen Lebensereignissen mit ihren zumeist auch negativen Konsequenzen für die betroffene Person. Als negativ sind nach Taylor (1991) jene Lebensereignisse zu bezeichnen, die die „potenzielle oder tatsächliche Eignung besitzen, aversive Folgen für das Individuum hervorzurufen“ (Übersetzung von Klauer & Greve, 2005, S. 240). Sie bedingen eine wesentlich

¹ Früher wurden kritische Lebensereignisse auch danach unterschieden, ob sie Verlust- oder Gewinnereignisse darstellen oder – in Abhängigkeit vom Ausmaß ihrer Bedrohlichkeit für die betroffene Person – in schwerwiegende und weniger schwerwiegende Ereignisse unterteilt (vgl. Klauer & Greve, 2005).

stärkere und schnellere physiologische, kognitive und emotionale Reaktion als dies positive oder neutrale Ereignisse tun (vgl. *mobilization-minimization-hypothesis*; Taylor, 1991).

Aus den Anfängen der klassischen Lebensereignisforschung (Holmes & Rahe, 1967) stammt die Definition kritischer Lebensereignisse von Antonovsky und Kats (1967), die sie noch eher unspezifisch als Lebenskrisen oder auch als „objektiv beschreibbare Situationen, bei deren Konfrontation allgemein Stress eintritt [...] und die eine Erfahrung [einschließen], die entweder Leid aufbürdet oder eine Rollentransformation erfordert“ (zitiert nach Hultsch & Cornelius, 1995, S. 74) beschrieben. Mittlerweile haben verschiedene Autoren zur Präzisierung des Konzepts beigetragen (u.a. Filipp, 1995, 2007; Filipp & Aymanns, 2010; Richter & Guthke, 1996; Siegrist, 1980). Filipp und Aymanns (2010) benennen insgesamt 10 Merkmale, die ein Lebensereignis als *kritisch* ausweisen. So lässt sich ein kritisches Lebensereignis zunächst als Ereigniszuspitzung im Lebenslauf einer Person verstehen und entsprechend ausmachen. Es verursacht ein kurz-, mittel- oder langfristiges Ungleichgewicht im bis dahin gegebenen Arrangement der Person in ihrer Umwelt (*Schädigung der Person-Umwelt-Passung*), worauf die betroffene Person – in Abhängigkeit von ihren individuellen Deutungs- und Bewertungsprozessen (s. Kapitel 2.2.4) – stark emotional reagiert (*affektiver Gehalt*). Das Ereignis muss sich dabei nicht notwendigerweise in den äußeren Lebensumständen der Person abbilden, sondern kann auch eine bedeutsame intrapsychische Irritation sein. Die Person verliert persönlich Signifikantes (*Verlust*), wie z.B. einen nahestehenden Menschen, den Arbeitsplatz, ihre Gesundheit, ihren Lebenssinn und/oder bis dato verfolgte Lebensziele. Die betroffene Person ist infolge des sich durch das kritische Lebensereignis eingestellte Ungleichgewicht in ihrem Adaptationsvermögen herausgefordert. Sie muss sich in ihrer veränderten Umwelt reorganisieren und/oder die Umwelt in Abhängigkeit von ihrer veränderten Position neu gestalten. Problemlöseversuche können dabei instrumenteller, kognitiver und/oder emotionaler Art sein. Oftmals ist die betroffene Person jedoch in ihrer Bewältigungskompetenz erst einmal überfordert; sie erlebt sich als macht- und hilflos. Das subjektiv zumeist als bedrohlich empfundene Erleben von Instabilität, Orientierungslosigkeit und emotionaler Aufruhr (Klauer & Greve, 2005) ist umso wahrscheinlicher, wenn das Ereignis nicht oder in unzureichendem Maße als kontrollierbar und/oder vorhersehbar wahrgenommen wird (*mangelnde Kontrollierbarkeit* sowie *mangelnde Vorhersehbarkeit und Überraschungsgehalt*) und es ganz wesentlich z.B. das eigene Sicherheitsempfinden, das Vertrauen in bisherige Grundannahmen über das Selbst (*Erschütterung des Selbstbildes*), die Perspektive auf die soziale Umwelt und/oder die auf das Leben im Allgemeinen (*Erschütterung des Weltbildes*) irritiert. Ein Lebensereignis ist weiterhin als kritisch zu bewerten, wenn es mit hochbedeutsamen Lebenszielen und Handlungsplänen der betroffenen Person konfligiert (*Zielrelevanz*) und entweder einen zentralen Lebensbereich tangiert oder aber

die betroffene Person in ihren bisherigen und vertrauten Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen maßgeblich einschränkt (*Wirkungsgrad*).² Zu guter Letzt kann aber auch ein gar nicht unmittelbar selbst erfahrenes Lebensereignis kritisch sein und zwar insofern, als dass sich ein signifikanter Anderer, der *Teil des Selbst* ist, damit konfrontiert sieht und sein kritisches Lebensereignis wesentlichen Einfluss auch auf die eigene Person hat (*Systemreferenz*).

Kritische Lebensereignisse lassen sich aus verschiedenen Perspektiven betrachten. Aufmerksamkeit haben sie vor allem in der stresstheoretischen bzw. klinisch-gesundheitlichen und in der entwicklungspsychologischen Forschung erfahren. Während die *klinisch-gesundheitliche Perspektive* kritische Lebensereignisse als Stressoren betrachtet, die Beeinträchtigungen des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens nach sich ziehen können, fordert die *entwicklungspsychologische Anschauung*, sie nicht allein als kurzzeitige Stressoren, sondern im lebensgeschichtlichen und soziokulturellen Zusammenhang der Person zu untersuchen. Sie erachtet kritische Lebensereignisse als Voraussetzung oder auch *Katalysatoren* für lebenslange (Persönlichkeits-)Entwicklung bzw. als *natürliche Entwicklungsintervention* (Filipp, 1995, 2007; Filipp & Aymanns, 2010).

Die entwicklungspsychologische Perspektive bietet eine Klassifikation kritischer Lebensereignisse danach an, ob sie (1) altersrelevant bzw. normativ, (2) non-normativ oder (3) historisch verankert sind. Als *non-normativ* werden dabei Ereignisse bezeichnet, die in ihrer speziellen Natur meist nur eine sehr kleine Gruppe von Menschen betreffen (z.B. Verlust des Kindes, Opfer eines Überfalls). Unter historisch verankerten Ereignissen sind generationspezifische Erlebnisse (z.B. Kriege) zu verstehen. *Normative Lebensereignisse*, zu denen beispielsweise die Heirat, die Geburt eines Kindes oder eben auch der Berufseinstieg zählen, zeichnen sich dadurch aus, dass sie für die Altersgruppe üblich sind. Sie werden von einer Vielzahl Gleichaltriger erfahren und bewältigt, wenngleich ihre konkrete Natur und der Zeitpunkt ihres Eintretens innerhalb der Altersgruppe variieren können. Letzterer ist den sich mit einem normativen Lebensereignis konfrontiert sehenden Personen jedoch zumeist bekannt, d.h. das Ereignis ist für sie vorhersehbar, denn es ergibt sich aus altersspezifischen biologischen Veränderungen (z.B. Pubertät) und/oder dem Übergang in eine neue Lebensphase (z.B. Berufseinstieg, Pensionierung). Normative kritische Lebensereignisse bzw. Transitionen bergen die Aufgabe der Auseinandersetzung und des Arrangements mit gesellschaftlich verankerten Altersnormen bzw. der Übernahme neuer Rollen/sozialer Identitäten (Filipp, 1995, 2007; Olbrich, 1995; Richter & Guthke, 1996). Indem normative kritische Lebensereignisse

² Nach Klauer und Greve (2005) hilft das Kriterium des *Wirkungsgrads* zwischen kritischen Lebensereignissen und belastenden Alltagsereignissen (daily hassles) zu unterscheiden. Demnach greift das Erleben von kleineren Alltagswidrigkeiten nicht in dem Maße in das gegebene Person-Umwelt-Passungsgefüge ein, wie das ein kritisches Lebensereignis tut. Insofern verlangt die Auseinandersetzung mit Alltagswidrigkeiten, anders als die mit einem kritischen Lebensereignis, auch keine Reorganisation des Passungsgefüges.

aufgrund ihrer Vorhersehbarkeit eine *antizipatorische Sozialisation* (im Sinne der Vorbereitung der Person auf den Eintritt des Ereignisses durch die Vermittlung von Kenntnissen oder auch Kompetenzen; Filipp, 1995) ermöglichen, werden sie oftmals im vergleichsweise stärkeren Maße als kontrollierbar wahrgenommen, was die Auseinandersetzung und Bewältigung erleichtern kann.

Der Berufseinstieg ist, den Kriterien von Filipp und Aymanns (2010) bzw. der Klassifikation der entwicklungspsychologischen Perspektive folgend, als ein normatives kritisches Lebensereignis bzw. als ein normativer Übergang zu verstehen. Er ist zwar vorhersehbar, so dass antizipatorische Sozialisation möglich ist (hier u.a. die Vorbereitung der Jung-ÄrztInnen auf die Arbeitstätigkeit im Rahmen der Praxisanteile des Studiums); der Berufseinstieg bedingt jedoch deutliche Veränderungen in den bisherigen Lebensumständen bzw. fordert er das Arrangement des Einzelnen in seiner Umwelt und gegebenenfalls auch sein Selbst- und Weltbild heraus. Darüber hinaus lässt sich ein hoher Wirkungsgrad des Berufseinstiegs annehmen, indem die sich mit ihm einstellende und zu bewältigende Arbeitsbelastung auf verschiedene Lebensbereiche Einfluss nehmen kann (z.B. Partnerschaft, Freundschaften, Freizeitgestaltung; gegebenenfalls ist für ihn auch ein Wohnortwechsel vonnöten). Er besitzt das Potential, mit bisherigen berufsspezifischen, aber auch privat verfolgten Zielen und Lebensplänen zu konfliktieren. Der Berufseinstieg ist daher, die verschiedenen erfüllten Kriterien zusammengefasst, ein einschneidendes Lebensereignis. Nicht allein seine Antizipation, sondern auch die Konfrontation und Auseinandersetzung mit ihm dürfte emotional hoch bedeutsam sein. Aus klinisch-gesundheitlicher Perspektive ist der Berufseinstieg hinsichtlich des Belastungs-Beanspruchungs-Zusammenhangs und der Bedeutung der Persönlichkeit für diesen, aus entwicklungspsychologischer Perspektive hinsichtlich seiner Auswirkungen auf die Persönlichkeit zu untersuchen (s. Kapitel 2.4).

2.1.1.2 Untersuchung kritischer Lebensereignisse.

Die Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis sowie dessen Bewältigung erstreckt sich über die Zeit hinweg. Insofern kann das Geschehen nur im Rahmen von Verlaufsanalysen untersucht werden (Filipp, 1995), weil eben sie es ermöglichen, „die Folgen der Konfrontation mit einem Ereignis [...] differentiell, d.h. in Abhängigkeit von verfügbaren personalen und/oder sozialen Ressourcen zu bestimmen, [...] differentielle Verläufe in der Ereignisbewältigung nachzuzeichnen und interindividuelle Unterschiede in den Verlaufsmustern zu ermitteln und zu erklären“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 62). Hinsichtlich

der geforderten prospektiv-längsschnittlichen Untersuchungsdesigns stellt sich allerdings die Frage, wie lange der Prozess der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis und seiner Bewältigung zu verfolgen ist. Aufgrund der Ereignisspezifität, vielmehr aber noch aufgrund großer interindividueller Unterschiede im Erleben und in der Verarbeitung eines kritischen Lebensereignisses lässt sich kaum bestimmen, wann sich das *ultimate outcome*, d.h. das endgültige Bewältigungsergebnis einstellt bzw. zu erfassen ist (Filipp, 1995). Insofern lassen sich Aussagen über den Prozess der Auseinandersetzung oder gar den Bewältigungserfolg nur für den jeweiligen Betrachtungszeitraum treffen.

Will man die Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis sowie seine Auswirkungen und Bewältigung verstehen, gilt es folgende Aspekte zu untersuchen bzw. in den Betrachtungen zu berücksichtigen (Filipp, 1995):

Antezedenzmerkmale. Diese thematisieren die Lebensumstände vor dem Eintritt des kritischen Lebensereignisses bzw. – im allgemeineren Sinne – die Lebensgeschichte der betroffenen Person. Von Interesse ist dabei u.a., mit welchen kritischen Lebensereignissen oder Belastungen sich die Person schon in der Vergangenheit konfrontiert sah und inwieweit sie diese bewältigt hat. Ihre bisherige Bewältigungsbilanz kann die Person entweder besonders vulnerabel für Beanspruchung durch das aktuelle kritische Lebensereignis sein lassen; sie kann aber – im Falle einer guten Bewältigungsbilanz – auch einen Schutzfaktor in der Auseinandersetzung mit dem aktuellen Ereignis darstellen. Hinsichtlich der individuellen Lebensumstände vor dem Eintritt des Ereignisses stellt sich zudem die Frage, ob die betroffene Person aufgrund der Vorhersehbarkeit des Eintritts des (normativen) Lebensereignisses eine antizipatorische Sozialisation erfahren hat, d.h. auf dieses vorbereitet wurde. In Kapitel 2.2.1 werden die Antezedenzbedingungen von berufseinsteigenden Jung-ÄrztInnen, konkret ihre Situation im Medizinstudium, differenzierter beleuchtet.

Personvariablen und Kontextmerkmale. Diese können (a) die Eintrittswahrscheinlichkeit eines kritischen Lebensereignisses mitbestimmen (s. auch Neyer & Lehnart, 2007), (b) die Beziehung zwischen dem kritischen Lebensereignis und seiner Bewältigung gestalten, indem sie als Schutz- oder Risikofaktoren Einfluss auf die Einschätzung³ und Auseinandersetzung mit dem Ereignis nehmen und (c) ihrerseits durch das kritische Lebensereignis bzw. seine Bewältigung beeinflusst werden. Betrachten lassen sich psychische, physische oder auch demografische Personvariablen sowie gesellschaftliche und sozioökologische Rahmenbedingungen oder auch Aspekte des sozialen Stützsystems als Kontextvariablen. Auf die Bedeutung der Persönlichkeit in der

³ „Personmerkmale gestatten in hohem Maße vorherzusagen, wie der Eintritt eines Ereignisses und die spezifischen Ereignisqualitäten durch die Person selbst wahrgenommen und bewertet werden“ (Filipp, 1995, S. 15f.).

Konfrontation und Auseinandersetzung mit sowie Bewältigung kritischer Lebensereignisbelastung (hier vor allem Arbeitsbelastung) wird in Kapitel 2.3 näher eingegangen.

Ereignismerkmale. Hinsichtlich dieser ist zwischen ereignisspezifischen objektiven und subjektiven Merkmalen zu unterscheiden. Objektive Ereignismerkmale sind nicht von der individuellen Perspektive auf das kritische Lebensereignis gefärbt, sondern wertfrei und sachverhaltsbezogen. Zu ihnen zählen zeitliche Merkmale des kritischen Lebensereignisses, wie der Ereigniszeitpunkt im Lebenslauf der Person, aber auch sein Wirkungs- und Universalitätsgrad. Subjektive Ereignismerkmale thematisieren hingegen Bewertungs- und Deutungsprozesse der Person in der Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis. Individuelle Einschätzungen z.B. des Belastungsgrads, der Bedeutung, der Valenz, des Herausforderungs-/Bedrohlichkeitsgrads, der Erwünschtheit, der Vorhersehbarkeit und der Kontrollierbarkeit des kritischen Lebensereignisses stellen subjektive Ereignismerkmale dar. Die Bewertung eines kritischen Lebensereignisses ist dabei maßgeblich von Personmerkmalen abhängig. In Kapitel 2.2.4 werden subjektive Bewertungsprozesse nach Lazarus und Folkman (1984) genauer erläutert.

Prozessmerkmale. Darunter lassen sich Bewältigungsstrategien fassen, die automatisch/willkürlich oder reflexiv/absichtsvoll sein können und mit dem Ziel zum Einsatz kommen, das durch das Lebensereignis gestörte Person-Umwelt-Arrangement wieder herzustellen. Das Bewältigungsverhalten der Person (*Coping*; Haan, 1977), das nach Lazarus und Folkman (1984) alle lösungsorientierten Bemühungen einer Person in einem subjektiv bedeutsamen Lebensumstand umfasst, kann sich auf der Verhaltens- und Handlungsebene, im Rahmen kognitiver Prozesse sowie in emotionalen und/oder physiologischen Reaktionen darstellen. Es ist zu unterscheiden, ob es sich auf das Ereignis selbst, die eigene Person oder die Umwelt bezieht. Strategien der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis können unterschiedlichster Art und Qualität sein. Zu ihnen zählen beispielsweise Vermeidung, Verleugnung, Aktionismus, Apathie, Rumination, Religiösität, Substanzmittelmissbrauch oder auch das Aufsuchen sozialer Unterstützung. Die Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis sowie Aspekte seiner Bewältigung werden in Kapitel 2.3 weiterführend beleuchtet.

Konsequenzmerkmale. Diese erfassen den Bewältigungs(miss)erfolg. Die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses ist ergebnisoffen. Während von Bewältigungserfolg gesprochen werden kann, wenn der Person die erfolgreiche Neuorganisation ihrer Person-Umwelt-Passung gemäß den veränderten Bedürfnissen und Ansprüchen gelingt und sie gar Kompetenzzuwachs bzw. persönliche Weiterentwicklung erlebt, weist eine Chronifizierung des Beanspruchungserlebens oder etwa auch die Etablierung dysfunktionaler Problemlösestrategien auf Bewältigungsmisserfolg hin. Als Konsequenzmerkmale können eine Vielzahl von Variablen

untersucht werden – so z.B. das psychische und physische Befinden der Person, ausgewählte Persönlichkeitsvariablen bzw. Veränderungen in diesen oder auch spezifische Umweltaspekte. In Kapitel 2.4 werden Konsequenzmerkmale, d.h. die Auswirkungen eines kritischen Lebensereignisses, näher betrachtet.

In Abbildung 1 ist das *Heuristische Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse* von Filipp (1995) dargestellt. Es setzt die beschriebenen, in der Untersuchung eines kritischen Lebensereignisses zu berücksichtigenden Merkmale in Beziehung zueinander. Die Untersuchung eines kritischen Lebensereignisses und seiner Effekte ist, so wird sowohl entlang der Merkmalsbeschreibung als auch mit Blick auf das Modell deutlich, ein komplexes Unterfangen. Nicht alle der Vielzahligen Merkmale und Prozesse können wohl in einer einzigen Studie betrachtet werden. Darüber hinaus sind, wie bereits ausgeführt, die Effekte eines kritischen Lebensereignisses nur für den jeweiligen Untersuchungszeitraum zu diskutieren. Sie können sehr wohl über diesen hinaus wirken. In der vorliegenden Arbeit wird die Konfrontation und Auseinandersetzung mit sowie die Bewältigung des Berufseinstiegs junger ÄrztInnen im Rahmen einer prospektiven Verlaufsanalyse untersucht. Der Betrachtungszeitraum erstreckt sich über ein Jahr. Er beginnt unmittelbar nach dem Staatsexamen, d.h. noch vor dem Berufseinstieg. Die Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg bzw. seine Bewältigung im ersten Jahr nach dem Studiumabschluss wird dann durch die Analyse der Situation junger ÄrztInnen sechs Monate nach dem Staatsexamen, d.h. kurzzeitig nach dem zwischenzeitlich erfolgten Berufseinstieg und ein letztes Mal 12 Monate nach Studiumsende und dem nunmehr länger zurückliegenden Berufseinstieg untersucht. Gegenstand der Analyse ist zunächst, d.h. zum ersten Befragungszeitpunkt, die lebensereignisspezifische Ausgangssituation im Sinne der empfundenen Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs und das Befinden. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt gilt das Interesse dem Ereignismerkmal Arbeitsbelastung und dem individuellen Beanspruchungserleben als Konsequenzmerkmal, das im Sinne der klinisch-gesundheitlichen Perspektive die unmittelbare Reaktion auf die erfahrene Belastung darstellt. Weiterführend finden ausgewählte Persönlichkeitsmerkmale (a) als Prädiktoren der selbstberichteten Arbeitsbelastung und Beanspruchung sowie (b) als Moderatoren des Effekts der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung auf das Wohlbefinden Beachtung. Abschließend wird, der entwicklungspsychologischen Perspektive auf kritische Lebensereignisse gemäß, untersucht, inwiefern sich die Bewältigung des Berufseinstiegs in Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale niederschlägt.

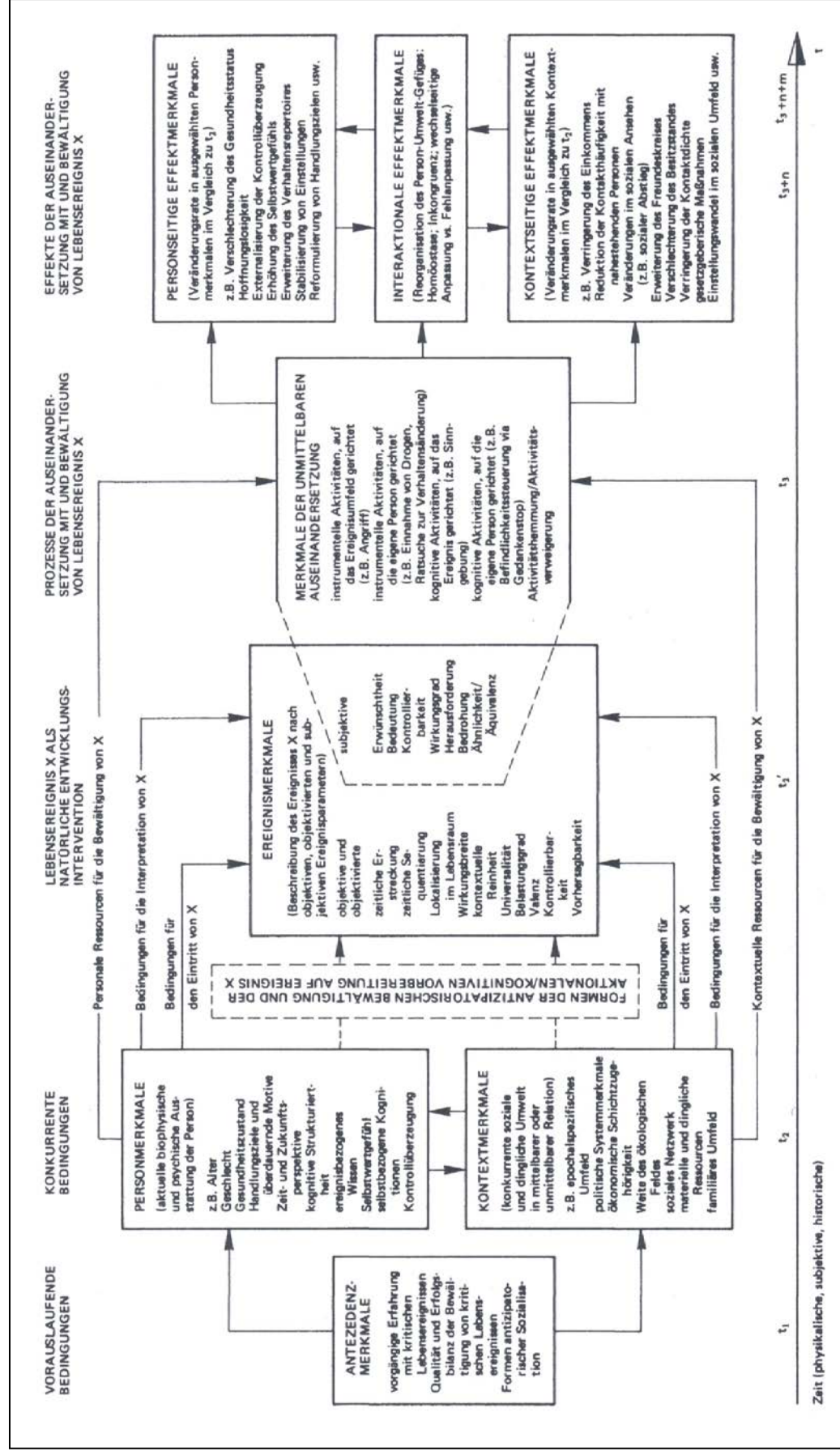


Abbildung 1. Heuristisches Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse (Filipp & Aymanns, 2010, S. 53)

2.1.1.3 Begriffsbestimmungen: Belastung und Beanspruchung vs. Stressor, Stressreaktion und Stress in der Untersuchung kritischer Lebensereignisse.

Ein kritisches Lebensereignis stellt eine Belastung für die betroffene Person dar bzw. stellt diese sich mit dem kritischen Lebensereignis ein. Im Falle des Berufseinstiegs ist das vor allem die Arbeitsbelastung. Auf die Ereignisbelastung kann das Individuum beansprucht reagieren. In der arbeitspsychologischen Literatur werden die Begriffe *Belastung* und *Beanspruchung* uneinheitlich oder gar äquivalent verwendet. Mitunter werden sie auch ohne hinreichende begriffliche Abgrenzung von den ihrerseits uneinheitlich oder äquivalent gebrauchten Begriffen *Stressor*, *Stressreaktion* und *Stress* herangezogen. Daher wird an dieser Stelle das Verständnis der Begrifflichkeiten geklärt und deren Verwendung in der vorliegenden Arbeit hergeleitet. Auch das *Ressourcen*-Konzept findet dabei erste Beachtung.

Die begriffliche Differenzierung der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Konzepte *Belastung* und *Beanspruchung*⁴ geht auf Rohmert und Rutenfranz (1975) zurück. Sie definieren *Belastungen* als „objektive, von außen her auf den Menschen einwirkende Größen und Faktoren“ und *Beanspruchungen* als die individuellen Konsequenzen der Belastungen, d.h. „deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen“ (S. 8). In einer der späteren Erweiterungen, dem *Integrierten Belastungs-Beanspruchungs-Konzept* (Rohmert, 1984), wird zwischen körperlichen, informatorischen und psychosozialen Belastungen unterschieden, die – sofern sie objektiv messbar sind – als *Belastungsgrößen* und – sofern sie allein hinsichtlich ihrer Qualität beschrieben werden können – als *Belastungsfaktoren* bezeichnet werden.⁵ Arbeitsbelastung kann sich u.a. aus der Arbeitsaufgabe/dem Arbeitsinhalt, der Arbeitsrolle sowie materiellen bzw. räumlichen, organisationalen und/oder psychosozialen Arbeitsbedingungen ergeben. Arbeitsbelastungen werden auch wie folgt klassifiziert (Ducki, 1998; Mohr, 1990):

(1) *aufgabenbezogene* Belastungen

- z.B. Fehlbeanspruchung (im Sinne von Über- oder Unterforderung), Unterbrechungen und Störungen des Arbeitsablaufs, Probleme mit dem Informationsfluss, monotone Arbeitsbedingungen und Zeitdruck als Belastungen, die entweder einen zusätzlichen Handlungsaufwand mit sich bringen oder aber die Leistungsvoraussetzungen der Person überfordern können

(2) *umgebungsbezogene* Belastungen

- u.a. klimatische Verhältnisse, Lärm, Beleuchtung und Schadstoffbelastung der Luft am Arbeitsplatz

⁴ Darunter fallen auch die von einigen Autoren verwandten Begrifflichkeiten *beeinträchtigte Gesundheit* bzw. *beeinträchtigtetes Wohlbefinden* (physischer und/oder psychischer Natur).

⁵ In dieser Arbeit wird generell von *Arbeitsbelastung* bzw. *Arbeitsbelastungsfaktoren* gesprochen.

(3) *soziale* sowie *organisationale* Belastungen

- z.B. fehlende soziale Unterstützung, ein schlechtes Betriebsklima (u.U. verbunden mit konfliktbehafteten Arbeitsbeziehungen und/oder bedingt durch ein restriktives Führungsverhalten der Vorgesetzten) sowie Arbeitsplatzunsicherheit, gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitszeiten (im Sinne von Schichtarbeit, Bereitschaftsdiensten und Überstunden) und eine insgesamt schlechte Arbeitsorganisation (im Sinne einer unklaren Kompetenz- und Aufgabenverteilung)

Als Risikofaktor für die Entwicklung nachhaltiger Beanspruchung bzw. negativer Auswirkungen auf die Gesundheit lässt sich Arbeitsbelastung verstehen, wenn vier Kriterien erfüllt sind: (1) Die Belastungssituation ist chronisch. (2) Eine Adaptation ist schwierig, da Aufmerksamkeit und Anstrengung der betroffenen Person stets herausgefordert sind. (3) Mit den unerfüllten Anforderungen stellen sich bedeutsame Konsequenzen ein bzw. werden antizipiert. (4) Die Belastungen übertragen sich auch in andere Lebensbereiche (Kasl et al., 1992).

In der Erweiterung des *Belastungs-Beanspruchungs-Konzepts* wird die Beanspruchung dahingehend differenziert, ob sie physischer oder psychischer Natur ist. Des Weiteren kann zwischen kurzfristig aktuellen bzw. unmittelbaren und mittel- bis langfristig chronischen Reaktionen auf folgenden drei Ebenen differenziert werden (Udris & Frese, 1999):

(1) physiologisch/somatisch

- aktuell: z.B. erhöhte Herzschlagfrequenz, gesteigerter Blutdruck; mittel- und längerfristig: z.B. psychosomatische Beschwerden

(2) psychisch

- aktuell: z.B. Anspannung, Frustration, Ärger; mittel- und längerfristig: z.B. Depressivität, Arbeitsunzufriedenheit

(3) verhaltensmäßig

- individuell aktuell: z.B. Fehler, Leistungsschwankung, nachlassende Konzentration; individuell mittel- und längerfristig: schlechtes Gesundheitsverhalten, Absentismus; sozial: Streit, Rückzug/Isolation

Neben den Begriffen Belastung und Beanspruchung werden in der Diskussion der Wirkung von Arbeit in der deutschsprachigen Arbeitspsychologie auch die Konzepte *Stressor*, *Stress* und *Stressreaktion* genutzt. Ihre Verwendung erfolgt, wie bereits angemerkt, ebenfalls häufig uneindeutig. So wird mitunter die Reaktion der belasteten Person (ihre Beanspruchung) als Stress bezeichnet. Anderenorts ist – eben auf Kosten der Trennschärfe der Begrifflichkeiten – Stress aber auch als Umweltmerkmal bzw. als Charakteristikum der Arbeitssituation konzipiert. Die Arbeitsbedingungen (z.B. Termindruck) „stressen“ die Person dann (Frieling & Sonntag, 1999; Ulich, 2001). Wie aber sind die Begrifflichkeiten zu verwenden? Dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept von Rohmert und Rutenfranz folgend (1975), definiert Semmer

(1984) *Stressoren* als äußere oder innere Belastungen, „die die Auftrittswahrscheinlichkeit von Stresszuständen in einer gegebenen Population erhöhen“ (S. 27). *Stress* lässt sich hingegen als „subjektiv intensiv unangenehmer Spannungszustand, der aus der Befürchtung entsteht, daß eine stark aversive, subjektiv zeitlich nahe (oder bereits eingetretene) und subjektiv lang andauernde Situation sehr wahrscheinlich nicht vollständig kontrollierbar ist, deren Vermeidung aber subjektiv wichtig erscheint“ (Greif, 1991, S. 13) beschreiben. Noch enger fassen Hacker und Richter (1980) den Stress-Begriff, indem sie ihn als „Zustand angstbedingt erregter Gespanntheit, der durch erlebte Bedrohung durch Arbeitsbeanspruchung entsteht“ (S. 74) beschreiben. Ulich (2001) erachtet Stress schließlich als „insbesondere verbunden mit – tatsächlichem oder vermeintlichem – Kontrollverlust, der mit Gefühlen der Bedrohung, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und der Abhängigkeit einhergeht“ (S. 454). Dieser Zustand ist nach Lazarus und Folkman (1984) ein prozessuales Geschehen. Sie definieren Stress als Resultat der Wechselwirkung bzw. Transaktion von Person und Umwelt. Er gestaltet sich in Abhängigkeit davon, inwieweit die Person tatsächlich fähig ist oder sich als befähigt wahrnimmt, Ressourcen zu nutzen, um die Belastung/den Stressor bewältigen zu können und determiniert so die *Stressreaktion* im Sinne der physischen oder psychischen Reaktion auf den Stressor.

Hinsichtlich der Ressourcen wird zwischen *inneren (personalen)* und *äußeren (situativen, organisationalen und sozialen)* Ressourcen unterschieden. Während zu den *personalen* bzw. *psychischen Ressourcen* beispielsweise internale Kontrollüberzeugungen, Bewältigungskompetenzen, das Kohärenzgefühl und Selbstwirksamkeitserleben zählen, gelten die tatsächlich erfahrene soziale Unterstützung (am Arbeitsplatz und im Privatleben) sowie funktionierende familiäre und soziale Bedingungen als *soziale Ressourcen* des Menschen. Ressourcen können der Aufrechterhaltung von Gesundheit bzw. Vermeidung von Beanspruchung angesichts gegebener Belastung dienen. Sie entfalten ihre Wirkung dabei entweder direkt (im Sinne eines Haupteffekts) und/oder moderieren die Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung (Ducki, 1998; s. Kapitel 2.3.2). Aus arbeitspsychologischer Perspektive wurden und werden häufiger organisationale als personale Ressourcen beleuchtet (bei ÄrztInnen z.B. Biaggi, Peter & Ulich, 2003). Als *organisationale Ressourcen* gelten dabei günstige Arbeitsplatzbedingungen, wie Aspekte der Arbeitsaufgabe (z.B. Vielfalt, Vollständigkeit und Entscheidungsspielraum), Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten sowie ein gutes Arbeitsklima (sowohl im Kollegium als auch im Sinne einer guten Beziehung zu den Vorgesetzten), Anerkennung/Erfolg, hinreichende Entwicklungsmöglichkeiten, die Sicherheit des Arbeitsplatzes sowie Partizipations- und Mitbestimmungsrechte (Ducki, 1998; Rimann & Udriș, 1993). Es wird eine Konfundierung des Verständnisses von organisationalen Ressourcen mit dem der Arbeitsbelastung deutlich. Ducki (1998) merkt diesbezüglich an: „Ein grundsätzliches konzeptionelles und ungelöstes Problem betrifft die

Klassifikation bestimmter Arbeitsmerkmale als Ressource oder als Belastung: So wird beispielsweise das Vorhandensein eines Merkmals als Ressource bezeichnet, ihr Nichtvorhandensein wird hingegen als Belastung klassifiziert“ (S. 146). In der vorliegenden Arbeit werden – um die Begrifflichkeiten noch einmal voneinander abzugrenzen – nicht organisationale Ressourcen, sondern die Arbeitsbelastung und personale bzw. psychische Ressourcen hinsichtlich ihres Erklärungswerts für Beanspruchung untersucht.

Die bisherigen Ausführungen zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Begrifflichkeiten (a) *Belastung* und *Stressor* und (b) *Beanspruchung* und *Stressreaktion* eine Entsprechung haben. Das Konzept *Stress* beschreibt das Geschehen zwischen (a) und (b). Interindividuelle Unterschiede im Stresserleben begründen sich u.a. in Persönlichkeitsunterschieden (z.B. Selbstwert- oder auch Kompetenz- sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen als *personale Ressourcen*). Auf die Entstehung von Stress als Bindeglied zwischen Belastung/Stressor und Beanspruchung/Stressreaktion wird in Kapitel 2.2.4 noch einmal genauer eingegangen.

2.1.2 Überblick über den Forschungsstand zur Situation berufseinstiegender ÄrztInnen

In den nachfolgenden Kapiteln werden die allgemeinen Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen (speziell zu ihren Auswirkungen und ihrer Bewältigung) mit Forschungsbefunden zu Jung-ÄrztInnen verknüpft. In Tabelle 1 findet sich zunächst ein Überblick über ausgewählte (Längsschnitt-)Studien zum Berufseinstieg von ÄrztInnen bzw. ihren ersten Berufsjahren. Sie enthält einen Teil der auch von Tyssen und Vaglum (2002) für ihr Review gesichteten Längsschnittstudien der vorangegangenen 20 Jahre, ist aber um eine Auswahl seither veröffentlichter, für die Einbettung der vorliegenden Arbeit relevante (vorrangig Längsschnitt-) Untersuchungen ergänzt.

Tabelle 1. Überblick über national und international publizierte (Längsschnitt-)Studien zur Situation von Jung-ÄrztInnen

Arbeitsgruppe	Land	Untersuchungsdesign	Untersuchungsaspekte
Abele (2001, 2006)	Deutschland	IS, 4 MZP (T1: Ende des STEX, T2: 1.5 Jahre nach STEX, T3: 3 Jahre nach STEX, T4: 7 Jahre nach STEX), Ausgangs-N = 311	Arbeitsbelastung, berufliches Selbstvertrauen, Karriereorientierungen berufliche Selbstwirksamkeit, Berufserfolg
Baldwin et al. (1997a, 1997b)	Schottland	IS, 2 MZP, (T1: 1. WBJ, T2: 2.-3. WBJ), Ausgangs-N = 142	Arbeits(zeit)belastung, (psychische und physische) Gesundheit, Fehler am Arbeitsplatz, Einstellung gegenüber eigener Krankheit, Alkoholkonsum
Bellini et al. (2002)	USA	IS, 4 MZP (1. WBJ, im Abstand von 3-4 Monaten), Ausgangs-N = 60	Stimmung (Anspannung, Angst, Depressivität, Unsicherheit, Ärger, Erschöpfung, Energie), Empathie
Biaggi et al. (2003)	Schweiz	QS, (Assistenz-)ÄrztInnen, N = 80	Arbeitsbelastung (Selbst- und Fremdbeurteilung), emotionale Erschöpfung, Patientenaversion
Buddeberg-Fischer et al. (u.a. 2002a, 2002b, 2005a, 2005b, 2006a, 2006b, 2008a, 2008b, 2008c, 2010a, 2010b, 2010c)	Schweiz	IS, 5 MZP (T1: letztes Studienjahr, T2: Beginn des 2. WBJ, T3: 4. WBJ, T4: 6. WBJ, T5: 7 Jahre nach dem STEX), Ausgangs-N = 703	Arbeits(zeit)belastung, soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, Effort-Reward-Imbalance, (psychisches und physisches) Wohlbefinden, Angst, Depressivität und Lebenszufriedenheit, Berufsmotivation, Work-Life-Balance, Mentoring-Erfahrungen am Arbeitsplatz, Karriereerfolg, Persönlichkeit (Kohärenzgefühl, Selbstwertgefühl, Instrumentalität vs. Expressivität, berufliche Selbstwirksamkeitserwartung)
Clark et al. (1984)	USA	IS, 2 MZP (T1 = Beginn des 1. WBJ, T2 = 6 Monate später), Ausgangs-N = 55	Arbeitspensum, Persönlichkeit (Neurotizismus), Depressivität, Lebensereignisse
Cohen & Patten (2005)	Kanada	QS, AssistenzärztInnen, N = 451	Arbeitsbelastung, Arbeitszufriedenheit, Diskriminierung am Arbeitsplatz, Wohlbefinden, Bewertung des Weiterbildungsprogramms
Collier et al. (2002)	USA	QS, AssistenzärztInnen, N = 4128	finanzielle Situation, Depressivität, Zynismus
Firth-Cozens (1987, 1998; s. auch Brewin & Firth-Cozens, 1997)	England	IS, 3 MZP (T1: 4. Studienjahr, T2: erstes WBJ, T3: 9-10 Jahre nach T1), Ausgangs-N = 318	Arbeitsbelastung, (psychische und physische) Gesundheit, Depressivität, Persönlichkeit (Selbstkritik, Abhängigkeit)
Girard et al. (1986)	USA	IS, 5 MZP (T1: Orientierungswoche im Zuge des BE, T2: 1 Monat nach BE, T3: 3 Monate nach BE, T4: 6 Monate nach BE, T5: 8 Monate nach BE, T5: 11 Monate nach BE), N = 22	Depressivität, Angst, wahrgenommene Kompetenz, Zufriedenheit
Höge (2002)	Deutschland	QS, N = 205 (aber nur n = 22 ÄrztInnen)	Arbeitsbelastung, Persönlichkeit (u.a. Kohärenzgefühl, negative Affektivität), Beanspruchung

Tabelle 1. Überblick über national und international publizierte (Längsschnitt-)Studien zur Situation von Jung-ÄrztInnen – *fortgesetzt*

Arbeitsgruppe	Land	Untersuchungsdesign	Untersuchungsaspekte
Kaufman Cartwright & Wink (1994)	USA	LS, 3 MZP (T1: 1967, Medizinstudentinnen, T2: 1975, Assistentärztinnen, T3: 1990, Fachärztinnen), Ausgangs-N = 58	Persönlichkeit (u.a. soziale Ausgeglichenheit, Selbstsicherheit, zwischenmenschliche Kompetenz, Verantwortlichkeit, Leistungspotential, Interessen, Führungsstil, Arbeitstechniken)
McManus et al. (2004)	England	LS, 4 MZP (T1: 1. Jahr MS, T2: letztes Jahr MS, T3: Ende Praxisjahr, T4: 4-7 Jahre nach MS), Ausgangs-N = 1668	Zugang zur Arbeit, Arbeitsklima, (psychische und physische) Gesundheit, Burnout, Persönlichkeit (<i>Big Five</i>)
Revicki et al. (1993)	USA	LS; 3 MZP (T1: 1. WBJ, T2: 2. WBJ, T3: 3. WBJ), Ausgangs-N = 556	Transparenz der Arbeitsanforderungen, arbeitsbezogene Beanspruchung (Verunsicherung, Frustration, Distanzierung, abnehmende Leistungsfähigkeit), Depressivität, soziale Unterstützung am Arbeitsplatz
Rockenbach et al. (2006)	Deutschland	QS, Ende des STEEX, BE z.T. schon erfolgt, N = 671	Arbeitsbelastung, Gratifikationskrisen, berufsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung, Geschlechtsrollenkonzept, Lebenszufriedenheit
Shanafelt et al. (2002)	USA	QS, AssistentärztInnen, N = 115	Depressivität, Burnout, Substanzmittelkonsum, Behandlungspraxis, Einstellung gegenüber PatientInnen, Arbeitszufriedenheit
Stüller & Busse (2008b)	Deutschland	LS, 2 MZP (T1: unmittelbar nach dem STEEX, T2: 3-4 Jahre nach dem STEEX), Ausgangs-N = 307	berufliche Situation, Karriereziele, Arbeitsbelastung, Gratifikationskrisen, Geschlechtsrollenkonzept, Lebenszufriedenheit
Turner et al. (2005)	USA	QS, AssistentärztInnen ca. 9 Monate nach BE, N = 363	Bewältigungsstrategien (Häufigkeit und Effektivität des Einsatzes im 1. WBJ)
Tyssen et al. (2000, 2001a, 2001b, 2004, 2009; s. auch Røvik et al., 2007)	Norwegen	LS, 4 MZP (T1: letztes Studienjahr, T2: Beginn des 2. WBJ, T3: 3-4 Jahre nach BE, T4: 9-10 Jahre nach BE), Ausgangs-N = 522	Medizinstudiums- und Arbeitsbelastung, Persönlichkeit (Vulnerabilität, Intensität, Kontrolle, Realitätsschwäche), behandlungsbedürftige psychische Probleme, Suizidalität, Lebenszufriedenheit, subjektives Kompetenzerleben, wahrgenommene soziale Unterstützung, Coping

Anmerkungen. LS = Längsschnittstudie, QS = Querschnittstudie, MZP = Messzeitpunkte, BE = Berufseinstieg, WBJ = Weiterbildungsjahr, STEEX = Staatsexamen,

MS = Medizinstudium.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Studien werden in den nachfolgenden Kapiteln genauer vorgestellt. Zunächst aber soll es um eine weiterführende Charakterisierung des Berufseinstiegs junger ÄrztInnen als kritisches Lebensereignis gehen. Konkret wird die sich mit Aufnahme der Berufstätigkeit einstellende Arbeitsbelastung als Ereignismerkmal betrachtet.

2.1.3 Charakterisierung des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen als kritisches Lebensereignis: Ihre Situation nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit – Arbeitsbelastung als Ereignismerkmal

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Hauptbelastungsfaktoren der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus, die – KlinikärztInnen generell betreffend – in einer Vielzahl von Studien herausgestellt werden konnten (u.a. Arnetz, 2001; Biaggi et al., 2003; Brucks, Wahl & Schüffel, 2000; Firth-Cozens, 1998; Gensch, 2010; Herschbach, 1991; Jurkat & Reimer, 2001a; Peter & Ulich, 2003; Siegrist et al., 2010; Stern, 1996). Sie stellt eine Adaptation und Erweiterung der von Bergner (2004) zusammengefassten Arbeitsbelastungsfaktoren dar, die er in einem Spannungsfeld aus hohen Anforderungen bei gleichzeitig geringen Einflussmöglichkeiten diskutiert.

Tabelle 2. Arbeitsbelastungen von ÄrztInnen (ergänzt und adaptiert nach Bergner, 2004, S. 1867)

<i>Spannungsfeld: hohe Anforderungen vs. geringer Einfluss</i>	
Anforderungen des Arztberufs/berufstypische Belastungsfaktoren	
♦	lange Arbeitszeiten zuungunsten des Privatlebens (Tages-/Wochenarbeitszeiten, Überstunden, Nachtdienste, Bereitschaftsdienste, Notdienste)
♦	Zeitknappheit und -druck
♦	hoher Verwaltungsaufwand
♦	schwierige Arzt-PatientInnen-Interaktionen
♦	geringer Handlungs- und Entscheidungsspielraum
♦	schnelle Patientenwechsel
♦	Behandlungsunsicherheiten
♦	ökonomisches Handeln
♦	schlechtes Arbeitsklima
♦	inadäquate Entlohnung
♦	schlechte Führung, mangelnde Unterstützung bzw. fehlende Kooperation im Kollegium
♦	unsichere Berufsperspektiven (Arbeitsplatzunsicherheit, unsichere Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten)
♦	tägliche Konfrontation mit Krankheit, Ängsten, Leiden, ggf. auch mit dem Tod
♦	Treffen lebensbeeinflussender Entscheidungen (mitunter auf der Basis nicht eindeutiger, fehlender oder widersprüchlicher Befunde)
♦	fortwährende Anpassung an sich verändernde Umstände (Abrechnungen, Vorschriften, Techniken, Qualitätskontrollen)
♦	Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Familie und Beruf; Rollenkonflikt (Eltern-, v.a. Mutterschaft und Beruf)
♦	Konkurrenz in der Ärzteschaft

Tabelle 2. Arbeitsbelastungen von ÄrztInnen (ergänzt und adaptiert nach Bergner, 2004, S. 1867)
– fortgesetzt

<i>Spannungsfeld: hohe Anforderungen vs. geringer Einfluss</i>
Geringe Einflussmöglichkeiten für den einzelnen Arzt
<ul style="list-style-type: none"> ◆ erfolgreiche Behandlung auch bei geringer Compliance ◆ Rücksichtnahme auf die allgemeine wirtschaftliche Lage ◆ Arzt als Angestellter der Krankenkassen ◆ Akzeptanz der Abrechnungen der KV und deren Vorschriften ◆ geringe Einflussmöglichkeiten auf Rechnungshöhe: Fixierung auf starre Gebührenordnungen ◆ Hinnahme der Willkür bei politischen Entscheidungen ◆ Handhabe der „Ich weiß es besser“-Einstellung mancher PatientInnen (Internetwissen), Journalisten und Anwälte ◆ Risiko von Kunstfehlerverfahren ◆ Akzeptanz der geringen Erfolgsquote bei der Therapie vieler Erkrankungen ◆ zusehends geringere Vergütung der Behandlung ◆ Akzeptanz der Grenzen in der Einflussnahme auf PatientInnen ◆ Akzeptanz des Weltbildes der PatientInnen, welche vom Arzt nicht beeinflusst werden dürfen

Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass sich auch Jung-ÄrztInnen von Anbeginn ihrer Arbeitstätigkeit mit den in Tabelle 2 aufgeführten, zum Teil berufstypischen Belastungsfaktoren konfrontiert sehen. Schon während des Praktischen Jahres erfahren viele Medizinstudierende eine starke Arbeits(zeit)belastung, die auf viele Lebensbereiche ausstrahlt bzw. zu Problemen in diesen führt (z.B. Freizeit, Familie, Freundschaften) und den schon in früheren Semestern eingesetzten *Desillusionierungsprozess* weiter vorantreibt (z.B. Buddeberg-Fischer, Illés & Klaghofer, 2002; Jurkat et al., 2000; Kurth, Klier, Pokorny, Jurkat & Reimer, 2007). Wie gestaltet sich die sich mit dem Berufseinstieg einstellende Arbeitsbelastung von Jung-ÄrztInnen aber konkret? Und inwiefern ist sie zu hoch – wider Levey (2001), der ein gewisses Belastungserleben in der Zeit der ärztlichen Weiterbildung als durchaus normal bzw. gar vorteilig erachtete, indem er annahm, dass es das Selbstbewusstsein junger ÄrztInnen, ihre Unsicherheitstoleranz sowie ihre Kompetenzentwicklung und die Aneignung von Fertigkeiten zu fördern vermag?

Zunächst sei auf die in verschiedenen Studien herausgestellte hohe Arbeitszeitbelastung (im Sinne der täglichen/wöchentlichen Arbeitszeit, Überstunden, Nacht-, Wochenend- und Bereitschaftsdienste) von Jung-ÄrztInnen eingegangen, die als Aspekt der *objektiven* Arbeitsbelastung verstanden wird. So berichteten beispielsweise die von Baldwin, Dodd und Wrate (1997a) untersuchten schottischen Jung-ÄrztInnen, durchschnittlich 76 Stunden in der Woche vor der Befragung gearbeitet zu haben (Range: 33 - 128 Stunden); 36% hatten mehr als 80 Stunden abgeleistet. Das korrespondiert mit den Daten von Firth-Cozens (1987), die durchschnittlich sogar 91 Arbeits- bzw. Bereitschaftsstunden pro Woche bei britischen Jung-ÄrztInnen fand. Mittlerweile gibt es entlang der EU-Arbeitszeitrichtlinie strengere Arbeitszeit-

regelungen (in Deutschland 10 Stunden/Tag Höchstarbeitszeit; Marburger Bund, 2004), die sich in den in jüngeren Studien berichteten Arbeitszeitangaben widerspiegeln. So ermittelten Buddeberg-Fischer, Klaghofer und Buddeberg (2005; s. auch Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Abel & Buddeberg, 2005) bei schweizerischen Jung-ÄrztInnen eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 55 bis 60 Stunden (s. für (Jung-)ÄrztInnen in der Schweiz auch Luthy, Perrier, Perrin, Cedraschi & Allaz, 2004: durchschnittlich 65 Stunden; Biaggi et al., 2003: durchschnittlich 57 Arbeitsstunden/Woche bzw. mehr als 12 Arbeitsstunden/Tag). Deutsche Jung-ÄrztInnen arbeiten, wie Stiller und Busse (2008a) herausstellen konnten, durchschnittlich knapp 10 Stunden am Tag und leisten im Mittel 28 Überstunden und 4.5 Nachdienste im Monat ab. Das korrespondiert mit Befunden von Rockenbauch, Meister, Schmutzer und Alfermann (2006). Nahezu 90% der von ihnen befragten deutschen Berufseinsteiger berichteten, mehr als acht Stunden am Tag zu arbeiten. Über 70% leisteten mehr als 20 Überstunden und 50% absolvierten mehr als vier Nachdienste im Monat. Die Autoren schlussfolgerten aufgrund ihrer Daten, dass nahezu alle Berufseinsteiger von einer Arbeitszeitüberbelastung betroffen sind. In der Befragung österreichischer Jung-ÄrztInnen mit zwei- bis maximal fünfjähriger Berufserfahrung durch Putz, Mosberger, Kreiml, Kaupa und Denkmayr (2008) berichteten 85% von einer hohen Belastung durch Überstunden und lange Dienste, 73% fühlten sich durch den Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit belastet. Eine in der Studie ebenfalls befragte Experten-Gruppe (u.a. von Universitäten, Career Centers, Kammerorganisationen und Berufsverbänden) ging ferner davon aus, dass die Nachdienstregelung für Jung-ÄrztInnen (maximal fünf Dienste im Monat) in der Regel verletzt werden dürfte und anzunehmen ist, dass ihre Extra-Dienste, die durch Personalmangel/-ausfall notwendig werden, nicht als Teil der vertraglich vereinbarten Arbeitsleistung, sondern als Zusatzdienste abgerechnet werden. Die Experten selbst konstatierten eine höhere, gleichwohl aber nicht adäquat vergütete Arbeitszeitbelastung von Jung-ÄrztInnen gegenüber berufserfahreneren ÄrztInnen. Die Überstundenbelastung der von Buxel (2009) befragten deutschen Jung-ÄrztInnen begründete sich vor allem im Personalmangel und dem anfallenden, vielfach erst nach Dienstschluss zu bewältigenden Verwaltungsaufwand (ein Drittel der Befragten gab an, mehr als 50% der Arbeitszeit mit Verwaltungstätigkeiten zu verbringen). Zwei Drittel seiner BefragungsteilnehmerInnen gaben an, regelmäßig Überstunden zu leisten, die nicht adäquat vergütet werden (durch Freizeitausgleich/Bezahlung). Wengleich erst später näher darauf eingegangen wird, lässt sich dieses Missverhältnis von geforderten Arbeitszeitleistungen und deren Entlohnung als Risikofaktor für die Entstehung von Gratifikationskrisen verstehen (s. Kapitel 2.2.2.1).

Über die Arbeitszeitbelastung als Aspekt des objektiv gegebenen Belastungsmaßes hinaus fühlen sich viele Jung-ÄrztInnen *subjektiv* arbeitsbelastet durch

- ◆ großen Zeitdruck bzw. das Arbeitstempo im Arbeitsalltag,
- ◆ häufig unvorhersehbaren Arbeitsanfall,
- ◆ ein stark schwankendes Arbeitspensum mit häufigen Wechseln erlebter fachlicher Unter- und Überforderung,
- ◆ ihre untergeordnete Position in der Krankenhaushierarchie (z.B. fehlendes Mitspracherecht und noch bestehende Rollenkonfusion im Team bzw. in der Institution Krankenhaus),
- ◆ unzureichende Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegInnen⁶ bzw. deren mangelnde fachliche Anleitung im Weiterbildungsprozess,
- ◆ die Weiter- und Fortbildungsbedingungen,
- ◆ großen Verwaltungsaufwand,
- ◆ Übernahme pflegerischer Tätigkeiten,
- ◆ große Verantwortung,
- ◆ mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf,
- ◆ zu wenig Freizeit,
- ◆ Konkurrenz unter den KollegInnen sowie
- ◆ schwierige Arzt-PatientInnen-/Angehörigen-Interaktionen

(u.a. Abele, 2001; Biaggi et al., 2003; Buxel, 2009; Firth-Cozens, 1987; Horowitz, Drutz & Fruge, 2003; Putz et al., 2008; Ratanawongsa, Wright & Carrese, 2007; Rockenbauch et al., 2006; Stiller & Busse, 2008b). Die Erfüllung dieser Anforderungen bzw. die Lösung der sich stellenden Konflikte sehen viele von ihnen entlang des als zu gering wahrgenommenen Einkommens, fehlender Anerkennung durch die Vorgesetzten, zum Teil bestehender Arbeitsplatzunsicherheit und unklarer Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten nicht im ausreichenden Maße vergütet, was das Belastungserleben verstärkt. Horowitz et al. (2003) fassen

⁶ Auch über eine unzureichende Unterstützung hinaus gehende Diskriminierungserfahrungen junger ÄrztInnen wurden untersucht. So berichteten 84% der von Quine (2002) befragten Jung-ÄrztInnen in Großbritannien von entsprechenden Erfahrungen. 69% hatten die Diskriminierung anderer im klinischen Arbeitsalltag beobachtet. Signifikant häufiger waren ethnische Minderheiten und Frauen betroffen (s. für vergleichbare Zahlen aus den USA auch Cohen & Patten, 2005). Aber auch schon viele Medizinstudierende machen, vor allem mit Beginn der praktisch-klinischen Arbeit (Praktika, Famulaturen, Praktisches Jahr), Diskriminierungserfahrungen durch ÄrztInnen, DozentInnen, aber auch KommilitonInnen, die sich wie folgt unterscheiden lassen: *verbaler* Missbrauch (z.B. verletzend, ungerechtfertigte, abwertende Aussagen), *institutioneller* Missbrauch (z.B. unangemessene Arbeitsaufgaben, ungerechtfertigte Beurteilungen), *sexueller* Missbrauch (z.B. Belästigung, sexuelle Bemerkungen), *physischer* Missbrauch (z.B. physische Bedrohung) und *bewusstes Ignorieren und Interaktionsvermeidung* (s. für einen Überblick Dinkel et al., 2008).

daher zusammen, dass von einer insgesamt hohen emotionalen und psychischen (Arbeits-) Belastung junger ÄrztInnen auszugehen ist.

Verschiedene Autoren haben eine Klassifikation der Belastungsfaktoren von Jung-ÄrztInnen angestrebt. Levey (2001) verweist in seinem Übersichtsartikel zur Situation von US-amerikanischen Jung-ÄrztInnen auf die Klassifikation von Belastungsfaktoren vom *Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine (APDIM)*. Gemäß dieser lassen sich die bedeutsamsten Stressoren in der Facharztausbildung wie folgt gruppieren:

(1) *situationale* Belastungsfaktoren

- übermäßige Arbeitsstundenzahl, Schlafmangel, hohes Arbeitspensum, hoher Büro- und Verwaltungsaufwand bzw. administrative Verpflichtungen, unzureichende Unterstützung von KollegInnen, zu viele schwierige PatientInnen, suboptimale Lernbedingungen

(2) *personale* Belastungsfaktoren

- Familie, die nicht nur Unterstützungs-, sondern auch Konfliktquelle sein kann, finanzielle Probleme (z.B. Ausbildungskredite), Einsamkeit/Isolation, erzwungener Wohnortwechsel und damit Verlust des engen Kontakts zur Familie und zu Freunden, zu wenig Freizeit und damit unzureichende Gelegenheit zur Erholung bzw. zu wenig Zeit für die Entwicklung neuer Unterstützungssysteme im Falle eines Wohnortwechsels

(3) *berufliche* Belastungsfaktoren

- hohe Verantwortung für PatientInnen, Informationsüberflutung, problematische Arzt-PatientInnen-Interaktionen, Karriereplanung in gesundheitspolitisch unsicheren und im Wandel befindlichen Zeiten, Anleitung noch jüngerer AssistenzärztInnen und Studierender

Auch Buddeberg-Fischer et al. (2006b) legten eine Klassifikation vor. Diese fokussierte jedoch im Unterschied zu der von Levey (2001) herangezogenen Klassifikation, die sowohl Arbeitsplatzbedingungen als auch sich für berufseinstiegende Jung-ÄrztInnen häufig darstellende Lebensbelastungen beinhaltete, konkret Arbeitsbelastungsfaktoren bzw. arbeitspezifische Erfahrungen. Sie baten ihre StudienteilnehmerInnen am Ende des ersten Weiterbildungsjahres um die Angabe von jeweils drei positiven und negativen arbeitsbezogenen Erfahrungen, die sie inhaltsanalytisch auswerteten. Die Nennungen ließen sich insgesamt 12 Kategorien zuordnen, die zu den folgenden drei Metakategorien zusammengefasst werden konnten:

(1) *institutionale* Arbeitsplatzbedingungen (17% aller Aussagen)

- strukturelle Bedingungen/Gesundheitssystem (Organisation, Hierarchie); Arbeitsaufkommen (Arbeitszeit, Überstunden, Arbeitszeitmodelle); Einkommen (inadäquate Vergütung, finanzielle Unabhängigkeit)

(2) *interpersonale* Arbeitserfahrungen (41% aller Aussagen)

- professionelle Beziehungen (Arzt-PatientInnen-Beziehung, Beziehung zu den Angehörigen, Beziehung zum medizinischen Kollegium, Beziehung zu den Vorgesetzten); Anerkennung/Wertschätzung (durch PatientInnen und Angehörige, Vorgesetzte und das medizinische Kollegium, im Allgemeinen); Unterstützung durch Vorgesetzte und das medizinische Kollegium

(3) *persönliche* Erfahrungen (42% aller Aussagen)

- berufliche Kompetenz (Selbstvertrauen, Problemlösekompetenz); Lernen in der Facharztausbildung (Wissenserwerb, zunehmende klinische Erfahrung); Verantwortung und Autonomie im Arbeitsalltag; Fähigkeit, unter Druck zu arbeiten/Bewältigung der Arbeit (Ich-Stärkung, Bewältigung des Drucks und Pensums); Freude an/Bedeutung der Arbeitstätigkeit (interessante und vielseitige Arbeit, Routine, Administration); Freizeit/Privatleben (Work-Life-Balance, Familie, eigene Interessen)

Negativ-Nennungen unter (1) *institutionale* Arbeitsplatzbedingungen bezogen sich vor allem auf das hohe Arbeitsaufkommen und Belastungserfahrungen, die sich aus der Krankenhaus-hierarchie und -organisation ergaben. Die meisten Aussagen, die sich der Meta-Kategorie (2) *interpersonale* Arbeitserfahrungen zuordnen ließen, bezogen sich auf Beziehungserfahrungen am Arbeitsplatz und waren überwiegend positiv. Auch die Aussagen, die die Anerkennung der ärztlichen Tätigkeit thematisierten, waren mehrheitlich positiv. Hinsichtlich der Unterstützung durch Vorgesetzte und das medizinische Kollegium war das Bild weniger eindeutig, in der Tendenz aber eher negativ. In der Metakategorie (3) *persönliche* Erfahrungen hatten die Jung-ÄrztInnen negative Erfahrungen vor allem in den zwei Bereichen gesammelt: Fähigkeit, unter Druck zu arbeiten und Freizeit/Privatleben. Vorrangig positive Aussagen bezogen sich auf die Aspekte Lernerfahrung sowie Freude/Bedeutung der Arbeitstätigkeit und Verantwortung/Autonomie.

Zu einer etwas differenzierteren Klassifikation von Arbeitsbelastungsfaktoren kamen Luthy et al. (2004). Sie baten schweizerische Jung-ÄrztInnen um die Angabe von zwei bis drei Hauptschwierigkeiten in ihrem Arbeitsalltag. Die Antworten ließen sich den folgenden acht Kategorien zuordnen, wobei sich die jeweils nachstehend aufgeführten Prozentzahlen auf den Anteil der Jung-ÄrztInnen in der Stichprobe beziehen, die Aussagen zum jeweiligen Belastungsaspekt gemacht hatten:

(1) Kommunikationsprobleme am Arbeitsplatz (88%)

- mit KollegInnen, Vorgesetzten, PatientInnen

(2) Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen dem Studium und dem Klinikalltag (63%)

- v.a. im Sinne fehlender Kompetenz sowie einer Diskrepanz zwischen dem gegebenen theoretischen Wissen und den praktischen klinischen Anforderungen

- (3) Arbeitsüberlastung (58%)
 - v.a. hohe Arbeitsanforderungen, lange Arbeitszeiten, wenig Freizeit/Zeit für eigene Interessen und Kontakte als Grundlage für soziale Unterstützung, Doppelbelastung: Lernen in der Weiterbildung bzw. auch Forschungstätigkeit vs. klinische Praxis
- (4) Gefühl, als Arzt, aber auch als Mensch nicht respektiert/anerkannt zu werden (58%)
- (5) Verantwortung und emotionales Engagement für PatientInnen (50%)
 - u.a. im Sinne der Konfrontation mit kranken und leidenden PatientInnen, Behandlungsunsicherheiten, Auseinandersetzung mit der Frage, was aus medizinischer Sicht gut ist vs. was PatientInnen wünschen, Anforderungen in der Arzt-PatientInnen-Beziehung
- (6) Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit am Arbeitsplatz (17%)
 - v.a. im Sinne fehlenden Vertrauens auf Seiten des medizinischen Teams in die Fähigkeit des Jung-Arztes/der Jung-Ärztin
- (7) Sorgen über die Entwicklung der eigenen Karriere (17%)
 - v.a. Klagen über fehlendes Mentoring
- (8) Unzulänglichkeit bzw. fehlendes theoretisches Wissen (8%)

Zwei Drittel der Jung-ÄrztInnen formulierten Aussagen zur erlebten Diskrepanz zwischen dem Studium und dem Beruf, wobei sich diese weniger im fehlenden theoretischen Wissen (Kategorie 8: 8%) als vielmehr in Problemen der Gestaltung der Arzt-PatientInnen-Beziehung sowie praktischen Unsicherheiten zu begründen schien (Kategorie 5: 50%). Das thematisiert den in Kapitel 2.2.1 noch genauer zu beleuchtenden, oftmals kritisierten, weil unzureichenden Praxisbezug des Studiums.

Biaggi et al. (2003) befragten AssistenzärztInnen nicht nur zu ihrer Arbeitsbelastung bzw. zu ihren Arbeitserfahrungen, sondern beobachteten sie auch in ihrem Arbeitsalltag. Entlang der Beobachtungsdaten konnten sie dann die Aktivitäten der jungen ÄrztInnen wie folgt klassifizieren und ihren Anteil am ‚Tagesgeschäft‘ bestimmen: Medizinische Prozeduren (44%), Verwaltungsarbeiten (22%), Weg- und Wartezeit (11%), Pausen (7%), persönliche Weiterbildung (3%), Studentenunterricht (7%), sonstige Arbeiten inklusive Projektarbeit (8%). Der typische Arbeitstag der beobachteten Jung-ÄrztInnen war hektisch und zeichnete sich durch häufige Aktivitätenwechsel und Unterbrechungen der Arbeitstätigkeit aus (Pager, Telefonanrufe, Gespräche mit KollegInnen). Zudem war der Arbeitstag von vielen redundanten Arbeitstätigkeiten (z.B. doppelte Aufzeichnung von Patienteninformationen, wiederholte Untersuchungen der PatientInnen und Dokumentation der Befunde) sowie Aufgaben, die nicht notwendigerweise von den ÄrztInnen selbst erfüllt werden müssen, geprägt (z.B. Terminvereinbarungen, Ausfüllen von Patientendokumenten).

Es kann davon ausgegangen werden, dass praktisch alle Jung-ÄrztInnen – ob Ärzte oder Ärztinnen und unabhängig davon, in welchem Fachbereich sie ihre Weiterbildung absolvieren – sich mit einer insgesamt hohen Arbeitsbelastung konfrontiert sehen. Unterschiede bestehen allenfalls in der Gewichtung spezifischer Arbeitsbelastungsfaktoren. So berichteten die von Buddeberg-Fischer et al. (2005a, 2005b, 2006b) befragten schweizerischen Jung-Ärztinnen zwar von mehr positiven Interaktionen am Arbeitsplatz; sie beklagten jedoch im größeren Maße wenig strukturiertes und zielführendes Mentoring. Zudem fühlten sie sich im stärkeren Maße durch den Rollenkonflikt bzw. Probleme in der Vereinbarkeit von Familie und Beruf herausgefordert (s. auch Levey, 2001). Cohen und Patten (2005) fanden bei kanadischen Jung-Ärztinnen eine vergleichsweise stärkere Belastung durch den Zeitdruck am Arbeitsplatz, Ärzte zeigten sich hingegen stärker durch Probleme hinsichtlich der Vereinbarkeit von Beruf und Vaterschaft belastet. Im Unterschied dazu zeichneten sich die von Putz et al. (2008) untersuchten österreichischen Jung-Ärzte durch ein höheres Belastungserleben angesichts der Überstunden und langen Dienste aus; ihre Kolleginnen waren belasteter durch die fehlende oder ungenügende Unterstützung durch Vorgesetzte und KollegInnen. Bei deutschen Jung-ÄrztInnen fand Abele (2006) im Unterschied zu diesen international vorliegenden Befunden keine Geschlechtsunterschiede zuungunsten der Frauen hinsichtlich des Mentorings, der allgemeinen Benachteiligung oder auch bezüglich des von ihr spezifisch betrachteten Handlungsspielraums. Sie konstatierte daher eine geschlechtsunabhängige Arbeitsbelastung bzw. Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen. Mit Blick auf die Diskussion des größeren Rollenkonflikts junger Ärztinnen, der einen eigenständigen Belastungsfaktor darstellen kann, fand sie im Übrigen, dass sich Mutterschaft nicht per se negativ auf den Berufserfolg (operationalisiert über Einkommen, Delegationsbefugnis sowie Leitungsfunktion) von Ärztinnen auswirkt – zumindest wenn sie weiterhin vollzeit arbeitstätig sind, was jedoch nur auf 20% der Ärztinnen zutrifft. In der Betrachtung aller ÄrztInnen, unabhängig von ihrem Arbeitszeitmodell, wurde aber sehr wohl deutlich, dass Elternschaft für die Frauen ein Erfolgshindernis (s. auch Buddeberg-Fischer, Stamm & Klaghofer, 2010), für die Männer hingegen einen Erfolgsfaktor darstellt. Auch ein weiterer Befund von Abele soll nicht unerwähnt bleiben: Jung-Ärztinnen waren im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen und gegenüber anderen HochschulabsolventInnen unterdurchschnittlich häufig liiert. Der Anteil derer mit partnerschaftlicher Gebundenheit nahm bei den Ärzten über die ersten Berufsjahre hinweg zu, verringerte sich aber auf Seiten der Ärztinnen. Das ist insofern bedenklich, als dass wiederholt gezeigt werden konnte, dass partnerschaftliche Gebundenheit ein protektiver Faktor hinsichtlich der Ausbildung von Beanspruchung ist (z.B. Revicki, Whitley, Gallery & Allison, 1993; Tyssen, Vaglum, Grønvold & Ekeberg, 2000; Whitley, Gallery, Allison & Revicki, 1989). Wiederum mit

Blick auf Geschlechtsunterschiede fand sich auch in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) kein Unterschied zwischen deutschen Jung-Ärztinnen und Ärzten bezüglich der Arbeitsbelastung, ferner auch keiner zwischen ÄrztInnen im Praktikum (AiPlerInnen) und schon etwas berufserfahreneren AssistenzärztInnen (mindestens ein Jahr Arbeitstätigkeit).

Unterschiede in der Arbeitsbelastung bestehen aber, wie Buddeberg-Fischer et al. (2005a) herausstellen konnten, in Abhängigkeit vom anstellenden Krankenhaus. Jung-ÄrztInnen, die in Universitätskliniken oder größeren Krankenhäusern tätig waren, bewerteten die untersuchten Arbeitsbedingungen (u.a. Handlungsspielraum, Weiterbildungsmöglichkeiten, Führungsqualität) insgesamt schlechter. Mit Blick auf ihre Interaktionen am Arbeitsplatz berichteten sie zwar, mehr Mentoring zu erhalten, aber weniger positive Beziehungen am Arbeitsplatz zu pflegen. Sie weisen – angesichts der insgesamt als schlechter beurteilten Arbeitsbedingungen nicht überraschend – mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Gratifikationskrise im Sinne hoher Verausgabung und geringer Anerkennung auf, die über die Zeit hinweg zu Frustration und Depressivität führen kann. In Übereinstimmung mit diesen Befunden, fand auch schon Firth-Cozens (1987), dass Jung-ÄrztInnen in Universitäts- und Lehrkrankenhäusern insgesamt stärker arbeitsbelastet und auch beansprucht sind.

Wie entwickelt sich die Arbeitsbelastung von ÄrztInnen in den ersten Berufsjahren? Die Befunde von Stiller und Busse (2008b) legen nahe, dass junge ÄrztInnen gegenüber berufserfahreneren ÄrztInnen (> 10 Jahre) stärker belastet sind. Die von ihnen befragten Berufseinsteiger wiesen deutlich höhere Belastungswerte hinsichtlich der Aspekte Verantwortung im Arbeitsalltag, zu wenig Freizeit, zu wenig Zeit für das Privatleben und mangelnde Vereinbarkeit mit der Familie auf, wobei die Belastung durch diese Faktoren über die ersten vier Jahre der Berufstätigkeit hinweg auch noch zugenommen hatte. In diesem Zusammenhang lässt sich auch noch einmal auf das bereits erwähnte Expertenurteil in der Studie von Putz et al. (2008) verweisen, das eine höhere Arbeitszeitbelastung bei gleichzeitig geringerer Vergütung bei jüngeren gegenüber berufserfahreneren ÄrztInnen konstatierte. Røvik et al. (2007) konnten überdies zeigen, dass – wie sie vermuten – aufgrund zunehmender Kompetenz und klinischer Erfahrung sowie einem wachsenden beruflichen Selbstvertrauen die Belastung durch Aspekte, wie z.B. emotionaler Druck, Zeitdruck und Angst vor Patientenbeschwerden, im Laufe der ersten 10 Berufsjahre ab-, die Belastung durch den Konflikt zwischen Beruf und Privatleben hingegen zunimmt. Wie sich die Arbeitsbelastung von ÄrztInnen über die Zeit hinweg entwickelt, scheint aber auch vom Arbeitsumfeld abhängig zu sein. Abele (2006) fand Unterschiede in der Entwicklung der Arbeitsbelastung in Abhängigkeit davon, ob die jungen ÄrztInnen in der Klinik verblieben oder sich im Laufe der Zeit selbstständig machten. Generell

war die Arbeitsbelastung aller ÄrztInnen im ersten Berufsjahr sehr hoch. Während sie bei KlinikärztInnen im Laufe der nächsten sieben Berufsjahre weiter zunahm, verringerte sie sich etwas bei ÄrztInnen, die sich zwischenzeitlich selbstständig gemacht hatten. Diese nahmen eine größere Autonomie und bessere Qualifizierungsmöglichkeiten wahr; die KlinikärztInnen beklagten demgegenüber den fehlenden Handlungsspielraum und unzureichende Qualifizierungsmöglichkeiten.

Dieses Kapitel verfolgte das Ziel, die Arbeitssituation junger ÄrztInnen zu beschreiben. Der Berufseinstieg lässt sich – die obigen Ausführungen noch einmal zu den Merkmalen eines kritischen Lebensereignisses (s. Kapitel 2.1.1.1) in Beziehung gesetzt – als ein solches verstehen. Noch unerfahren und unsicher sehen sich die Jung-ÄrztInnen entlang ihres Berufseinstiegs zumeist prompt mit einer starken Arbeitsbelastung konfrontiert, die sich ungünstig auf eine Vielzahl anderer Lebensbereiche, wie z.B. Freizeit, Familie und Freundschaften, auswirken dürfte (*Wirkungsgrad* des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg). Diese konfliktiert weiterhin mit anderen Lebenszielen, wie z.B. der Familiengründung (Rollenkonflikt/Sorgen um die Vereinbarkeit von Beruf und Elternschaft; *Zielrelevanz*) und führt auch zur Aufgabe persönlich bedeutsamer Lebensinhalte (z.B. Freizeitaktivitäten; *Verlust*). Insgesamt sehen sich die Jung-ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs mit gänzlich neuen Lebensumständen konfrontiert: Für den ein oder anderen mag sogar ein Wohnortwechsel erforderlich gewesen sein, gewiss alle bewegen sich nun aber in einem neuen Arbeitsumfeld mit noch unbekanntem KollegInnen und Vorgesetzten, in dem neue Anforderungen an sie gestellt werden und sie in einem Maße Verantwortung übernehmen müssen, die sie zunächst überfordern dürfte (*Schädigung der Person-Umwelt-Passung*). Der Berufseinstieg war zwar für die Jung-ÄrztInnen vorhersehbar und damit gewissermaßen kontrollierbar; die sich aus diesem dann konkret ergebenden Umstände/Anforderungen/unmittelbaren Erfahrungen am Arbeitsplatz sowie deren Auswirkungen auch auf andere Lebensbereiche sind es jedoch nicht notwendigerweise (*mangelnde Vorhersehbarkeit* und *Kontrollierbarkeit*). Die Jung-ÄrztInnen müssen ihre Position in der Krankenhaushierarchie erst noch finden und stellen nicht selten fest, dass sie – trotz des erfolgreich absolvierten Studiums und der erworbenen Approbation – zunächst einmal das „schwächste Glied“ (Görg, 2001, S. A1174) in dieser sind (*Erschütterung des Selbst- und Weltbildes*).

Auch in anderen Berufsfeldern ist der Berufseinstieg zweifelsohne ein einschneidendes Erlebnis (s. für den Berufseinstieg von LehrerInnen z.B. Schonfeld, 2000). Die Merkmale des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg erfüllen sich folglich nicht allein für den von ÄrztInnen, sondern gelten für den Berufseinstieg im Allgemeinen, vor allem aber sicherlich für den von AkademikerInnen mit einer zuvor eher theoretischen denn praktischen Ausbildung.

Eine Besonderheit des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen besteht jedoch im Dienst am Menschen, der eine hohe Verantwortung birgt. Diese (a) prompt (d.h. mit Arbeitsaufnahme), (b) im hektischen Krankenhausalltag und (c) trotz bestehender Unsicherheiten/Unerfahrenheit zu übernehmen und zu erfüllen, stellt einen besonders hohen Anspruch an die Jung-ÄrztInnen.

2.2 Belastung als Prädiktor der Beanspruchung infolge des Berufseinstiegs

In Kapitel 2.1.1.2 wurde bereits auf die Notwendigkeit der Betrachtung von *Antezedenzmerkmalen* im Rahmen der Untersuchung eines kritischen Lebensereignisses hingewiesen. Insofern wird nachfolgend zunächst die Situation von Jung-ÄrztInnen vor ihrem Berufseinstieg, konkret ihre Belastung und ihre Beanspruchung noch zu Zeiten des Studiums, beleuchtet. Im Anschluss daran werden arbeitspsychologische Theorien zum Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge vorgestellt. Es folgen dann Befunde zu diesem bei (Jung-)ÄrztInnen.

2.2.1 Ausgangssituation von Jung-ÄrztInnen: Belastung und Beanspruchung schon zu Zeiten des Medizinstudiums als Antezedenzbedingungen des Berufseinstiegs

Medizinstudierende beginnen ihr Studium mehrheitlich hoch leistungs- und intrinsisch motiviert; der Arztberuf ist für viele eine Berufung (Abele, 2001; Aster-Schenck et al., 2010; Buddeberg-Fischer et al., 2002a; Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Vetsch, Abel & Buddeberg, 2002). Sie sind überwiegend zufrieden mit ihrer Entscheidung für das Medizinstudium; drei Viertel der Studierenden würden sich auch wieder für das Studium entscheiden (Buxel, 2009). Hauptmotive für die Studiumswahl bzw. die angestrebte Berufstätigkeit sind das Fachinteresse, die Antizipation der ärztlichen Tätigkeit als interessant, vielseitig und eigenverantwortlich sowie das Bedürfnis, Menschen helfen zu wollen. Aber auch die Annahme eines hohen Sozialprestiges des Arztberufs ist für viele Studierende (v.a. die Männer) ein Beweggrund für das Medizinstudium (Buddeberg-Fischer et al., 2002a, 2002b).

Im Laufe des Studiums setzt dann jedoch ein *Desillusionierungsprozess* ein (Jurkat et al., 2000; Kurth et al., 2007). Die Studierenden finden den Arztberuf zwar nach wie vor interessant, eine deutlich geringere Zahl aber bewertet ihn auch als attraktiv (Buxel, 2009). Ein nicht geringer Anteil von ihnen stellt die Berufswahl im Laufe des Studiums dementsprechend in Frage. So fanden sowohl Köhler, Kaiser und Napp (2004) als auch Kurth et al. (2007) ernsthafte Zweifel über das Studium/den angestrebten Beruf bzw. Nachdenken über einen Studiumsabbruch bei ca. einem Drittel ihrer StudienteilnehmerInnen. Die dieser Verunsicherung zugrunde liegende kritische Antizipation des späteren Arbeitsdaseins darf als realistisch angenommen werden.

So konnten Jurkat et al. (2000; s. auch Buddeberg-Fischer et al., 2002a) zeigen, dass Medizinstudierende aufgrund der im Rahmen ihrer klinisch-praktischen Tätigkeiten schon zu Studienzeiten gesammelten Erfahrungen (in den Famulaturen und im Praktischen Jahr) mit einem durchaus realistischen Eindruck von ihrer späteren Arbeitsbelastung in die Berufstätigkeit starten. Die befragten Studierenden erwarteten eine hohe Belastung durch eben jene Arbeitsaspekte, die sich in anderen Studien auch als Hauptstressoren der ärztlichen Tätigkeit erwiesen hatten. Gleichzeitig antizipierten sie eine hohe psychische Beanspruchung im Sinne von Erschöpfung, Ermüdung und Depressivität, wobei besorgniserregend ist, dass sie zukünftige Beanspruchung als wahrscheinlicher für andere denn für sich selbst annahmen. D.h., sie erachteten sich selbst als weniger verwundbar. Die Ernüchterung schon zu Zeiten des Medizinstudiums begründet sich jedoch nicht nur in der erwarteten, starken Arbeits(zeit)belastung und Beanspruchung, sondern auch in ihrer zunehmenden Sorge um

- ◆ Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten,
- ◆ die angemessene finanzielle Vergütung der Arbeitstätigkeit,
- ◆ Arbeitsplatzsicherheit,
- ◆ hierarchische Klinikstrukturen (Fremdbestimmung und Anpassungsdruck; Entmutigung im Klinikalltag),
- ◆ eine geringe Arbeitszufriedenheit während der Weiterbildungszeit,
- ◆ (Frei-)Zeitmangel sowie
- ◆ den Verlust an Lebensqualität

(Abele, 2001; Aßmann, Schneiderat & Balck, 2008; Buddeberg-Fischer et al., 2002a; Jurkat et al., 2000; Köhler et al., 2004; Putz et al., 2008). Aspekte wie das Arbeitsklima, die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben sowie die adäquate Entlohnung der Tätigkeit, speziell auch der Überstunden, sind Medizinstudierenden mit Blick auf ihrer zukünftige Tätigkeit zwar besonders wichtig (Buxel, 2009); dies sind – wie in Kapitel 2.1.3 bereits dargestellt – aber eben jene Seiten des Arztberufs, die sich später als besonders problematisch erweisen.

Schon Medizinstudierende sind belastet und beansprucht. Das verwundert insofern nicht, als dass – wie Kurth et al. (2007) anmerken – „die spezifische Sozialisation des Mediziners, private Belange hinter die beruflichen Anforderungen zurückzustellen bzw. [damit] eine chronische Überforderung [...] bereits im Studium [beginnt]“ (S. 355). Dinkel et al. (2008) haben eine Vielzahl von national und international publizierten Untersuchungen zur Situation von Medizinstudierenden gesichtet. Auf Grundlage dieser geben sie einen Überblick über die von

Medizinstudierenden erlebten Belastungen (Tabelle 3), die auch die z.B. von Kurth et al. (2007) gefundenen bzw. von Dyrbye, Thomas und Shanafelt (2005) diskutierten Stressoren beinhalten.

Tabelle 3. Übersicht zu Belastungen von Medizinstudierenden (zitiert nach Dinkel et al., 2008, S. 15)

eher starke Belastungen bzw. häufig genannte Belastungssituationen	als eher niedrige Belastung eingestufte Anforderungen/Situation
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Stoffmenge aufnehmen und behalten ◆ zeitlicher Aufwand für das Studium ◆ Zeitdruck ◆ wichtige Prüfungen durchführen ◆ fehlende Rückmeldung von den Dozenten ◆ Dominanz des Studiums über andere Lebensbereiche ◆ Einschränkung der Freizeitaktivitäten ◆ finanzielle Probleme ◆ Umgang mit Sterben und Tod ◆ Diskriminierung und sexuelle Belästigung 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ erste Selektion ◆ Atmosphäre an der Universität (Anonymität/Kälte) ◆ Wettbewerb unter den Kommilitonen

Hinsichtlich der Entwicklung der Belastung im Laufe des Medizinstudiums kann davon ausgegangen werden, dass diese stets hoch ist. Allein die Belastungsfaktoren gewichten sich im Laufe des Studiums unterschiedlich: Während sich die Belastung zu Studienbeginn vorrangig im hohen Lern-/Arbeitsaufwand begründet, fühlen sich die Studierenden entlang der wachsenden Praxisanteile im Studium (Lehre am Krankenbett, Famulaturen) und aufgrund eines insgesamt (noch) fehlenden Selbstverständnisses als angehende/r Ärztin/Arzt dann zunehmend durch

- ◆ Probleme im Kontakt mit ÄrztInnen (z.B. verletzend, ungerechtfertigt, abwertende Aussagen; ungerechtfertigte Beurteilungen; ungenügende Anleitung),
- ◆ das Ausmaß an Verantwortung und
- ◆ erlebte Schwierigkeiten im Patientenkontakt bzw. mit dem medizinischen Personal (z.B. unangemessene Arbeitsaufgaben im Rahmen der Praxiserfahrung; Ignoranz)

belastet (Dinkel et al., 2008; Dyrbye et al., 2005).

Die hohe Belastung von Medizinstudierenden spiegelt sich dann auch in ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden wider. Sie kann Einfluss auf ihre Studienleistungen nehmen und/oder auch Risikoverhaltensweisen (z.B. Substanzmittelkonsum) fördern (Dyrbye et al., 2005; Firth-Cozens, 1987; Shapiro, Shapiro & Schwartz, 2000). Medizinstudierenden fällt es schwer, sich zu erholen bzw. im ausreichenden Maße abzuschalten (Kurth et al., 2007), und so

entwickeln sie schon im Laufe des Studiums Symptome vor allem psychischer Beanspruchung, wie z.B. Depressivität, (Zukunfts-)Ängste, Reizbarkeit, psychosomatische Beschwerden (u.a. Müdigkeit, Magen-Darm-Probleme, Kopf-Hals-Syndrom, Anspannung, emotionale Reaktivität und Schmerz) oder auch Zynismus. Intensität und Verbreitung liegen dabei mitunter deutlich über Vergleichswerten altersentsprechender Repräsentativgruppen (Brähler, Schmutzer, Gerth & Albani, 2008; Jurkat et al., 2000; Klauer, Niebuhr & Schneider, 2008; Kurth et al., 2007). Dinkel et al. (2008; s. auch Dyrbye et al., 2005) konstatieren Prävalenzraten von 18 bis 52% für unspezifischen Distress, 18 bis 43% für Angst, 2 bis 26% für Depressivität und 5 bis 50% für Burnout (emotionale Erschöpfung), wobei Dyrbye et al. (2008) zeigen konnten, dass Burnout und Lebensunzufriedenheit wiederum Suizidgedanken, die sie bei 11% der von ihnen befragten Medizinstudierenden fanden, vorhersagen. Allgemeinhin kann mit Blick auf die Beanspruchung von Medizinstudierenden davon ausgegangen werden, dass Studenten und Studentinnen gleichermaßen stark beansprucht sind. Sofern doch Geschlechtsunterschiede aufgezeigt wurden, bestanden diese in noch höheren Beanspruchungswerten von Medizinstudentinnen (Dinkel et al., 2008).

Aster-Schenck et al. (2010) verglichen das *arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster* (Schaarschmidt & Fischer, 1996) von Medizinstudierenden im zweiten, fünften und zehnten Semester. Ein gesundheitsgefährdendes Muster fanden sie bei knapp 40% der Studierenden der Gesamtstichprobe. Diese zeichneten sich entweder durch exzessive Anstrengung und überdurchschnittliches Engagement im Studium bei gleichzeitig geringer Distanzierungsfähigkeit und reduzierter Widerstandsfähigkeit aus (Muster A) oder sie offenbarten Hinweise auf ein Burnout (im Sinne dauerhafter Überforderung bei reduziertem Engagement, Tendenz zur Resignation, stark negativer Emotionen und deutlich reduzierter Lebenszufriedenheit; Muster B). Im Vergleich der Studierenden in Abhängigkeit vom Semester zeigte sich, dass ein gesundes Verhaltens- und Erlebensmuster (hohes, aber nicht übersteigertes Arbeitsengagement und hinreichende Distanzierungsfähigkeit hinsichtlich der Arbeitsanforderungen, hohe Widerstandsfähigkeit und positives Lebensgefühl durch problemorientierte Bewältigung; Muster G) zu Studienbeginn noch am weitesten verbreitet war. In den höheren Semestern war dieses bei deutlich weniger Studierenden anzutreffen; hier zeichneten sich vergleichsweise viele Studierende (und die Mehrheit der Studierenden im zehnten Semester) durch eine Schonhaltung und den Rückzug ins Private aus (Muster S). Zudem war die Semesterzahl positiv mit Muster B assoziiert, d.h. Studierende in den höheren Semestern zeigten mit größerer Wahrscheinlichkeit Hinweise auf ein Burnout. Mit Blick auf die große bzw. in den höheren Semestern umso größere Zahl der Studierenden mit Muster S schlussfolgern die Autoren eine innere Distanzierung vieler Studierenden von der angestrebten ärztlichen Berufstätigkeit schon

zu Zeiten des Studiums. Der *Desillusionierungsprozess* hat, wenngleich von den Autoren selbst nicht geprüft, so aber doch zu vermuten, bei vielen Studierenden eine frühe Abkehr vom Gefühl der Berufung zur Ärztin/zum Arzt zur Folge. Hinsichtlich der Musterzugehörigkeiten fanden sich im Übrigen keine Geschlechtsunterschiede. Allein auf einzelnen, die Musterzugehörigkeit determinierenden Aspekten fanden sich Unterschiede u.a. dergestalt, dass Studentinnen höhere Resignationstendenzen bei Misserfolg und weniger innere Ruhe/Ausgeglichenheit berichteten. Zu ganz ähnlichen Ergebnissen wie Aster-Schenck et al. kamen im Übrigen auch schon Voltmer et al. (2008). Sie resümierten ebenfalls eine ungünstige Entwicklung des Verhaltens- und Erlebensmusters schon im Laufe des Studiums. Diese Entwicklung, vor allem die Zunahme des Schonhaltungsmuster setzt sich, so führten sie auf Grundlage der vergleichend auch für Jung-ÄrztInnen im dritten bis zum achten Berufsjahr ermittelten Muster aus, in den ersten Berufsjahren fort.

Uneindeutig ist der Ergebnisstand zur Entwicklung psychischer Beeinträchtigung über das Studium hinweg. Gerade in den ersten beiden Studienjahren scheinen vor allem affektive Störungsbilder umso weiter verbreitet zu sein bzw. nehmen sie in diesem Zeitraum besonders zu (Brähler et al., 2008), um dann aber zu persistieren, d.h. anhaltend hoch zu bleiben (Guthrie et al., 1998). Mit der Zunahme an Beanspruchung in den ersten beiden Studienjahren geht eine Verringerung der (v.a. gesundheitsbezogenen) Lebensqualität einher (Dinkel et al., 2008). Für norwegische Medizinstudierende konnten Kjeldstadli et al. (2006) zeigen, dass ihre Lebenszufriedenheit im ersten Studienjahr noch der anderer Studierender entsprach, dann aber im Laufe des Studiums deutlich abnahm (v.a. bei jenen, die berichteten, dass das Studium stark mit ihrem Privatleben interferiert bzw. bei jenen, die eher emotionsorientiertes Coping – konkret *Wunschdenken* im Sinne von sich selbst stärker oder die Situation anders wünschen – in der Auseinandersetzung mit den gegebenen Belastungen nutzten), um dann am Ende des Studiums auch entsprechend geringer ausgeprägt zu sein als bei anderen StudentInnen. Bei Medizinstudierenden im letzten Semester fanden Buddeberg-Fischer et al. (2002b) eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung deutlich geringere Lebenszufriedenheit.

Aus den dargestellten Prävalenzraten der Indikatoren psychischer Beanspruchung lässt sich ein psychologischer/psychotherapeutischer Beratungsbedarf bei einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von Medizinstudierenden ableiten. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nur ein vergleichsweise kleiner Prozentsatz der Studierenden mit entsprechend professionellem Beratungsbedarf diesen tatsächlich auch in Anspruch nimmt (Dinkel et al., 2008; Dyrbye et al., 2005; Tyssen, Røvik, Vaglum, Grønvold & Ekeberg, 2004). Das verdeutlicht, dass sich die mangelnde Gesundheitsselbstfürsorge in der Ärzteschaft (s. Kapitel 2.4.1.2) bereits zu

Studienszeiten herausbildet. Medizinstudierende suchen soziale Unterstützung vorrangig im Freundes-, Bekannten- und Familienkreis bzw. in der Partnerschaft (Kurth et al., 2007). Universitäre oder sonstige professionelle Beratungsangebote werden hingegen gescheut; u.a. weil sich die Studierenden um die Verletzung ihrer Anonymität und mögliche negative Auswirkungen auf ihre weitere berufliche Entwicklung sorgen. Aber auch Zeitmangel und ein durch die Beratung erst recht verunsichertes Selbstverständnis (der/die „schwache“ Medizinstudent/-in) ließen sich als Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme eigentlich notwendiger Beratungsangebote herausstellen (Chew-Graham, Rogers & Yassin, 2003; Givens & Tjia, 2002). Je weiter die Studierenden im Studium voranschreiten, desto länger warten sie, bis sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und umso kritischer sind sie gerade demjenigen gegenüber, zu dem sie sich ausbilden lassen – dem Arzt (Hrabal, Schüppel & Zenz, 1998).

Auch personale Ressourcen von Medizinstudierenden/angehenden ÄrztInnen wurden in einer Reihe von Studien beleuchtet. Die Befunde von Buddeberg-Fischer et al. (2002b), die bei Medizinstudierenden ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hohes Selbstwert- sowie Kohärenzgefühl sowie eine überdurchschnittlich hohe Handlungs- und Gefühlsorientierung fanden, legen nahe, dass die Mehrzahl der Medizinstudierenden persönlichkeitsbasiert gut ‚ausgestattet‘ ist. Inwieweit diese protektiven Persönlichkeitsvariablen mit der Beanspruchung schon zu Zeiten des Studiums assoziiert sind, wurde von Buddeberg-Fischer und KollegInnen nicht im Detail untersucht. Vielmehr zogen sie, wie in Kapitel 2.3.4 noch näher ausgeführt wird, die Persönlichkeitsvariablen als Prädiktoren der nach dem Berufseinstieg gegebenen Beanspruchung heran. Stewart et al. (1995) konnten jedoch zeigen, dass hohe dispositionelle Ängstlichkeit und Wunschdenken als Bewältigungsstrategie positiv mit Beanspruchung (Depressivität und Angst) von Studierenden im zweiten Studienjahr korreliert war. Optimismus und problemorientiertes Coping sowie die Bewältigungsstrategie positive Umdeutung erwiesen sich hingegen als protektiv hinsichtlich der Herausbildung von Beanspruchung. In einer anderen Studie ließ sich Impulsivität als Risikofaktor für die Entstehung von Burnout im Studienverlauf herausstellen (Dahlin & Runeson, 2007).

Bewältigungsstrategien von Medizinstudierenden erfassten auch Kurth et al. (2007). Die Mehrzahl ihrer UntersuchungsteilnehmerInnen berichtete, soziale Unterstützung in der Partnerschaft, bei Freunden und/oder der Familie zu suchen. Neben diesem sicherlich als funktional zu bewerteten Bewältigungsansatz wurden aber auch sozialer Rückzug sowie Alkohol- und Medikamentenkonsum genannt, wobei letzterer im Laufe des Studiums zuzunehmen scheint (s. auch Firth, 1986). In einer Reihe anderer, vor allem US-amerikanischer Studien erwiesen sich dysfunktionale Copingstrategien, wie z.B. Problemvermeidung, Wunschdenken (s. hierzu auch

Kjeldstadli et al., 2006), sozialer Rückzug und Selbstkritik, als Risikofaktoren für die Entstehung von Burnout, Depressivität, Angst bzw. beeinträchtigter psychischer Gesundheit; Bewältigungsstrategien wie Problemlösung, positive Neuinterpretation, das Aufsuchen sozialer Unterstützung und emotionale Expression hingegen als Schutzfaktoren (Dyrbye et al., 2005). Die im Studiungsverlauf zunehmende Nutzung dysfunktionaler Strategien ist besorgniserregend und wirft die Frage auf, wie (dys-)funktional dann Jung-ÄrztInnen ihre spätere Arbeitsbelastung bewältigen und inwieweit das – in der vorliegenden Arbeit auch untersucht – Einfluss auf ihr Wohlbefinden nimmt.

Inwieweit sich AbsolventInnen des Medizinstudiums durch dieses auf ihre zukünftige Arbeitstätigkeit vorbereitet fühlen, ist zum Teil von den an den Fakultäten in Deutschland bzw. auch international verschiedenen Curricula abhängig (u.a. Dettmer & Kuhlmeier, 2010). In ihrer Befragung von jüngst examinierten, deutschen Jung-ÄrztInnen fanden Jungbauer, Alfermann, Kamenik und Brähler (2003), dass sich nur 38% selbst eine gute oder sehr gute Vorbereitung auf die ärztliche Tätigkeit attestierten. Die AbsolventInnen kritisierten vor allem die ungenügende Vermittlung psychosozialer Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten sowie eine insgesamt unzureichende Praxisausrichtung des Medizinstudiums. Medizinstudierende erachten Studiumsinhalte bzw. Kompetenzen, wie z.B. Diagnostik, Therapie und ärztliche Betreuung; Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit; praktische Fertigkeiten sowie medizinische Entscheidungsfindung, zwar als besonders bedeutsam, sind aber mit deren Vermittlung im Studium sehr unzufrieden (Dettmer & Kuhlmeier, 2010). Goldacre, Lambert, Evans und Turner (2003) fanden diese Unzufriedenheit auch bei StudiumsabsolventInnen in Großbritannien. Schweizerische MedizinstudiumsabsolventInnen zeigten sich zumindest mit den Bedingungen praktischer Studiumsanteile, wie z.B. der Zuteilung verantwortungsvoller Aufgaben in der Patientenversorgung, der Anerkennung der Arbeit durch die Vorgesetzten, der fachlichen Anleitung und mit dem persönlichen Kontakt zu den betreuenden ÄrztInnen, zufrieden (Buddeberg-Fischer et al., 2002b).

Haben Medizinstudierende das Studium absolviert (wobei sich Studentinnen und Studenten in ihrer Examensleistung nicht voneinander unterscheiden; Abele, 2006), folgt die Mehrheit von ihnen (bei Köhler et al., 2004: 98% der Männer und 92% der Frauen) durch den zeitnahen Beginn mit der Facharztausbildung dem klassischen Ausbildungsweg in der Medizin (Stiller & Busse, 2008a). Hinsichtlich der Fachbereichswahl finden sich deutliche Geschlechtsunterschiede: Während sich Frauen häufiger für die Fachgebiete Gynäkologie, Pädiatrie, Anästhesie und Neurologie entscheiden, sind Männer häufiger in chirurgischen und technisch-

apparativen Disziplinen anzutreffen (Abele, 2006; Aßmann et al., 2008; Buddeberg-Fischer et al., 2002b; Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Stamm & Buddeberg, 2008; Köhler et al., 2004; Stiller & Busse, 2008a). Buddeberg-Fischer et al. (2002b) konnten zwar zeigen, dass Aspekte wie

- ◆ die Vielseitigkeit des Fachgebiets,
- ◆ die gute Konzeption des Weiterbildungsprogramms (Qualität und Struktur, Mentoring, Arbeits- und Urlaubszeiten),
- ◆ ein intensiver Patientenkontakt,
- ◆ bereits zu Zeiten des Studiums gesammelte positive Erfahrungen im entsprechenden Fachbereich,
- ◆ eine adäquate Vergütung der (späteren Facharzt-)Tätigkeit sowie
- ◆ die gute Vereinbarkeit der Arbeitstätigkeit im zu wählenden Fachbereich mit einer eigenen Familie

für Männer und Frauen gleichermaßen von Bedeutung für die Fachbereichswahl sind; sie unterscheiden sich jedoch in ihren Berufsorientierungen, in ihrer Karrieremotivation und in ihren Lebenszielen, was dann die geschlechtsdifferente Fachbereichspräferenz begründet. Während Ärztinnen dem intensiven Patientenkontakt, der Überschaubarkeit des Fachgebiets und einer kurzen Ausbildungsdauer (auch im Interesse der eigenen Familiengründung) oder auch der Balance zwischen Berufs- und Privatleben einen hohen Stellenwert einräumen, sind ihren Kollegen Aspekte wie die Karriere, das Einkommen und das Sozialprestige wichtiger (u.a. Abele, 2006; Buddeberg-Fischer et al., 2002b).

In Zusammenfassung der Ausführungen zur Situation von Medizinstudierenden lässt sich festhalten, dass viele Jung-ÄrztInnen schon zu Zeiten und *aufgrund* ihres Studiums hoch belastet und beansprucht sind. Die Belastungsfaktoren des Studiums wirken dabei über dieses hinaus. Sie nehmen Einfluss auch auf andere Lebensbereiche der angehenden ÄrztInnen, so z.B. auf deren Freizeit bzw. Zeit für eigene Interessen, Freund- und Partnerschaften. Zudem dürften – wenngleich in den meisten Studien und auch in der vorliegenden Arbeit nicht gesondert erfasst – nicht allein die studiums-basierten, sondern auch andere potenziell belastende und folglich beanspruchende Antezedenzbedingungen (z.B. sonstige kritische Lebensereignisse, familiäre oder auch finanzielle Belastungen) von Bedeutung für den Start in die Berufstätigkeit bzw. dessen Bewältigung sein. Insgesamt ist die Vulnerabilität junger ÄrztInnen angesichts ihrer Belastung schon zu Studiumszeiten sowie der Beanspruchung infolge dieser hinsichtlich ihres Erklärungswerts für die Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg bzw. seine Bewältigung

kaum systematisch erforscht. Befunde von Tyssen, Vaglum, Grønvold und Ekeberg (2001a) legen jedoch nahe, dass diese besteht. Sie konnten zeigen, dass im Studium bestehende Belastung und psychische Probleme behandlungsbedürftige psychische Probleme im vierten Jahr der Berufstätigkeit vorhersagten.

In der vorliegenden Arbeit wird auch die Ausgangssituation der berufseinsteigenden ÄrztInnen näher beleuchtet. In der querschnittlichen Betrachtung gilt das Interesse dem Beziehungsgefüge der (1) Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium, der (2) Bewertung des Berufseinstiegs und der (3) Beanspruchung sowie der (4) Bedeutung der Persönlichkeit in diesem. In der längsschnittlichen Betrachtung soll die Bedeutsamkeit des Belastungs- und Beanspruchungserlebens der Jung-ÄrztInnen für spätere Belastung und Beanspruchung, d.h. jene im ersten Jahr nach dem Berufseinstieg, untersucht werden. Die empfundene Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium wird dabei als berufseinstiegsrelevanter Belastungs- und somit Vulnerabilitätsfaktor verstanden, der mit der Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs und dem Beanspruchungserleben schon vor diesem assoziiert ist und darüber hinaus Einfluss auf das Erleben der Jung-ÄrztInnen nach dem Berufseinstieg zu nehmen vermag. Die Mehrzahl der zum Vorbereitungserleben angehender ÄrztInnen vorliegenden Studien (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2002b; Dettmer & Kuhlmeier, 2010; Goldacre et al., 2003; Jungbauer et al., 2003) thematisierte lediglich die Zufriedenheit mit dem Curriculum. Mit Berufseinstiegsvariablen setzten sie diese nicht in Beziehung.

2.2.2 Allgemeine Ausführungen zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Die Betrachtung des Forschungsstands zum Zusammenhang von Arbeitsbelastung und Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen wird nachfolgend über die Darstellung arbeitspsychologischer Modelle zur Erklärung arbeitsbedingter Beanspruchung hergeleitet. Diese basiert vor allem auf dem Überblick, den Semmer und Mohr (2001) bzw. auch Frieling und Sonntag (1999) reichen. Zudem wird auf den Forschungsstand zu Effekten der Arbeitsbelastung auf die Gesundheit im Sinne ihrer Beeinträchtigung (Beanspruchung) eingegangen.

2.2.2.1 Arbeitspsychologische Modelle zur Erklärung von Beanspruchung

Die im Folgenden erläuterten arbeitspsychologischen Modelle zur Erklärung arbeitsbedingter Beanspruchung unterscheiden sich dahingehend, welchen Aspekt der Arbeitssituation (z.B. Arbeitsaufgabe, Arbeitsrolle, organisationale und/oder psychosoziale Arbeitsbedingungen) sie fokussieren.

Im Konzept des *Rollenstress* (Frieling & Sonntag, 1999; Semmer & Mohr, 2001) wird Beanspruchung als Resultat eines/r (a) Rollenkonflikts, (b) rollenbezogenen Überforderung, (c) Rollenambiguität und/oder (d) rollenbezogenen Verantwortung verstanden. Der *Rollenkonflikt* begründet sich in konfligierenden Rollenanforderungen an die betrachtete Person, d.h. den Rollenträger, durch eine oder mehrere andere Personen, d.h. des/r Rollensender/s. Es wird zwischen (a) dem Inter-Sender-Konflikt (zwei Personen stellen inkompatible Anforderungen an den Rollenträger), (b) dem Intra-Sender-Konflikt (ein Rollensender stellt konträre Anforderungen an den Rollenträger), (c) dem Inter-Rollen-Konflikt (der Rollenträger ist aufgefordert, verschiedenen konfligierenden Rollen gerecht zu werden) und (d) dem Person-Rollen-Konflikt (das geforderte Rollenverhalten widerspricht den Charakteristiken des Rollenträgers und/oder seinem Überzeugungssystem) unterschieden. *Rollenbezogene Überforderung* thematisiert ein quantitatives und/oder qualitatives Zuviel des Arbeitsumfangs, und *Rollenambiguität* meint die fehlende Klarheit über die bestehenden Erwartungen. Stress aufgrund von *rollenbezogener Verantwortung* entsteht, wenn dem Rollenträger angesichts seiner Position im Arbeitsgeschehen zu viel oder zu wenig rollenbezogene Verantwortung obliegt. Empirisch sind die Annahmen des Modells gut belegt. So fanden sich beispielsweise Zusammenhänge zwischen gegebenen Rollenkonflikten und Arbeitsunzufriedenheit, zwischen Rollenambiguität und Arbeitsunzufriedenheit bzw. Unzulänglichkeitsgefühlen sowie zwischen rollenbezogener Verantwortung und einem erhöhten Risiko für koronare Herzkrankheiten (Frieling & Sonntag, 1999). Das Modell wird jedoch dahingehend kritisiert, dass die Arbeitsaufgaben und die Konditionen ihrer Verwirklichung als Belastungsquellen vernachlässigt werden (Semmer & Mohr, 2001).

Im *Anforderungs-Kontroll-Modell* (Theorell & Karasek, 1996) werden zwei Dimensionen kontrastiert: (a) die Arbeitsanforderungen und (b) der Entscheidungsspielraum. In Abhängigkeit von jeweils hohen vs. geringen Ausprägungen dieser Dimensionen unterscheidet Karasek (1979) folgende vier Tätigkeitstypen: (1) wenig belastende Tätigkeit (geringe Arbeitsanforderungen, hoher Entscheidungsspielraum), (2) passive Tätigkeit (geringe Arbeitsanforderungen, geringer Entscheidungsspielraum), (3) aktive Tätigkeit (hohe Arbeitsanforderungen, hoher Entscheidungsspielraum) und (4) stark belastende Tätigkeit (hohe Arbeitsanforderungen, geringer Entscheidungsspielraum). Beanspruchung bzw. – dem vorausgehend – Stress entsteht im Falle hoher Anforderungen und geringer Kontrolle. Demgegenüber sollten hohe Arbeitsanforderungen bei gleichzeitig hohem Entscheidungsspielraum zu (positiv) erlebter Herausforderung und positiven Effekten (z.B. persönliches Wachstum, Kompetenzentwicklung, Verbesserung des Copingverhaltens) führen. Die Haupteffekte von Arbeitsanforderungen und Entscheidungsspielraum sind empirisch gut belegt. ArbeitnehmerInnen, die Karaseks viertem

Tätigkeitstyp entsprachen, berichteten vermehrt über depressive Verstimmungen, Angstgefühle, Nervosität und Schlafstörungen. Darüber hinaus ließen sich Erschöpfung und Depressivität regressionsanalytisch anhand der Höhe der Arbeitsanforderungen und dem Ausmaß an Entscheidungsspielraum vorhersagen (Frieling & Sonntag, 1999). Die postulierte Interaktion von Arbeitsanforderung und Entscheidungsspielraum konnte Karasek (1979) selbst jedoch nicht empirisch belegen. Auch in vielen späteren Studien, die auf die Prüfung seiner Postulate abzielten, fand sich der Interaktionseffekt nicht. Kritisiert wird das Modell für die fehlende Spezifität der Konzepte, insbesondere die der Dimension des Entscheidungsspielraums (Semmer & Mohr, 2001). Dennoch hat das Modell sehr viele Untersuchungen und theoretische Weiterentwicklung initiiert (z.B. Integration sozialer Unterstützung in das Modell; Dormann & Zapf, 1999).

Im *Person-Environment (P-E)-Fit-Modell* von Edwards, Caplan und van Harrison (1998) wird die Übereinstimmung zwischen den Fähigkeiten oder auch Bedürfnissen der Person und den Anforderungen oder auch Angeboten der Arbeitsumwelt betrachtet. Ist eine unzureichende Passung zwischen ihnen gegeben, entsteht Stress und folglich Beanspruchung, u.a. im Sinne von Arbeitsunzufriedenheit und eines negativen Affekts, mitunter auch Depressivität (Frieling & Sonntag, 1999). Es wurden fünf verschiedene P-E-Modelle spezifiziert (u.a. das *Fit-Modell*, das *Defizienz-Modell*, das *Poor-Fit-Modell*). Die empirische Befundlage gestaltet sich in Abhängigkeit vom untersuchten P-E-Szenario unterschiedlich. Die höchsten Zusammenhänge zwischen der Arbeitskomplexität und Beanspruchung ließen sich für das *Poor-Fit-Modell* finden, demgemäß Stress entsteht, wenn die externen Anforderungen (d.h. Ansprüche aus der Arbeitsumwelt) die Kompetenzen der Person über- oder unterschreiten. Die Korrelationshöhen zwischen Anforderungen und Beanspruchungsindikatoren gestalteten sich dabei in Abhängigkeit von der Differenz zwischen gewünschten und tatsächlichen Arbeitsanforderungen (Frieling & Sonntag, 1999). Semmer und Mohr (2001) kritisieren das Modell dahingehend, dass es keine Aussagen über die Bedeutsamkeit spezifischer Arbeitsaspekte trifft.

In der *Handlungsregulationstheorie* von Hacker (1986) und Volpert (1987) wird einerseits die Zielgerichtetheit von Handlungen und andererseits deren Regulation durch mentale Repräsentationen der Wirklichkeit betont. Stress entsteht, wenn die Zielerreichung bzw. die Arbeitstätigkeit blockiert wird. Nach Semmer (1984) lassen sich u.a. Merkmale der Arbeitsumwelt, der Arbeitsaufgabe oder des Arbeitstätigen als Stressoren diskutieren, die (a) einen zusätzlichen Regulationsaufwand erfordern (z.B. durch Handlungsunterbrechungen), (b) Regulationsunsicherheit bedingen (z.B. durch Überforderung der gegebenen Handlungskompetenzen) oder (c) zu Zielunsicherheit beitragen (z.B. durch konfligierende Arbeitsanweisungen). Empirisch konnte die Relevanz solcher Stressoren entlang substantieller

Zusammenhänge mit Indikatoren des Wohlbefindens/der Beanspruchung, im geringeren Maße auch mit Leistungsparametern belegt werden. Kritisiert wird das Modell für die einseitige Betrachtung der Arbeitsaufgaben und ihrer Realisation unter Vernachlässigung sozialer und personaler Aspekte (Semmer & Mohr, 2001).

Im *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* von Siegrist (1996) wird das fehlende Gleichgewicht zwischen (a) Anstrengungen bzw. der Erfüllung externer oder intern gesetzter Anforderungen und (b) Belohnungen bzw. Gratifikationen adressiert (engl.: *Effort-Reward-Imbalance – ERI*). Stress (und folglich Beanspruchung) entsteht durch die fehlende Passung zwischen der arbeitsbezogenen Verausgabung (z.B. Mehrarbeit durch Personalmangel, Überstunden) und der finanziellen und/oder sozioemotionalen Entlohnung (d.h. einer Würdigung der Leistung beispielsweise entlang gegebener Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit oder auch des beruflichen Ansehens). Auch hier ist das Konzept der persönlichen Kontrolle hilfreich für das Verständnis von entstehender Beanspruchung. Das Individuum erlebt bei einem gegebenen Ungleichgewicht fehlende Kontrolle bzw. Kontrollverlust über sein berufliches Dasein bzw. die eigene Position, was zu stark negativen Emotionen führen oder aber auch das Risiko für physiologische Stressreaktionen, wie z.B. eine Vulnerabilität für kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt), erhöhen kann (Semmer & Mohr, 2001). Als personaler Risikofaktor für die Entwicklung einer Gratifikationskrise angesichts eines Missverhältnisses von Anstrengung und Entlohnung hat sich eine übersteigerte Verausgabungsbereitschaft erwiesen (untersucht bei ÄrztInnen z.B. durch Buddeberg-Fischer et al., 2005a, 2005b; Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Stamm, Siegrist & Buddeberg, 2008; Buddeberg-Fischer et al., 2008c; s. Kapitel 2.2.3.2). Das Modell ist – zumindest hinsichtlich der postulierten Haupteffekte (*ERI* und dispositionelle Verausgabungsbereitschaft) für Beanspruchung – empirisch gut belegt. Deren Interaktion wurde hingegen seltener gefunden (Buddeberg-Fischer et al., 2008b).

Die vorgestellten Modelle haben in der Arbeits- und Organisationspsychologie große Bedeutung erlangt und dabei viel Forschung und theoretische Weiterentwicklung angeregt. Eine sie alle betreffende Schwäche besteht allerdings darin, dass sie protektive Personvariablen/Ressourcen in der Konfrontation und Auseinandersetzung mit Belastung bzw. im Stressgeschehen zum Teil gänzlich vernachlässigen. Wird diesen in arbeitspsychologischen Untersuchungen doch Aufmerksamkeit zuteil, verorten sich die Studien oftmals in allgemein- bzw. gesundheitspsychologischen Stressmodellen, wie z.B. dem *Transaktionalen Stressmodell* von Lazarus und Folkman (1984; s. Kapitel 2.2.4) oder auch dem *Salutogenesemodell* von Antonovsky (1987; s. Kapitel 2.3.2.1) bzw. verankern sie sich in der Forschungstradition des *Haupteffekt-* vs.

Puffereffekt-Modells (auch: additives vs. interaktives/multiplikatives Modell), auf die in Kapitel 2.3.2 noch genauer eingegangen wird.

2.2.2.2 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung allgemein.

Der Forschungsstand zu den Effekten von Arbeitsbelastung auf die Gesundheit (im Sinne ihrer Beeinträchtigung, d.h. Beanspruchung) ist heterogen. Der Zusammenhang zwischen Stressoren am Arbeitsplatz und psychischer und physischer Beanspruchung, wie z.B. psychosomatische Beschwerden, Depressivität, Arbeitsunzufriedenheit, Angst, Verunsicherung und Spannungsgefühle, kann jedoch als gegeben angenommen werden (Ganster & Schaubroeck, 1991; für einen Überblick über Längsschnittstudien s. Zapf, Dormann & Frese, 1996). Die Korrelationen bewegen sich zumeist im mittleren Bereich ($r = .20$ bis $.40$) und bestehen unabhängig von gemeinsamer Methodenvarianz, individuell unterschiedlichen Bewertungs- und Deutungsprozessen oder Selektionseffekten. Für Selbstberichtsdaten fallen sie allerdings etwas höher aus als für Fremdurteilsdaten; die Zusammenhänge zwischen Fremdurteilsdaten und Beanspruchung sind aber gleichwohl substantiell. Zudem finden sich keine strukturellen Unterschiede in den Korrelationsmustern, was der Methodenkritik an Selbstberichtsdaten (Gefahr der Konfundierung von Belastung und Beanspruchung) begegnet, indem diese damit gewissermaßen validiert werden (Semmer & Mohr, 2001).

2.2.3 Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei (Jung-)ÄrztInnen

Im Folgenden wird nur ein kurzer Überblick über den in einer Vielzahl von Studien herausgestellten Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhang bei ÄrztInnen im Allgemeinen gegeben. Im Anschluss daran werden sehr viel detaillierter Studien vorgestellt, die diesen gerade auch bei Jung-ÄrztInnen aufzeigen konnten.

2.2.3.1 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei KlinikärztInnen allgemein.

Wenngleich die Arbeitsbedingungen von KlinikärztInnen schon sehr viel länger besorgniserregend sind, haben sie erst seit den 1990er Jahren vermehrt Aufmerksamkeit in der Forschung erfahren. Das begründete sich aber, wie schon in der Einleitung ausgeführt, zunächst einmal weniger in der Sorge um die Ärztesundheit selbst, als vielmehr in Befürchtungen um die Qualität des Gesundheitswesens (Resch & Hagge, 2003). Es sei noch einmal angemerkt, dass viele der aus dem Berufsstand selbst heraus publizierten, zumeist querschnittlichen Befunde zur

Arbeitsbelastung und Beanspruchung von ÄrztInnen nur deskriptiver Natur sind. D.h., dass in diesen Veröffentlichungen oftmals bloße Häufigkeiten/Verteilungen von Belastungsfaktoren bzw. Prävalenzraten der jeweils untersuchten Beanspruchungsindikatoren dokumentiert sind. Die Koinzidenz von Arbeitsbelastung und Beanspruchung liegt zwar nahe und wird von den Autoren auch entsprechend geschlussfolgert, viel zu oft aber nicht systematisch, d.h. statistisch geprüft (z.B. Angerer, Petru, Weigl & Glaser, 2010; Herschbach, 1991; Jurkat & Reimer, 2001a; Stern, 1996). Die Befundlage zusammengefasst kann dennoch davon ausgegangen werden, dass der Zusammenhang besteht. Die höherwertigen Studien zeichnen allesamt ein ähnliches Bild, und zwar das einer hohen Arbeitsbelastung von KlinikärztInnen und ihrer Beanspruchung – weltweit und im Wesentlichen geschlechts-, fachbereichs- sowie berufserfahrungsunabhängig. ÄrztInnen sind, so lässt sich vorab zusammenfassen, im Vergleich zu Arbeitnehmern in anderen Professionen stärker arbeits(zeit)belastet und angesichts ihrer hohen Belastung auch stärker beansprucht. In vielen Studien fanden sich bei ÄrztInnen erhöhte Prävalenzraten vor allem affektiver Störungen wie

- ◆ *Depressivität und Angst*
(u.a. Bolanowski, 2005; Buddeberg-Fischer et al., 2005b; Buddeberg-Fischer, Stamm, Buddeberg & Klaghofer, 2010b; Caplan, 1994; Firth-Cozens, 1987, 1998; Hsu & Marshall, 1987; Pajonk, Cransac, Teichmann & Weth, 2010; Schwenk, Gorenflo & Leja, 2008; Tyssen & Vaglum, 2002) sowie
- ◆ *Burnout* (v.a. der Facetten emotionale Erschöpfung oder auch Aversion gegenüber PatientInnen)
(u.a. Biaggi et al., 2003; Bovier, Arigoni, Schneider & Bovier-Gallacchi, 2009; Fuß, Nübling, Hasselhorn, Schwappach & Rieger 2008; Goehring, Bovier-Gallacchi, Künzi & Bovier, 2005; Grassi & Magnani, 2000; Heckhausen, 1995; Ramirez, Graham, Richards, Cull & Gregory, 1996; Shanafelt, Bradley, Wipf & Back, 2002)

bzw. deren Begleit- und Folgeerscheinungen wie

- ◆ *Gratifikationskrisen*,
(u.a. Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2008b, 2008c)
- ◆ *beeinträchtigte Lebensqualität*,
(u.a. Jurkat & Reimer, 2001a, 2001b; Tyssen et al., 2009)
- ◆ *psychosomatische Beschwerden*,
(u.a. Herschbach, 1991; Knechta et al., 2010; Stern, 1996)

- ◆ *Suizidalität*,
(u.a. Arnetz et al., 1987; Hawton, Clements, Sakarovitch, Simkin & Deeks, 2000)
- ◆ *Substanzmittelmissbrauch* und
(u.a. Braun et al., 2010; Quantz et al., 2008; Reimer, Jurkat, Mäulen & Stetter, 2001)
- ◆ *Fehleranfälligkeit in der Patientenversorgung*
(u.a. Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997; Shanafelt et al., 2002; Shirom, Nirel & Vinokur, 2006).

Ein relativ robuster Befund ist allerdings, dass viele ÄrztInnen trotz ihrer hohen Arbeitsbelastung insgesamt eine erstaunlich hohe Berufs- bzw. Arbeitszufriedenheit aufweisen (z.B. Abele, 2001; Firth-Cozens, 1987; Herschbach, 1991; Jurkat & Reimer, 2001a, 2001b). Es gilt jedoch, wie Buxel (2009) zeigen konnte, zwischen der Zufriedenheit mit der Berufswahl und der Arbeitsplatzzufriedenheit zu unterscheiden. Zwar scheint die Mehrheit auch junger ÄrztInnen grundsätzlich zufrieden mit ihrer Entscheidung für den Arztberuf zu sein (nur 11% der AssistenzärztInnen waren weniger oder gar nicht zufrieden; in einer anderen Studie waren es jedoch 48% der Jung-ÄrztInnen; Blades, Ferguson, Richardson & Redfern, 2000), aber nicht viel mehr als die Hälfte von ihnen ist mit der Arbeitssituation selbst zufrieden. Attraktiv sind zwar Aspekte wie die Interdisziplinarität oder auch die Möglichkeit zu helfen; die hohe Arbeitsbelastung, die unstrukturierte Weiterbildung, der Verwaltungsaufwand (auf Kosten der Zeit für die Behandlung der PatientInnen), die fehlende Würdigung ihres Engagements (im Sinne einer adäquaten Entlohnung oder auch sozialen Anerkennung) und das Missverhältnis von Arbeitszeit und Privatleben werden jedoch sehr kritisch bewertet (Buddeberg-Fischer, Dietz, Klaghofer & Buddeberg, 2006).

Besorgniserregend ist, dass der hoch belastete und beanspruchte Berufsstand selbst wenig Gesundheitsfürsorge betreibt. Arnetz (2001) konstatiert, dass ÄrztInnen oftmals skeptisch gegenüber Untersuchungen und Behandlungsnotwendigkeiten sind bzw. diese erst viel zu spät wahrnehmen. Schon Jung-ÄrztInnen zeigen, wie in Kapitel 2.4.1.2 noch genauer ausgeführt wird, ein bedenkliches Gesundheitsverhalten.

2.2.3.2 Forschungsstand zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei Jung-ÄrztInnen.

Dass junge ÄrztInnen angesichts ihrer hohen Arbeitsbelastung beansprucht bzw. in ihrem psychischen und physischen Wohlbefinden deutlich beeinträchtigt sind, was sich dann auch auf ihre Professionalität (u.a. im Sinne verringerter Aufmerksamkeit und Konzentration, eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit, allgemeiner Fehleranfälligkeit und unzureichender

Ressourcen für den Aufbau guter Arzt-PatientInnen-Beziehungen) auswirkt, wurde vielfach aufgezeigt (zusammenfassend u.a. Shapiro et al., 2000; Tyssen & Vaglum, 2002). Was aber bestimmt die Beanspruchung von Jung-ÄrztInnen, die über ein „normales“ Maß an Erschöpfung hinaus geht? Kahn und Addison (1992) definierten Beanspruchung von Jung-ÄrztInnen wie folgt: „Impairment can be defined as a state wherein the resident’s ability to care for self or others, particularly patients, is hampered because of stress, emotional illness, or substance use“ (zitiert nach Levey, 2001, S. 143).

Der Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung junger ÄrztInnen und ihrer Beanspruchung konnte in vielen Studien herausgestellt werden. Schon Tyssen und Vaglum (2002; s. z.B. auch McManus, Winder & Paice, 2002) resümierten aber entlang der von ihnen gesichteten Längsschnittstudien, dass dieser weniger zwischen der *objektiven* Arbeitsbelastung, als vielmehr zwischen *subjektiven* Arbeitsbelastungsfaktoren und psychischer Beanspruchung zu bestehen scheint. Nur exemplarisch sei auf einige Befunde zur Veranschaulichung eingegangen. So erwiesen sich in der Studie von Firth-Cozens (1987) u.a. das überhöhte Arbeitspensum, der Entscheidungsdruck, die Auswirkungen der ärztlichen Tätigkeit auf das Privatleben und Behandlungsunsicherheiten/-fehler sowie die Beziehungen zu KollegInnen, nicht aber die Zahl der Arbeits- und Bereitschaftsstunden im Monat bzw. die Zahl der zu versorgenden PatientInnen als Aspekte der objektiven Arbeitsbelastung als Korrelate beeinträchtigten Wohlbefindens und von Depressivität. Auch Tyssen et al. (2000, 2001a oder auch Tyssen, Vaglum, Grønvold & Ekeberg, 2001b) konnten, unter Kontrolle schon früher gegebener mentaler Probleme, den Zusammenhang zwischen einer hohen subjektiven Arbeitsbelastung (v.a. emotionale Anforderungen im Arzt-PatientInnen-Kontakt, Unterbrechungen, Zeitdruck), nicht aber objektiven Arbeitsbelastung (im Sinne der Arbeitsstunden pro Woche und der Schlafdauer im Bereitschaftsdienst) junger ÄrztInnen und behandlungsbedürftigen psychischen Problemen bzw. auch Suizidgedanken nach Abschluss des ersten Weiterbildungsjahres aufzeigen. Ebenso fanden Biaggi et al. (2003) keinen Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Arbeitszeit und emotionaler Erschöpfung bzw. Patientenaversion als Indikatoren psychischer Beanspruchung. Er bestand jedoch hinsichtlich eines zu hohen Arbeitspensums/-aufkommens, zu wenig Frei- und Pausenzeit, fehlender Autonomie bei der eigenen Zeitgestaltung sowie einem eingeschränkten Mitspracherecht und fehlender sozialer Unterstützung durch KollegInnen und Vorgesetzte (s. zum Zusammenhang zwischen subjektiver Arbeitsbelastung und Burnout auch McManus et al., 2004; Shanafelt et al., 2002).

Im Unterschied zu den zuvor zitierten Studien war in der Befragung schottischer Jung-ÄrztInnen durch Baldwin et al. (1997a) die Zahl der in der vorangegangenen Woche geleisteten Arbeitsstunden zumindest mit einer Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens

(z.B. Kopfschmerzen, Gefühl krank zu sein) bzw. auch mit sozialen Funktionsbeeinträchtigungen (mehr Zeit für die Erledigung von Aufgaben sowie Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen) im ersten Weiterbildungsjahr assoziiert. Darüber hinaus fühlten sich jene Jung-ÄrztInnen, die u.a. mehr Notfallsituationen und Todesfälle in ihrer Arbeitstätigkeit erlebt hatten, im stärkeren Maße überfordert, was wiederum mit physischer und psychischer Beeinträchtigung (u.a. im Sinne der Häufigkeit körperlicher Erkrankungen im letzten Jahr und Ausprägungsgrad von Angst, Depressivität, somatischen Symptomen und beeinträchtigter sozialer Funktionsfähigkeit) sowie Fehlern in der Arbeitstätigkeit im letzten Monat einherging.

Buddeberg-Fischer et al. (2005b) prüften zwar nicht den differentiellen Erklärungswert von objektiver und subjektiver Arbeitsbelastung für die Entstehung von Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen. Aber auch sie konnten zeigen, dass subjektive Arbeitsbelastungsfaktoren, wie z.B. ein eingeschränkter Handlungsspielraum, allgemeiner Arbeitsstress, schlechtes Teamwork, eingeschränkte Qualifikationsmöglichkeiten, eine schlechte Anleitung und Beratung durch Vorgesetzte sowie ein schlechtes Arbeitsklima mit einem reduzierten allgemeinen psychischen und physischen Wohlbefinden, mit Angst und Depressivität sowie mit einer beeinträchtigten Lebensqualität zum zweiten Messzeitpunkt, d.h. nach Abschluss des ersten Weiterbildungsjahres, assoziiert waren. Sie fanden weiterhin, dass 16% der von ihnen untersuchten schweizerischen Berufseinsteiger schon nach nur einem Jahr Berufstätigkeit ein Missverhältnis von beruflicher Anstrengung und einer als adäquat empfundenen Entlohnung aufwies, d.h. eine Gratifikationskrise erlebten. Im weiteren Verlauf der Facharztausbildung nahm der Anteil junger ÄrztInnen mit Gratifikationskrise weiter zu – zum dritten Messzeitpunkt (viertes Weiterbildungsjahr) waren es 20%, zum vierten (sechstes Weiterbildungsjahr) dann 25% (Buddeberg-Fischer et al., 2008c). Eine solche Zunahme im erlebten Missverhältnis von Verausgabung und Belohnung zeigte sich im Übrigen auch bei den von Stiller und Busse (2008b) untersuchten deutschen Jung-ÄrztInnen, die häufiger als (a) berufserfahrenere ÄrztInnen (> 10 Jahre Berufstätigkeit) und (b) die Allgemeinbevölkerung unter einer Gratifikationskrise litten. Das Empfinden, sich beruflich stark zu verausgaben bei gleichzeitigem Erleben keiner hinreichenden Entlohnung dafür, korrelierte bei den von Buddeberg-Fischer et al. (2005b) untersuchten Jung-ÄrztInnen mit einem schlechteren Allgemeinbefinden (psychisch und physisch) sowie Angst, Depressivität und einer vergleichsweise geringeren Lebenszufriedenheit zu Beginn des zweiten Berufsjahres. Auch Rockenbauch et al. (2006) konnten – wenn auch nur im Querschnitt – zeigen, dass die Wahrnehmung eines Missverhältnisses von Anstrengung und Vergütung mit einer geringeren Lebenszufriedenheit assoziiert war.

Unter Berücksichtigung des dritten und vierten Messzeitpunktes untersuchten Buddeberg-Fischer et al. (2010b) die weitere Entwicklung von Angst und Depressivität bei den von ihnen

befragten schweizerischen Jung-ÄrztInnen über das erste Berufsjahr hinaus bis zum Ende der Facharztausbildung. Mittels Clusteranalysen ließen sich zwei Angst-Depressivitäts-Verlaufstypen ermitteln: Typ A (35% der TeilnehmerInnen) mit vergleichsweise hohen Werten auf den beiden Beanspruchungsindikatoren von T2 bis T4 und Typ B (65% aller TeilnehmerInnen) mit unbedenklichen Werten über den Untersuchungszeitraum hinweg. Die Clusterzugehörigkeit verdeutlicht einmal mehr den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und dem Befinden von ÄrztInnen: Sie war unabhängig vom Geschlecht, vom gewählten Fachbereich oder auch von der angestrebten Karriere; die ÄrztInnen in beiden Verlaufstypen unterschieden sich jedoch hinsichtlich ausgewählter Arbeitsbedingungen. So leisteten die beanspruchten ÄrztInnen zum zweiten und dritten im Trend und zum vierten Messzeitpunkt signifikant mehr Arbeitsstunden/Woche ab als jene des Verlaufstyps B. Die Differenz zwischen den von den ÄrztInnen beider Verlaufstypen geleisteten Arbeitsstunden nahm zudem im Untersuchungszeitraum zu. D.h., die objektive Arbeitszeitbelastung der beanspruchten Jung-ÄrztInnen war höher. Sie hatten darüber hinaus im geringeren Maße gute Mentoring-Erfahrungen gesammelt und zeigten sich unzufriedener mit der Laufbahnförderung durch ihre Vorgesetzten. Zudem schätzten sie ihre bisherige Laufbahn als weniger erfolgreich ein und waren insgesamt weniger zufrieden mit der bisherigen Entwicklung ihrer Karriere. Es fanden sich weiterhin Unterschiede in den Bereichen Zeitmangel im Privatleben, Erschöpfung durch die Arbeit, Distanzierungsunfähigkeit und Zufriedenheit mit der Freizeit zuungunsten der beanspruchten Jung-ÄrztInnen. Wenngleich die Ergebnisse auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung hinweisen, bleibt doch aber unklar (weil von den Autoren nicht geprüft/dokumentiert), ob die Ergebnisse tatsächlich eine höhere objektive und subjektive Arbeitsbelastung als Ursache höherer Beanspruchung ausweisen oder ob nicht etwa die ‚chronifizierte‘ Beanspruchung eine kritischere Beurteilung der subjektiven Arbeitsbelastungsfaktoren im Untersuchungszeitraum bedingte bzw. (zunehmend) längere Arbeitszeiten erforderte, um das Arbeitspensum zu bewältigen.

Abschließend sei auf Befunde von Revicki et al. (1993) für US-amerikanische Jung-ÄrztInnen in der Notfallmedizin verwiesen. Bei diesen waren intransparente Arbeitsanforderungen mit arbeitsbezogener Beanspruchung im Sinne von Verunsicherung, Frustration, Distanzierung und abnehmender Leistungsfähigkeit im ersten Berufsjahr assoziiert. Als besonders stark beansprucht erwiesen sich dabei im Übrigen jene Jung-ÄrztInnen, die sich sowohl mit unklaren Anforderungen konfrontiert sahen als auch eine nur geringe Unterstützung am Arbeitsplatz wahrnahmen. Eine höhere arbeitsspezifische Beanspruchung korrelierte wiederum positiv mit Depressivität.

Es lässt sich an dieser Stelle festhalten, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung gerade auch schon bei Jung-ÄrztInnen besteht. Jene, die sich im Zuge ihres Berufseinstiegs bzw. in den ersten Berufsjahren mit einer hohen Arbeitsbelastung konfrontiert sehen, berichten mit größerer Wahrscheinlichkeit von Depressivität, Angst, emotionaler Erschöpfung und/oder einem beeinträchtigten psychischen und physischen Allgemeinbefinden. Damit erfüllt sich ein weiteres Merkmal kritischer Lebensereignisse für den Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen, nämlich das des *affektiven Gehalts*: Die Jung-ÄrztInnen reagieren eindeutig auch emotional/psychisch auf die sich mit dem kritischen Lebensereignis einstellende Arbeitsbelastung (als Ereignismerkmal). Dabei bestehen jedoch interindividuelle Unterschiede, d.h. die Höhe des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung variiert über Jung-ÄrztInnen hinweg. Worin begründen sich diese Unterschiede? Bedeutsam für ihre Erklärung ist, wie in Kapitel 2.3 noch genauer dargestellt wird, zweifelsohne auch die Persönlichkeit. Diese bestimmt u.a. darüber mit, wie individuelle Deutungs- und Bewertungsprozesse hinsichtlich einer bestehenden Belastung ausfallen. Nachfolgend werden solche subjektiven Deutungs- und Bewertungsprozesse, entlang derer sich auch besser verstehen lässt, wie Stress in der Konfrontation mit einer Belastung bzw. einem Stressor entsteht und die Entstehung von Beanspruchung wahrscheinlicher macht, näher beleuchtet.

2.2.4 Bedeutung subjektiver Bewertungs- und Deutungsprozesse

Die Art und Weise, wie der mit einem kritischen Lebensereignis konfrontierte Mensch dieses u.a. hinsichtlich seiner Valenz oder auch Kontrollierbarkeit bewertet, bestimmt maßgeblich über die von ihm zum Einsatz gebrachten Bewältigungsstrategien und seine Beanspruchungs- bzw. Stressreaktion mit (z.B. Filipp, 1995; Filipp & Aymanns, 2010). In der Untersuchung der Situation von Jung-ÄrztInnen noch vor ihrem Berufseinstieg gilt in der vorliegenden Arbeit ein Interesse der Frage, wie sie diesem Lebensereignis entgegensehen bzw. wie sie den bevorstehenden Berufseinstieg bewerten. Die angehenden Jung-ÄrztInnen haben das Studium zwar erfolgreich absolviert, sie unterscheiden sich aber – u.a. angesichts der sich an den Medizinischen Fakultäten voneinander unterscheidenden Curricula (z.B. unterschiedliche Schwerpunktsetzung in den vermittelten theoretischen Studiuminhalten oder auch der Methode ihrer Unterrichtung) – dahingehend, wie gut sie durch das Studium auf den Beruf vorbereitet wurden bzw. sich fühlen. Eine als unzureichend erachtete Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium kann zu diesem Zeitpunkt, d.h. noch vor dem Berufseinstieg, einen ereignisrelevanten Belastungsfaktor darstellen, der sich auf (a) die Bewertung des nahenden Arbeitsbeginns und folglich (b) das Befinden auswirkt. Jung-ÄrztInnen, die sich schlechter

vorbereitet fühlen, blicken dem Berufseinstieg mit größerer Sorge und Unsicherheit entgegen. Auf den einen oder anderen mag er gar bedrohlich wirken. Das wiederum kann das Wohlbefinden der AbsolventInnen beeinträchtigen bzw. sie vergleichsweise beanspruchter schon vor dem Berufseinstieg sein und in die Berufstätigkeit starten lassen.

Um diese Frage zu untersuchen, wird in der vorliegenden Arbeit die subjektive Ereignisbewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs nach Filipp (1995) bzw. Filipp und Aymanns (2010) untersucht. Sie stellt das Ergebnis jener auch durch die Persönlichkeit geprägten individuellen Bewertungsprozesse dar, die von Lazarus und Folkman (1984) in ihrem *Transaktionalen Stressmodell* postuliert wurden. Dieses erklärt die Entstehung von Stress und Stressreaktion nicht allein im Falle der Antizipation oder dann Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis, sondern mit Belastungen/Stressoren im Allgemeinen (im Sinne von Umständen oder Geschehnissen, die das Individuum bzw. seine Bedürfnisse, Interessen, Motive oder auch sein Streben herauszufordern vermögen). In der vorliegenden Arbeit werden diese individuellen Bewertungsprozesse im Detail zwar nicht untersucht (sondern vielmehr deren Ergebnis, vgl. *subjektive Ereignismerkmale* im Modell von Filipp, 1995; s. Kapitel 2.1.1.2), dennoch wird in diesem Kapitel aus folgenden zwei Gründen kurz auf sie eingegangen: (1) Sie dienen dem Verständnis darüber, wie die mit einem (nahenden) kritischen Lebensereignis konfrontierte Person zu ihrer Bewertung/Einschätzung dessen kommt (u.a. hinsichtlich des Belastungsgrads, der Bedeutung, der Valenz, des Herausforderungs-/Bedrohlichkeitsgrads, der Erwünschtheit, der Vorhersehbarkeit oder auch der Kontrollierbarkeit des kritischen Lebensereignisses). In der vorliegenden Arbeit tangiert dies das Erleben der Jung-ÄrztInnen zum ersten Befragungszeitpunkt, d.h. noch vor dem Berufseinstieg. (2) Ein weiteres Untersuchungsinteresse dieser Arbeit gilt der Arbeitsbelastung der Jung-ÄrztInnen dann nach ihrem Berufseinstieg. Wie in Kapitel 2.1.3 bereits dargestellt, lässt sich zwischen *objektiver* (z.B. Arbeitsstunden pro Woche, Überstunden, Sonderdienste, zu versorgende PatientInnen) und *subjektiver* Arbeitsbelastung (z.B. Arbeitsklima, Verantwortungsdruck, Zeitdruck) unterscheiden. Es ist ein vielfach diskutiertes Problem in der Arbeitspsychologie bzw. in der Erforschung von Arbeitsbelastung und Beanspruchung, dass sich in der subjektiven Arbeitsbelastung nicht allein die objektiven Gegebenheiten, sondern auch subjektive Bewertungen und/oder gar die Beanspruchung des jeweils Befragten spiegeln, die ihrerseits von der Persönlichkeit beeinflusst sind. Das lässt Mohr (1990) auch von einer möglichen Konfundierung der Erfassung von Stressoren und ihrer Auswirkungen sprechen. Es ist zwar ein Anliegen, Arbeitsbedingungen im Selbstbericht objektiviert zu erfassen (und um objektiv erhobene Daten zu ergänzen; z.B. Arbeitszeitregelungen, Fremdbeobachtung/-beurteilung der Arbeitsabläufe), die Beeinflussung des Antwortverhaltens durch Bewertungsprozesse und folglich durch Stress ist jedoch auch damit

nicht völlig auszuschließen. Das stellt die Erhebung von Arbeitsbedingungen über den Selbstbericht nicht per se in Frage⁷, schließlich lassen sich bestimmte Arbeitsplatzfaktoren nur darüber erfassen bzw. ist auch eine Fremdbeobachtung ihrerseits nicht frei von Bewertungs- und Deutungsprozessen (dann des Beobachters). Aussagen bzw. Schlussfolgerungen über den Zusammenhang zwischen subjektiver Arbeitsbelastung und Beanspruchung müssen die Beeinflussung der Selbstaussagen durch Bewertungsprozesse aber berücksichtigen. Insofern hilft die nachfolgende Darstellung der Bewertungsprozesse nach Lazarus und Folkman (1984) dem Verständnis der Natur bzw. des Gehalts eines subjektiven Arbeitsbelastungsmaßes.

Lazarus und Folkman (1984) betrachten Stress im Lichte komplexer Wechselwirkungsprozesse, d.h. Transaktionen zwischen der Person und umweltseitigen Anforderungen. Stress und folglich Beanspruchung resultieren nicht allein aus den situativen Umständen oder der Person, sondern aus ihrer gegenseitigen Beziehung. Mit dieser Perspektive kontrastieren die Autoren andere Ansätze, wie z.B. die *reaktionsorientierte* oder auch die *reiz-, anforderungs- bzw. situationsorientierte Perspektive*. Im Rahmen der ersteren wird Stress weniger als kognitiv-emotionaler Umstand denn als unspezifische physiologische Reaktion (z.B. Steigerung des Blutdrucks und der Herzschlagfrequenz) des Individuums auf jedwede interne oder externe Herausforderung verstanden. Ansätze der reaktionsorientierten Perspektive vernachlässigen die Rolle des Individuums in der Konfrontation und Auseinandersetzung. Diese Perspektive leistet keinen Beitrag zur Klärung der Frage, warum zwei Personen unterschiedlich stark beansprucht auf eine gleichwertige Belastung reagieren können. In reiz-, anforderungs- bzw. situationsorientierten Stresskonzeptionen, auf denen u.a. die klassische Lebensereignisforschung fußt, liegt das Augenmerk – im Unterschied zu den reaktionsorientierten Ansätzen – weniger auf der Stressreaktion als vielmehr auf den spezifischen Stressoren. Jedoch vernachlässigen auch diese Ansätze subjektive Bewertungsprozesse und Bewältigungsstrategien, d.h. die Bedeutung der Person im Stressor-Stressreaktions-Gefüge (Frieling & Sonntag, 1999). Diese subjektiven Bewertungsprozesse der Person sind im *Transaktionalen Modell* von Lazarus und Folkman hingegen von zentraler Bedeutung. Lazarus und Folkman unterscheiden drei Bewertungsprozesse: (1) *primäre Bewertung*, (2) *sekundäre Bewertung* und (3) *Neubewertung*. Ihr Ergebnis ist wesentlich von Personmerkmalen, wie z.B. individuellen Zielbindungen, (Kontroll-, Selbstwirksamkeits-)Überzeugungen und Annahmen über die Konsequenzen der gegebenen Herausforderungen für die eigene Person sowie der Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Bewältigung, abhängig.

⁷ Im Übrigen ist er, trotz der methodischen Schwierigkeiten mit denen er behaftet ist, im Rahmen der Untersuchungsplanung häufig auch die einzig realisierbare Methode.

Im Rahmen der *primären Bewertung* findet die Person eine Antwort auf die Frage, ob der Umstand oder die Situation, in dem/der sie sich befindet, ein potenzieller Stressor ist. Sie kann zu der Einschätzung gelangen, dass die Situation unbedeutend, positiv oder aber tatsächlich stressrelevant ist. Zu letzterer Einschätzung kommt die Person, wenn sie die Situation als persönlich bedeutsam erachtet und sie weiterführend (a) einen bereits eingetretenen Schaden/Verlust konstatiert, (b) eine Bedrohung durch die Antizipation eines Schadens/Verlusts wahrnimmt und/oder aber sich – anders als in den beiden vorherigen Szenarien – (c) durch die Annahme positiver Folgen einer erfolgreichen Bewältigung herausgefordert fühlt. Fühlt sich die Person aufgrund ihrer primären Einschätzung der Situation gestresst, weil sie sich in ihren Bewältigungskompetenzen heraus-, gegebenenfalls überfordert, und damit zur Mobilisierung von Bewältigungsmechanismen aufgefordert sieht, beginnt mit der sogenannten *sekundären Bewertung* der Bewältigungsprozess. Die Person betrachtet die ihr zur Verfügung stehenden (personalen und/oder sozialen) Bewältigungsressourcen (Überprüfung ihres Selbstkonzepts eigener Fähigkeit), sie reflektiert über die Effizienz der angedachten Bewältigungsstrategien (Wirksamkeitserwartungen) und versucht darüber hinaus eine Antwort auf die Frage zu finden, inwieweit die verfügbaren Bewältigungsstrategien zum angestrebten Ziel führen (Ergebniserwartungen). Es dürfte deutlich werden, dass die sekundäre Bewertung unter Eindruck der Persönlichkeit steht bzw. ihr Ergebnis maßgeblich von individuell gegebenen bzw. reflektierten Ressourcen/Schutzfaktoren oder auch Überzeugungen der Person abhängig ist.

Primäre und sekundäre Einschätzungsprozesse vollziehen sich nicht zeitlich sequentiell, sondern sie interagieren und unterscheiden sich dabei lediglich in ihrer Einschätzungsgrundlage. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der primären und sekundären Bewertung (vgl. *subjektive Ereignismerkmale* nach Filipp, 1995) gestaltet sich dann die Intensität und Qualität der Stressreaktion. Indem die Person Bewältigungsstrategien zum Einsatz bringt, kommt es zu einer Veränderung ihres bis dato bestehenden Person-Umwelt-Gefüges. Das stellt dann die Grundlage für eine *Neubewertung* der Situation als Variante der primären Einschätzung dar. Aufgrund der neuen Informationen wird die Situation re-evaluatiert und das Bewältigungsverhalten, je nachdem zu welchem Ergebnis die Person kommt (persönlich (irr-)relevant; (bereits eingetretene/r oder antizipierte/r und somit bedrohliche/r) Schädigung/Verlust; Herausforderung), eingestellt oder adjustiert.

In der vorliegenden Arbeit gilt ein Untersuchungsinteresse der Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs durch die Jung-ÄrztInnen zum ersten Messzeitpunkt. Die Erläuterung der Bewertungsprozesse nach Lazarus und Folkman (1984) hilft dem Verständnis darüber, wie die Jung-ÄrztInnen zu einer positiveren oder negativeren Bewertung des Berufseinstiegs kommen.

Die Prozesse der primären, sekundären und Neubewertung stellen – wenngleich sie selbst nicht Untersuchungsgegenstand sind – das Zwischenstück oder Bindeglied zwischen der Belastung bzw. dem Stressor, hier der Berufseinstieg, und seiner Bewertung durch die angehenden ÄrztInnen dar. Vereinzelt wurde in früheren Studien ihr Blick voraus auf die eigene Zukunft erfasst (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2002a, 2002b; Jungbauer et al., 2003; Jurkat et al., 2000). Oftmals wurden dabei aber allein Karrierepläne oder auch Berufsziele erhoben. Sofern doch eine subjektive Bewertung von Interesse war, nahmen die befragten Medizinstudierenden diese für die zukünftige Berufstätigkeit insgesamt (erwartete Belastung und Beanspruchung), nicht aber für den Berufseinstieg als Lebensereignis vor. Nur vereinzelt wurde gewissermaßen die Valenz der späteren Arbeitstätigkeit erhoben (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2002b). In der vorliegenden Arbeit wird die Bewertung nicht nur differenzierter (u.a. entlang der Ereignismerkmale Valenz, Belastungs- und Bedrohungsgrad), sondern auch konkret die des nahenden Berufseinstiegs als Lebensereignis erfasst. Ein Untersuchungsinteresse gilt dabei der Frage (da in früheren Studien gleichfalls nicht systematisch untersucht), inwieweit sich interindividuelle Unterschiede in der Bewertung des Berufseinstiegs anhand der Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium und durch die Persönlichkeit erklären lassen.

Neben den Einschätzungsprozessen stellen die in den vorherigen Ausführungen schon erwähnten Bewältigungsstrategien ein zweites zentrales Bestimmungsstück des *Transaktionalen Stressmodells* von Lazarus und Folkman (1984) dar. Deren (wahrgenommene) Verfügbarkeit und Nutzung entscheidet maßgeblich darüber mit, wie sich die Stressreaktion des Individuums angesichts der gegebenen Belastung gestaltet. Im folgenden Kapitel wird näher darauf eingegangen.

2.3 Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg und seine Bewältigung

Gegenstand dieses Kapitels ist die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses. Neben allgemeinen Ausführungen werden, sofern gegeben, auch wieder Befunde zu berufseinstiegenden ÄrztInnen erläutert.

2.3.1 Allgemeine Ausführungen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisbelastung

Die mit einem kritischen Lebensereignis einhergehende Belastung nimmt die Person zumeist nicht einfach hin, sondern sie reagiert mit dem Ziel bzw. motiviert, das verloren gegangene Person-Umwelt-Passungsgefüge wiederherzustellen bzw. neu zu etablieren. In diesem

Adaptationsbemühen bringt sie mehr oder weniger funktionale Bewältigungsstrategien zum Einsatz (Janke, Erdmann & Kallus, 1985).

Für das Verständnis von Bewältigung, vielmehr noch des individuell unterschiedlichen Maßes an Bewältigungserfolg, ist es essentiell, die von der Person zum Einsatz gebrachten Bewältigungsstrategien zu untersuchen. Dabei gilt es, personale und kontextuelle Ressourcen, aber auch Risikofaktoren im Bewältigungsprozess zu betrachten, schließlich leiten sie den Umgang mit der Belastung. Bevor auf Bewältigungsformen und -strategien sowie auf die Bedeutsamkeit der Persönlichkeit für die Bewältigung kritischer Lebensereignisbelastung eingegangen wird, werden zunächst – in der nötigen Kürze – Herausforderungen bzw. Probleme in der Untersuchung der Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses thematisiert.

2.3.1.1 Methodische Herausforderungen in der Untersuchung der Bewältigung kritischer Lebensereignisse.

Die Untersuchung der Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis und seiner Bewältigung, die sich zumeist ja als Bewältigung der durch das kritische Lebensereignis initiierten, längerfristigen Alltagsbelastung (bis zur Herstellung eines neuen Person-Umwelt-Passungsgefüges) darstellt, ist mit Schwierigkeiten behaftet. So ist beispielsweise unklar, wann sich das *ultimate outcome* eingestellt hat und als Grundlage für die Beurteilung der Bewältigungsgüte herangezogen werden kann. Zudem kann sich die Bewältigung auch in einer Vielzahl nicht berücksichtigter Bewältigungskriterien abbilden. Demzufolge sind Aussagen über den Bewältigungserfolg (a) nur für den Untersuchungszeitraum und (b) auch nur für die untersuchten Kriterien möglich.

Kritische Lebensereignisse mögen zwar – ereignisspezifisch – bei verschiedenen Personen zunächst einmal ein ähnlich wirkendes Bewältigungsverhalten initiieren, tatsächlich ist die Bewältigung aber ein ganz individuelles Geschehen. Sie basiert auf individuellen Ressourcen, Kompetenzen und Vorerfahrungen (oder auch deren Nicht-Vorhandensein). Insofern weist das Bewältigungsverhalten große interindividuelle Unterschiede auf bzw. in anderen Worten: Personen, die sich mit dem gleichen Ereignis konfrontiert sehen, bewältigen dieses doch immer auf unterschiedliche Art und Weise. Ebenso müssen intraindividuelle Unterschiede im Bewältigungsverhalten bedacht werden: Der Einzelne demonstriert nicht etwa stets das gleiche Bewältigungsverhalten, sondern kann (a) über verschiedene Ereignisse hinweg, aber auch (b) im Bewältigungsprozess eines einzelnen Ereignisses sehr unterschiedliches Bewältigungsverhalten zeigen. Insofern lässt sich von einmal beobachtetem Bewältigungsverhalten nicht per se auf das generelle Bewältigungsverhalten einer Person schließen, wenngleich sie natürlich über

Belastungsszenarien hinweg ähnliche, in der Vergangenheit schon erfolgreich erprobte Bewältigungsstrategien zum Einsatz bringen mag.

Darüber hinaus sei darauf hingewiesen, dass – wenngleich mitunter naheliegend – die Beurteilung der Güte eines Bewältigungsverhaltens und auch -ergebnisses als (dys-)funktional nicht ganz unproblematisch ist. Das begründet sich zum einen in den Definitionsproblemen (a) des Zeitpunkts der abgeschlossenen Bewältigung und (b) der Kriterien des Bewältigungserfolgs. Zum anderen ist es nahezu unmöglich, den Bewältigungsprozess in Gänze, d.h. entlang aller beteiligten Ressourcen und Strategien, Kriterien, aber auch Rückkopplungen zu erfassen. So kann das, was zu einem bestimmten Untersuchungszeitpunkt als misslungene Bewältigung erscheint, die Voraussetzung oder Vorstufe des nächsten, durchaus erfolgreichen Problemlöseansatzes darstellen. Demgegenüber muss ein scheinbar gelungener Bewältigungsprozess in sich noch nicht abgeschlossen sein – er kann auch wieder erschüttert werden; dies z.B. durch eine wieder aufflammende Ereignisbelastung oder aber durch die mit anderen Lebensereignissen sowie Alltagsumständen einhergehenden Belastungen. Das verweist auf ein weiteres Problem: Das Bewältigungsgeschehen kann und sollte man zwar ereignisspezifisch zu erfassen versuchen; es gilt aber zu berücksichtigen, dass es sich im Lichte weiterer Bewältigungsprozesse, die anderen Ereignissen/Umständen gewidmet sind, vollzieht. D.h., es ist kein isoliertes Geschehen (Filipp, 1995; Filipp & Aymanns, 2010; Klauer & Greve, 2005).

2.3.1.2 Definition und Verständnis von Bewältigung und Bewältigungsstrategien.

Es gibt eine Vielzahl von Begriffsbestimmungen von Bewältigung und Bewältigungsstrategien bzw. -verhaltensweisen, von denen an dieser Stelle nur einige exemplarisch Erwähnung finden sollen. Besonders häufig wird in der Literatur die Definition von Lazarus und Folkman (1984) zitiert. Bewältigung/-strategien beschreiben sie als „constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (S. 141). Die Definition von Filipp und Aymanns (2010), gemäß derer sich Bewältigung als „vielgestaltige Versuche auf mentaler und/oder aktionaler Ebene, einen aversiven Anfangszustand zu überwinden und ihn in einen (erwünschten, besseren) Endzustand zu transformieren“ (S. 127) darstellt, beinhaltet – die Beschreibung von Lazarus und Folkman erweiternd – das Bewältigungsziel. Dieses benennen auch Janke et al. (1985), die ihrerseits auch noch den Bewusstseinsgrad thematisieren. Sie sprechen von Stressverarbeitungsweisen als „diejenigen psychischen Vorgänge [...], die planmäßig und/oder unplanmäßig, bewusst und/oder unbewusst beim Auftreten von Streß in Gang gesetzt werden, um diesen Zustand zu vermindern und/oder zu beenden“ (S. 7).

Lazarus und Folkman (1984; s. auch Philipp & Aymanns, 2010) erachten Bewältigung als ein prozessuales Geschehen und auch Philipp und Aymanns (2010) definieren sie als „iterativen Prozess [...], der durch eine Fülle von Rückkopplungen charakterisiert ist, bis sein – wie auch immer gearteter – Ausgang erreicht ist“ (S. 133). Das im Bewältigungsprozess zum Einsatz gebrachte Coping ist – unter Anerkennung durch die Situation selbst determinierte Verhaltensnotwendigkeiten – durchaus auch dispositionell verankert. Janke et al. (1985) postulieren entsprechend eine Zeit-, Situations- und Reaktionskonstanz von Bewältigungsstrategien. In diesem Sinne sind die im Laufe des Lebens erlernten Strategien⁸, die eine Person angesichts von Belastungen zum Einsatz bringt, habituelle, d.h. zeitlich relativ stabile Personmerkmale, die über verschiedene Belastungssituationen hinweg, d.h. wiederholt und darüber hinaus auch weitgehend unabhängig von der Qualität der unmittelbaren Beanspruchungs-/Stressreaktion dargeboten werden. Die Merkmale der Zeit- und Situationskonstanz negieren jedoch nicht die Möglichkeit erfahrungsabhängiger Veränderungen des Bewältigungsrepertoires.

In der vorliegenden Arbeit wird das Copingverhalten junger ÄrztInnen in ihrem Arbeitskontext bzw. in der Konfrontation mit belastenden Arbeitsumständen in Anlehnung an Janke et al. (1985) untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass sich ein globales, arbeitssituationsübergreifendes Bewältigungsmuster abbilden lässt, das (a) persönlichkeitsnäher⁹ denn situationsabhängig und (b) wider der diesbezüglich eher zurückhaltenden Ausführungen von z.B. Philipp und Aymanns (2010) hinsichtlich seiner Güte, d.h. als eher dysfunktional vs. funktional zu beurteilen ist. Wenngleich das arbeitsspezifische Copingverhalten definitionsgemäß jenes ist, das eine Person angesichts von Arbeitsbelastung tendenziell am ehesten zeigt und damit Stabilität unterstellt wird, schließt das nicht aus, dass es in Abhängigkeit von den gegebenen Umständen/Anforderungen auch in gewissem Maße variiert bzw. im Zuge von spezifischen Arbeitserfahrungen gerade in der ersten Zeit nach dem Berufseinstieg noch modifiziert wird. Abschließend sei angemerkt, dass die Untersuchung des arbeitsspezifischen Copingverhaltens junger ÄrztInnen in der vorliegenden Arbeit der Forderung von Philipp und Aymanns (2010) begegnet, dass es ereignisspezifische Bewältigungsstrategien zu untersuchen gilt, um den Prozess der Auseinandersetzung mit einem spezifischen kritischen Lebensereignis bzw. seine Bewältigung zu verstehen.

⁸ Die Autoren erklären den Erwerb von Bewältigungsstrategien entlang des Lernens durch Erfolg, Einsicht und am Modell.

⁹ Der persönlichkeitsbasierte Anteil dürfte sich im Zuge bisheriger Arbeitserfahrungen (u.a. im Rahmen der Famulaturen und des Praktischen Jahres) weiter ausgeformt und akzentuiert haben.

2.3.1.3 Klassifikationen von Bewältigungsstrategien.

Es gibt eine Reihe von prominenten Bewältigungstheorien, die nicht allein in der Diskussion der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen, sondern mit verschiedensten Herausforderungen im Leben (z.B. alltägliche Belastungen (*daily hassles*) oder auch chronische Erschwernisse) herangezogen werden. Erwähnung sollen hier die Auffassungen von Lazarus und Folkman (1984), verankert im *Transaktionalen Stressmodell*, aber auch die *Lebenslauf-Theorie der Kontrolle* von Heckhausen und Schulz (1995) und das *Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation* von Brandtstädter (2007) finden. Die in diesen Modellen formulierten Bewältigungsformen unterscheiden sich zwar namentlich und in ihrer Einbettung; sie lassen sich jedoch allgemein dahingehend einteilen, dass sie entweder

- (a) Strategien, die auf die aktive Lösung des Problems im Außen, d.h. in der Umwelt (z.B. Informationssuche) abzielen (*problemzentrierte Bewältigung* bei Lazarus und Folkman; *primäre Kontrolle* bei Heckhausen und Schulz; *assimilative Strategien* bei Brandtstädter) oder
- (b) Strategien, die eine Verringerung bzw. Regulation der empfundenen Belastung durch eine innerpsychische Anpassung (z.B. positive Umdeutung) an das Problem beabsichtigen (*emotionszentrierte Bewältigung* bei Lazarus und Folkman; *sekundäre Kontrolle* bei Heckhausen und Schulz; *akkommodative Strategien* bei Brandtstädter), darstellen.

Das Bewältigungsverhalten adressiert also entweder die Umwelt oder die eigene Person in dem durch ein kritisches Lebensereignis entstandenen Ungleichgewicht in der Person-Umwelt-Passung. Die Formen sind nicht per se als gut oder schlecht bzw. besser/schlechter als die jeweils andere zu bewerten. Des Weiteren schließen sie einander nicht aus, sondern können sich – auch in wiederholten Rückkopplungen – ablösen bzw. im Prozess jeweils Voraussetzung der anderen sein. Welche Strategie die Person zuerst zum Einsatz bringt, ist ebenso wie ihre Angemessenheit oder auch Erfolgswahrscheinlichkeit ereignis(verlaufs)- und personabhängig. Es ist wohl vor allem die flexible Kombination beider Bewältigungsarten, die schlussendlich wirksam ist (Greve, 2008; Klauer & Greve, 2005; Lazarus, 1995).

Wie bereits erwähnt, wird in der vorliegenden Arbeit das arbeitsspezifische Copingverhalten berufseinstiegender ÄrztInnen in Anlehnung an Janke et al. (1985) untersucht. Daher sei an dieser Stelle auch noch einmal genauer auf deren Klassifikation des Bewältigungsverhaltens eingegangen. Stressverarbeitungsweisen lassen sich ihrer Auffassung gemäß hinsichtlich (a) ihrer Art, (b) ihrer Zielrichtung und Funktion sowie (c) ihrer Wirksamkeit unterscheiden. Die von Janke et al. unter der *Art* vorgenommene Unterscheidung zwischen aktionalen und

intrapyschischen Strategien lässt sich in die bereits vorgenommene Klassifikation von Strategien danach, ob sie die Umwelt oder die eigene Person adressieren, aufnehmen. Zu den aktionalen, d.h. handlungsbezogenen Strategien, die die Belastungssituation verändern bzw. ausräumen sollen, zählen sie z.B. Angriff, Flucht, Inaktivität und soziale Kontaktaufnahme vs. sozialer Rückzug. Unter intrapsychischen, d.h. kognitiven und motivational-emotionalen Strategien, lassen sich u.a. Ablenkung, Abwertung, Leugnung, aber auch die Umdeutung des Stressors und/oder der Stressreaktion fassen. Die Unterscheidung von Bewältigungsstrategien nach ihrer *Zielrichtung und Funktion* bezieht sich darauf, ob sie der Belastungssituation oder der Beanspruchungsreaktion der Person gelten. In diesem Sinne lassen sich situations-/stressor- und reaktions-/stressbezogene Strategien unterscheiden, die aber ihrerseits – und das in Abgrenzung zum vorherigen Unterscheidungskriterium der Art – jeweils aktional vs. intrapsychisch sein können. Das dritte Unterscheidungskriterium nach Janke et al. ist das der *Wirksamkeit*. So lassen sich Stressverarbeitungsstrategien gemäß ihrer Wirkrichtung in stresserhöhende vs. -verringende Bewältigungsbemühungen einteilen. Dabei ist jedoch das Kriterium der Zeit zu berücksichtigen: So gibt es kurzfristig stressreduzierende, langfristig aber potenziell stressfördernde Bewältigungsformen (z.B. Vermeidung). Darüber hinaus hängt die Wirksamkeit einer Strategie natürlich auch vom situativen Kontext, vom Stressor (Art und Stärke) und von Merkmalen der Person ab. Das bedeutet jedoch nicht, dass ausgewählte Strategien auch über die Situation, das Belastungsmoment und die Person hinweg per se stresserhöhend (z.B. Resignation) oder -verringend (z.B. Aktionismus) wirken und damit durchaus als funktionaler vs. dysfunktionaler zu beurteilen sind.

2.3.1.4 *Bewältigungsstrategien von Jung-ÄrztInnen.*

Eine Untersuchung zu den von Jung-ÄrztInnen zum Einsatz gebrachten Copingstrategien stammt von Turner et al. (2005). Die von ihnen befragten Berufseinsteiger im ersten Weiterbildungsjahr suchten am häufigsten soziale Unterstützung bei der Familie und Freunden und bemühten sich um schöne Erlebnisse außerhalb des Arbeitskontextes. Des Weiteren versuchten sie ihrer Situation mit Humor oder auch sportlicher Betätigung ausgleichend zu begegnen sowie genügend zu schlafen. Diese Bewältigungsstrategien schätzten sie gleichzeitig als die effektivsten ein – im Unterschied beispielsweise zur Nutzung von Therapie- bzw. Beratungsangeboten, kulturellen Aktivitäten, religiösen Praktiken, kognitiver Umstrukturierung oder auch dem Feedback/Unterstützung u.a. im Rahmen des Weiterbildungsprogramms, d.h. durch arbeitsnahe Institutionen.

Tyssen et al. (2001a) untersuchten die Bewältigungsstrategie Wunschdenken als Form des emotionszentrierten Copings. Dieses zieht oftmals Flucht-/Vermeidungsverhalten nach sich und wird im Arbeitskontext eher als dysfunktional erachtet (Semmer & Mohr, 2001). Die Strategie des Wunschdenkens erwies sich in der Tat als Risikofaktor für die Ausbildung behandlungsbedürftiger psychischer Probleme bei Jung-ÄrztInnen. Problemzentrierte Copingstrategien, wie sie von den Jung-ÄrztInnen bei Turner et al. berichtet wurden, scheinen, so resümieren Tyssen und Vaglum (2002), funktionaler für die Lösung der eher technischen Aufgaben/Anforderungen im hektischen Krankenhausalltag zu sein.

2.3.2 Bedeutung personaler Ressourcen als Moderatoren der Effekte kritischer Lebensereignisbelastung

In der vorliegenden Arbeit werden, neben der schon diskutierten arbeitsspezifischen Copingfunktionalität, die Resilienz und die wahrgenommene soziale Unterstützung als personale Bewältigungsressourcen junger ÄrztInnen in der Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg bzw. seiner Bewältigung untersucht. Es wird davon ausgegangen, dass diese psychischen Ressourcen darüber mitbestimmen, wie sich der Berufseinstieg als kritisches Lebensereignis auf das Wohlbefinden junger ÄrztInnen auswirkt bzw. inwieweit sie angesichts der sich einstellenden Arbeitsbelastung beansprucht reagieren. Als personenseitige Ressourcen bzw. Schutzfaktoren gelten dabei solche psychischen Variablen, „die geeignet sind, die körperliche und psychische Gesundheit einer Person zu fördern resp. sie im Falle einer Bedrohung zu schützen/zu verteidigen“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 267). Menschen unterscheiden sich in der Verfügbarkeit bzw. Ausprägung von Schutzfaktoren; ihre Wirksamkeit bzw. ihr adaptiver Wert ist aber auch ereignisabhängig. Die Bedeutsamkeit einer Ressource (im Sinne von Qualität und Quantität) ist daher immer auch in Bezug zu der durch das Lebensereignis gestellten Bewältigungsaufgabe zu beurteilen.

Das Verständnis der Wirksamkeit psychischer Schutzfaktoren bzw. die Untersuchung ihrer Moderatorwirkung in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung ist in der Forschungstradition des *Puffereffekt-Modells* zu verankern. Während das *Haupteffekt-Modell* von einer direkt positiven Wirkung protektiver Persönlichkeitsvariablen für die Gesundheit ausgeht, postuliert das *Puffereffekt-Modell* eine Interaktion von gegebener Belastung und betrachteter Persönlichkeitsvariable in Vorhersage der Beanspruchung. Demgemäß sind Personen mit hohen Ausprägungen protektiver Persönlichkeitsvariablen gegenüber den negativen Folgen hoher Belastung geschützt und – vice versa – Personen mit geringen Merkmalsausprägungen angesichts einer vergleichbaren Belastung besonders vulnerabel (für positiven Affekt s. z.B. Pressman & Cohen, 2005; für

soziale Unterstützung s. z.B. Cohen & Wills, 1985; Schwarzer & Leppin, 1989). Empirisch finden sich Belege für beide Modelle. Zudem müssen sie einander nicht ausschließen, vielmehr konnten oftmals beide Mechanismen nachgewiesen werden. In Abbildung 2 sind die Annahmen beider Modelle veranschaulicht.

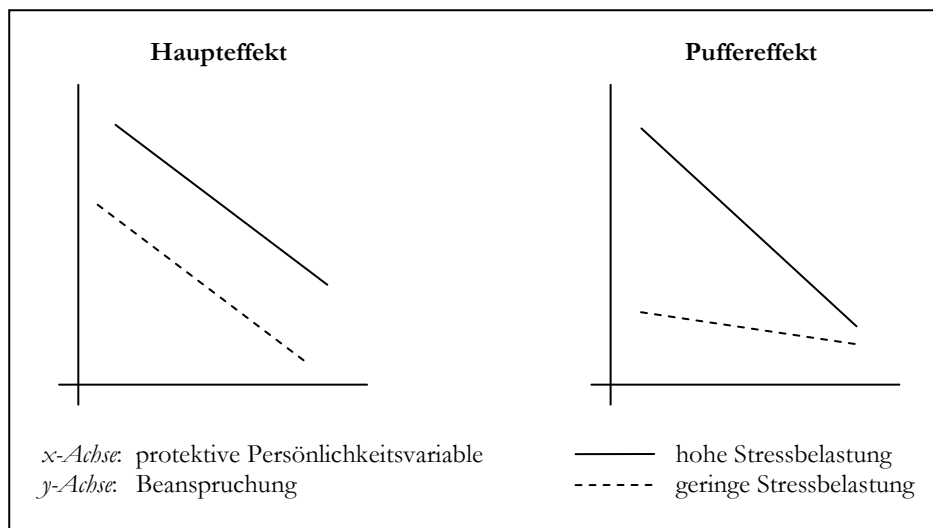


Abbildung 2. Schematische Darstellung von Haupt- und Puffereffekten protektiver Persönlichkeitsvariablen in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Die Moderatorwirkung einer Vielzahl personaler Bewältigungsressourcen wurde vor allem hinsichtlich der Bewältigung schwerer körperlicher Krankheit (z.B. Krebserkrankung, koronare Herzkrankheit) untersucht und gilt mittlerweile als belegt. Während in der Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen/-entwicklung vorrangig die *Big Five* (McCrae & Costa, 1996, 1999) als Kernmerkmale der Persönlichkeit (Asendorpf & van Aken, 2003) betrachtet werden, erfolgt die Analyse der Pufferwirkung der Persönlichkeit zumeist für die spezifischer konzipierten Oberflächenmerkmale als *charakteristische Adaptationen* der Kernmerkmale¹⁰, da ihre Effekte differenzierteren Einblick in die Bedeutung der Schutzfunktion der Persönlichkeit bzw. der jeweiligen Wirkmechanismen gewähren. Zudem lassen sich entlang dieser spezifischere Implikationen für das jeweils betrachtete Belastungs-Beanspruchungs-Szenario ableiten. Die nachfolgend aufgeführten Persönlichkeitsmerkmale stellen eine Auswahl unterschiedlich komplex konzeptualisierter Variablen dar, deren stresspuffernde/-mildernde Wirkung postuliert und mehrheitlich auch schon empirisch belegt wurde (Filipp, 1995; Filipp & Aymanns, 2010):

¹⁰ Auf die Unterscheidung zwischen Kern- und Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit wird in Kapitel 2.4.2.1 detailliert eingegangen.

- ◆ positive, intrinsisch motivierte Religiosität
- ◆ dispositioneller Optimismus
- ◆ flexible Zielanpassung
- ◆ internale Kontrollüberzeugen
- ◆ Widerstandskraft (*hardiness*)
- ◆ Kohärenzgefühl (*sense of coherence*)
- ◆ dispositionelle positive Affektivität
- ◆ funktionale Stressverarbeitungsweisen (z.B. Humor)
- ◆ Gesundheit im Sinne körperlicher Fitness
- ◆ private, reflexive und flexible Selbstaufmerksamkeit
- ◆ hohes Selbstwertgefühl u.a. im Sinne eines gefestigten Vertrauens in den Wert der eigenen Person und die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens
- ◆ hohes Selbstwirksamkeitserleben
- ◆ hohe Veränderungstoleranz
- ◆ kognitive Strukturiertheit
- ◆ strukturelle Merkmale des Selbstkonzepts (u.a. Differenziertheit, Selbstkomplexität)

Demgegenüber haben sich in den von Filipp und Aymanns (2010) zusammengetragenen Befunden geringe Ausprägungen der oben genannten Bewältigungsressourcen bzw. deren Pendant, wie z.B. ein erhöhter Pessimismus, dispositionelle negative Affektivität oder auch eine ruminative, unkontrollierbare, d.h. rigide Selbstaufmerksamkeit, als personale Risiko- oder Vulnerabilitätsfaktoren in der Auseinandersetzung mit und Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses erwiesen. Per Definition sind dies Merkmale, die „die effektive Bewältigung kritischer Lebensereignisse erschweren, die negativen Wirkungen kritischer Lebensereignisse maximieren und damit das weitere Leben der Betroffenen destabilisieren“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 267).

Personale Bewältigungsressourcen und Risikofaktoren entfalten ihre Wirkung (ereignis-spezifisch) auf unterschiedliche Weise. So können sie u.a. die individuelle Perspektive auf das erfahrene kritische Lebensereignis bzw. auf die daraus resultierende Belastung beeinflussen (z.B. wahrgenommene Belastungsstärke oder aber auch Förderung der Wahrnehmung von Veränderung als Herausforderung), sie können andere psychische Ressourcen/Risikofaktoren aktivieren und die Wirkung gleichzeitig gegebener Ressourcen/Risikofaktoren verringern. Sie können gleichsam aktives Bewältigungsverhalten, wie z.B. die Mobilisierung von sozialer Unterstützung, konstruktives Denken, Informationssuche, gesundheitsförderliches Verhaltens oder auch selbstregulatorische Aktivitäten, initiieren/verstärken oder hemmen, aber auch ungünstige

Bewältigungsstrategien, wie z.B. Resignation und Abkehr, fördern. Insgesamt ist jedoch bisher nur wenig bekannt über (a) das Zusammenspiel der sich zum Teil konzeptuell durchaus überlappenden Ressourcen und Risikofaktoren, wie das in den Konzepten *hardiness* (Kobasa, 1979) und *Vulnerabilität* (Jerusalem, 1990) oder auch dem des *Kohärenzsinn*s (Antonovsky, 1987) der Fall ist, und (b) über die Mechanismen, entlang derer sich ihre positive oder negative Wirkung entfaltet (Filipp, 1995; Filipp & Aymanns, 2010). Das Verständnis von der Wirkungsweise protektiver Persönlichkeitsvariablen gestaltet sich zudem in Abhängigkeit davon, ob sie global oder situationsspezifisch untersucht werden.

Im Folgenden werden die in der vorliegenden Arbeit betrachteten personalen Bewältigungsressourcen bzw. Schutzfaktoren der Persönlichkeit Resilienz und wahrgenommene soziale Unterstützung genauer beleuchtet.

2.3.2.1 Resilienz

Das Konzept der Resilienz entstammt der Entwicklungspsychopathologie. Seine Erforschung begann mit der Untersuchung der Entwicklung von Risikokindern, die trotz ungünstiger frühkindlicher Sozialisationsbedingungen eine stabile und gesunde Persönlichkeits- und Verhaltensentwicklung zeigten. D.h., es fand sich überraschenderweise kein zwangsläufiges „Lebensversagen“ angesichts durchaus erheblicher Belastungen in der Kindheit (z.B. in Form von chronischer Armut und/oder instabilen familiären Verhältnissen). Wie Opp, Fingerle und Freytag (1999) resümierten, lässt „selbst eine kumulative Erfassung signifikanter Entwicklungsrisiken eine lineare Prognose für Entwicklungsauffälligkeiten nicht [zu]“ (S. 15), was wiederum zu der Annahme führte, dass es augenscheinlich Bewältigungsressourcen gibt, die die negative Wirkung von Stressoren bzw. deren negativen Einfluss auf die Gesundheit des Individuums verringern können. Der Resilienz-Begriff wurde eingeführt und war fortan Gegenstand vieler Untersuchungen. Aufgrund von Studien im Lichte einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne gilt die Bedeutsamkeit von Resilienz als Schutzfaktor angesichts gegebener Belastung mittlerweile auch für das gesamte Erwachsenenalter als belegt (Filipp & Aymanns, 2010; Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß & Brähler, 2005).

Resilienz, auch *psychische Widerstandsfähigkeit*, meint die Fähigkeit von Menschen, trotz großer Belastung, wie sie sich eben auch aus der Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis ergibt, psychisch und physisch gesund zu bleiben und sich – im Falle höherer Merkmalsausprägungen – leichter von der Störung des Person-Umwelt-Passungsgefüges zu erholen. Sie lässt sich somit auch als Anpassungsfähigkeit verstehen. Personen mit nur geringer Resilienz scheinen demgegenüber eine besondere Anfälligkeit für Beeinträchtigungen ihres

Befindens angesichts der gegebenen Belastung zu besitzen. Resilienz meint weiterführend eine flexible, an die jeweilige Bewältigungsaufgabe angepasste Widerstandsfähigkeit durch Nutzung internaler und externaler Ressourcen (Filipp & Aymanns, 2010; Lösel & Bender, 1999; Schumacher et al., 2005; Wagnild & Young, 1993). In der vorliegenden Arbeit wird der protektive Wert von Resilienz als Disposition bzw. als protektive Persönlichkeitsvariable betrachtet (Schumacher et al., 2005). Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass sich in der Forschungsliteratur unterschiedliche Begriffsverwendungen finden. So gibt es auch den relationalen Resilienzbezug, der Resilienz als eine Person-Umwelt-Konstellation auffasst (Staudinger, 1999). Dabei wird das Individuum nicht als generell mehr oder weniger stress-resistent angesehen; vielmehr tragen verschiedene person- und umweltseitige Aspekte zu Resilienz bei. Resilienz zeigt sich demnach erst im Lichte spezifischer Belastungsmomente, wobei sich einmal bewiesene Schutzfaktoren in einer anderen Situation als nicht protektiv oder gar schädlich herausstellen können (vgl. Knoll, Scholz & Rieckmann, 2011). Mitunter wird der Resilienz-Begriff auch herangezogen, um den Prozess der Anpassung (Greve & Staudinger, 2006) oder das Ergebnis der Bewältigung zu beschreiben. Der uneinheitlichen Begriffsverwendung entsprechend wurde Resilienz in verschiedenen Studien als Moderator-, Prozess- oder auch Kriteriumsvariable untersucht. Zudem wurde sie im Falle ihrer Konzeption als Konstellation von protektiven Personmerkmalen nicht direkt, sondern über verschiedene person- und/oder kontextseitige Indikatoren, wie z.B. Optimismus, Offenheit für Erfahrung, positive Affektivität oder auch emotionale Bindungen, untersucht bzw. auf sie geschlussfolgert (Filipp & Aymanns, 2010; Schumacher et al., 2005).

Resilienz als Persönlichkeitsmerkmal, wie sie in der vorliegenden Arbeit untersucht wird, bildet sich nach Wagnild und Young (1993) in den zwei Facetten *Persönliche Kompetenz* (im Sinne von Selbstsicherheit, persönlicher Freiheit, Kontrolle, Flexibilität und Beständigkeit) und *Akzeptanz des Selbst und des Lebens* (im Sinne von Adaptationsvermögen, Nachsicht sowie flexibler Perspektive auf die eigene Person und auf die eigene Lebensgeschichte) ab. Inwieweit beide vorhanden sind, ist sicherlich auch von früheren Erfahrungen abhängig bzw. dürften auch zukünftige Erfahrungen die individuelle Ausprägung der psychischen Widerstandsfähigkeit beeinflussen. Resilienz lässt sich demnach auch als generalisierte Erwartungen bzw. Perspektiven auf sich selbst und das Leben verstehen. Es bestehen Überlappungen dieses Verständnisses von Resilienz mit den Ressourcen-Konzepten *Kohärenzsinn/-gefühl* (*sense of coherence*; Antonovsky, 1987) und *Widerstandskraft* (*hardiness*; Kobasa, 1979), die im Folgenden kurz erläutert werden.

Antonovsky (1979) versteht unter dem Kohärenzsinn:

eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man ein generalisiertes, überdauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens besitzt, dass die eigene innere und äußere Umwelt vorhersagbar ist und dass mit großer Wahrscheinlichkeit die Dinge sich so entwickeln werden, wie man es vernünftigerweise erwarten kann. (zitiert nach Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000, S. 472)

Der Kohärenzsinn setzt sich aus den drei eng miteinander verbundenen Facetten (1) *Verstehbarkeit* (*comprehensibility*; im Sinne der Auffassung, dass Ereignisse im Leben geordnet, vorhersagbar, grundsätzlich verständlich und erklärbar sind), (2) *Handhabbarkeit* (*manageability*; im Sinne der Auffassung, dass inneren und äußeren Bewältigungserfordernissen generell mit geeigneten (personalen und sozialen) Ressourcen begegnet werden kann) und (3) *Sinnhaftigkeit* (*meaningfulness*; im Sinne der Annahme, dass das Leben sinn- und wertvoll ist und Anforderungen des Lebens Herausforderungen darstellen, für die sich Engagement und Investitionen lohnen) zusammen (Antonovsky, 1987). Der Kohärenzsinn ist in Antonovskys Modell der *Salutogenese* (1979, 1987) verankert – ein Modell, in dem Gesundheit und Krankheit nicht als sich gegenseitig ausschließende Dimensionen, sondern vielmehr als Endpunkte eines Kontinuums konzipiert sind. Ressourcenorientiert widmet sich das Modell der Frage, was Menschen trotz der vielfältigen und allgegenwärtigen Belastungen und Stressoren in ihrer Umwelt gesund erhält oder wieder gesunden lässt.

Widerstandskraft bzw. *hardiness* nach Kobasa (1982) thematisiert ebenfalls eine optimistische Grundhaltung dem Leben und seinen Herausforderungen bzw. Bewältigungsaufgaben gegenüber: „On philosophical and psychological grounds, [...] persons can rise to the challenges of their environment and turn stressful life events into possibilities or opportunities for personal growth and benefit“ (S. 6). Kobasa postuliert drei Bestimmungsstücke von Hardiness: (1) *Engagement/Selbstverpflichtung* (*commitment*; im Sinne des Bedürfnisses nach Identifikation mit dem, was man erlebt; Neugierde und Motivation, etwas zu bewirken), (2) *Überzeugung personaler Kontrolle* (*control*; im Sinne der Auffassung, den Ereignisverlauf durch eigene Aktion beeinflussen zu können) und (3) der *Herausforderung* (*challenge*; im Sinne der Auffassung, dass Veränderung normal und nicht Bedrohung, sondern vielmehr Herausforderung bzw. Chance für positive Entwicklung ist).

Wenngleich die beiden Konstrukte Kohärenzsinn und Widerstandskraft weithin Anerkennung gefunden haben, sind sie aber nicht frei von Kritik. Diese adressiert (a) die Operationalisierung der Konstrukte, (b) die gegebenen Probleme bei der Replizierbarkeit der Faktorenstruktur sowie (c) ihre fehlende konzeptuelle Abgrenzung gegenüber anderen etablierten Konstrukten, wie z.B. Optimismus, Selbstwirksamkeitserwartungen und Kontrollüberzeugungen (hohe positive Korrelationen) bzw. Ängstlichkeit, Depressivität, Neurotizismus oder auch negative Affektivität (hohe negative Korrelationen) (u.a. Knoll et al., 2011; Schumacher et al., 2000). Auch das Resilienz-Konzept ist nicht frei von Kritik. Auf die heterogene Begriffsverwendung und damit zum Teil nicht unproblematische Operationalisierung wurde bereits eingegangen. Zudem ergaben sich auch hier Probleme hinsichtlich der Replizierbarkeit der von Wagnild und Young (1993) postulierten Faktorenstruktur von Resilienz (Schumacher et al., 2005). Sie wird an dieser Stelle jedoch als konzeptuell trennschärfer und schlussendlich auch besser operationalisiert erachtet und daher als Disposition bzw. psychische Ressource in der vorliegenden Arbeit untersucht.

2.3.2.2 *Wahrgenommene soziale Unterstützung*

Gemäß der Pufferhypothese (s. Kapitel 2.3.2) kann soziale Unterstützung Belastung, wie sie sich im Zuge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen einstellt, abmildern – dies vor allem dann, wenn die verfügbare Unterstützung den gegebenen Bewältigungsanforderungen begegnet (Filipp & Aymanns, 2010).

In einem allgemeinen Sinne beschreibt soziale Unterstützung die vermutete oder tatsächlich erfahrene Wertschätzung und auch Behütung durch andere sowie die Integration in ein soziales Netzwerk, in dem Fürsorge und Hilfe reziprok gewährt wird (Wills, 1991). In dieser Definition wird noch nicht zwischen dem *quantitativ-strukturellen* und dem *qualitativ-funktionalen* Aspekt von gegebenenfalls unterstützender sozialer Interaktion unterschieden. Während erstere die Einbettung in ein soziales Netzwerk (vs. soziale Isolation) meint und beispielsweise über den Familienstand, die Anzahl von Verwandten, Freunden und Bekannten oder aber auch entlang der Dichte, Reziprozität, Dauer und Homogenität der Sozialbeziehungen erfasst wird, repräsentiert soziale Unterstützung im engeren Sinne den qualitativ-funktionalen Aspekt von Unterstützungstransaktionen (Knoll & Kienle, 2007; Knoll et al., 2011). Hierbei geht es um die Auflösung oder zumindest Linderung einer erfahrenen Belastung auf Seiten des Betroffenen durch Hilfe, die der Interaktionspartner (a) *emotional* (die Gefühle des Empfängers durch Wärme, Trost und Zuspruch adressierend), (b) *instrumentell* (problemorientierte Unterstützung durch das Angebot und den Einsatz konkreter Hilfsmaßnahmen, Ressourcen usw.) oder

(c) *informativ* (Darbietung von Ratschlägen oder auch Informationen im Interesse der Erweiterung der Einsicht in die Problemlage) gewähren kann (Filipp & Aymanns, 2010; Knoll & Kienle, 2007; Knoll et al., 2011; Schulz & Schwarzer, 2003). Insofern wird soziale Unterstützung auch als intentionales Handeln, das auf eine Problemlösung/-milderung oder Verbesserung des Befindens der betroffenen Person bzw. des Empfängers sozialer Unterstützung abzielt, definiert (Shumaker & Brownell, 1984).

Für die vorliegende Arbeit gilt es – auf Empfängerseite – weiterführend zwischen *tatsächlich erhaltener* und *wahrgenommener* sozialer Unterstützung zu unterscheiden (Knoll et al., 2011). Während erstere konkretes Hilfeverhalten der Mitglieder des sozialen Netzwerks meint und durch Beobachtung oder auch die retrospektive Befragung konkreter Unterstützungsszenarien erfasst wird, thematisiert wahrgenommene soziale Unterstützung die individuelle Überzeugung von oder auch Antizipation der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung im Bedarfsfall. Die Facette der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, die mitunter nur gering mit der tatsächlich erhaltenen sozialen Unterstützung korreliert, ist relativ zeit- und situations- bzw. ereignisstabil (Sarason, Pierce & Sarason, 1990; Sarason, Sarason & Shearin, 1986). Daher wird sie auch weniger als Merkmal der Lebensumwelt, sondern eher als eine Persönlichkeitsvariable im Sinne einer generalisierten Erwartung erachtet. Ihre Ausprägung gestaltet sich in Abhängigkeit von frühen Bindungserfahrungen und bestimmt spätere Bindungsperspektiven (wie die angenommene Verfügbarkeit sozialer Unterstützung) (Filipp & Aymanns, 2010; Knoll & Kienle, 2007). Sarason, Sarason und Pierce (1990) meinen entsprechend, dass „[social support] then is best defined as the sense of acceptance, an inherent, stable personality characteristic that contributes to the perception of social support separately from what the environment actually offers at any particular time“ (S. 110).

2.3.3 Bedeutung personaler Ressourcen in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung allgemein

In der vorliegenden Arbeit wird die sich mit dem Berufseinstieg einstellende Arbeitsbelastung als kritische Lebensereignisbelastung hinsichtlich ihres Effekts auf das Wohlbefinden der Jung-ÄrztInnen untersucht. Welche Rolle spielt die Persönlichkeit im Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge? Mäkikangas und Kinnunen (2003) fassen folgende potenzielle Effekte der Persönlichkeit zusammen:

- (1) Die Persönlichkeit kann die Wahrnehmung bzw. Bewertung der Arbeitsbelastung beeinflussen.

- (2) Die Persönlichkeit sagt Stressreaktionen bzw. Beanspruchung unabhängig von der gegebenen Arbeitsbelastung vorher.
- (3) Die Persönlichkeit moderiert den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung.
- (4) Arbeitsbelastungen und Beanspruchungsreaktionen verändern die Persönlichkeit.
- (5) Veränderungen in der Persönlichkeit gestalten den Zusammenhang zwischen gegebener Arbeitsbelastung und Stressreaktion.

Auf personale Ressourcen bzw. Schutzfaktoren der Persönlichkeit wurde zuvor schon näher eingegangen. In einer Vielzahl von Studien wurde ihre Bedeutsamkeit im Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge untersucht. Haupt- und/oder Moderatoreffekte fanden sich beispielsweise für das Selbstwertgefühl und dispositionellen Optimismus (z.B. Mäkikangas & Kinnunen, 2003; Schonfeld, 2000), für das Selbstwirksamkeitserleben (z.B. Jex & Bliese, 1999), für das Kohärenzgefühl (z.B. Rothmann, Jackson & Kruger, 2003) oder auch für soziale Unterstützung (z.B. Frese, 1999). Hinweise auf Veränderungen in der Persönlichkeit durch Beanspruchung liefern beispielsweise die Studien von Golembiewski und Kim (1989) bzw. Golembiewski und Aldinger (1994), in denen sich eine Abnahme des Selbstwertgefühls angesichts zunehmender Beanspruchung (hier Burnout) herausstellen ließ. Hinsichtlich des Einflusses der Persönlichkeit auf die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung, lässt sich – wiederum die Bedeutsamkeit subjektiver Bewertungs- bzw. Deutungsprozesse (Lazarus & Folkman, 1984; s. Kapitel 2.2.4) thematisierend – beispielsweise annehmen, dass Menschen mit einem höheren Selbstwertgefühl oder auch höherem dispositionellen Optimismus ihre Arbeitsbelastung eher als Herausforderung betrachten. Menschen mit vergleichsweise geringen Ausprägungen dieser personalen Ressourcen fühlen sich im Gegensatz dazu eher von dieser bedroht (Mäkikangas & Kinnunen, 2003). Christ, van Dick und Wagner (2004) konnten dementsprechend beispielsweise zeigen, dass Lehramtsreferendare mit höheren Neurotizismus-Ausprägungen und jene, die sich im geringeren Maße sozial unterstützt fühlten, ihre Arbeitssituation als bedrohlicher einschätzten.

Im nächsten Kapitel wird anhand ausgewählter Befunde erläutert, inwiefern die Persönlichkeit junger ÄrztInnen die Belastungswahrnehmung zu beeinflussen vermag. Darüber hinaus wird auf Befunde zu Haupt- und Puffereffekten der Persönlichkeit (letztere bisher seltener geprüft bzw. dokumentiert) hinsichtlich der Beanspruchung junger ÄrztInnen eingegangen.

2.3.4 Forschungsstand zur Bedeutung personaler Ressourcen in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei Jung-ÄrztInnen

Vorab sei noch einmal darauf hingewiesen, dass Jung-ÄrztInnen persönlichkeitsbasiert scheinbar gut ‚ausgestattet‘ in die Berufstätigkeit starten. Wie bereits dargestellt (s. Kapitel 2.2.1) fanden Buddeberg-Fischer et al. (2002b) bei schweizerischen Medizinstudierenden am Ende des Studiums (sechstes Studienjahr) ein im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hohes Selbstwert- sowie Kohärenzgefühl. Zudem offenbarten ihre StudienteilnehmerInnen eine jeweils überdurchschnittlich hohe Handlungs- und Gefühlorientierung, wobei Ärzte gegenüber Ärztinnen erwartungsgemäß noch handlungsorientierter, die Frauen hingegen gefühlorientierter waren. In Übereinstimmung damit zeichneten sich die von Abele (2006) befragten deutschen Jung-ÄrztInnen durch eine hohe berufliche Selbstwirksamkeit sowie ein hohes arbeitsbezogenes Selbstvertrauen unmittelbar nach dem Studiumsabschluss aus. Auch die in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) untersuchten deutschen Jung-ÄrztInnen (AiPlerInnen und Assistenz-ärztInnen) wiesen ein insgesamt hohes Selbstwertgefühl und eine hohe Resilienz auf, was die von der Forschungsgruppe um Buddeberg-Fischer sowie die von Abele publizierten Befunde im Mittel hoher Ausprägungen protektiver Persönlichkeitsmerkmale unterstützt.

Inwieweit beeinflusst nun aber die Persönlichkeit junger ÄrztInnen (a) ihre Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen, schützt sie (b) die Jung-ÄrztInnen direkt vor Beanspruchung und obliegt ihr (c) gar eine Pufferwirkung in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung?

Im Versuch der Annäherung an die Teilfrage (a) führten McManus et al. (2004) eine Studie an jungen ÄrztInnen in Großbritannien durch, die sie insgesamt fünf Mal befragten: Im Zuge der Bewerbung um einen Studienplatz, unmittelbar nach Beginn des Medizinstudiums, im letzten Jahr dessen, am Ende des ersten Berufsjahres und ein letztes Mal drei bis sechs Jahre danach. Es zeigte sich, dass sich die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen zum letzten Befragungszeitpunkt zum Teil durch die Persönlichkeit, (erfasst wurden die *Big Five* (McCrae & Costa, 1996, 1999) am Ende des ersten Berufsjahres) vorhersagen ließ. So fühlten sich neurotischere und weniger gewissenhafte Jung-ÄrztInnen eher von der Arbeit überfordert (u.a. im Sinne von Unsicherheit über die adäquate Aufgabenerfüllung, Schwierigkeiten bei der Organisation und effektiven Nutzung der eigenen Arbeitszeit, Verständnisprobleme) und nahmen zudem mit größerer Wahrscheinlichkeit ein höheres Arbeitspensum wahr. Jene Jung-ÄrztInnen, die sich durch eine höhere Verträglichkeit auszeichneten, fühlten sich am Arbeitsplatz, d.h. durch die KollegInnen/das Personal besser verstanden bzw. unterstützt. Die Autoren schlussfolgerten dementsprechend, dass sich die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen nicht allein in den

tatsächlichen Gegebenheiten, sondern zum Teil auch in der Persönlichkeit der ÄrztInnen begründet.

Auch Røvik et al. (2007) konnten in ihrer Auswertung des norwegischen Längsschnitts (s. u.a. Tyssen et al., 2000, 2001a, 2001b, 2004) zeigen, dass die Persönlichkeit junger ÄrztInnen die Wahrnehmung ihrer Belastung beeinflusst. Gegenstand war hier die (im Übrigen über die Zeit hinweg zunehmende) Belastung durch Schwierigkeiten in der Vereinbarung von Arbeitsdasein und dem Zuhause. Es zeigte sich, dass ein höherer Neurotizismus und höhere vs. geringere Ausprägungen (kurvilineare Beziehung) von Gewissenhaftigkeit, im letzten Studienjahr bzw. zu Beginn der Berufstätigkeit erhoben, eine stärkere Belastung bei den ÄrztInnen mit dann schon neunjähriger Berufserfahrung vorhersagten. Wahrgenommene soziale Unterstützung in der Partnerschaft bzw. im Kollegium war hingegen negativ mit der selbstberichteten Belastung assoziiert.

Abschließend sei auf Ergebnisse von Buddeberg-Fischer, Stamm, Buddeberg und Klaghofer (2010a) verwiesen. Sie konnten für die im Längsschnitt untersuchten, schweizerischen ÄrztInnen mit mittlerweile bis zu siebenjähriger Berufserfahrung zeigen, dass – unabhängig vom Arbeitsort (Krankenhaus vs. anderer medizinischer Arbeitsbereich, z.B. Praxis), von Voll- oder Teilzeitbeschäftigung bzw. der Arbeitsstundenzahl/Woche – geringes Kohärenzgefühl und berufsbezogenes Selbstwirksamkeitserleben sowie eine übersteigerte Verausgabungsbereitschaft, vier Jahre zuvor erhoben, eine stärkere Belastung, die auch Merkmale der Arbeitssituation beinhaltete, vorhersagten.

Mit Blick auf die Frage nach Haupt- und Puffereffekten der Persönlichkeit in der Vorhersage der Beanspruchung junger ÄrztInnen muss zunächst festgehalten werden, dass in den vorliegenden, zum Teil schon dargestellten Studien mitunter zwar auch Persönlichkeitsvariablen erhoben wurden, die Prüfung ihrer Wirkung aber oftmals nicht im Lichte der gegebenen Arbeitsbelastung (d.h. Analyse des relativen Erklärungswerts von Arbeitsbelastung und Persönlichkeit für die Entstehung von psychischer Beanspruchung) erfolgte. Wurden beide Aspekte doch vergleichend betrachtet, so erfolgte mitunter nur die Prüfung des Haupteffekts der Persönlichkeit, nicht jedoch die Analyse ihrer Pufferwirkung in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.

Zunächst sei noch einmal auf die schon zuvor erwähnte Studie von McManus et al. (2004) eingegangen. Sie konnten nicht nur zeigen, dass die Persönlichkeit interindividuelle Unterschiede in der Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen erklären kann, sondern dass sie auch Beanspruchung vorhersagt. So waren Jung-ÄrztInnen, die sich schon im ersten Weiterbildungs-jahr als neurotischer und introvertierter herausgestellt hatten, zum letzten Befragungszeitpunkt,

d.h. bis zu sieben Jahre nach dem Berufseinstieg, stärker in ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt. Sie erfüllten zudem entlang höherer Ausprägungen der Indikatoren Depersonalisation und emotionale Erschöpfung mit größerer Wahrscheinlichkeit die Kriterien für ein Burnout. Darüber hinaus waren Neurotizismus und geringe Ausprägungen von Extraversion auch mit Karriereunzufriedenheit assoziiert.

Brewin und Firth-Cozens (1997) untersuchten Haupteffekte der Persönlichkeitsmerkmale Selbstkritik (im Sinne von Leistungsorientierung und hoher internaler Standards sowie Perfektionsstreben) und interpersonale Abhängigkeit (im Sinne eines starken Bedürfnisses nach Umsorgung und Schutz), zu Studiumszeiten erhoben (T1), auf die Depressivität im ersten Weiterbildungsjahr (T2). Sie konnten zeigen, dass beide Merkmale, nicht aber die Arbeitsstundenzahl in der vorherigen Woche (als Indikator der Arbeitsbelastung), signifikante Prädiktoren von Depressivität waren. Der im ersten Schritt der Regressionsanalyse eingeführten T1-Depressivität oblag Erklärungswert für die T2-Depressivität nur in der Betrachtung von interpersonaler Abhängigkeit (die Analysen wurden für beide Merkmale getrennt durchgeführt). Auch acht Jahre nach Studiumabschluss bzw. 10 Jahre nach der Erstbefragung (T3) fand sich noch der Einfluss der Persönlichkeit. In den für beide Merkmale wiederum getrennt durchgeführten Analysen erwiesen sich allein diese, nicht aber frühere Depressivität oder die gegenwärtige Arbeitszeitbelastung als bedeutsam für die Erklärung von Depressivität.

Tyssen et al. (2000, 2001b) konnten eine höhere Verletzbarkeit, die definitorische Überlappung mit Neurotizismus aufweist und im letzten Semester des Medizinstudiums erfasst wurde, als signifikanten Prädiktor von behandlungsbedürftigen psychischen Problemen und Suizidgedanken im ersten Berufsjahr herausstellen. In der Vorhersage psychischer Probleme bestand dieser Effekt neben denen früherer psychischer Probleme, gegenwärtiger Arbeitsbelastung und zwischenzeitlich erlebter kritischer Lebensereignisse sowie partnerschaftlicher Gebundenheit. Der objektiven Arbeitsbelastung (im Sinne von Arbeitsstunden pro Woche und Schlaf während des Bereitschaftsdienstes) oblag kein Erklärungswert. Auch in einer früheren Studie fanden sich im Übrigen schon Hinweise auf den Erklärungswert von Neurotizismus für die Herausbildung von depressiven Symptomen in den ersten sechs Monaten der Assistenzarztzeit (Clark, Salazar-Grueso, Grabler & Fawcett, 1984).

In der Untersuchung schweizerischer Jung-ÄrztInnen durch Buddeberg-Fischer et al. (2005b) stellte sich die protektive Wirkung ausgewählter Persönlichkeitsmerkmale in der Vorhersage von Beanspruchung am Ende des ersten Weiterbildungsjahres wie folgt dar: Berufseinsteiger, die zu T1, d.h. noch zu Zeiten des Medizinstudiums, ein höheres Kohärenzgefühl und eine gesunde (vs. übersteigerte) Verausgabungsbereitschaft berichteten, fühlten sich zu T2 gesundheitlich wohler (im Sinne besserer psychischer und physischer Gesundheit allgemein und

geringerer Angst sowie Depressivität) und waren lebenszufriedener. Höhere T2-Ausprägungen von Angst fanden sich bei jenen Jung-ÄrztInnen, die sich zum ersten Messzeitpunkt durch ein geringes Selbstwertgefühl, geringe Instrumentalität und hohe Expressivität auszeichneten. Auch für die Zugehörigkeit zu den in der Untersuchung der Entwicklung von Angst und Depressivität über die Facharztausbildung hinweg herausgestellten zwei Verlaufgruppen (Gruppe A mit hohen Beanspruchungswerten, Gruppe B mit konstant geringen Beanspruchungswerten; s. Kapitel 2.2.3.2) erwiesen sich die Persönlichkeitsvariablen der jungen ÄrztInnen als prädiktiv. So gehörten Jung-ÄrztInnen, die sich schon am Ende ihres Studiums durch ein hohes Selbstwert- sowie Kohärenzgefühl, und eine hohe berufliche Selbstwirksamkeitserwartung sowie gesunde (d.h. nicht übersteigerte) Verausgabungsbereitschaft auszeichneten, mit größerer Wahrscheinlichkeit dem Verlaufstyp B an (Buddeberg-Fischer et al., 2010b). Wenngleich nur querschnittlich untersucht, erwies sich im Übrigen auch in der Studie von Rockenbauch et al. (2006) eine übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft junger ÄrztInnen als negativ mit dem Beanspruchungsindikator Lebenszufriedenheit korreliert. Hier wurde allerdings, wie auch bei Buddeberg-Fischer et al. (2005b), leider nicht die gegebene Arbeitsbelastung in das Regressionsmodell aufgenommen.

Höge (2002) untersuchte die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsvariablen im Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge von im Krankenhaus tätigen Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen ([Jung-]ÄrztInnen, Krankenpflegekräfte und medizin-technische Angestellte). Im Unterschied zu den zuvor dargestellten Untersuchungen prüfte er dabei aber nicht nur die direkten Effekte von Arbeitsbelastung und den Persönlichkeitsvariablen Kohärenzgefühl und negative Affektivität, sondern auch deren Wechselwirkung. Dabei fand er in der Gesamtstichprobe allerdings nur direkte Effekte der Arbeitsbelastung und Persönlichkeitsvariablen in Vorhersage der Beanspruchung. Stärker arbeitsbelastete Personen waren erwartungsgemäß stärker beansprucht; negative Affektivität und ein geringerer Kohärenzsinn gingen ebenso mit einer stärkeren Beanspruchung einher. Der Effekt der Arbeitsbelastung fiel gegenüber denen des Kohärenzgefühls und der negativen Affektivität im Übrigen kleiner aus.¹¹ Allein im Rahmen einer Kreuzvalidierung seines Modells zeigte sich eine Moderatorwirkung beider Persönlichkeitsvariablen in zumindest einer der beiden Teilstichproben, wobei er auf die Darstellung und Interpretation dieser leider verzichtet.

¹¹ Wider der womöglich auch aus den Befunden von Brewin und Firth-Cozens (1997) gezogenen Annahme, dass sich der Effekt der Arbeitsbelastung in Vorhersage der Beanspruchung im Wesentlichen durch die Persönlichkeit erklären lässt (d.h. die Persönlichkeit die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung gestaltet), resümierten schon Tyssen und Vaglum (2002) in Zusammenfassung der bis dahin gegebenen Befundlage, dass die wahrgenommene Belastung einen von der Persönlichkeit unabhängigen Erklärungswert für das Beanspruchungserleben von Jung-ÄrztInnen besitzt. Die Ergebnisse von Tyssen et al. (2000) selbst, aber auch die von Höge (2002; wenngleich nicht exklusiv für Jung-ÄrztInnen) belegen dies.

Interaktionseffekte von Arbeitsbelastung und Persönlichkeit konnten auch Revicki et al. (1993) herausstellen. Jung-ÄrztInnen, die sich im vergleichsweise starken Maße mit intransparenten Arbeitsanforderungen konfrontiert sahen, aber nur wenig Unterstützung am Arbeitsplatz wahrnahmen, wiesen die höchste arbeitsbezogene Beanspruchung im ersten Berufsjahr auf. Eine größere Transparenz der Anforderungen und das Gefühl von Unterstützung am Arbeitsplatz im zweiten Berufsjahr waren mit geringerer Depressivität im dritten Berufsjahr assoziiert.

Es lässt sich zusammenfassen, dass vergleichsweise nur wenige Studien zur Bedeutung der Persönlichkeit für die Herausbildung von Beanspruchung bei berufseinsteigenden ÄrztInnen bzw. in deren Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge vorliegen. Die bis dato publizierten Studien zeichnen ein klares Bild der Arbeitsbelastung bzw. spezifischer Arbeitsplatzbedingungen von ÄrztInnen in ihren ersten Berufsjahren, die vor allem mit *psychischen* Beanspruchungsindikatoren assoziiert sind (s. Kapitel 2.2.3.2). Daraufhin schlussfolgern die Autoren der verschiedenen Studien Handlungsbedarf auf institutionaler Ebene, d.h. sie geben Empfehlungen darüber, wie die Arbeitssituation von Jung-ÄrztInnen im Krankenhaus oder auch die Weiterbildungsprogramme zu verbessern sind. Das ist zweifelsohne ein wichtiger Ansatzpunkt. Nicht minder bedeutsam ob der wohl stets strapaziösen, medizinischen Arbeitstätigkeit im hektischen Krankenhausalltag ist jedoch die persönlichkeitsbasierte Vorbereitung und Stärkung der Jung-ÄrztInnen gerade in der sensiblen und für die nächsten Berufsjahre auch wegweisenden Phase des Berufseinstiegs. Dafür braucht es ein differenziertes Verständnis von der Bedeutsamkeit protektiver Persönlichkeitsvariablen bzw. deren Wirkmechanismen im Belastungs-Beanspruchungs-Gefüge im Rahmen des Berufseinstiegs. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zu diesem Verständnis, indem sie sowohl die Haupteffekte von Arbeitsbelastung und ausgewählten Persönlichkeitsmerkmalen als auch deren Wechselwirkungen in Vorhersage der Beanspruchung junger ÄrztInnen untersucht.

2.4 Auswirkungen des Berufseinstiegs

Wie bereits in Kapitel 2.1.1.1 dargestellt, verfolgen die klinisch-gesundheitliche und die entwicklungspsychologische Perspektive in ihrer Betrachtung der Effekte eines kritischen Lebensereignisses unterschiedliche Schwerpunkte, die zudem in ihrer zeitlichen Erstreckung zu differenzieren sind. Während erstere vorrangig kurzfristige Auswirkungen auf das psychische und physische Befinden untersucht, widmet sich letztere der (längerfristigen) (Persönlichkeits-) Entwicklung der betroffenen Person infolge der Konfrontation mit einem kritischen Lebens-

ereignis bzw. in Abhängigkeit vom Bewältigungserfolg dessen (Filipp, 2007; Filipp & Aymanns, 2010).

2.4.1 *Klinisch-gesundheitliche Perspektive: Beanspruchung*

Zunächst folgen einige allgemeine Erläuterungen zu den Konsequenzen kritischer Lebensereignisse aus der klinisch-gesundheitlichen Perspektive. Im Anschluss daran wird auf die Art und Verbreitung psychischer Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs eingegangen.

2.4.1.1 *Allgemeine Ausführungen zu den Auswirkungen kritischer Lebensereignisse auf das physische und psychische Wohlbefinden.*

Die Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis kann ein komplexes Wechselspiel zwischen Affekt (z.B. Traurigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit), gesundheitsrelevantem Verhalten (z.B. verstärkter Alkohol- und/oder Nikotinkonsum), endokrinem System (z.B. Cortisolproduktion), Nervensystem (z.B. Dopaminhaushalt) und Immunreaktion nach sich ziehen (Filipp & Aymanns, 2010). Die Beispiele zum Affekt und zum gesundheitsrelevanten Verhalten stellen sich dabei mit größerer Wahrscheinlichkeit im Falle der Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem negativen kritischen Lebensereignis ein. Positive kritische Lebensereignisse, wie z.B. die Geburt eines Kindes oder die Eheschließung, können sehr wohl positive Auswirkungen haben, indem sie beispielsweise die Lebenszufriedenheit steigern und/oder aber das eigene Gesundheitsverhalten fördern. In der vorliegenden Arbeit gilt das Interesse den negativen Auswirkungen des Berufseinstiegs. Der Berufseinstieg mag zwar nicht per se ein negatives Lebensereignis sein (viele Jung-ÄrztInnen freuen sich auf die Arbeitstätigkeit; u.a. Buddeberg-Fischer et al., 2002b; Jurkat et al., 2000); es stellt sich aber mit diesem zumeist eine hohe Arbeitsbelastung ein, die vor allem auch im Falle gering ausgeprägter Ressourcen bzw. Bewältigungskompetenz eher negative denn positive Auswirkungen haben sollte. Daher gilt das Interesse an dieser Stelle auch den negativen und nicht den positiven Auswirkungen kritischer Lebensereignisse.

Negative kritische Lebensereignisse können körperliche und seelische Beeinträchtigungen nach sich ziehen oder aber auch den Verlauf einer bereits bestehenden Krankheit beeinflussen. Das stellt gleichwohl nicht in Abrede, dass Menschen angesichts einer hohen kritischen Lebensereignisbelastung durchaus auch gesund bleiben oder aber ihre depressiv gefärbte Stimmung

(Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Verunsicherung, Antriebsarmut) nur kurzfristiger Natur ist. Ein beeinträchtigt Befinden infolge kritischer Ereignisbelastung ist jedoch umso wahrscheinlicher, wenn mehrere Ereignisse zeitlich zusammen oder nah aufeinander folgend auftreten und/oder die betroffene Person über nur unzureichende Bewältigungsressourcen verfügt, d.h. dispositionell vulnerabel ist (Klauer & Greve, 2005).

In der vorliegenden Arbeit werden keine schwerwiegenderen körperlichen Erkrankungen infolge des Berufseinstiegs erwartet und daraufhin untersucht. Daher sei nur der Vollständigkeit halber kurz auf den diesbezüglichen Kenntnisstand der kritischen Lebensereignisforschung eingegangen. Es gibt zahlreiche Studien, die den Zusammenhang zwischen kritischer Lebensereignisbelastung und (der Erstmanifestation) körperlicher Erkrankungen, wie z.B. koronare Herzkrankheiten und Krebserkrankungen, untersuchten. Zwar fand sich in diesen Studien oftmals eine tatsächlich höhere Ereignisbelastung bei den untersuchten PatientInnen als bei gesunden Vergleichsgruppen; insgesamt ist die Befundlage jedoch widersprüchlich.¹² Das mag sich einerseits darin begründen, dass die Belastung durch kritische Lebensereignisse gewiss nur einen Aspekt in der multifaktoriellen Ätiologie von körperlicher Krankheit darstellt. Zum anderen weisen aber viele Studien auch methodische Mängel dergestalt auf, dass sie die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse auf die Gesundheit betroffener Personen über die retrospektive Erfassung der Belastung durch mehrere Ereignisse anhand sogenannter *life-event*-Listen untersucht haben. Das ist problematisch insofern, als dass es zumindest teilweise zu einer Konfundierung des aktuellen Befindens mit der erinnerten Ereignisbelastung gekommen sein kann. So können depressive Menschen negative kritische Lebensereignisse besser erinnern als gesunde Vergleichspersonen, was u.a. im Lichte stimmungskongruenter Erinnerung diskutiert wird (Klauer & Greve, 2005). Darüber hinaus lässt sich der Einsatz von *life-event*-Listen mit ihren ganz eigenen methodischen Mängeln kritisieren (für eine kritische Diskussion dieser s. Filipp & Aymanns, 2010). Eine weitere Schwäche vieler dieser reinen Auswirkungsstudien besteht darin, dass sie keine Bewältigungsprozesse und/oder (in-)direkten Effekte individueller Ressourcen und Risikofaktoren auf die Beziehung zwischen kritischer Lebensereignisbelastung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Krankheit betrachteten. Verschiedene Autoren betonen daher die Notwendigkeit, Einzelereignisse und deren spezifische Effekte für die betroffene Person, aber auch vermittelnde und moderierende Variablen in prospektiven Verlaufsstudien zu untersuchen (u.a. Filipp & Aymanns, 2010; Klauer & Greve, 2005).

¹² Insbesondere die Befundlage zum gemeinhin vermuteten Zusammenhang zwischen kritischer Lebensereignisbelastung und Krebserkrankungen ist heterogen; für koronare Herzerkrankungen erscheint er eindeutiger, d.h. gegeben (s. für einen Überblick Filipp & Aymanns, 2010; Klauer & Greve, 2005).

Interessanter als der Kenntnisstand zum Zusammenhang zwischen kritischer Lebensereignisbelastung und körperlicher Krankheit ist – im Interesse der vorliegenden Arbeit – die Befundlage zu den Effekten kritischer Lebensereignisse auf das psychische Befinden. Zunächst ist festzustellen, dass die Qualität psychischer Beeinträchtigung infolge eines kritischen Lebensereignisses zum Teil ereignisspezifisch ist. So machen unmittelbar lebensbedrohliche Ereignisse (z.B. Verkehrsunfall) die Entstehung einer sogenannten *Posttraumatischen Belastungsstörung* oder einer *Akuten Belastungsreaktion*, persönlich besonders verletzende, ideelle Erfahrungen (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung/Scheidung) hingegen eher eine *Posttraumatische Verbitterungsstörung* und das eigene Sicherheitserleben fundamental in Frage stellende Lebensereignisse (z.B. Opfer von Kriminalität) auch Angsterkrankungen, wie z.B. eine *Panikstörung*, wahrscheinlicher (Filipp & Aymanns, 2010).

Besondere Aufmerksamkeit in der kritischen Lebensereignisforschung hat die Entstehung von *depressiven Störungen* infolge einer starken Ereignisbelastung erfahren. Wenngleich auch diese Studien nicht frei von den bereits beschriebenen methodischen Mängeln sind, kann aber davon ausgegangen werden, dass ausgewählte kritische Lebensereignisse einen Beitrag zur Entstehung von depressiven Störungen leisten (Filipp, 2007; Kessler, 1997). Schon Brown und Harris (1978) konstatierten, dass sich im Vorfeld von 60 bis 90% aller diagnostizierten depressiven Störungen ein belastendes Ereignis ausmachen lässt. Dabei ist das Risiko für die Entstehung beispielsweise einer *Majoren Depression* umso größer, je gravierender das Ereignis und je vulnerabler die Person ist, was sie das Ereignis dann subjektiv umso bedrohlicher und unkontrollierbarer wahrnehmen lässt (Hammen, 2005). Auch die Art des Ereignisses scheint Einfluss auf die Entstehungswahrscheinlichkeit depressiver Störungen zu nehmen. So besitzen vor allem Verlustereignisse (Tod eines nahestehenden Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes), kritische Ereignisse in engsten sozialen Beziehungen, Erfahrungen persönlicher Zurückweisung und Abwertung (z.B. Trennung) sowie chronische Belastungen, denen sich die betroffene Person hilflos ausgeliefert fühlt bzw. die sie als unkontrollierbar wahrnimmt, ein vergleichsweise größeres Potenzial, depressive Episoden auszulösen (Kendler, Hettema, Butera, Gardner & Prescott, 2003; Kessing, Agerbo & Mortenson, 2003; Paykel, 2003; Shrout et al., 1989).

Diese allgemeinen Ausführungen zu psychischer Beanspruchung im Zuge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen sollen an dieser Stelle genügen. Wie bereits erwähnt, wird die ereignisspezifische Untersuchung von Belastungsbeanspruchungs-Zusammenhängen gefordert und in der vorliegenden Arbeit auch verfolgt. Es wurden bereits Studien vorgestellt, die Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens junger ÄrztInnen entlang ihres Berufseinstiegs als kritisches Lebensereignis untersuchten (s. Kapitel 2.2.3.2, 2.3.4); im Folgenden wird noch einmal auf die Art und Verbreitung

psychischer Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen im Zuge des Berufseinstiegs bzw. kurzzeitig nach diesem eingegangen.

2.4.1.2 *Art und Verbreitung psychischer Beanspruchung bei Jung-ÄrztInnen.*

Nachfolgend wird ein Überblick über die Prävalenzraten psychischer Beanspruchungsindikatoren bei Jung-ÄrztInnen gegeben, wobei berücksichtigt werden muss, dass sich ihre Variation auch in unterschiedlichen Operationalisierungen (standardisierte vs. unstandardisierte Verfahren, Bestimmung von Cut-off-Werten) begründet.

Die Prävalenzraten von Depressivität bewegten sich in den schon älteren Studien von u.a. Clark et al. (1984), Firth-Cozens (1987), Revicki et al. (1993) und Baldwin et al. (1997a) um 30%. In der Querschnittsstudie von Collier, McCue, Markus und Smith (2002) an US-amerikanischen Jung-ÄrztInnen berichteten über die Hälfte, zum Teil sogar über zwei Drittel der AssistenzärztInnen von Appetitveränderungen (49%), Stimmungsschwankungen (61%), depressiver Verstimmung (45%) und Schlafstörungen (74%). Insgesamt 35% der Jung-ÄrztInnen bejahten vier der fünf vorgegebenen depressiven Symptome, viele gaben zudem an, im Laufe der ersten Berufsjahre weniger humanistisch (23%) und zynischer (61%) geworden zu sein. Buddeberg-Fischer et al. (2005b, 2010b) fanden ein Jahr nach Beginn der Facharzt-ausbildung auffällige Depressivitätswerte bei immerhin 16% der Befragten, was einer zweifach erhöhten Prävalenz gegenüber einer altersentsprechenden Normstichprobe entspricht. Eine relevante Angst-Symptomatik wiesen 31% der von ihnen befragten Jung-ÄrztInnen auf. Dies entspricht einer siebenfach erhöhten Prävalenz. Im vierten Berufsjahr (T3) hatte sich der Anteil der ÄrztInnen mit kritischen Werten auf diesen beiden Beanspruchungsindikatoren reduziert (11% bzw. 23%) und hielt sich dann auch in etwa auf diesem Niveau (sechstes Berufsjahr (T4): 11% bzw. 21%). Neben Depressivität und Angst untersuchten Buddeberg-Fischer et al. auch das globale psychische und physische Wohlbefinden der Jung-ÄrztInnen. Dieses schätzten die Jung-ÄrztInnen zwar am Ende des Studiums und nach einjähriger Weiterbildungszeit im Durchschnitt als gut ein (Mittelwerte jeweils über dem theoretischen Skalenmittel), allerdings nahmen beide Wohlbefindensaspekte über das erste Jahr der Facharztausbildung hinweg ab.

Im Unterschied zu Buddeberg-Fischer et al. (2005b, 2010b), die zeigen konnten, dass Angst und Depressivität bei schweizerischen Berufseinsteigern am stärksten im ersten Weiterbildungsjahr ausgeprägt waren und in den Folgejahren dann abnahmen, fanden Tyssen und KollegInnen (2000, 2001a) bei norwegischen Jung-ÄrztInnen ein Zunahme des Anteils derer mit

behandlungsbedürftigen psychischen Problemen¹³. Zu Beginn des zweiten Weiterbildungsjahres (T2) berichtete jeder zehnte der befragten Jung-ÄrztInnen von diesen (wobei aber nur 5% daraufhin tatsächlich auch professionelle Hilfe im ersten Weiterbildungsjahr aufgesucht hatten). Drei bis vier Jahre nach dem Berufseinstieg (T3) hatte die Zahl derer mit psychischen Problemen gegenüber T2 zugenommen: Über 17% attestierten sich diese nun (wobei wiederum nur 6% der betroffenen ÄrztInnen professionelle Hilfe aufgesucht hatte, d.h. die Inanspruchnahme von Hilfe nahm nicht parallel zum Anstieg behandlungsbedürftiger psychischer Probleme zu; Tyssen et al., 2004). Das spricht gegen das Resümee von Tyssen und Vaglum (2002) und die Befunde von Buddeberg-Fischer et al. (2010b; s. auch Hsu & Marshall, 1987), wonach die psychische Beanspruchung im ersten Weiterbildungsjahr aufgrund der vergleichsweise noch großen Unsicherheit und fehlenden Kompetenz am höchsten ist und dann wieder abnimmt.¹⁴ Auf einen weiteren Befund von Tyssen et al. (2000) sei allerdings noch verwiesen: Tatsächlich war die Zahl der Jung-ÄrztInnen mit behandlungsbedürftigen psychischen Problemen nach dem Berufseinstieg geringer als zuvor – 25% von ihnen hatten zu Zeiten des Studiums solche berichtet. Die Befundlage zur Entwicklung der psychischen Beanspruchung über den Berufseinstieg und die ersten Berufsjahre hinweg ist, die obigen Befunde schon einmal zusammengefasst, also insgesamt als inkonsistent zu bewerten.

Hinsichtlich der Suizidalität von Jung-ÄrztInnen fanden Tyssen et al. (2001b), dass – bezogen auf das vorangegangene Jahr – Suizidgedanken unter norwegischen Jung-ÄrztInnen vergleichsweise weit verbreitet, Suizidversuche jedoch selten waren. So berichteten jeweils 14% der Jung-ÄrztInnen im letzten Studienjahr (T1) und zu Beginn des zweiten Weiterbildungsjahres (T2) von Suizidgedanken. Eine Zunahme von Suizidgedanken ließ sich über den Berufseinstieg hinweg folglich nicht ausmachen. Zu Zeiten des Medizinstudiums hatten 8% rückblickend schon einmal einen Suizid geplant, zu T2 berichteten 4% der Jung-ÄrztInnen von konkreten Planungsgedanken im vergangenen ersten Jahr der ärztlichen Weiterbildung. Einen Suizidversuch hatten zu T1 aber weniger als 2% unternommen, zu T2 berichtete nur eine Person, zwischenzeitlich einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Ein weiteres Augenmerk galt in verschiedenen Studien der Entwicklung der Lebenszufriedenheit über die ärztliche Ausbildungszeit hinweg. Dabei fanden Tyssen et al. (2009) im norwegischen Längsschnittprojekt, dass die ÄrztInnen über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg gegenüber Vergleichsgruppen lebensunzufriedener waren. Noch zu

¹³ In dieser Studie wurden Depressivität und Angst nicht differenziert erfasst, sondern – und das ist kritisch anzumerken – behandlungsbedürftige psychische Probleme lediglich mit einem 1-Item-Maß erfasst.

¹⁴ Auch die Befunde von Whitley et al. (1989) legen eine anhaltend hohe bzw. eine im Laufe der ersten Berufsjahre noch zunehmende Beanspruchung von Jung-ÄrztInnen nahe. Sie verglichen Jung-ÄrztInnen im ersten, zweiten und dritten Weiterbildungsjahr und fanden die höchsten Ausprägungen von Depressivität bei den Jung-ÄrztInnen im dritten Weiterbildungsjahr.

Zeiten des Studiums (T1) waren sie am unzufriedensten; die zu Beginn des zweiten Weiterbildungsjahres (T2) verzeichnete Zunahme der Lebenszufriedenheit hielt sich aber über die folgenden Messzeitpunkte hinweg auf einem noch immer vergleichsweise niedrigen Niveau. Auch die von Buddeberg-Fischer et al. (2005b) befragten Berufseinsteiger beurteilten ihre Lebensqualität sowohl zum Ende ihres Studiums (T1) als auch nach Abschluss des ersten Weiterbildungsjahres (T2) signifikant schlechter als eine altersentsprechende Normgruppe. Zudem hatte die Lebensqualität über das erste Berufsjahr hinweg auch abgenommen. Bereichsspezifisch bestanden die größten Unterschiede zur Normstichprobe in der Zufriedenheit hinsichtlich der Lebensbereiche Freizeit/eigene Interessen, Einkommen und Familie. Eine T1-T2-Abnahme der Zufriedenheit wurde vor allem in den Bereichen Freundes-/Bekanntenkreis sowie Freizeit/eigene Interessen deutlich. Auch in der Untersuchung von Rockenbauch et al. (2006) erwiesen sich die deutschen Jung-ÄrztInnen im Vergleich mit einer altersentsprechenden Repräsentativstichprobe als lebensunzufriedener. Es bestanden keine Geschlechtsunterschiede in der Lebenszufriedenheit insgesamt; es zeigten sich allein bereichsspezifische Unterschiede: Die (angehenden) Jung-ÄrztInnen zeigten sich besonders unzufrieden in den Lebensbereichen Freunde/Bekannte, Freizeit und Finanzen. Ärzte, nicht aber ihre Kolleginnen, waren zudem unzufriedener mit dem Bereich Arbeit/Beruf als die Männer in der Vergleichsgruppe. Etwas anders gestaltete sich das Bild bei den von Abele (2001) und Stiller und Busse (2008b) befragten deutschen Jung-ÄrztInnen. Abele fand keinen Unterschied in der Lebenszufriedenheit der Berufseinsteiger im Vergleich mit anderen Berufsgruppen. Die Jung-ÄrztInnen, vor allem jene mit hohem beruflichen Selbstvertrauen und partnerschaftlicher Gebundenheit, wiesen eine relativ hohe Zufriedenheit auf. Die Lebenszufriedenheit der von Stiller und Busse untersuchten Berufseinsteiger nahm im Untersuchungszeitraum zwar vor allem in den Bereichen eigene Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, eigene Person sowie Freunde/Bekannte/Verwandte signifikant ab, war aber auch immer noch vergleichsweise hoch. In den Bereichen Freizeit und Finanzen zeigten sie, wie auch schon die Jung-ÄrztInnen in den Studien von Rockenbauch et al. (2006) und Buddeberg-Fischer et al. (2005b), deutlich geringere Werte als die Bevölkerungsstichprobe oder die von Stiller und Busse herangezogene Vergleichsgruppe berufserfahrenerer ÄrztInnen.

Biaggi et al. (2003) erfassten bei schweizerischen Jung-ÄrztInnen emotionale Erschöpfung und Aversion gegenüber PatientInnen als zwei Indikatoren für Burnout. Kritische Werte emotionaler Erschöpfung zeigten 41%, relevante Ausprägungen von Patientenaversion 34%. Firth-Cozens (1987) fand eine emotionale Beeinträchtigung bei 50% der von ihr untersuchten britischen Berufseinsteiger. Shanafelt et al. (2002) berichten von erfüllten Burnout-Kriterien bei sogar 76% der von ihnen befragten US-amerikanischen Jung-ÄrztInnen. Burnout war dabei mit

einer deutlich reduzierten Arbeitszufriedenheit (s. auch McManus et al., 2004) und dem Eingeständnis suboptimaler Behandlung/Patientenkontakte assoziiert.

Eine Untersuchung zum *arbeitsbezogenen Erlebens- und Verhaltensmuster* (Schaarschmidt & Fischer, 1996) schon etwas berufserfahrenerer ÄrztInnen (drittes bis achtes Berufsjahr) stammt von Voltmer, Kieschke und Spahn (2007). Sie fanden bei 40% der ÄrztInnen ein psychosoziales Beanspruchungsmuster entweder mit einer Tendenz zu übersteigerter Verausgabungsbereitschaft und fehlender Distanzierungsfähigkeit (Muster A) oder Resignation, deutlich beeinträchtigter Emotionalität und Lebenszufriedenheit (Muster B; Burnout). Die meisten ÄrztInnen (43%) wiesen das Muster S auf, das sich durch fehlendes Engagement bzw. Abkehr vom Arbeitsdasein durch den Rückzug ins Private auszeichnet. Nur 17% zeigten ein gesundes und motiviertes Verhaltens- und Erlebensmuster (Muster G).

Die Befundlage zu Geschlechtsunterschieden im Beanspruchungserleben, für die Lebenszufriedenheit bereits dargestellt, ist heterogen. Arnetz (2001) resümiert, dass sich Ärzte und Ärztinnen in den meisten Studien als gleichermaßen stark beansprucht herausgestellt haben. Auch in den zuvor zitierten Studien zeigten sich mehrheitlich keine Geschlechtsunterschiede (Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2010b; Cohen & Patten, 2005; Felber, 2005; Rockenbauch et al., 2006; Tyssen et al., 2000, 2001a, 2001b). Sofern sich doch Geschlechtsunterschiede im Erleben psychischer Beanspruchung fanden, bestanden diese zumeist (wie beispielsweise von Firth-Cozens (1987; s. auch Brewin & Firth-Cozens, 1997), Baldwin et al. (1997a; Baldwin, Dodd & Wrate, 1997b), Collier et al. (2002) oder auch von Whitley et al. (1989) gezeigt) in einer etwas stärkeren Beeinträchtigung des Wohlbefindens der Frauen (s. für ein Resümee Levey, 2001; Tyssen & Vaglum, 2002). Dabei bleibt jedoch unklar, ob sich dies nicht in einer größeren Bereitschaft der Ärztinnen, ihre Beanspruchung zu dokumentieren, begründet.

Auch geschlechtsdivergente Entwicklungsverläufe der Beanspruchungsindikatoren fanden sich mehrheitlich nicht. Lediglich Brewin und Firth-Cozens (1997) und Revicki et al. (1993) fanden, dass sich Jung-ÄrztInnen zunächst nicht in ihrer Depressivität unterscheiden, Jung-Ärztinnen dann aber über die ersten Berufsjahre hinweg vergleichsweise höhere Depressivitätswerte aufweisen als ihre Kollegen.

Eine Feinanalyse gerade des ersten Weiterbildungsjahres, wie sie auch Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist, unternahm die Mehrzahl der in Tabelle 1 aufgeführten Studien nicht. Es sei aber auf eine Studie von Girard et al. (1986) verwiesen, in der sie die Entwicklung ausgewählter Beanspruchungsindikatoren junger ÄrztInnen entlang eng gesteckter Befragungsintervalle über das erste Berufsjahr hinweg untersuchten. Dabei muss einschränkend angemerkt

werden, dass ihre Aussagen auf der Befragung einer nur sehr kleinen Gruppe junger US-amerikanischer ÄrztInnen ($N = 22$) in den frühen 1980er Jahren basieren. Entlang ihrer Verlaufsdaten lässt sich aber der schon von anderen Autoren diskutierte *Desillusionierungsprozess* (Abele, 2001; Stiller & Busse, 2008a) berufseinstiegender ÄrztInnen nachzeichnen: Zwar nahmen Angst, Nervosität und Überforderungserleben – anfänglich weit verbreitet und stark ausgeprägt – über das Jahr hinweg stetig ab; gleichzeitig stiegen aber u.a. die Unzufriedenheit mit der Berufswahl, Erschöpfung und Depressivität bis zum achten Monat stark an. In den letzten Monaten des ersten Weiterbildungsjahres verringerte sich die Beanspruchung auf diesen Indikatoren dann wieder, was sich vermutlich darin begründet, dass die Jung-ÄrztInnen nach den turbulenten ersten Monaten in der Berufstätigkeit ein Gefühl für die eigene Kompetenz bzw. die eigene Position im klinischen Geschehen entwickelten. Auch in der Analyse ihrer Einstellungen gegenüber ihrer Berufstätigkeit veranschaulichte sich der *Desillusionierungsprozess*: Waren sie zu Beginn noch sehr positiv eingestellt, d.h. idealistisch und hoffnungsvoll darüber, die an den Arztberuf gestellten Anforderungen zu erfüllen, gestaltete sich ihre Perspektive auf die Arbeit im Laufe des ersten Berufsjahres zunehmend kritischer und negativer (u.a. im Sinne emotionaler Abkehr von der Tätigkeit/PatientInnen oder auch einem Fluchtbedürfnis).

In einer jüngeren Analyse zur Entwicklung der Beanspruchung von Jung-ÄrztInnen in den ersten Berufsmonaten zeigten sich ähnliche Verläufe. Bellini, Baime und Shea (2002) befragten ÄrztInnen insgesamt vier Mal im ersten Weiterbildungsjahr und verglichen sie mit AbsolventInnen anderer Studiengänge sowie mit der Allgemeinbevölkerung. Die Jung-ÄrztInnen starteten sehr motiviert und engagiert in die Berufstätigkeit. Gegenüber den Vergleichsgruppen waren sie weniger negativ gestimmt (im Sinne von Depressivität, Ärger, Anspannung und Erschöpfung). Sie zeichneten sich zudem durch eine größere Empathie aus. Über das erste Dreivierteljahr der Berufstätigkeit hinweg nahmen dann aber Depressivität, Ärger und Erschöpfung (nicht aber Angst) stetig und deutlich zu, die Motivation sowie Empathiefähigkeit hingegen ab. Zum Ende des ersten Weiterbildungsjahres verringerten sich die Aspekte psychischer Beanspruchung zwar wieder bzw. waren die jungen ÄrztInnen wieder motivierter, das Ausgangsniveau (T1) hatten sie aber (noch) nicht wieder erreicht.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine bedeutende Zahl von ÄrztInnen schon in den ersten Berufsjahren stark bzw. stärker als Vergleichsgruppen beansprucht ist. Besorgniserregend ist in diesem Zusammenhang – gerade mit Blick auf die weitere Entwicklung der Beanspruchung angesichts der Tatsache, dass die Arbeitsbelastung in den ersten Berufsjahren zunimmt (z.B. Stiller & Busse, 2008b) – ihre Gesundheitsfürsorge. So konnten Tyssen et al. (2000, 2001a, 2004; s. auch Cohen & Patten, 2005) zeigen, dass nur ein vergleichsweise geringer Anteil von

Jung-ÄrztInnen mit psychischen Problemen tatsächlich auch professionelle Hilfe in Anspruch nimmt. Auch im Falle physischer Krankheit gibt das Gesundheitsverhalten Anlass zur Sorge. Baldwin et al. (1997b) fanden, dass schottische Jung-ÄrztInnen mit durchschnittlich 14 Episoden (v.a. Atemwegsbeschwerden/-infekte) im vorangegangenen Jahr vergleichsweise häufig krank gewesen waren. Die meisten Jung-ÄrztInnen hatten aber trotz Krankheit gearbeitet und sich selbst medikamentiert oder lediglich befreundete ÄrztInnen konsultiert, d.h. schlussendlich keine formale Untersuchung und Behandlung absolviert. Insgesamt sind diese von Jung-ÄrztInnen gezeigten Gesundheitsverhaltenweisen – vor allem im Falle gegebener psychischer Beeinträchtigungen/Störungen, die sich kaum selbst behandeln lassen – als bedenklich zu bewerten. Sie dürften das Risiko für eine Verschlechterung der Symptomatik oder auch Chronifizierung der Beanspruchung erhöhen.

2.4.2 *Entwicklungspsychologische Perspektive: Persönlichkeitsentwicklung*

Vor der Darstellung von Befunden zur Entwicklung der Persönlichkeit bzw. Veränderungen in dieser bei Jung-ÄrztInnen im Laufe ihrer ersten Berufsjahre, wird – im Interesse einer Einführung in die entwicklungspsychologische Perspektive auf die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse – zunächst einmal Persönlichkeit definiert. Dabei gilt es sogenannte *Kern-* und *Oberflächenmerkmale* der Persönlichkeit voneinander zu differenzieren, die sich hinsichtlich des Grads ihrer genetischen Verankerung und folglich ihrer Stabilität bzw. umweltseitigen Beeinflussbarkeit unterscheiden. Im Anschluss daran werden Prinzipien zur Erklärung der Persönlichkeitsentwicklung über die Lebensspanne erläutert und entlang von Befunden zu Veränderungen in den Kern- und Oberflächenmerkmalen infolge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis veranschaulicht.

2.4.2.1 *Allgemeine Ausführungen zu kritischen Lebensereignissen als Initiatoren von Persönlichkeitsentwicklung bzw. -veränderungen.*

Ein kritisches Lebensereignis bzw. krisenhafter Übergang kann, indem es/er das bisherige Person-Umwelt-Passungsgefüge herausfordert, nicht nur zu Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und zu einschneidenden Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen führen, sondern auch Persönlichkeitsveränderungen, im positiven wie im negativen Sinne (Zu- und/oder Abnahmen der Ausprägungsgrade bestimmter Persönlichkeitsmerkmale), initiieren (Filipp, 2007; Filipp & Aymanns, 2010).

Um sich der Frage nach Persönlichkeitsveränderungen durch kritische Lebensereignisse anzunähern, soll zunächst einmal der Begriff der *Persönlichkeit* genauer gefasst werden. Unter Persönlichkeit lässt sich – im Sinne eines stabilen Alleinstellungsmerkmals – die „Gesamtheit [der] dauerhaften psychischen Eigenschaften wie z.B. Temperamentsmerkmale, Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Aspekte des Selbstkonzepts [einer Person] – die sie von anderen Menschen unterscheidet“ (Neyer & Lehnart, 2007, S. 82) verstehen (s. auch Asendorpf, 1999). McCrae und Costa (1996, 1999) unterscheiden zwischen (a) den sogenannten *Big Five* als *basale Bereiche* der Persönlichkeit, die – weil sie auf genetischen Unterschieden fußen – über die Zeit hinweg stabiler, d.h. weniger anfällig gegenüber kulturellen Einflüssen oder individuellen Lebenserfahrungen sind und (b) psychischen Merkmalen, wie z.B. das Selbstkonzept, Einstellungen, Motive und Werthaltungen, als *charakteristische Adaptationen* der Persönlichkeit mit einer größeren Veränderungssensitivität, d.h. Plastizität¹⁵. Asendorpf und van Aken (2003) sprechen, dieser Unterscheidung an sich zustimmend, auch von *Kern- (core) vs. Oberflächenmerkmalen (surface characteristics)* der Persönlichkeit:

We agree with McCrae and Costa that a distinction between more versus less stable personality characteristics is potentially useful and that the higher stability of some traits can most likely be attributed to their lower susceptibility to environmental influences [...] a distinction between core traits and surface characteristics is in order. (S. 635)

Sie kritisieren die Unterscheidung von McCrae und Costa jedoch u.a. dahingehend, dass sie (a) die Möglichkeit auch einer umweltseitigen Beeinflussung der basalen Bereiche der Persönlichkeit und (b) die genetische Determination ausgewählter Personvariablen, die als charakteristische Adaptationen aufgefasst werden, nicht im ausreichenden Maße berücksichtigen. Zudem ist ihrer Auffassung nach eine stärkere genetische Verankerung nicht mit Stabilität über die Lebensspanne gleichzusetzen „because some differential genetic effects appear only later in life, causing then instability of interindividual differences [...], and some

¹⁵ Diese Unterscheidung lässt sich auch aus dem Ansatz von McAdams (1996) ableiten. Er differenziert zwischen drei voneinander weitgehend unabhängigen Ebenen zur Beschreibung einer Person: Dem (1) *Me* im Sinne einer dispositionalen Signatur der Person mit globalen, kontextunabhängigen und weitgehend bedingungsfreien Merkmalen, wie z.B. Extraversion und Neurotizismus; das vom *Me* konstruierte (2) *I*, welches sich als große Bandbreite kontextuell, zeitlich und rollenspezifisch verankerter Personmerkmale, wie z.B. Motive, Bewältigungsstrategien, bereichsspezifische Kompetenzen und Werte, darstellt (auch als *personal concerns* bezeichnet) und (3) *narrative life stories* im Sinne psychosozialer Konstruktionen (d.h. internalisierte frühere, gegenwärtige und auch antizipierte Lebensgeschichten), die die Identität ausmachen. Diese lassen sich u.a. hinsichtlich ihrer Struktur, Inhalte und Funktionen untersuchen. Der Unterscheidung von McCrae und Costa (1996, 1999) folgend beinhaltet das *Me* also die basalen Bereiche und das *I* die charakteristischen Adaptationen der Persönlichkeit.

environmental conditions foster stability in personality“ (S. 635f.). Im Unterschied zu McCrae und Costa postulieren Asendorpf und van Aken mit ihrer Differenzierung zwischen Kern- und Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit keine zwei distinkten Variablenklassen, sondern vielmehr ein *Kontinuum*, auf dem sich Persönlichkeitsmerkmale – alters- und kulturabhängig – verorten lassen. Diese Verortung der Persönlichkeitsmerkmale gemäß dem Alter erkennt an, dass sich einige von ihnen über die Lebensspanne hinweg auf diesem Kontinuum bewegen. So können beispielsweise Merkmale mit stärkerer genetischer Determination aufgrund von Veränderungen in der genetischen Aktivität sensitiver gegenüber dem Umwelteinfluss werden (d.h. sie verschieben sich auf dem Kontinuum in Richtung des Pols Oberflächenmerkmal), und/oder vormals als Oberflächenmerkmale definierte Merkmale demonstrieren über die Lebensspanne hinweg aufgrund einer stabilen Umwelt Stabilität (d.h. sie verschieben sich auf dem Kontinuum in Richtung des Pols Kernmerkmal).

Vor allem für die basalen Bereiche (McCrae & Costa, 1999) bzw. die Kernmerkmale der Persönlichkeit (Asendorpf & van Aken, 2003) wird, wie bereits dargestellt, eine vergleichsweise hohe Stabilität diskutiert. Diese ist allerdings relativ. Kurz- und mittelfristig mögen diese Persönlichkeitsaspekte Stabilität demonstrieren, über die Lebensspanne lassen sich jedoch durchaus Veränderungen herausstellen. Die Erklärung intraindividuell und interindividuell unterschiedlicher Persönlichkeitsentwicklung erfolgt heutzutage aus einer transaktionalen Sichtweise, gemäß derer (a) die Umwelt persönlichkeitspezifisch aufgesucht, wahrgenommen und gestaltet wird und (b) die Umwelt ihrerseits die Persönlichkeit modelliert. Diese Wechselwirkungsperspektive von Person und (v.a. sozialer) Umwelt löste frühere environmentalistische Sichtweisen (Persönlichkeitsausformung durch die Umwelt vor allem in der Kindheit und Jugend) und existenzialistische sowie biologische Postulate (genetisch determinierte und umweltunabhängige Persönlichkeitsreife) ab (Neyer & Lehnart, 2007). Die nachfolgend beschriebenen Prinzipien dienen dem Verständnis von Persönlichkeitsentwicklung/-veränderungen im Allgemeinen; das Wie und Warum der personseitigen Veränderungen aufgrund der Auseinandersetzung mit einem (normativen) kritischen Lebensereignis und seiner Bewältigung (s. *Folgen des Ereignisses X* in Abbildung 1) erklären dabei vor allem die Prinzipien 3 und 5. Die Darstellung folgt dem Überblick, den Neyer und Lehnart (2007) geben.

(1) *Kumulatives Kontinuitätsprinzip*

Das Prinzip besagt, dass sich die Persönlichkeit (und damit das Ausmaß interindividueller Unterschiede) über die Lebensspanne hinweg zunehmend stabilisiert, und zwar nicht allein als Funktion des Alters, sondern auch aufgrund der zunehmenden Stabilisierung der Umwelt, die – der transaktionalen Sichtweise folgend – aus der sich stabilisierenden Persön-

lichkeit resultiert und gleichwohl eben die zunehmende Stabilisierung der Persönlichkeit bedingt. Zwei populationsbasierte Stabilitätskonzepte werden in der Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen unterschieden (Neyer & Asendorpf, 2001): Die Rangstabilität bezieht sich auf die Stabilität interindividueller Unterschiede bzw. lässt sich anhand dieser die Stabilität der relativen Position von Individuen hinsichtlich eines spezifischen Merkmals in der Gruppe über die Zeit hinweg beschreiben. Die Mittelwertstabilität erfasst die Stabilität vs. Veränderung (im Sinne einer Zu- oder Abnahme) der Gruppe aller Individuen auf der jeweils betrachteten Persönlichkeitsvariable. Lassen sich reliable Mittelwertsänderungen feststellen, so bedeutet das einen normativen Wandel der Persönlichkeit, der sich beispielsweise in biologischen Reifungsprozessen (z.B. die Pubertät) oder auch in normativen Lebensübergängen (z.B. der Berufseinstieg) begründet. Die zunehmende (aber lebenslang niemals absolut gegebene) Stabilität der Persönlichkeit bildet sich auf beiden Stabilitätsmaßen ab:

- (a) Die Rangstabilität nimmt über die Lebensspanne zu und ist im mittleren bis höheren Erwachsenenalter am größten. Das fanden Roberts und DelVecchio (2000) in ihrer Metaanalyse über die Entwicklung der Rangstabilität der Kernmerkmale der Persönlichkeit über die Lebensspanne. Es zeigte sich insgesamt ein linear-stufenweiser Anstieg der mittleren Test-Retest-Korrelationen von .31 in der Kindheit bis .54 im College-Alter (ca. 20. Lebensjahr), .64 mit ca. 30 Jahren und ein sich weiter fortsetzender Anstieg bis zum 50. Lebensjahr (.74), der sich auf diesem Niveau bis zum 70. Lebensjahr hält.
- (b) Die Mittelwertsänderungen auf Gruppenebene fallen mit zunehmendem Alter geringer aus, wie Roberts, Walton und Viechtbauer (2006) in einer Metaanalyse über die Mittelwertsveränderungen der Kernmerkmale der Persönlichkeit über die Lebensspanne hinweg fanden. Sie konnten u.a. eine Zunahme sozialer Dominanz (als Facette von Extraversion), Gewissenhaftigkeit und emotionaler Stabilität (vs. Neurotizismus) über die Lebensspanne hinweg, vor allem aber im jüngeren Erwachsenenalter herausstellen. Hingegen nehmen soziale Aktivität (als weitere Facette von Extraversion) und Offenheit für Erfahrung gerade in der Adoleszenz zu, bleiben stabil auf dem im jüngeren Erwachsenenalter erreichten Niveau, um dann im höheren Erwachsenenalter wieder abzunehmen. Verträglichkeit nimmt im Laufe der Lebensspanne zwar kontinuierlich, im mittleren Erwachsenenalter aber nochmals deutlich zu.

(2) *Plastizitätsprinzip*

Das Prinzip beschreibt das schon angesprochene, lebenslange Veränderungspotenzial der Persönlichkeit. Es besagt, dass die Umwelt über die gesamte Lebensspanne hinweg Einfluss auf die Persönlichkeit nehmen kann. Der Motor der Persönlichkeitsentwicklung ist dabei die Adaptation des Stabilität und Vorhersehbarkeit suchenden Individuums an die sich verändernde Umwelt¹⁶, wobei sich hier vor allem Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit zeigen (s. z.B. für die Selbstwertentwicklung über die Lebensspanne Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003).

(3) *Soziales Investitionsprinzip*

Das Prinzip thematisiert normative Übergangsphasen und die mit ihnen verbundenen neuen Rollen sowie Aufgaben als Initiatoren von Persönlichkeitsentwicklung/-veränderungen. Der Phaseintritt ist hoch bzw. phasenspezifisch auch absolut wahrscheinlich; zumeist ist sogar der Eintrittszeitpunkt vorhersehbar. Das ermöglicht einerseits antizipatorische Sozialisation (s. Kapitel 2.1.1.1); zum anderen sind die an die Transition geknüpften Erwartungen im Sinne der sozialen und personalen Anpassung des Individuums transparent (z.B. klar strukturierte Rechte, Pflichten, erforderliche Verhaltensmuster und soziale Rollenzuweisungen; Olbrich, 1995). Persönlichkeitsveränderungen im Zuge der Adaptation werden angeregt und erleichtert, weil die Erfüllung der an das Individuum gerichteten Erwartungen von Seiten der Gesellschaft belohnt wird.

Im Falle der Konfrontation mit nicht-normativen kritischen Lebensereignissen ist nachhaltige Persönlichkeitsentwicklung weniger wahrscheinlich. Das Individuum sieht sich hier mit einer unsteten und mehrdeutigen Umwelt konfrontiert. Die Bewältigungsanforderungen sind vergleichsweise unklar. In instabilen Umwelten kann sich der Einfluss der Umwelt auf die Persönlichkeit nicht entfalten. Vielmehr wirkt hier die Persönlichkeit stärker auf die Umwelt (s. Prinzip 5). Es kommt zu einer Akzentuierung der Persönlichkeit.

(4) *Korresponsivitätsprinzip*

Diesem Prinzip zufolge werden Umweltbedingungen nicht zufällig aufgesucht. Gemäß seiner Persönlichkeit wählt (wenngleich unbewusst) ein Individuum spezifische Umweltbedingungen aus. Positive Lebenserfahrungen in der spezifischen Umwelt initiieren dann Veränderungen vor allem in jenen Persönlichkeitsmerkmalen, die dazu beitrugen, dass das Individuum die Umwelt aufsuchte. Selektion und Sozialisation korrespondieren folglich.

¹⁶ im Sinne der kritischen Lebensereignisforschung an die Aufhebung des bisherigen Person-Umwelt-Passungsgefüges

Roberts, Caspi und Moffitt (2003) konnten dies beispielsweise hinsichtlich erster Berufserfahrungen zeigen. Diese Studie wird nachfolgend noch genauer dargestellt (s. Kapitel 2.4.2.1).

(5) *Prinzip der sozialen Rollen- und Interaktionskontinuität*

Dieses Prinzip spezifiziert den Einfluss der sozialen Umwelt auf die Persönlichkeitsentwicklung, indem es postuliert, dass dieser sich in kontinuierlichen und langfristig gelebten Interaktionen zeigt. Persönlichkeitsentwicklung vollzieht sich demnach vorrangig in stabilen Umwelten. In temporär destabilisierten Umwelten findet keine nachhaltige Persönlichkeitsveränderung statt. Hier wirkt die Persönlichkeit stärker auf die Umwelt als umgekehrt. Die Person bemüht sich um die Wiederherstellung von Stabilität, indem sie die Umwelt persönlichkeitsbasiert gestaltet (s. z.B. für die Persönlichkeitsentwicklung in Abhängigkeit von der Partnerschaftsstabilität Lehnart & Neyer, 2006).

Mit Blick auf den Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen lässt sich zusammenfassend annehmen, dass Persönlichkeitsveränderungen stattfinden. Im Rahmen des Berufseinstiegs als normativer Übergang übernehmen die Jung-ÄrztInnen neue soziale Rollen bzw. sind sie aufgefordert, neue Aufgaben zu lösen. Das vermag Persönlichkeitsveränderungen zu initiieren (*Soziales Investitionsprinzip*). Die Jung-ÄrztInnen sind zudem im jungen Erwachsenenalter. Die Stabilität der Persönlichkeit ist hier noch vergleichsweise geringer als in späteren Lebensaltern (*Kumulatives Kontinuitätsprinzip*). Der Berufseinstieg bedeutet eine akute Destabilisierung der Umwelt. Die Jung-ÄrztInnen bemühen sich folglich um die Wiederherstellung von Stabilität bzw. um die Wiederherstellung eines Person-Umwelt-Arrangements, indem sie sich anpassen. Diese Anpassung dürfte sich dann auch in Veränderungen der Persönlichkeit widerspiegeln (*Plastizitätsprinzip*). Der Berufseinstieg stellt eine Zäsur im bisherigen Person-Umwelt-Arrangement der Jung-ÄrztInnen dar; die Destabilisierung der Umwelt ist jedoch kurzfristiger Natur – tatsächlich überführt der Berufseinstieg die Jung-ÄrztInnen in eine perspektivisch durchaus stabile, neue Umwelt: Das Berufsdasein als Ärztin/Arzt. Erst dann sollten sich, dem *Prinzip der sozialen Rollen- und Interaktionskontinuität* folgend, bedeutsame und nachhaltige Veränderungen in der Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen durch den Einfluss der nunmehr wieder als stabil erfahrenen Umwelt herausstellen lassen. In der vorliegenden Arbeit werden jedoch nur die ersten Monate der Arbeitstätigkeit überblickt. Das ist nicht nur ein für die Aufdeckung von Persönlichkeitsentwicklung vergleichsweise kurzer Zeitraum, sondern es kann für ihn tatsächlich auch kaum Stabilität angenommen werden. Nicht nur der konkrete Arbeitsbeginn, sondern auch die ersten Arbeitsmonate der Jung-ÄrztInnen dürften, u.a. mit

Blick auf alltäglich neu zu sammelnde Erfahrungen, Heraus-, gegebenenfalls auch Überforderungen und das Bemühen, sich sowohl im Arbeitssetting als auch im Privatleben neu zu positionieren, turbulent sein. Insofern sollten Persönlichkeitsveränderungen hier zunächst einmal eher Ausdruck der Reaktion auf den Berufseinstieg sein, als dass sie ‚wahre‘ Persönlichkeitsentwicklung darstellen. Diese vollzieht sich erst in stabilen/wieder stabilisierten Umwelten bzw. kann die Umwelt dann erst ihren Einfluss auf die Persönlichkeit entfalten. In der vorliegenden Arbeit wird sich der Diskussion um die Natur von Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs, wie sie auch schon in anderen Studien herausgestellt wurden (s. Kapitel 2.4.2.2), angenähert, indem konkurrierend (a) der Umwelteinfluss, konkret der Effekt der Arbeitsbelastung als Umweltbedingung, und (b) der Effekt der Beanspruchungsreaktion auf den Arbeitsbeginn als Determinanten interindividueller Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen getestet werden. Lässt sich der Umwelteinfluss, d.h. jener der Arbeitsbelastung herausstellen, würde ‚wahre‘ bzw. nachhaltige Persönlichkeitsentwicklung zu diskutieren sein. Zeigt sich hingegen, wie eher vermutet, ein Effekt der Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg, so spräche dies für eine (vermutlich eher kurzzeitige) Spiegelung der Reaktion auf den Berufseinstieg in der Persönlichkeit.

Bevor Befunde zu Persönlichkeitsveränderungen bei ÄrztInnen vorgestellt werden, gilt das Interesse nachfolgend zunächst Persönlichkeitsveränderungen infolge kritischer Lebensereignisse im Allgemeinen. Wie aber schon in der Betrachtung der Auswirkungen kritischer Lebensereignisse auf das Befinden der betroffenen Personen dargestellt, gilt es auch in der Untersuchung ihrer Effekte auf die Persönlichkeit, Einzelereignisse (vs. die allgemeine kritische Lebensereignisbelastung in einem festgelegten Zeitraum) zu betrachten, um so fundierte Aussagen über spezifische Rückwirkungen treffen zu können (Filipp, 2007; Filipp & Aymanns, 2010).

Auswirkungen auf Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit

Befunde zu Veränderungen in Oberflächenmerkmalen liegen u.a. für Ziel- und Motivstrukturen, für Wertorientierungen und Überzeugungssysteme, für das Kontrollstreben sowie für Indikatoren persönlichen Wachstums vor.

So kann die Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis u.a. dazu führen, dass die betroffene Person von der Realisation persönlich relevanter Ziele weniger überzeugt ist. Tangiert das kritische Lebensereignis vergleichsweise viele persönlich relevante Ziele, erschwert das wiederum seine Bewältigung (Emmons, Colby & Kaiser, 1998).

Studien, die existentiell bedrohliche Lebensereignisse in den Blick nahmen, konnten zeigen, dass diese eine Zielverschiebung initiieren können. Lykins, Segerstrom, Averill, Evans und Kemeny (2007) fanden beispielsweise, dass intrinsische gegenüber extrinsischen Zielen angesichts der Konfrontation mit einem solchen Ereignis an Bedeutung gewannen. In einer Studie von Fung und Carstensen (2006) war nach einem gravierenden, die Endlichkeit des eigenen Lebens vergegenwärtigenden Lebensereignis (11. September 2001) das Ziel der Herstellung von sozialer Nähe und Vertraulichkeit vergleichsweise stärker ausgeprägt. Mehl und Pennebaker (2003) konnten zeigen, dass auch Bemühungen zur Erreichung dieser nunmehr prominenten Ziele zunahmten, was sich im Bedürfnis nach sozialer Unterstützung und der damit verknüpften Erwartung einer erleichterten Emotionsregulation begründet (Filipp & Aymanns, 2010). Aber auch der Einfluss subjektiv bedrohlicher Lebensereignisse auf individuelle Wertorientierungen – beispielsweise im Sinne einer Zunahme von religiös konnotierten Werten, wie z.B. Dankbarkeit, Hoffnung, Freundlichkeit und Liebe – ist belegt (Peterson & Seligman, 2003).

Eine Untersuchung zum Einfluss kritischer Lebensereignisse auf die Motivation, konkret auf das Streben nach aktiver Lebensgestaltung (*primäre Kontrolle*), stammt von Poulin und Heckhausen (2007). Sie konnten zeigen, dass sich bereichsspezifisches Kontrollstreben (hier karriere- und ausbildungsbezogen) nach der Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis verringerte, wobei dieser Effekt durch verringerte Kontrollüberzeugungen vermittelt wurde.

Untersucht sind auch Veränderungen von Lebensperspektiven als Indikator für persönliches Wachstum infolge der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen. Befunde dazu scheinen die von der entwicklungspsychologischen Position vorgenommene positive Bewertung kritischer Lebensereignisse als *Entwicklungsanreiz* (Filipp, 2007) oder auch als „Weg in positive Transformationen des Verhaltens und Erlebens und des Verständnisses von der eigenen Person“ (Filipp & Aymanns, 2010, S. 18) zu untermauern. So wurde beispielsweise wiederholt die Fähigkeit zur Entwicklung einer positiven Betrachtung des eigenen Lebens auch oder vielmehr gerade erst im Angesicht der Belastung durch das kritische Lebensereignis schwere Krankheit aufgezeigt (s. für einen Überblick Linley & Joseph, 2004; Sears, Stanton & Danoff-Burg, 2003).

In der vorliegenden Arbeit werden Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung im Zuge des Berufseinstiegs untersucht. Eine frühere Untersuchung zur Entwicklung der Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit junger Erwachsener in Abhängigkeit von ihren ersten Arbeitserfahrungen stammt von Roberts et al. (2003). Sie befragten ihre

StudienteilnehmerInnen im 18. Lebensjahr (T1) und dann ein zweites Mal im 26. Lebensjahr (T2). Sie fanden u.a., dass junge Erwachsene, die zu T2 schon höhere Positionen erreicht hatten, im Betrachtungszeitraum dispositionell weniger ängstlich, aber glücklicher und selbstbewusster geworden waren. Jene, die in einflussreicheren Positionen arbeiteten, zeigten zwischenzeitliche Zunahmen sozialer Dominanz und dispositionellen Arbeitsengagements. Darüber hinaus hatte allgemeines Wohlbefinden von der Adoleszenz ins Erwachsenenalter zugenommen. Personen, die sich im 26. Lebensjahr durch eine höhere Arbeitszufriedenheit auszeichneten, waren über die Zeit hinweg weniger ängstlich und stressanfällig geworden (s. auch Scollon & Diener, 2006, die zeigen konnten, dass eine zunehmende Arbeitszufriedenheit mit einer Abnahme von Neurotizismus assoziiert ist). Ein hohes Arbeitsengagement zu T2 war mit einer zwischenzeitlichen Zunahme des dispositionellen Arbeitsengagements und einer gewachsenen Orientierung an konventionellen sozialen Normen assoziiert. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass Merkmale der Arbeitstätigkeit das Potenzial haben, Persönlichkeitsveränderungen/-entwicklung zu bedingen und zu gestalten. Untersucht wurden auch Selektionseffekte, d.h. die Frage, inwiefern die Persönlichkeit im 18. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit erhöht, später spezifische Arbeitserfahrungen (u.a. Position, Einfluss/Macht, Autonomie, finanzielle Sicherheit) zu machen. Die hypothetisierten Selektionseffekte ließen sich empirisch mehrheitlich bestätigen. So waren beispielsweise Personen, die sich zu T1 durch eine positivere Emotionalität auszeichneten, später in höheren Positionen tätig und arbeitszufriedener. Junge Erwachsene, die schon früh eine höhere Leistungsorientierung berichteten und sich sozial stark/wirksam fühlten, waren später in höheren und einflussreicheren Positionen bzw. in stärkerem Maße autonom tätig. Zudem zeigte sich, das *Korrespondenzprinzip* unterstützend, dass sich jene Persönlichkeitsmerkmale aufgrund der Arbeitserfahrungen verändert hatten, anhand derer sich zuvor die individuellen Arbeitserfahrungen vorhersagen ließen.

Das fand auch schon Roberts (1997) in der Auswertung einer Längsschnitterhebung mit drei Messzeitpunkten, in der er den Einfluss von Arbeitserfahrungen bei Frauen vom 21. zum 27. (erster Betrachtungszeitraum; Anfang der 1960er Jahre) und vom 27. bis zum 43. Lebensjahr (zweiter Betrachtungszeitraum, der mit der dritten Erhebung im Jahr 1981 endete) untersuchte. Er konnte zeigen, dass – im Unterschied zu den zuvor dokumentierten Befunden – Arbeitserfahrungen (im Sinne von beruflichen Errungenschaften und der Beteiligung am Erwerbsleben) Persönlichkeitsveränderungen nicht im jungen, wohl aber im mittleren Erwachsenenalter, d.h. im zweiten Betrachtungszeitraum bedingten. Das bestätigt im Übrigen das *Plastizitätsprinzip*, demgemäß sich Persönlichkeitsveränderungen über die gesamte Lebensspanne vollziehen. Frauen, die – unter Berücksichtigung ihrer Voll- und Teilzeitbeschäftigungen – insgesamt mehr arbeiteten und beruflich erfolgreicher waren, wurden zwischen dem 27. und 43. Lebensjahr

selbstbewusster, disziplinierter und unabhängiger bzw. gewannen an Durchsetzungskraft. Zudem ließ sich bei ihnen eine Zunahme von Impulskontrolle, Verantwortungsbewusstsein und Leistungsorientierung verzeichnen. Dass sich ein Einfluss der Arbeitserfahrungen auf die Persönlichkeit nicht im jungen Erwachsenenalter fand, mag sich, so vermutete Roberts, in den unterschiedlichen Längen der Betrachtungszeiträume (6 vs. 16 Jahre) und die im ersten Betrachtungszeitraum noch geringe Variabilität in den Maßen zur Erfassung der Arbeitserfahrung (d.h. geringe Varianz auf dem Berufserfolgsmaß und dem des Beschäftigungsumfangs) begründen. Zudem bettete er die Befunde historisch-gesellschaftlich ein: Anfang der 1960er Jahre (T1) verschrieben sich die jungen Frauen zunächst einmal der Familiengründung; Arbeitserfahrungen als Teil des Selbstkonzeptes erlangten dann erst in der zweiten Hälfte des vierten Lebensjahrzehnts wieder an Bedeutung, indem die familiären Verpflichtungen nachließen. Dementsprechend schlussfolgerte Roberts (1997), dass Arbeitserfahrungen auch erst dann ihren Einfluss auf die Persönlichkeit entfalten konnten.

Auswirkungen auf Kernmerkmale der Persönlichkeit

Kernmerkmale werden zwar gegenüber Oberflächenmerkmalen als stabiler, d.h. als weniger veränderungssensitiv durch individuelle Lebenserfahrungen bzw. den Einfluss der Umwelt angenommen; ihre umweltseitige Beeinflussung ist jedoch keinesfalls auszuschließen. Die beiden nachfolgend erläuterten Studien belegen dies.

Den Einfluss kritischer Lebensereignisbelastung auf die *Big Five* als Kernmerkmale der Persönlichkeit konnten Costa, Herbst, McCrae und Siegler (2000) bei Personen im mittleren Erwachsenenalter herausstellen. So wiesen StudienteilnehmerInnen, die zwischen dem ersten und zweiten Messzeitpunkt (sechs bis neun Jahre) ihren Arbeitsplatz verloren hatten, einen Anstieg von Neurotizismus und Abnahmen auf Indikatoren von Extraversion und Gewissenhaftigkeit auf. Hinsichtlich Persönlichkeitsveränderungen in Abhängigkeit von der partnerschaftlichen Gebundenheit bzw. deren Statusänderung im Untersuchungszeitraum fanden sich geschlechtsdifferentielle Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum geschiedene Frauen zeigten gegenüber (wieder) verheirateten Frauen einen Anstieg von Extraversion und Offenheit. Bei geschiedenen Männern fand sich hingegen eine Abnahme von Gewissenhaftigkeit. Männer, die im Untersuchungszeitraum (wieder) geheiratet hatten, waren zum späteren Befragungszeitpunkt weniger neurotisch. Weiterführend fanden Costa et al., dass nicht der Eintritt eines kritischen Lebensereignisses per se Schlussfolgerungen über Persönlichkeitsveränderungen gestattet, sondern die Qualität der subjektiven Bewertung des Ereignisses berücksichtigt werden muss. Während sich kein Zusammenhang zwischen einer als positiv wahrgenommenen Lebensveränderung durch relevante Ereignisse und Persönlichkeitsveränderungen fand, bedingte die

negative Beurteilung der Lebensveränderung – wenngleich die Effekte klein und ereignisabhängig waren – eine Zunahme von Neurotizismus und Abnahmen von Extraversion und Gewissenhaftigkeit. Auch die Befunde von Vaidya, Gray, Haig und Watson (2002) legen die Bedeutung der subjektiven Bewertung eines kritischen Lebensereignisses als positiv oder negativ für Persönlichkeitsveränderungen nahe. Im Übrigen verdeutlichen ihre Ergebnisse auch die umso größere Einflussnahme kritischer Lebensereignisse auf Oberflächen- (z.B. dispositionelle Affektivität) denn auf Kernmerkmale der Persönlichkeit (*Big Five*).

Neyer und Asendorpf (2001) untersuchten über vier Jahre hinweg Persönlichkeitsveränderungen bei jungen Erwachsenen im Zuge eines normativen Übergangs – der Aufnahme einer Liebesbeziehung. Es zeigten sich zunächst, die These der Persönlichkeitsreifung im jungen Erwachsenenalter stützend (*Kumulatives Kontinuitätsprinzip*), ereignisunabhängige, normative Mittelwertsänderungen in den *Big Five*-Faktoren Neurotizismus (Abnahme), Gewissenhaftigkeit (Zunahme) und Verträglichkeit (marginal signifikante Zunahme) sowie auf den Oberflächenmerkmalen Schüchternheit (Abnahme) und Selbstwertgefühl (Zunahme). Weiterführend fanden sich durch die Aufnahme einer Liebesbeziehung (nicht aber durch andere, vergleichend betrachtete Transitionen wie der Übergang von der Schule/Universität in die Berufstätigkeit oder auch der Übergang in die Elternschaft) nachhaltige (d.h. auch über das Beziehungsende hinweg andauernde) Veränderungen in folgenden Kern- und Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit: Neurotizismus sowie Schüchternheit (Abnahmen), Extraversion, Gewissenhaftigkeit und Selbstwertgefühl (Zunahmen). Diese Veränderungen fanden sich nicht in einer Vergleichsgruppe junger Erwachsener, die im Untersuchungszeitraum keine Beziehung begonnen hatten. Zudem bestanden die Effekte losgelöst von der Partnerschaftsdauer und der Beziehungsart (verheiratet vs. unverheiratet). Die Befunde unterstreichen die Bedeutsamkeit der Aufnahme einer Liebesbeziehung als Katalysator von Persönlichkeitsentwicklung (*Soziales Investitionsprinzip*). Die Autoren untersuchten weiterführend auch Persönlichkeitseffekte auf die Entwicklung von Partnerschaftsvariablen. Extraversion, Neurotizismus und Schüchternheit (T1) sagten eine T1-T2-Abnahme von partnerschaftlicher Nähe und Zunahme von Unsicherheit vorher, ein hohes Selbstwertgefühl hingegen die Zunahme partnerschaftlicher Nähe und Abnahme von Unsicherheit. Zudem bedingte eine vergleichsweise höhere T1-Verträglichkeit eine zu T2 gegenüber T1 stärker empfundene Bedeutsamkeit der Partnerschaft. Ferner konnten Neyer und Asendorpf den Einfluss spezifischer Beziehungsvariablen (auch derer mit Freunden und KollegInnen) auf die Entwicklung der Persönlichkeit herausstellen. So war beispielsweise allgemeine Beziehungsunsicherheit zu T1 mit einer Zunahme von Neurotizismus im Untersuchungszeitraum assoziiert. Die Analyse korrelierter Veränderungen zeigte, dass eine T1-T2-Zunahme von Beziehungsunsicherheit z.B. mit einer Abnahme von Extraversion,

Gewissenhaftigkeit und Selbstwertgefühl sowie mit einer Zunahme von Schüchternheit und Neurotizismus assoziiert war.

2.4.2.2 Forschungsstand zur Persönlichkeitsentwicklung bzw. zu Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen.

In Kapitel 2.3.4 wurde bereits darauf hingewiesen, dass berufseinsteigende ÄrztInnen persönlichkeitsbasiert gut ‚ausgestattet‘ sind (u.a. Abele, 2006; Buddeberg-Fischer et al., 2002b; Felber, 2005). Allerdings, und damit sei nun auf Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen im Laufe ihrer ersten Berufsjahre eingegangen, fand Abele (2006) eine geschlechtsdifferentielle Entwicklung in den von ihr betrachteten Persönlichkeitsvariablen über die Zeit hinweg. Während berufliche/s Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen bei Ärzten drei Jahre nach dem Studiumabschluss/Berufseinstieg (T3) gegenüber dem ersten Befragungszeitpunkt zum Studiumsende gestiegen waren, wiesen die Frauen gegenüber T1 und im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen zu T3 deutlich geringere Ausprägungen beider Persönlichkeitsvariablen auf. Das ist insofern interessant, als dass sich Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Arbeitsbedingungen oder auch Benachteiligungserfahrungen nicht unterschieden. Abele vermutete daher geschlechtsspezifische Attributionsprozesse im Zuge der Konfrontation mit beruflichen Misserfolgen und Unsicherheiten: Demnach ließe sich der Befund dadurch erklären, dass Frauen eher als Männer dazu neigen, Misserfolge internal zu attribuieren, was zu einem dann über die Zeit hinweg abnehmenden Selbstwirksamkeitserleben und -vertrauen führt.

Auch Brewin und Firth-Cozens (1997) fanden eine geschlechtsdifferentielle Entwicklung der von ihnen untersuchten Persönlichkeitsvariablen Selbstkritik und interpersonaler Abhängigkeit. Während sich Männer und Frauen in ihren Ausprägungen auf dem Merkmal Selbstkritik zu T1, d.h. noch zu Zeiten des Medizinstudiums, nicht signifikant voneinander unterschieden, hatte die Selbstkritik auf Seiten der Ärztinnen, nicht aber bei Ärzten im ersten Weiterbildungsjahr (T2) zugenommen. Hinsichtlich der Persönlichkeitsvariable Abhängigkeit wiesen die Frauen zum ersten und zweiten Befragungszeitpunkt gegenüber den Ärzten höhere Werte auf, für letztere fand sich jedoch eine signifikante Zunahme auf diesem Merkmal von T1 zu T2. Wie auch in der Untersuchung von Abele (2006) bestand kein Geschlechtsunterschied bezüglich der Arbeitsbelastung, der die Ergebnisse hätte erklären können. So lässt sich hier wieder Abeles Vermutung einer ungünstigeren Misserfolgsattribution bei Frauen als Erklärung für deren zugenommene Selbstkritik heranziehen. In dem sich verstärkenden Bedürfnis nach Schutz und Umsorgung bei den Ärzten mag sich die von T1 zu T2 zugenommene Beanspruchung (Depressivität) spiegeln.

Die eigene Vorarbeit (Felber, 2005) war eine Querschnittserhebung bei AiPlerInnen und AssistenzärztInnen. Es ließen sich folglich zwar keine Persönlichkeitsveränderungen über die Zeit hinweg untersuchen, interessant war jedoch, dass sich für AssistenzärztInnen gegenüber AiPlerInnen ein signifikant geringeres Selbstwertgefühl und gleichfalls eine geringere Resilienz fand. Diese Ergebnisse könnten zwar auch auf Stichprobeneffekten basieren, es ist aber auch nicht auszuschließen, dass sie Veränderungen in protektiven Persönlichkeitsmerkmalen innerhalb der ersten Berufsjahre bzw. aufgrund der in diesen gesammelten Erfahrungen dokumentieren und damit die zuvor zitierten Befunde unterstützen.

Von Kaufman Cartwright und Wink (1994) stammt eine längerfristig angelegte Untersuchung zur Persönlichkeitsentwicklung von US-amerikanischen Ärztinnen. Sie wurden insgesamt drei Mal befragt: 1967 (T1; zu Zeiten des Medizinstudiums, Durchschnittsalter: 24 Jahre), 1975 (T2, Durchschnittsalter: 31 Jahre) sowie 1990 (T3, Durchschnittsalter: 46 Jahre). Zu T1 zeichneten sich die angehenden Ärztinnen gegenüber der Normstichprobe durch u.a. deutlich höhere Werte in den Merkmalen Externalität, Offenheit/Interesse, intellektuelles Leistungsvermögen und Impulskontrolle aus. Im Längsschnitt, d.h. Veränderungen in den ersten Berufsjahren betrachtend, zeigten sich signifikante Abnahmen auf den Variablen Geselligkeit und Empathie. Darüber hinaus verringerte sich das Konformitätsstreben der Jung-Ärztinnen, sie hinterfragten im stärkeren Maße Verpflichtungen und Aufträge, fühlten sich anderen gegenüber weniger verantwortlich und verfolgten im geringeren Maße das Ziel, einen guten Eindruck zu machen. Gleichzeitig nahm ihr Leistungsbemühen zu. Von T2 zu T3 zeigten sich dann Anstiege auf den Variablen Dominanz (im Sinne verbesserter Führungsqualitäten) und Selbst-/Impulskontrolle. Die vorherigen Abnahmen von Verantwortung und dem Bedürfnis, einen guten Eindruck machen zu wollen, hatten sich wieder aufgehoben. Gleichzeitig nahmen im Betrachtungszeitraum die soziale Präsenz (im Sinne von Spontaneität in Beziehungen) und das Bedürfnis nach Akzeptanz und Anerkennung durch andere ab. Leider wurde die Persönlichkeitsentwicklung der Ärztinnen nicht in Beziehung zu ihren Arbeits-erfahrungen bzw. zu ihrem Beanspruchungserleben gesetzt, um weiterführend zu erklären, worauf sich die aufgezeigten Veränderungen zurückführen lassen bzw. wie sie hinsichtlich ihrer Natur zu diskutieren sind.

Es lässt sich zusammenfassen, dass bisher nicht viele Befunde zur Entwicklung der Persönlichkeit bzw. zu Veränderungen in dieser bei berufseinsteigenden ÄrztInnen bzw. bei Jung-ÄrztInnen im Laufe ihrer ersten Berufsjahre vorliegen. Sofern Persönlichkeitsvariablen in der Untersuchung der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung berücksichtigt wurden, galt das Interesse vorrangig ihren Effekten auf die Beanspruchung. Wurden doch

Persönlichkeitsveränderungen untersucht, so basierten die Analysen auf längeren Betrachtungszeiträumen als dem in der vorliegenden Arbeit gewählt. Zum Teil fanden sich als ungünstig zu bewertende Veränderungen in den untersuchten Ressourcen der Persönlichkeit. Daraufhin wird auch in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass sich im Mittel Verringerungen der betrachteten Schutzfaktoren Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung zeigen. Es wird angenommen, dass diese eher Ausdruck des *Praxischocks* bzw. der Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg, als der eines Umwelteinflusses, der eine nachhaltigere Persönlichkeitsentwicklung nahe legen würde, sind. Veränderungen in den stärker genetisch determinierten, folglich stabileren bzw. gegenüber Umwelteinflüssen weniger sensitiven Kernmerkmalen der Persönlichkeit, den *Big Five*, werden explorativ ergründet. Aber auch hier gilt das Interesse der Erklärung interindividueller Unterschiede in den Veränderungen durch interindividuelle Umweltbedingungen (hier Arbeitsbelastung) vs. Unterschiede in der Beanspruchungsreaktion. Die Erklärung von Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen wurde in den früheren Studien so noch nicht verfolgt. D.h., die Autoren dokumentierten zwar entsprechende Veränderungen, untersuchten aber nicht systematisch deren Ursache. Insofern leistet die vorliegende Arbeit einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Natur von Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen im Zuge ihrer ersten Berufserfahrungen.

2.5 Zusammenfassung

Der Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen lässt sich, so wurde gezeigt, als ein normatives kritisches Lebensereignis verstehen. Er stellt eine Zäsur im bisherigen Person-Umwelt-Passungsgefüge der Jung-ÄrztInnen dar. Dabei gilt es jedoch, ihr Erleben nicht erst ab dem Moment des Ereigniseintritts, sondern auch schon ihre Ausgangssituation zu betrachten, da in dieser gegebenenfalls schon herausgestellte Vulnerabilität (aufgrund schon bestehender Belastung, Beanspruchung bzw. gering ausgeprägter psychischer Ressourcen) die Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg und seine Bewältigung beeinflussen kann.

Mit dem Berufseinstieg stellt sich eine oftmals starke Arbeitsbelastung ein, die Einfluss auch auf andere Lebensbereiche der Jung-ÄrztInnen nimmt. Für die Bewältigung des kritischen Lebensereignis Berufseinstieg bzw. der ereignisspezifischen Belastung ‚Arbeit‘ sind psychische Ressourcen essentiell. Diese können (a) einen direkten Effekt auf die Belastungswahrnehmung haben, die im Falle geringer Ausprägungen der protektiven Personvariablen umso stärker ausfallen dürfte; (b) direkt die Herausbildung von Beanspruchung beeinflussen, die im Falle hoher Ausprägungen geringer sein sollte (*Haupteffekt-Modell*) und (c) die Arbeitsbelastungs-

Beanspruchungs-Beziehung moderieren und zwar insofern, als dass Jung-ÄrztInnen mit hohen Ausprägungen der personalen Ressourcen angesichts einer starken Arbeitsbelastung vergleichsweise weniger beansprucht sind als jene mit geringen Ausprägungen dieser Schutzfaktoren (*Puffereffekt-Modell*).

Die Befundlage zur Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung bei Jung-ÄrztInnen und Bedeutung der Persönlichkeit in dieser ist qualitativ heterogen bzw. – gerade auch mit Blick auf die Moderatorwirkung protektiver Personvariablen – noch unzureichend. Die Ergebnisse vieler der zu den ersten Berufsjahren von ÄrztInnen veröffentlichten Studien fußen auf Querschnittsdesigns und sind mitunter lediglich deskriptiver Natur (d.h. sie berichten zum Teil lediglich Häufigkeiten/Verteilungen der betrachteten Belastungsfaktoren und Beanspruchungsindikatoren). Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass Arbeitsbelastung und Beanspruchung auch bei jungen ÄrztInnen assoziiert sind, nicht immer aber basieren entsprechende Schlussfolgerungen der Autoren auf einer systematischen Überprüfung der Zusammenhänge (u.a. Rockenbauch et al., 2006; Stiller & Busse, 2008b). Hinsichtlich der vergleichsweise geringen Zahl veröffentlichter Längsschnittstudien lässt sich festhalten, dass ihr Auswertungspotenzial zumeist nicht ausgeschöpft wurde. Die Befunde fußen, wenn überhaupt, allein auf varianzanalytischen oder bivariat-korrelativen Auswertungsstrategien. Die Effekte von Arbeitsbelastung und Persönlichkeit auf die Beanspruchungsentwicklung, d.h. im zeitlichen Verlauf, wurden damit nicht systematisch überprüft. Sofern überhaupt auch die Bedeutsamkeit von Persönlichkeitsvariablen in der Entstehung und Entwicklung von Beanspruchung im Laufe der ersten Berufsjahre untersucht wurde, erfolgte einerseits oftmals keine Analyse ihres gegenüber der Arbeitsbelastung eigenständigen Erklärungswerts für Beanspruchungserleben (d.h. voneinander unabhängige Betrachtung beider Prädiktorenkomplexe in den Regressionsanalysen). Zum anderen wurde mehrheitlich nur ihr Haupteffekt auf die Beanspruchung, nicht aber – wie in der vorliegenden Arbeit – ihre Pufferwirkung in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung geprüft.

Die Untersuchung von Beanspruchung infolge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis repräsentiert die klinisch-gesundheitliche Perspektive auf die eher unmittelbaren Auswirkungen von kritischen Lebensereignissen. Im Rahmen der entwicklungspsychologischen Perspektive wird Persönlichkeitsentwicklung als (längerfristiges) Resultat der Auseinandersetzung mit einem kritischen Lebensereignis diskutiert und untersucht. Der Frage, inwieweit sich diese bei Jung-ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs einstellt bzw. tatsächlich auf dieses Lebensereignis zurückführen lässt, wurde bisher kaum nachgegangen. Daher gilt ihr, neben der Untersuchung der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung und der Bedeutsamkeit der Persönlichkeit für diese, das zweite große Untersuchungsinteresse der vorliegenden Arbeit.

3 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN

In diesem Kapitel wird zunächst die eigene Vorarbeit (Felber, 2005) noch einmal genauer beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt – zum besseren Verständnis der Leitfragen und Hypothesen – die Erläuterung des Studiendesigns.

3.1 Eigene Vorarbeit

Das Beanspruchungserleben von berufseinsteigenden Jung-ÄrztInnen angesichts gegebener Arbeitsbelastung war bereits Gegenstand einer früheren Untersuchung (Felber, 2005). Schon in dieser querschnittlich angelegten Studie wurde der Frage nachgegangen, inwieweit sich bei jungen ÄrztInnen Beanspruchungserleben angesichts gegebener Arbeitsbelastung zeigt. Dabei wurde eine den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und dem Beanspruchungserleben vermittelnde Wirkung der Persönlichkeitsvariablen Selbstwertgefühl, Resilienz und kausale Unsicherheit¹⁷ hypothetisiert. Von weiterführendem Interesse war die explorative Betrachtung möglicher Unterschiede im Belastungs- und Beanspruchungserleben in Abhängigkeit von der Dauer der Berufserfahrung und vom Geschlecht.

In den Analysen zeigte sich zunächst, dass sich die individuell gegebene Beanspruchung der Berufseinsteiger anhand ihrer Arbeitsbelastung vorhersagen ließ: Je höher diese ausgeprägt war, desto stärker war auch die Beeinträchtigung des Befindens. Dieser Zusammenhang wurde jedoch partiell durch die Persönlichkeitsvariablen Selbstwertgefühl und Resilienz (als Bewältigungsressourcen), in einer Teilstichprobe (zum damaligen Zeitpunkt die AiPlerInnen) aber darüber hinaus auch durch die kausale Unsicherheit (als personaler Vulnerabilitätsfaktor) vermittelt. D.h., Jung-ÄrztInnen, die sich mit einer stärkeren Arbeitsbelastung konfrontiert sahen, ging es u.a. auch deshalb vergleichsweise schlechter, weil die Auseinandersetzung mit einer starken Arbeitsbelastung mit einem verringerten Selbstwertgefühl und einer reduzierten Resilienz sowie einer erhöhten kausalen Unsicherheit einherging.

Im Zuge der Betrachtung möglicher Geschlechtsunterschiede ließ sich für die Ärztinnen eine gegenüber ihren männlichen Kollegen tendenziell stärkere Beanspruchung feststellen, welche sich vor allem in einer größeren (berufsbezogenen) Angst sowie im vermehrten Erleben psychosomatischer Beschwerden begründete.

¹⁷ *Kausale Unsicherheit* beschreibt, inwieweit eine Person davon überzeugt ist, die Fähigkeit zu besitzen, (angemessene) Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in ihrer Erlebniswelt aufdecken zu können (Weary & Edwards, 1994).

Da das in dieser früheren Untersuchung überprüfte Querschnittsdesign keinen Einblick in die kausalen Beziehungen der Konstrukte gewährte, leitete sich aus dieser die Notwendigkeit eines Längsschnittsdesigns ab. Das in der vorliegenden Arbeit entsprechend verwirklichte prospektive Untersuchungsdesign leistet einen wichtigen Beitrag zum besseren Verständnis vom Zeitpunkt der Herausbildung und vom Verlauf des Beanspruchungserlebens in (der Anfangszeit) der ärztlichen Berufstätigkeit.

3.2 Studiendesign

Gegenstand der vorliegenden Studie ist die Untersuchung des Berufseinstiegs junger ÄrztInnen, verstanden als normatives kritisches Lebensereignis, im ersten Jahr nach ihrem Staatsexamen. Das Ziel besteht in der Erklärung interindividueller Unterschiede in der Bewältigung des Berufseinstiegs (a) anhand der sich für den Einzelnen einstellenden Arbeitsbelastung und (b) in Abhängigkeit von ausgewählten Persönlichkeitsvariablen, d.h. psychischen Ressourcen. Ein zweites Untersuchungsinteresse gilt Persönlichkeitsveränderungen im Untersuchungszeitraum und der Erklärung dieser anhand des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg.

Dazu wurden im Rahmen einer prospektiv angelegten Kohortenstudie Jung-ÄrztInnen im gesamtdeutschen Raum insgesamt drei Mal im Abstand von jeweils sechs Monaten im ersten Jahr nach ihrem Studiumabschluss befragt. Die erste Befragung (T1), die in den ersten zwei Wochen nach dem Staatsexamen stattfand, betrachtete die Situation jüngst examinierter, aber noch nicht in den Beruf eingestiegener ÄrztInnen. Gegenstand dieser Befragung waren die Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs sowie die Erfassung von Ausgangsunterschieden in der Persönlichkeit (Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit sowie die *Big Five*) und der Beanspruchung. Die zweite Erhebung (T2) sechs Monate später thematisierte den durch die ÄrztInnen nunmehr absolvierten Berufseinstieg. Das Untersuchungsinteresse galt der sich zwischenzeitlich eingestellten Arbeitsbelastung und Beanspruchung. Zwölf Monate nach der Erstbefragung (T3) wurden die Jung-ÄrztInnen ein letztes Mal befragt. Erfasst wurden zu diesem Zeitpunkt noch einmal die Arbeitsbelastung und Beanspruchung sowie die Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen.

3.3 Leitfragen

Nachfolgend werden die in der vorliegenden Arbeit zentralen Fragestellungen vorgestellt. Sie lassen sich vier Komplexen zuordnen. Im ersten Komplex wird die Situation junger ÄrztInnen

vor ihrem Berufseinstieg betrachtet. Im zweiten und dritten Teil wird das Beanspruchungserleben junger ÄrztInnen nach dem erfolgten Berufseinstieg thematisiert. Im vierten Komplex werden dann Persönlichkeitsveränderungen junger ÄrztInnen im Zuge des Berufseinstiegs als normatives kritisches Lebensereignis adressiert. Folgenden jeweils grafisch veranschaulichten und dann im Hypothesenkapitel weiter ausdifferenzierten Fragestellungen gilt das Interesse:

(I) Die Ausgangssituation berufseinsteigender ÄrztInnen

Fragestellung 1

Wie gestaltet sich die Situation junger ÄrztInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums, d.h. nach dem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg?

Teilfragestellung 1.1

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium und dem Befinden der in den Beruf einsteigenden Jung-ÄrztInnen, der wiederum durch die Bewertung des Berufseinstiegs vermittelt wird?

Teilfragestellung 1.2

Welche Rolle spielen protektive Persönlichkeitsvariablen für die individuelle Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs?

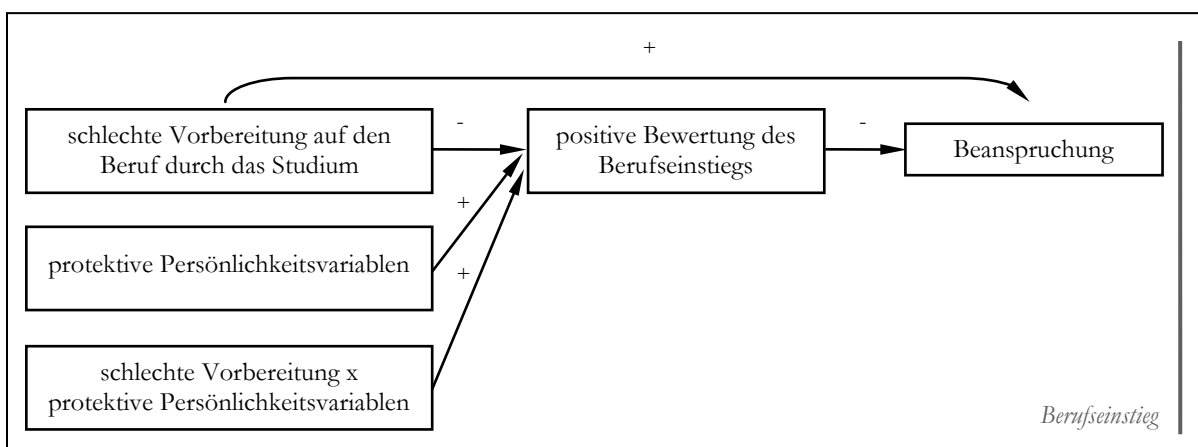


Abbildung 3. Veranschaulichung der Fragestellungen zur Situation von Jung-ÄrztInnen vor ihrem Berufseinstieg (T1-Querschnitt)

(II) Beanspruchung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und Erklärung dieser durch Arbeitsbelastung und protektive Persönlichkeitsvariablen

Fragestellung 2

Wie gestaltet sich die Situation junger ÄrztInnen kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2)?

Teilfragestellung 2.1

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung junger ÄrztInnen und ihrem Beanspruchungserleben zum zweiten Messzeitpunkt?

Teilfragestellung 2.2

Wirken Ausgangsunterschiede junger ÄrztInnen in ausgewählten Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit protektiv in der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis Berufseinstieg? D.h., nehmen protektive Persönlichkeitsvariablen, zum ersten Messzeitpunkt erfasst, (a) Einfluss auf die zum zweiten Messzeitpunkt selbstberichtete Arbeitsbelastung und sagen sie (b) die Beanspruchung vorher?

Teilfragestellung 2.3

Wird die Beziehung zwischen der zum zweiten Messzeitpunkt gegebenen Arbeitsbelastung und Beanspruchung durch Ausgangsunterschiede in protektiven Persönlichkeitsvariablen moderiert?

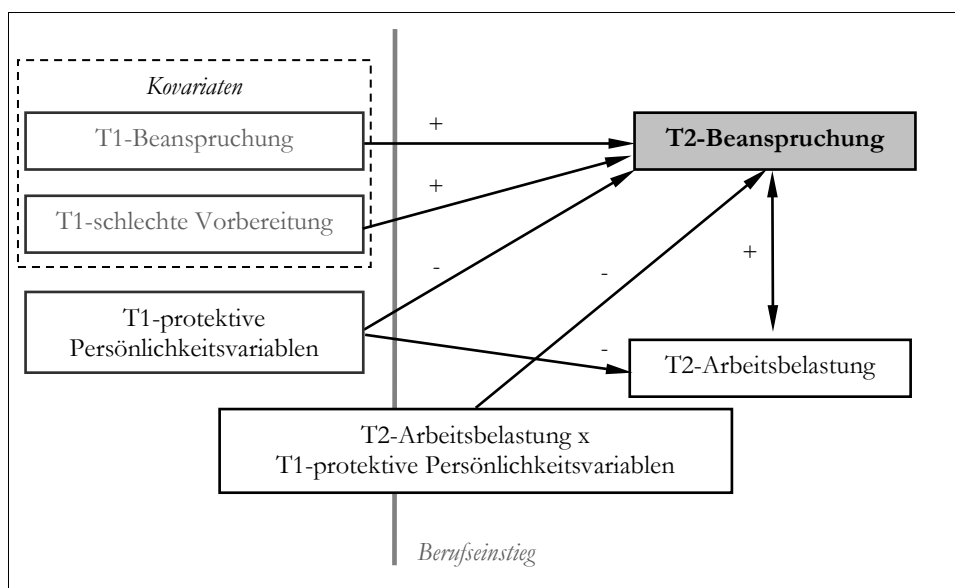


Abbildung 4. Veranschaulichung der Fragestellungen zur Erklärung der T2-Beanspruchung anhand von Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1) und der Arbeitsbelastung (T2) sowie durch deren Interaktion

Fragestellung 3

Wie gestaltet sich die Situation junger ÄrztInnen am Ende des Untersuchungszeitraums nach dem nunmehr schon länger zurückliegenden Berufseinstieg (T3)?

Teilfragestellung 3.1

Besteht ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung junger ÄrztInnen und ihrem psychischen Beanspruchungserleben zum dritten Messzeitpunkt?

Teilfragestellung 3.2

Erhöhen T1-T3-Abnahmen ausgewählter Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit die Vulnerabilität junger ÄrztInnen in der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis Berufseinstieg? D.h., nehmen Verringerungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Einfluss auf die zum dritten Messzeitpunkt selbstberichtete Arbeitsbelastung und sagen sie (b) die Beanspruchung vorher?

Teilfragestellung 3.3

Wird die Beziehung zwischen der zum dritten Messzeitpunkt gegebenen Arbeitsbelastung und Beanspruchung durch Veränderungen in protektiven Persönlichkeitsvariablen im Untersuchungszeitraum moderiert?

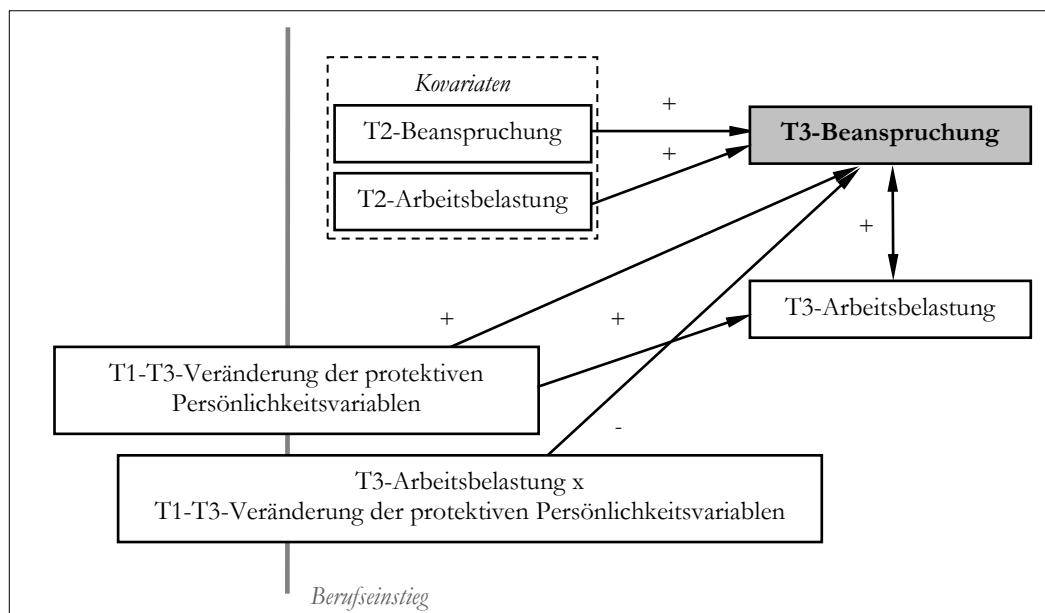


Abbildung 5. Veranschaulichung der Fragestellungen zur Erklärung der T3-Beanspruchung durch Veränderungen in protektiven Persönlichkeitsvariablen im Untersuchungszeitraum (T1-T3) und der Arbeitsbelastung (T3) sowie durch deren Interaktion

Zu den Abbildungen 5 und 6 sei angemerkt, dass die Vorzeichen der Pfade, die von den T1-T3-Veränderungsmaßen der protektiven Persönlichkeitsvariablen ausgehen, der Logik folgen, dass hohe Ausprägungen Verringerungen der Persönlichkeitsvariablen vom ersten zum dritten Befragungszeitpunkt anzeigen.

(III) Entwicklung der Beanspruchung im Längsschnitt und Erklärung dieser durch Belastung und protektive Persönlichkeitsvariablen

Fragestellung 4

Wie entwickelt sich die Beanspruchung junger ÄrztInnen im Untersuchungszeitraum, d.h. im ersten Jahr nach dem Staatsexamen und dem dann erfolgten Berufseinstieg?

Teilfragestellung 4.1

Bedingt der Berufseinstieg einen Anstieg in der Beanspruchung von T1 zu T2?

Teilfragestellung 4.2

Lässt sich am Ende des Untersuchungszeitraums, d.h. nach dem schon länger zurückliegenden Berufseinstieg, eine Adaptation an die neue Lebenssituation im Sinne einer zu T3 gegenüber T2 verringerten Beanspruchung aufzeigen?

Fragestellung 5

Bedingt frühere Belastung (zu T1: schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, zu T2: Arbeitsbelastung) spätere Beanspruchung?

Fragestellung 6

Puffern protektive Persönlichkeitsvariablen bzw. deren Veränderungen im Untersuchungszeitraum die Belastungs-Beanspruchungs-Beziehungen?

Neben der Veranschaulichung der längsschnittlichen Fragestellungen in Abbildung 6 sind auch die jeweiligen Stabilitätspfade von Arbeitsbelastung (T2-T3) und Beanspruchung (T1-T2 sowie T2-T3) dargestellt.

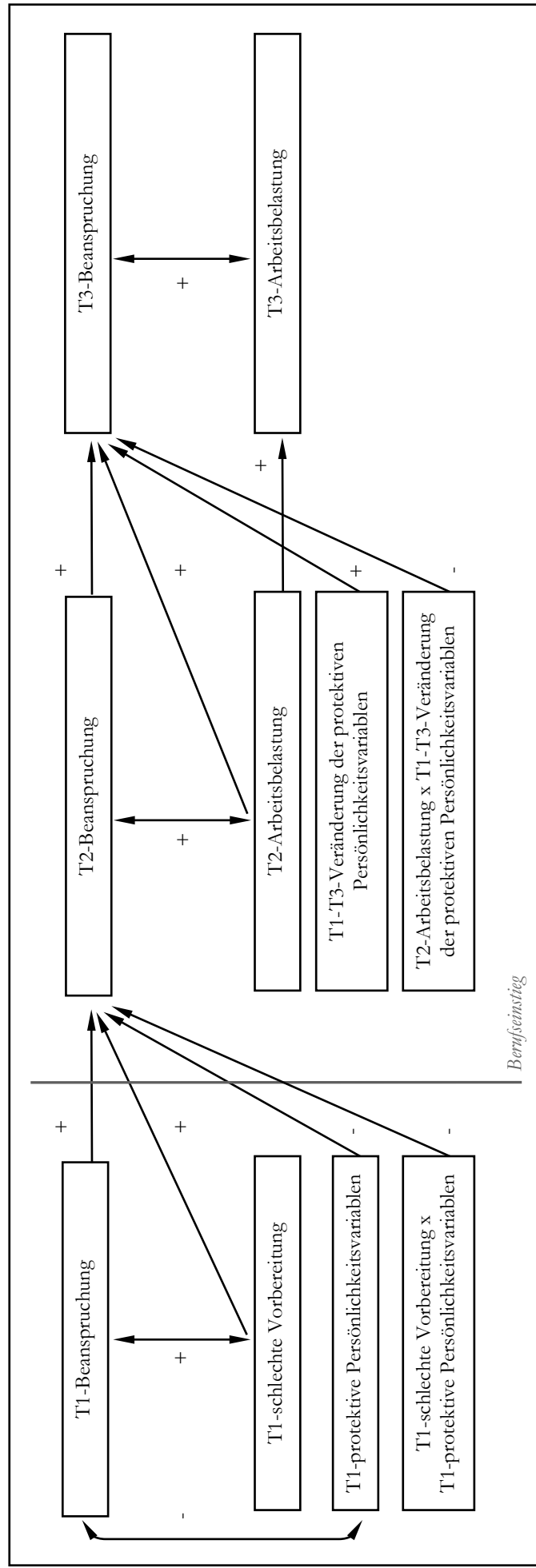


Abbildung 6. Veranschaulichung der Fragestellungen zur Situation von Jung-ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3)

(IV) Persönlichkeitsveränderungen und Erklärung dieser durch den BerufseinstiegFragestellung 7

Verändert sich die Persönlichkeit junger ÄrztInnen im Untersuchungszeitraum, d.h. im ersten Jahr nach dem Staatsexamen bzw. im Zuge des Berufseinstiegs?

Fragestellung 8

Begründen sich interindividuelle Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen junger ÄrztInnen im kritischen Lebensereignis Berufseinstieg? D.h., erklären Unterschiede in der Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg vs. der Arbeitsbelastung als Umweltmerkmal Varianz in der Persönlichkeit nach dem Berufseinstieg, konkret: über ihre Stabilität hinaus?

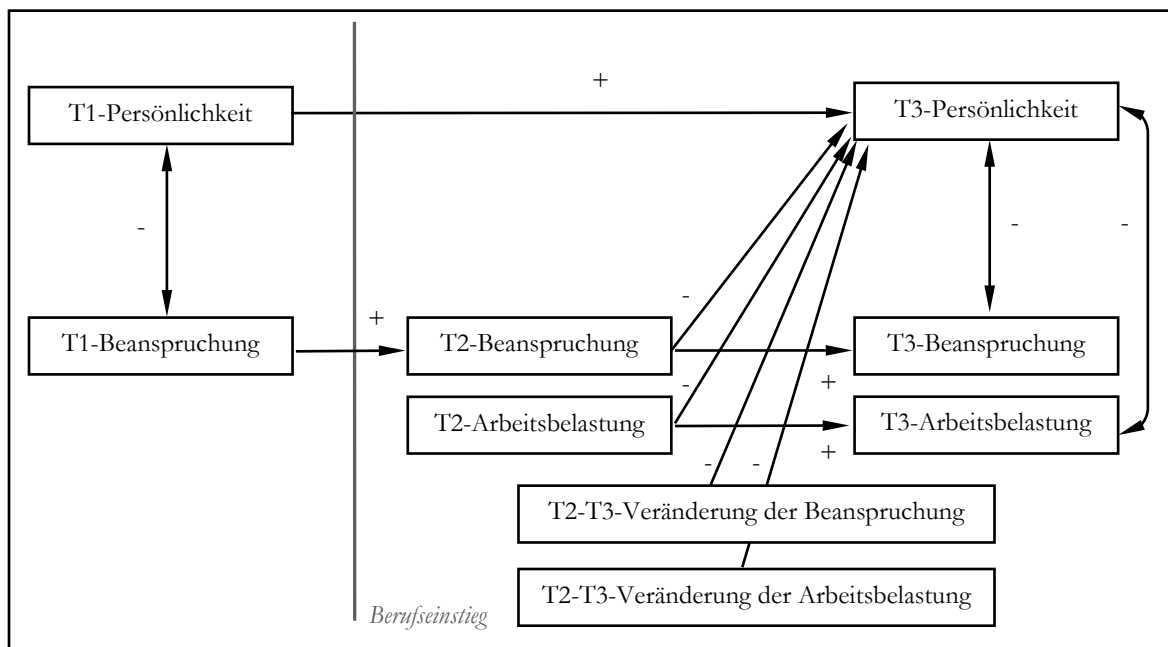


Abbildung 7. Veranschaulichung der Fragestellungen zu Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3)

Zu Abbildung 7 sei angemerkt, dass das Vorzeichen des Pfads, der vom T2-T3-Veränderungsmaß der Arbeitsbelastung bzw. der Beanspruchung ausgeht, der Logik folgt, dass eine hohe Ausprägung eine Zunahme der Arbeitsbelastung bzw. Beanspruchung vom zweiten zum dritten Befragungszeitpunkt anzeigt. Zudem sei erwähnt, dass die Vorzeichen der Pfade für alle in der vorliegenden Arbeit betrachteten Oberflächen- (Resilienz, arbeitsspezifische Coping-funktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung) und Kernmerkmale (*Big Five*) der Persönlichkeit mit Ausnahme von Neurotizismus gelten. Indem hoher Neurotizismus die ungünstige Merkmalsausprägung darstellt, gilt für diesen *Big Five*-Faktor das jeweils gegenteilige

Vorzeichen für alle Pfade außer: (a) Stabilitätspfad der Persönlichkeit (T1-T3), (b) Stabilitätspfade der Beanspruchung (T1-T2 sowie T2-T3) und (c) Stabilitätspfad der Arbeitsbelastung (T2-T3).

3.4 Hypothesen

(I) Die Ausgangssituation berufseinsteigender ÄrztInnen

Wie es den jungen ÄrztInnen vor dem Berufseinstieg geht, dürfte maßgeblich davon abhängen, wie gut sich auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen. Es liegen zwar Studien zum Vorbereitungserleben angehender ÄrztInnen vor (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2002a, 2002b; Dettmer & Kuhlmei, 2010; Goldacre et al., 2003; Jungbauer et al., 2003), diese richteten ihr Augenmerk jedoch auf die Zufriedenheit mit dem Curriculum und setzten diese nicht mit Berufseinstiegsvariablen in Beziehung. In der vorliegenden Arbeit wird eine als schlecht empfundene Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium als ereignisrelevanter Belastungs- und somit Vulnerabilitätsfaktor verstanden, der mit einer höheren Beanspruchung assoziiert sein sollte.

Hypothese 1.1

Jung-ÄrztInnen, die sich schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen, sind stärker beansprucht.

Die Qualität der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium dürfte weiterhin die Bewertung des Berufseinstiegs mitbestimmen. So könnten Jung-ÄrztInnen, die sich vergleichsweise schlechter vorbereitet fühlen, den bevorstehenden Berufseinstieg beispielsweise als bedrohlicher wahrnehmen; sie dürften im geringeren Maße davon überzeugt sein, Kontrolle über die sich mit diesem einstellenden Herausforderungen zu haben und/oder sie freuen sich auch weniger auf den Arbeitsbeginn (negative Valenz, geringe Erwünschtheit). D.h, sie bewerten den bevorstehenden Berufseinstieg insgesamt kritischer.

Hypothese 1.2

Jung-ÄrztInnen, die sich schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen, bewerten ihren bevorstehenden Berufseinstieg negativer.

Jung-ÄrztInnen, die ihrem Berufseinstieg mit Sorge oder auch ängstlich entgegensehen bzw. diesen insgesamt vergleichsweise negativ antizipieren, sollten – indem er unmittelbar bevorsteht, d.h. salient ist und ihr Leben schon zu diesem Zeitpunkt beeinflusst (z.B. notwendig werdender Wohnortwechsel) – in ihrem psychischen Wohlbefinden beeinträchtigt sein. Insofern wird davon ausgegangen, dass sich das Beanspruchungserleben zum ersten Messzeitpunkt anhand der Bewertung des Berufseinstiegs vorhersagen lässt (s. auch Abbildung 1 in Kapitel 2.1.1.2).

Hypothese 1.3

Jung-ÄrztInnen, die ihren bevorstehenden Berufseinstieg negativer bewerten, sind stärker beansprucht.

Aus den Hypothesen 1.1, 1.2 und 1.3 ergibt sich Hypothese 1.4, die einen Mediatoreffekt der Bewertung des Berufseinstiegs für die Beziehung zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und die Beanspruchung postuliert. Demnach begründet sich die vergleichsweise stärkere Beanspruchung jener Jung-ÄrztInnen, die sich schlecht auf die Berufstätigkeit vorbereitet fühlen, u.a. darin, dass sie ihren Berufseinstieg kritischer antizipieren.

Hypothese 1.4

Die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs vermittelt den Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der Beanspruchung vor dem Berufseinstieg.

Lazarus und Folkman (1984) beschreiben in ihrem *Transaktionalen Stressmodell* individuelle Bewertungsprozesse im Zuge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit einem Stressor; hier eben mit dem Berufseinstieg. In ihren Ausführungen zur (*primären, sekundären* und *Neu-*) *Bewertung* von Belastungssituationen betonen sie dabei auch die Bedeutsamkeit von Personvariablen (s. Kapitel 2.2.4). Diese leiten maßgeblich die Einschätzung einer Situation. Individuen, die sich durch höhere Ausprägungen protektiver Persönlichkeitsmerkmale auszeichnen, meistern Belastungssituationen nicht nur besser (Persönlichkeit als Moderator der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung), sondern beurteilen diese auch schon von vornherein mit größerer Wahrscheinlichkeit positiver bzw. betrachten sie eher als Herausforderung denn als Bedrohung. Im *Heuristischen Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse* von Filipp (1995; s. Abbildung 1 in Kapitel 2.1.1.2) wird die Bedeutung der Persönlichkeit für die subjektiven Ereignismerkmale, die sich als Ergebnis des Bewertungsprozesses nach Lazarus und Folkman (1984) verstehen lassen, ebenso herausgestellt (Persönlichkeit als Prädiktor des Bewertungs-

ergebnisses). Insofern wird angenommen, dass sich Unterschiede in der Persönlichkeit auf die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs auswirken und zwar dergestalt, dass Jung-ÄrztInnen mit vergleichsweise hohen Ausprägungen auf solchen Persönlichkeitsvariablen, die sich als protektiv in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen bzw. in der mit ihnen einhergehenden Belastung erachten lassen, ihren bevorstehenden Berufseinstieg auch positiver bewerten.

Hypothese 1.5

Jung-ÄrztInnen, die sich zu T1 durch höhere Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auszeichnen, bewerten ihren bevorstehenden Berufseinstieg – unter Kontrolle ihrer subjektiv wahrgenommenen Qualität der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium – positiver.

Weiterführend wird, den Annahmen von Lazarus und Folkman (1984) und Filipp (1995) über die Bedeutsamkeit der Persönlichkeit für die Bewertung einer Belastung folgend, davon ausgegangen, dass die in der vorliegenden Arbeit betrachteten psychischen Ressourcen mit der Bewertung des Berufseinstiegs nicht nur direkt assoziiert sind (Hypothese 1.5), sondern dass sie mit der Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium als ereignisrelevanten Belastungsfaktor in der Vorhersage der Bewertung des Berufseinstiegs auch interagieren.

Hypothese 1.6

Jung-ÄrztInnen, die sich vor ihrem Berufseinstieg schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen, sich aber durch höhere Ausprägungen der (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und (c) wahrgenommenen sozialen Unterstützung auszeichnen, bewerten ihren Berufseinstieg positiver als sich schlechter vorbereitet fühlende Jung-ÄrztInnen mit geringeren Ausprägungen dieser protektiven Persönlichkeitsvariablen.

(II) Beanspruchung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und Erklärung dieser durch Arbeitsbelastung und protektive Persönlichkeitsvariablen

Von einem Zusammenhang zwischen einer hohen Arbeitsbelastung und Beanspruchung lässt sich nicht erst bei berufserfahrenen ÄrztInnen ausgehen. Er ließ sich gerade auch bei Jung-ÄrztInnen in einer Vielzahl von Studien schon herausstellen (z.B. Baldwin et al., 1997a; Biaggi et al., 2003; Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2010b; Firth-Cozens, 1987; Revicki et al., 1993;

Tyssen et al., 2000, 2001a, 2001b). Wenngleich in der Mehrzahl dieser Studien Jung-ÄrztInnen über die Facharztausbildung hinweg untersucht und sie dabei mitunter das erste Mal erst nach Beendigung des ersten Berufsjahres befragt worden, wird auch für die in der vorliegenden Arbeit schon vergleichsweise kurzzeitig nach dem Berufseinstieg befragten Jung-ÄrztInnen davon ausgegangen, dass sich ihr Beanspruchungserleben anhand der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung vorhersagen lässt. Dieser Zusammenhang sollte dabei gleichermaßen zum zweiten und dritten Messzeitpunkt bestehen.

Hypothese 2.1

Zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen sind zu diesem Messzeitpunkt – unter Kontrolle ihrer T1-Belastung und T1-Beanspruchung – auch stärker beansprucht.

Hypothese 2.2

Zu T3 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen sind zu diesem Messzeitpunkt – unter Kontrolle ihrer T2-Arbeitsbelastung und T2-Beanspruchung – auch stärker beansprucht.

Den im *Transaktionalen Stressmodell* von Lazarus und Folkman (1984) spezifizierten Bewertungs- und Deutungsprozessen gemäß, nimmt die Persönlichkeit Einfluss darauf, wie das Individuum Belastung bzw. Stressoren wahrnimmt. Im Falle vergleichsweise gering ausgeprägter protektiver Personvariablen ist das Erleben von Stress umso wahrscheinlicher, da das Individuum zu dem Schluss kommt, der Belastung nicht begegnen bzw. diese nicht bewältigen zu können. In Kapitel 2.3.3 wurde hergeleitet, wie die Persönlichkeit die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung beeinflussen kann. Daraufhin und entlang der Befunde von McManus et al. (2004), Røvik et al. (2007) oder auch Buddeberg-Fischer et al. (2010a) wird daher davon ausgegangen, dass Ausgangsunterschiede in protektiven Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit einen Effekt auf die zum zweiten Messzeitpunkt selbstberichtete Arbeitsbelastung der Jung-ÄrztInnen haben.

Hypothese 2.3

Jung-ÄrztInnen, die sich zu T1 durch höhere Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auszeichneten, sind zu T2 – unter Kontrolle ihrer Beanspruchung zu diesem Zeitpunkt – weniger arbeitsbelastet.

Während der Einfluss von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen auf die Arbeitsbelastung zum zweiten Messzeitpunkt postuliert wird, sollten es in der Vorhersage der Arbeitsbelastung zum dritten Messzeitpunkt aber nicht mehr diese, sondern die zwischenzeitlichen, d.h. die T1-T3-Veränderungen dieser Ressourcen sein, die einen Beitrag zur Erklärung des Ausmaßes an Arbeitsbelastung leisten. Das begründet sich in der Überlegung, dass diese gegenüber Umwelteinflüssen sensitiveren Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit von den ersten Erfahrungen im Arbeitsalltag beeinflusst werden. Nicht wenige Jung-ÄrztInnen ereilt alsbald nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit erst einmal ein *Praxisschock* (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2006b), der auch ihr Selbstbild/-verständnis irritieren bzw. auch zu Verringerungen psychischer Ressourcen beitragen könnte. Andere Jung-ÄrztInnen mögen sich im Umgang mit der Arbeitsbelastung hingegen vergleichsweise selbstwirksam und sicher erleben, was das Schutzpotenzial ihrer Persönlichkeit erhält. Dass es zu Persönlichkeitsveränderungen nach dem Berufseinstieg kommt, konnten beispielsweise Abele (2006) oder auch Brewin und Firth-Cozens (1997) zeigen. Es wird also davon ausgegangen, dass es die Veränderungen in den psychischen Ressourcen in den ersten 12 Monaten nach dem Studienabschluss sind, die interindividuelle Unterschiede im Arbeitsbelastungsausmaß erklären.

Hypothese 2.4

Jung-ÄrztInnen, die zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit aufweisen, sind zu T3 – unter Kontrolle ihrer Beanspruchung zu diesem Zeitpunkt – stärker arbeitsbelastet.

In verschiedenen Studien hat sich die Bedeutung der Persönlichkeitsmerkmale für die Herausbildung von Beanspruchung herausstellen lassen (Brewin & Firth-Cozens, 1997; Buddeberg-Fischer et al., 2005b; Clark et al., 1984; McManus et al., 2004; Tyssen et al., 2000, 2001b). In der vorliegenden Arbeit werden Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und die wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Arbeitstätigkeit als psychische Ressourcen untersucht. Dabei gilt es zunächst einmal – im Sinne des sogenannten *Haupteffekt-Modells* (s. Kapitel 2.3.2) – ihren direkten Erklärungswert für das Beanspruchungserleben junger ÄrztInnen kurzzeitig nach dem Berufseinstieg, d.h. zum zweiten Messzeitpunkt zu untersuchen. Es stellt sich die Frage, inwieweit Ausgangsunterschiede in diesen Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit (T1) Unterschiede im Beanspruchungserleben vorhersagen.

Hypothese 2.5

Jung-ÄrztInnen, die sich zu T1 durch höhere Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auszeichneten, sind zu T2 – unter Kontrolle der Arbeitsbelastung, mit der sie sich zu diesem Zeitpunkt konfrontiert sehen – weniger beansprucht.

In der Vorhersage der Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt sollten es wiederum die zwischenzeitlichen, d.h. die T1-T3-Veränderungen dieser Ressourcen sein, die Beanspruchung am Ende des Untersuchungszeitraums nach dem nun länger zurückliegenden Berufseinstieg vorhersagen.

Hypothese 2.6

Jung-ÄrztInnen, die sich durch zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auszeichnen, sind zu T3 – unter Kontrolle der Arbeitsbelastung, mit der sie sich zu diesem Zeitpunkt konfrontiert sehen – stärker beansprucht.

Gemäß des *Puffereffekt-Modells*, das postuliert, dass Personen mit hohen Ausprägungen protektiver Persönlichkeitsvariablen gegenüber den negativen Folgen hoher Belastung geschützt und – vice versa – Personen mit geringen Merkmalsausprägungen angesichts einer vergleichbaren Belastung besonders vulnerabel für Beanspruchungserleben sind (s. Kapitel 2.3.2), wird in der vorliegenden Arbeit weiterführend davon ausgegangen, dass Ausgangsunterschiede in psychischen Ressourcen (T1) den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt moderieren. In der Vielzahl der publizierten Studien zur Belastungs-Beanspruchungs-Situation von Jung-ÄrztInnen wurden Moderatoreffekte psychischer Ressourcen bisher noch nicht systematisch überprüft. Zumeist sind – sofern Persönlichkeitsmerkmale überhaupt betrachtet wurden – lediglich ihre Haupteffekte dokumentiert (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2005b; Brewin & Firth-Cozens, 1997; McManus et al., 2004; Tyssen et al., 2000, 2001a; s. Kapitel 2.3.4).

Hypothese 2.7

Zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die sich aber durch höhere Ausprägungen der (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und (c) wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu T1 auszeichneten, weisen zu T2 – unter Kontrolle ihrer T1-Belastung und T1-Beanspruchung – eine geringere Beanspruchung auf als gleichfalls stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit geringeren Ausprägungen dieser protektiven Persönlichkeitsvariablen.

Mit Blick auf die Situation junger ÄrztInnen zum dritten Messzeitpunkt wird davon ausgegangen, dass es – auch hier dem *Puffereffekt-Modell* gemäß – die Veränderungen der psychischen Ressourcen in den ersten 12 Monaten nach Studiumabschluss sind, die den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt moderieren (s. auch Mäkikangas und Kinnunen, 2003; Punkt 5 in Kapitel 2.3.3).

Hypothese 2.8

Zu T3 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die sich durch zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung auszeichnen, weisen zu T3 – unter Kontrolle ihrer T2-Arbeitsbelastung und T2-Beanspruchung – die stärkste Beanspruchung auf.

(III) Entwicklung der Beanspruchung im Längsschnitt und Erklärung dieser durch Belastung und protektive Persönlichkeitsvariablen

Befunde zur Entwicklung der Beanspruchung junger ÄrztInnen im Laufe ihres ersten Berufsjahres stammen von Girard et al. (1986) und Bellini et al. (2002). Die von den beiden Forschergruppen herausgestellten Verläufe scheinen den *Praxischock* junger ÄrztInnen unmittelbar nach dem Berufseinstieg zu belegen, von dem sie sich dann aufgrund der Adaptation an die Arbeitssituation langsam erholen. Am Ende des ersten Berufsjahres dürften sie mit den Arbeitsanforderungen und -bedingungen sehr viel vertrauter sein, sich durchaus auch an die neue Belastung gewöhnt und wichtige Arbeitserfahrungen gesammelt sowie ein neues Selbstverständnis (als Arbeitnehmer, aber auch in der Rolle der Ärztin/des Arztes) entwickelt haben, was zu einem sich verbessernden Wohlbefinden bzw. abnehmender Beanspruchung beitragen dürfte. Hinsichtlich des Beanspruchungserlebens der Jung-ÄrztInnen wird daher von folgender

Entwicklung ausgegangen: Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt, d.h. nach dem Berufseinstieg bzw. die Auswirkungen der Arbeitsbelastung dokumentierend, sollte die Beanspruchung gegenüber der zum ersten Messzeitpunkt höher ausgeprägt sein. Aufgrund der Adaptation an die neue, wenngleich anhaltend belastende Arbeitssituation ist eine zum dritten gegenüber dem zweiten Messzeitpunkt verringerte Beanspruchung der Jung-ÄrztInnen zu erwarten.

Es sei vorweg gegriffen, dass in die Prüfung aller Hypothesen ein Gesamtmaß der Beanspruchung (s. Kapitel 5.5.5) eingeht. Allein die Testung der an dieser Stelle präsentierten Hypothesen erfolgt für die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Einzelindikatoren der Beanspruchung. Indem zum ersten Messzeitpunkt nur *allgemeine*, aufgrund der noch nicht aufgenommenen Arbeitstätigkeit aber noch keine *arbeitspezifischen* Beanspruchungsausprägungen (Depressivität und psychosomatische Beschwerden vs. Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst) erfasst wurden, wird Hypothese 3.1 nur für die zwei allgemeinen Indikatoren, Hypothese 3.2 dann aber für alle vier Beanspruchungsmaße geprüft. Geschlechtsunterschiede werden vor dem Hintergrund der bisher heterogenen Befundlage explorativ untersucht.

Hypothese 3.1

Berufseingestiegene Jung-ÄrztInnen berichten sowohl zu T2 als auch noch zu T3 eine gegenüber T1 signifikant höhere allgemeine Beanspruchung. D.h., sie weisen zu T2 und T3 gegenüber T1 signifikant höhere Ausprägungen der (a) Depressivität und (b) psychosomatischen Beschwerden auf.

Hypothese 3.2

Die Jung-ÄrztInnen berichten zu T3 eine gegenüber T2 signifikant verringerte Beanspruchung. D.h., sie weisen zu T3 gegenüber T2 signifikant geringere Ausprägungen der (a) Depressivität und (b) psychosomatischen Beschwerden als Indikatoren der allgemeinen Beanspruchung sowie der (c) Arbeitsunzufriedenheit und (d) berufsbezogenen Angst als Indikatoren der kontextspezifischen Beanspruchung auf.

Ein Gewinn der vorliegenden Arbeit besteht in der längsschnittlichen Betrachtung des Berufseinstiegs von ÄrztInnen. Die zuvor vorgestellten Hypothesen thematisierten ihre Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Situation separat zu T1, T2 und T3 und bereiteten damit die folgenden Längsschnitthypothesen vor.

Im Rahmen des in Abbildung 6 dargestellten Pfadmodells wird ein Effekt der jeweils zum vorherigen Messzeitpunkt gegebenen Belastung (T1-Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, T2-Arbeitsbelastung) auf die Beanspruchung zum nächsten Messzeitpunkt postuliert.

In früheren Studien zur Berufseinstiegssituation von ÄrztInnen wurde der Effekt entweder nicht überprüft oder es wurden methodisch andere Wege zur Annäherung an Aussagen zur Entwicklung der Beanspruchung in Abhängigkeit von der Belastung über die Zeit hinweg beschritten, die aber Kausalität nicht wirklich schlussfolgern lassen (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2010b). Lediglich Tyssen et al. (2001a; für Studiumsbelastung) und Revicki et al. (1993; für frühere Arbeitsbelastung) präsentieren Befunde, die Kausalität nahelegen.

Hypothese 3.3

Jung-ÄrztInnen, die sich vor ihrem Berufseinstieg schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten (T1), sind zu T2 stärker beansprucht.

Hypothese 3.4

Jung-ÄrztInnen, die im Zuge ihres Berufseinstiegs stärker arbeitsbelastet waren (T2), sind zu T3 stärker beansprucht.

Dem *Haupteffekt-Modell* gemäß wurde der Erklärungswert von Ausgangsunterschieden in den psychischen Ressourcen für die T2-Beanspruchung bzw. deren T1-T3-Veränderungen für die T3-Beanspruchung bereits in den Hypothesen 2.5 und 2.6 spezifiziert.

Weiterführend wird im Längsschnittmodell dem *Puffereffekt-Modell* gemäß postuliert, dass (a) die T1-Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium mit Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1) in Vorhersage der T2-Beanspruchung und (b) die T2-Arbeitsbelastung mit T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen in Vorhersage der T3-Beanspruchung interagieren.

Hypothese 3.5

Jung-ÄrztInnen, die sich vor ihrem Berufseinstieg schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten, aber höhere T1-Ausprägungen der (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und (c) wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit aufwiesen, berichten zu T2 eine geringere Beanspruchung als sich gleichfalls schlechter vorbereitet fühlende Jung-ÄrztInnen mit geringeren Ausprägungen dieser protektiven Persönlichkeitsvariablen.

Hypothese 3.6

Zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die sich durch zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifische Copingfunktionalität und (c) wahrgenommene soziale Unterstützung auszeichnen, berichten zu T3 die stärkste Beanspruchung.

(IV) Persönlichkeitsveränderungen und Erklärung dieser durch den Berufseinstieg

In den vorherigen Hypothesen galt das Interesse der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung von Jung-ÄrztInnen sowie Haupt- und Puffereffekten protektiver Persönlichkeitsvariablen in dieser. Darüber hinaus werden in der vorliegenden Arbeit aber auch – der entwicklungspsychologischen Perspektive auf die Auswirkung eines kritischen Lebensereignisses gemäß – Persönlichkeitsveränderungen infolge des Berufseinstiegs untersucht. Die Persönlichkeit zeichnet sich zwar, vor allem kurz- und mittelfristig durch eine gewisse Stabilität aus, normative Übergangsphasen bzw. die Übernahme der mit ihnen verbundenen neuen Rollen und Lösung neuer Aufgaben, wie das auch für den Berufseinstieg gilt, sind aber – so formuliert es das *Soziale Investitionsprinzip* – ein Motor für Persönlichkeitsveränderungen/-entwicklung (s. Kapitel 2.4.2.1). Der Berufseinstieg stellt ein einschneidendes Ereignis mit anhaltender Ereignisbelastung, hier die Arbeitsbelastung, für die Jung-ÄrztInnen dar. Sie sind in den ersten Arbeitsmonaten heraus- oder gar überfordert, erleben zum Teil einen *Praxischock* und machen im Zuge dessen sicherlich Erfahrungen, die ihr Selbstverständnis herausfordern und in der Folge zunächst einmal ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben. Die Ergebnisse früherer Studien zu Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen legen dies auch nahe (z.B. Abele, 2006; Brewin & Firth-Cozens, 1997; Kaufman Cartwright & Wink, 1994; s. Kapitel 2.4.2.2). Insofern wird auch in der vorliegenden Arbeit von Verringerungen der untersuchten protektiven Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit ausgegangen. Geschlechtsunterschiede werden explorativ überprüft.

Hypothese 4.1

Im Zuge des Berufseinstiegs zeigen sich Veränderungen in Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit von Jung-ÄrztInnen. Sie weisen zu T3 gegenüber T1 signifikant geringere Ausprägungen der (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und (c) wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf.

Über die Betrachtung der Mittelwertsveränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit hinaus ist natürlich von Interesse, wie sich interindividuelle Unterschiede in diesen erklären lassen. Sie sollten sich eher auf die individuelle Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg und ihre Entwicklung in den Folgemonaten zurückführen lassen, als dass die Arbeitsbelastung als Umweltbedingung einen Einfluss zeitigt.

Hypothese 4.2

Die sich im Zuge des Berufseinstiegs herausstellenden Persönlichkeitsveränderungen der Jung-ÄrztInnen begründen sich in ihrer individuellen Reaktion auf die mit dem Berufseinstieg einhergehende Arbeitsbelastung. Eine zu T2 stärkere Beanspruchungsreaktion und darüber hinaus von T2 zu T3 zunehmende Beanspruchung bedingen – unter Kontrolle der T2-Arbeitsbelastung und der T2-T3-Veränderung der Arbeitsbelastung – geringere Ausprägungen der (a) Resilienz, (b) arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und (c) wahrgenommenen sozialen Unterstützung zu T3 gegenüber T1.

Die vorangegangenen zwei Hypothesen wurden für die für Umwelteinflüsse sensitiveren, protektiven Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit formuliert. Wenngleich die Kernmerkmale der Persönlichkeit aufgrund ihrer stärkeren genetischen Determination als weniger veränderungssensitiv gegenüber Umwelteinflüssen bzw. als stabiler angenommen werden, schließt das ihre Beeinflussbarkeit durch die Umwelt aber nicht per se aus (Asendorpf & van Aken, 2003; s. Kapitel 2.4.2.1). Veränderungen in den Kernmerkmalen sind jedoch für sehr viel längere Zeiträume (> vier Jahre) als dem in der vorliegenden Arbeit betrachteten Zeitraum von nur 12 Monaten dokumentiert (z.B. Costa et al., 2000; Neyer & Asendorpf, 2001; Roberts, 1997; Roberts et al., 2003). Daher werden T1-T3-Veränderungen in den *Big Five*-Faktoren der Jung-ÄrztInnen im ersten Jahr nach ihrem Studiumabschluss sowie die Determinanten interindividueller Unterschiede in den Veränderungen explorativ untersucht.

TEIL II: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN

4 PILOTSTUDIE

Ziel der Pilotstudie war die Erprobung und Reliabilitätsprüfung der zum Teil neu erstellten Messinstrumente für die Betrachtung der Situation berufseinsteigender ÄrztInnen in der Hauptstudie. Des Weiteren sollten auf Grundlage der Pilotdaten ausgewählte, in der einschlägigen Forschungsliteratur bereits etablierte Messinstrumente vor ihrem Einsatz in der Hauptuntersuchung gekürzt werden. Vorweg gegriffen sei an dieser Stelle, dass für die Pilotstudie die Rekrutierung von ÄrztInnen nicht essentiell war, d.h. die TeilnehmerInnen konnten jedwedem Berufs- bzw. auch nachschulischem Ausbildungsstand angehören.

4.1 Stichprobe

An der Pilotuntersuchung nahmen 221 Personen teil. Von diesen besaßen 216 bzw. 97.7% die deutsche Staatsangehörigkeit. Lediglich fünf Personen gaben eine andere Nationalität an. Vor dem Hintergrund fehlender Kenntnis ihrer Sprachkompetenz fanden diese keine Berücksichtigung in den Analysen. Somit bestand die Analysestichprobe aus 216 Personen (59.7% Frauen). Der Altersdurchschnitt der Stichprobe betrug $M = 31.24$ Jahre ($SD = 7.82$; Range: 19 - 60). Von den Befragten waren 149 berufstätig (69.0%, davon 117 mit absolviertem Studium und 32 mit Berufsausbildung); die anderen 67 TeilnehmerInnen (31.0%) studierten zum Zeitpunkt der Erhebung.

4.2 Instrumente

In Tabelle 4 findet sich ein Überblick über alle in der Pilotstudie thematisierten Aspekte bzw. getesteten Erhebungsmaße.

Tabelle 4. Inhalte der Pilotstudie

Konstrukte	
◆ Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	
◆ Bewertung des Berufseinstiegs	
◆ Persönlichkeit	
- <i>Oberflächenmerkmale:</i>	arbeitspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung
- <i>Kernmerkmale:</i>	<i>Big Five</i> (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit)
◆ Beanspruchung	
- <i>kontextspezifisch:</i>	Arbeitsunzufriedenheit

Zur Erfassung der in Tabelle 4 aufgeführten Konstrukte wurden Skalen neu konstruiert oder schon vorliegende Instrumente modifiziert. Diese wurden den TeilnehmerInnen der Pilotstudie dann in Abhängigkeit von ihrem Ausbildungs-/Arbeitsstatus neben Fragen zur (a) Demografie (Alter, Geschlecht, Nationalität, Bundesland) sowie (b) Bildungs- und Berufsbiografie (Schulabschluss, Ausbildung und/oder Studium, derzeitige Berufstätigkeit und Berufserfahrung) präsentiert. Nachfolgend werden die Skalen genauer beschrieben.

4.2.1 Erfassung der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium

Wie gut bzw. schlecht sich der Einzelne auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlt, leistet u.a. einen Beitrag dazu, wie sich seine Bewertung des Berufseinstiegs gestaltet. In Ermangelung einer bereits erprobten Skala wurde eine solche für den Einsatz in der Hauptstudie neu konstruiert und getestet. Den studierten berufstätigen TeilnehmerInnen der Pilotuntersuchung wurden sechs Items mit der Antwortskala -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) präsentiert. Nachfolgend finden sich Beispielitems zur Veranschaulichung; die vollständige Skala ist in Tabelle 6 aufgeführt.

- ◆ Das Studium hat mich nur unzureichend auf die zukünftige Arbeitstätigkeit vorbereitet.
- ◆ Durch das Absolvieren von Praktika im Studiumsverlauf habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten.
- ◆ Das Studium hat mich für die berufliche Tätigkeit hinreichend qualifiziert.

4.2.2 Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs

In ihrem *Allgemeinen Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse* spezifiziert Filipp (1995; s. auch Filipp & Aymanns, 2010) u.a. subjektive Ereignismerkmale kritischer Lebensereignisse.

Kritische Lebensereignisse lassen sich dabei u.a. hinsichtlich ihrer/s: *Valenz*, *Belastungsgrad*, *Bedeutsamkeit*, *Herausforderungspotenzials*, *Kontrollierbarkeit*, *Bedrohlichkeit* beurteilen. Für diese verschiedenen Dimensionen wurden Items neu formuliert, deren Beantwortung die Wahrnehmung des bevorstehenden Berufseinstiegs durch die jungen ÄrztInnen in der Hauptuntersuchung widerspiegeln sollte. Die Skala umfasst sechs Items, denen die Formulierung: „*Wenn ich an meinen Berufseinstieg bzw. an die sich mit diesem neu einstellenden Arbeits- und Lebensbedingungen denke, dann ...*“ vorangestellt war und die von den noch in Ausbildung befindlichen TeilnehmerInnen der Pilotstudie auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) beurteilt werden sollten. Es folgen Itembeispiele; in Tabelle 7 ist die Skala vollständig abgebildet.

- ◆ freue ich mich. (*Valenz*)
- ◆ belastet mich das. (*Belastungsgrad*)
- ◆ habe ich das Gefühl, dass ich damit schon gut zurechtkommen werde. (*Kontrollierbarkeit*)

4.2.3 Erfassung der Persönlichkeit

Zunächst wird auf die Erfassung der in der vorliegenden Arbeit betrachteten protektiven Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit, dann auf die der *Big Five* als Kernmerkmale eingegangen.

Arbeitspezifische Copingfunktionalität

Die Skala zur Erfassung der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität basiert auf dem *Stressverarbeitungsfragebogen – SVF* von Janke et al. (1985). In Anlehnung an das Erhebungsinstrument wurden 20 (jeweils 10 funktionale und dysfunktionale) Bewältigungsstrategien zusammengestellt und mit dem Ziel getestet, ein schlussendlich 10 Items umfassendes Instrument zur Messung von arbeitsspezifischer Copingfunktionalität in der Hauptstudie zum Einsatz bringen zu können. Die den berufstätigen TeilnehmerInnen in der Pilotstudie präsentierte Skala beinhaltet Items zu den von Janke et al. als positiv-funktional erachteten Strategien *Bagatellisierung*, *Herunterspielen durch sozialen Vergleich*, *Ablenkung*, *Situationskontrolle*, *Reaktionskontrolle*, *positive Selbstinstruktion*, *soziale Unterstützungssuche* und *Humor*. Als negativ-dysfunktionale Copingstrategien fanden *Fluchttendenz*, *gedankliche Weiterbeschäftigung*, *Resignation*, *Selbstbeschuldigung*, *Vermeidungstendenz*, *Informationsunterdrückung*, *Fremdbeschuldigung*, *Aggression/negativer emotionaler Ausdruck* Berücksichtigung. Die 20 Items wurden von den Befragten auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) hinsichtlich ihrer Nutzung im Arbeitskontext („*Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden am Arbeitsplatz beeinträchtigt, innerlich*

erregt oder aus dem Ungleichgewicht gebracht werde, dann:“) beurteilt. Nachfolgend finden sich wiederum Itembeispiele; in Tabelle 8 ist die Skala vollständig abgebildet.

- ◆ mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann. (*Situationskontrolle*)
- ◆ sage ich mir, du kannst damit fertig werden. (*Positive Selbstinstruktion*)
- ◆ versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen. (*Bedürfnis nach sozialer Unterstützung*)

Wahrgenommene soziale Unterstützung

In Anlehnung an die Unterskala *Erleben sozialer Unterstützung* des *Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters – AVEM* (Schaarschmidt & Fischer, 1996) und die *Berliner Social Support Skalen – BSSS* (Schulz & Schwarzer, 2003) wurden sechs Items neu formuliert, die die Wahrnehmung sozialer Unterstützung hinsichtlich gegebener beruflicher Belastungen erfassen. Die berufstätigen TeilnehmerInnen der Pilotstudie beantworteten sie auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*). Das Ziel bestand in der Prüfung der Güte der Skala vor ihrem Einsatz in der Hauptstudie. Es folgen Itembeispiele; in Tabelle 9 ist die Skala vollständig abgebildet.

- ◆ Mir nahestehende Menschen zeigen Verständnis für meine beruflichen Aufgaben und Probleme.
- ◆ Wenn ich berufliche Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.
- ◆ Mit Blick auf meinen Beruf, wünschte ich mir manchmal mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung.

Big Five

Die *Big Five* (u.a. McCrae & Costa, 1996, 1999) sind als Hauptdimensionen oder auch Kernmerkmale der Persönlichkeit in der Forschungsliteratur etabliert. Zur Erfassung der *Big Five* kam in der Pilotstudie das faktorenanalytisch konstruierte *NEO-Fünf-Faktoren Inventar – NEO-FFI* nach Costa und McCrae (1985) in deutscher Übersetzung von Borkenau und Ostendorf (1993) zum Einsatz. Dieses Verfahren besteht aus 60 Items von denen jeweils 12 Aussagen die fünf Faktoren (1) Neurotizismus, (2) Extraversion, (3) Offenheit für Erfahrung, (4) Verträglichkeit und (5) Gewissenhaftigkeit abbilden. Sie lassen sich entlang hoher Ausprägungen der Befragten wie folgt umschreiben (Tabelle 5):

Tabelle 5. Beschreibung der Big Five (zitiert nach Borkenau & Ostendorf, 1993, S. 5)

Faktor	Beschreibung
<i>Neurotizismus</i>	Die Personen neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen. Sie neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren.
<i>Extraversion</i>	Die Personen sind gesellig, aktiv, gesprächig, Person-orientiert, herzlich, optimistisch und heiter. Sie mögen Anregungen und Aufregungen.
<i>Offenheit</i>	Die Personen zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und unabhängig in ihrem Urteil. Sie haben vielfältige kulturelle Interessen und interessieren sich für öffentliche Ereignisse.
<i>Verträglichkeit</i>	Die Personen sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zur Kooperativität, zur Nachgiebigkeit, und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis.
<i>Gewissenhaftigkeit</i>	Die Personen sind ordentlich, zuverlässig, hart arbeitend, diszipliniert, pünktlich, penibel, ehrgeizig und systematisch.

Die 60 Items des *NEO-FFI* werden von den Befragten auf einer fünfstufigen Antwortskala von 1 (*starke Ablehnung*) bis 5 (*starke Zustimmung*) beantwortet. Die Autoren berichten für die fünf Skalen hinreichend gute interne Konsistenzen mit Cronbachs Alphas von .71 bis .85¹⁸ für ihre Gesamtstichprobe von $N = 2112$ Personen und Test-Retest-Reliabilitäten von .65 bis .81¹⁹ ($n = 146$ Personen). In der Pilotstudie wurde dieses Antwortformat dem in der Untersuchung zum Einsatz gebrachten Skalenformat -2 (*trifft nicht zu*) bis $+2$ (*trifft zu*) angepasst. Auf Grundlage der Pilottestung sollte das *NEO-FFI* im Interesse einer zeitsparenden Erhebung der *Big Five* in der Hauptstudie gekürzt werden. Nachfolgend sind die Merkmalsbereiche jeweils anhand eines Itembeispiels veranschaulicht. In Tabelle 10 ist das *NEO-FFI* vollständig abgebildet.

- ◆ Ich fühle mich oft angespannt und nervös. (*Neurotizismus*)
- ◆ Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen. (*Extraversion*)
- ◆ Ich finde philosophische Diskussionen langweilig. (*Offenheit*)
- ◆ Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig. (*Verträglichkeit*)
- ◆ Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber. (*Gewissenhaftigkeit*)

¹⁸ Cronbachs Alphas: Neurotizismus .85, Extraversion .80, Offenheit für Erfahrung .71, Verträglichkeit .71, Gewissenhaftigkeit .85.

¹⁹ Cronbachs Alphas: Neurotizismus .80, Extraversion .81, Offenheit für Erfahrung .76, Verträglichkeit .65, Gewissenhaftigkeit .81.

4.2.4 Erfassung der Arbeitsunzufriedenheit als Indikator für kontextspezifische Beanspruchung

Das Erleben von Arbeitsunzufriedenheit stellt einen zentralen Indikator kontextspezifischer Beanspruchung angesichts gegebener Arbeitsbelastung dar. Sie wurde schon in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) untersucht. Zur Erfassung von Arbeitsunzufriedenheit wurden Lebenszufriedenheits-Items (z.B. aus der deutschen Übersetzung der *Satisfaction with Life Scale – SWLS*; Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003) kontextspezifisch umformuliert. Die zu testende Skala umfasste sieben Items, die von den Befragten auf der fünfstufigen Skala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) beantwortet werden sollten. Nachfolgend finden sich einige Itembeispiele; in Tabelle 11 ist die Skala vollständig aufgeführt.

- ◆ Ich bin zufrieden mit meinem Beruf.
- ◆ Ich würde mich jederzeit wieder für meinen Beruf entscheiden.
- ◆ Meine beruflichen Angelegenheiten gestalten sich einfach nicht so, wie ich es gerne hätte.

4.3 Durchführung

Die Pilotuntersuchung wurde von Juli bis August 2006 als Onlinebefragung durchgeführt. Dafür wurde ein Informationsschreiben inklusive des Links zur Studie via E-Mail mit der Bitte um Teilnahme sowie Weiterleitung an potenzielle StudieninteressentInnen versandt (*Schneeballmethode*). Das Bearbeiten des Fragebogens nahm etwa 20 Minuten in Anspruch.

4.4 Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse (deskriptive Item- und Skalenstatistiken und Ergebnisse der Reliabilitätsanalysen für die einzelnen Maße) der Pilotstudie berichtet und mit den Implikationen für die Hauptuntersuchung diskutiert.

4.4.1 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium

Die für die Hauptstudie neu zusammengestellte Skala zur Erfassung der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium wurde einer Reliabilitätsanalyse für die Teilstichprobe der studierten berufstätigen TeilnehmerInnen unterzogen. Die Skala wies mit einem Cronbachs Alpha von .70 eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf; die Trennschärfekoeffizienten der Items lagen

mehrheitlich im akzeptablen bis zufriedenstellenden Bereich (Tabelle 6). Die Skala kam in der vorliegenden Form – ergänzt um das siebente, medizinausbildungsspezifische Item „Durch das Absolvieren der Famulaturen und des Praktischen Jahres habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten“ – in der Hauptstudie zum Einsatz, wobei hohe Werte für eine schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium stehen.

Tabelle 6. Itemstatistiken der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium
(Teilstichprobe der studierten Berufstätigen; $n = 117$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Das Studium hat mich nur unzureichend auf die zukünftige Arbeitstätigkeit vorbereitet.	2.69	1.24	.60
Im Rahmen meines Studiums habe ich eine solide theoretische Ausbildung erhalten. ^a	2.08	1.08	.24
Durch das Absolvieren von Praktika im Studiumsverlauf habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten. ^a	2.28	1.20	.31
Im Studium habe ich auch psychosoziale (z.B. kommunikative und kooperative) Kompetenzen vermittelt bekommen. ^a	2.83	1.28	.25
Das Studium hat mich für die berufliche Tätigkeit hinreichend qualifiziert. ^a	2.74	1.12	.64
Auf den mitunter auch emotional herausfordernden Arbeitsalltag fühle ich mich nach Abschluss des Studiums gut vorbereitet. ^a	2.95	1.15	.61
Gesamtskala	2.59	.74	$\alpha = .70$

Anmerkung. ^aItem wurde umkodiert.

4.4.2 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Bewertung des Berufseinstiegs

Die Auswertung der neu formulierten Items zur Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs erfolgte anhand einer Reliabilitätsanalyse für jene TeilnehmerInnen, die dem Berufseinstieg zum Zeitpunkt der Befragung noch entgegensahen. Tabelle 7 enthält die deskriptiven Statistiken und Trennschärfekoeffizienten. Hohe Item- und Skalenwerte stehen dabei für eine positive Bewertung des Berufseinstiegs. Die Reliabilität der Skala war mit einem Cronbachs Alpha von .77 zufriedenstellend; die Trennschärfekoeffizienten waren – mit Ausnahme der Trennschärfe von Item 3, welches die Bedeutsamkeit des bevorstehenden Berufseinstiegs misst – gut ($r_{it} > .30$). Der unspezifische Wortlaut von Item 3 wurde für die Verwendung in der Hauptstudie umformuliert zu: „... ist das von großer Bedeutung für mich“. Alle anderen Items gingen unverändert in die Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs in der Hauptstudie ein.

Tabelle 7. Itemstatistiken der Skala Bewertung des Berufseinstiegs
(Teilstichprobe der Studierenden/Auszubildenden; $n = 67$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
<i>Wenn ich an meinen Berufseinstieg bzw. an die sich mit diesem neu einstellenden Arbeits- und Lebensbedingungen denke, dann:</i>			
freue ich mich. (<i>Valenz</i>)	3.81	1.06	.65
belastet mich das. ^a (<i>Belastungsgrad</i>)	3.14	1.23	.56
ist das eine „große Sache“ für mich. (<i>Bedeutung</i>)	4.05	.96	.17
fühle ich mich herausgefordert. (<i>Herausforderung</i>)	4.35	.79	.50
habe ich das Gefühl, dass ich damit schon gut zurechtkommen werde. (<i>Kontrollierbarkeit</i>)	3.67	.92	.62
fühle ich mich unwohl, mitunter davon regelrecht bedroht. ^a (<i>Bedrohung</i>)	3.75	1.16	.67
Gesamtskala: Bewertung	3.84	.73	$\alpha = .77$

Anmerkung. ^aItem wurde umkodiert.

4.4.3 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Persönlichkeitsmaße

Arbeitspezifische Copingfunktionalität

Die arbeitsspezifische Copingfunktionalität wurde in der Pilotstudie anhand von 20 Items erfasst, die verschiedene Bewältigungsstrategien repräsentierten. Ihre an dieser Stelle noch für die beiden Subskalen getrennt durchgeführte, reliabilitätsanalytische Prüfung basiert auf der Teilstichprobe der berufstätigen Personen und erfolgte mit dem Ziel, eine signifikante Itemreduktion für die ökonomische Erfassung der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität in der Hauptstudie vorzunehmen. Die jeweils fünf trennschärfsten Items beider Subskalen (funktionale vs. dysfunktionale Copingstrategien) wurden ausgewählt. Sie sind in Tabelle 8, die die Ergebnisse der Skalenanalysen enthält, entsprechend hervorgehoben. Die Reliabilität der Itemauswahl für die Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität war für die Teilstichprobe der berufstätigen Befragten der Pilotstudie mit einem Cronbachs Alpha von .78 zufriedenstellend; die Trennschärfen waren ausreichend bis gut ($r_{ii} = .27 - .51$).

Tabelle 8. Itemstatistiken der Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität vor der Itemauswahl
(Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
<i>Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden am Arbeitsplatz beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Ungleichgewicht gebracht werde, dann:</i>			
sage ich mir, alles ist halb so schlimm.	2.85	.98	.33
sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren.	3.48	1.00	.12
nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.	2.50	1.00	.36
lenke ich mich irgendwie ab.	3.04	.92	.15
versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären.	4.16	.77	.19
versuche ich die Situation mit einem gewissen Humor zu nehmen.	3.48	1.04	.46
denke ich, morgen ist sicher wieder alles vergessen.	2.14	.97	.30

Tabelle 8. Itemstatistiken der Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität vor der Itemauswahl (Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$) – *fortgesetzt*

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i> _{it}
<i>Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden am Arbeitsplatz beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Ungleichgewicht gebracht werde, dann:</i>			
<i>sage ich mir, du kannst damit fertig werden.</i>	3.97	.75	.52
versuche ich, mit irgendjemandem über das Problem zu sprechen.	4.30	.98	.09
mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann.	3.84	1.03	.20
Funktionales Coping	3.17	.38	$\alpha = .59$
<i>habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen.^a</i>	2.56	1.09	.30
<i>geht mir die Situation lange Zeit nicht mehr aus dem Kopf.^a</i>	2.02	.79	.46
<i>kreisen meine Gedanken um den- oder diejenigen, die in meinen Augen für das Problem verantwortlich sind.^a</i>	2.30	.88	.46
<i>mache ich mir Vorwürfe.^a</i>	3.05	1.07	.45
neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinander zu geraten. ^a	3.47	1.11	.22
nehme ich mir vor, in Zukunft solchen Situationen aus dem Weg zu gehen. ^a	2.90	1.03	.25
schalte ich einfach ab und vergesse, was gewesen ist. ^a	1.98	.87	.26
neige ich dazu, zu resignieren. ^a	3.94	1.06	.27
werde ich ungehalten. ^a	3.48	1.16	.25
<i>bin ich mit mir selbst unzufrieden.^a</i>	2.47	1.03	.41
Dysfunktionales Coping	3.02	.51	$\alpha = .66$
Gesamtskala^b	3.17	.38	$\alpha = .74$

Anmerkungen. ^a Item wurde umkodiert, so dass hohe Werte eine geringe Ausprägung der dysfunktionalen Copingstrategie bedeuten.

^b Bildung anhand der umkodierten Items des dysfunktionalen Copings, so dass hohe Gesamtskalenwerte hohe Ausprägungen funktionalen Copings bedeuten.

Kursiv gesetzte Items wurden für die Erfassung des Konstrukts in der Hauptstudie ausgewählt.

Wahrgenommene soziale Unterstützung

Die Ergebnisse der in der Pilotstudie erprobten Skala zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit sind in Tabelle 9 aufgeführt. Mit einem Cronbachs Alpha von .79 besaß der Skalenentwurf eine zufriedenstellende Reliabilität; die Trennschärfekoeffizienten ließen sich allesamt als gut bewerten ($r_{ii} > .30$). Folglich kam die aus sechs Items bestehende Skala in dem in Tabelle 9 aufgeführten Wortlaut in der Hauptstudie zum Einsatz.

Tabelle 9. Itemstatistiken der Skala wahrgenommene soziale Unterstützung
(Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Mir nahestehende Menschen zeigen Verständnis für meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	4.19	.75	.60
Wenn ich berufliche Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	4.08	.90	.53
Von mir nahestehenden Menschen wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme. ^a	3.83	1.01	.47
Wenn ich beruflich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	3.83	1.05	.50
Mit Blick auf meinen Beruf, wünschte ich mir manchmal mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung. ^a	3.68	1.07	.67
Mir nahestehende Menschen interessieren sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme. ^a	4.00	.92	.55
Gesamtskala	3.93	.68	$\alpha = .79$

Anmerkung. ^aItem wurde umkodiert.

Big Five

Die Überprüfung des *NEO-FFI* an der Gesamtstichprobe der Pilotstudie erfolgte im Bemühen einer datengeleiteten Kürzung des Maßes zur Erfassung der *Big Five* in der Hauptuntersuchung. Die Ergebnisse der Reliabilitätsanalyse finden sich in Tabelle 10. Hohe Itemwerte stehen für hohe Ausprägungen der entsprechenden Teilskala. Die internen Konsistenzen der Teilskalen waren ausreichend bis gut (Cronbachs Alphas von .73 bis .86); die Trennschärfekoeffizienten der Items ließen sich mit wenigen Ausnahmen ($r_{ii} < .30$) als zufriedenstellend bzw. gut interpretieren. Die Itemauswahl für die Hauptstudie erfolgte entlang der Trennschärfen der Items: Die jeweils sechs Items pro Faktor/Teilskala mit den höchsten Trennschärfen ($r_{ii} > .30$) wurden ausgewählt. Sie sind in Tabelle 10 entsprechend hervorgehoben. Die internen Konsistenzen der so neu gebildeten *NEO-FFI*-Teilskalen sind ausreichend bis gut (Cronbachs Alphas: Neurotizismus .83, Extraversion .76, Offenheit für Erfahrung .74, Verträglichkeit .71 und Gewissenhaftigkeit .75).

Tabelle 10. Itemstatistiken der NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five vor der Itemauswahl (Gesamtstichprobe, $N = 216$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Ich bin nicht leicht beunruhigt. ^a	3.01	1.20	.35
<i>Ich fühle mich anderen oft unterlegen.</i>	2.37	1.07	.56
Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	2.84	1.25	.49
Ich fühle mich selten einsam oder traurig. ^a	2.86	1.19	.54
<i>Ich fühle mich oft angespannt und nervös.</i>	2.98	1.11	.62
<i>Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.</i>	2.37	1.29	.61
<i>Ich empfinde selten Furcht oder Angst.^a</i>	2.98	1.21	.64
Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	2.60	1.07	.36
Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	2.05	.92	.59
<i>Ich bin selten traurig oder deprimiert.^a</i>	2.84	1.24	.69
<i>Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.</i>	2.23	1.12	.58
Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	3.42	1.26	.42
Gesamtskala: Neurotizismus	2.71	.72	$\alpha = .86$
<i>Ich habe gerne viele Leute um mich herum.</i>	3.28	1.09	.57
Ich bin leicht zum Lachen zu bringen.	3.98	.89	.43
Ich halte mich nicht für besonders fröhlich. ^a	3.82	1.14	.45
<i>Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.</i>	4.27	.77	.48
<i>Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.</i>	2.89	1.18	.47
Ich ziehe es gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun. ^a	3.11	1.04	.30
Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen.	2.96	.95	.41
<i>Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.</i>	3.86	.91	.65
<i>Ich bin kein gut gelaunter Optimist.^a</i>	3.67	1.21	.57
Ich führe ein hektisches Leben.	2.99	1.03	.20
Ich bin ein sehr aktiver Mensch.	3.70	.90	.46
<i>Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.^a</i>	3.33	1.19	.44
Gesamtskala: Extraversion	3.48	.58	$\alpha = .80$
Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden. ^a	3.39	1.13	.24
<i>Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.^a</i>	3.84	1.07	.54
<i>Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.</i>	3.77	1.05	.48
Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten. ^a	3.94	1.04	.36
Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht. ^a	3.51	1.26	.32
Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	3.43	1.24	.15
Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen. ^a	4.18	.80	.29
Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten. ^a	3.89	1.12	.18
<i>Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.</i>	3.80	1.13	.47
<i>Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.^a</i>	4.04	1.00	.49
<i>Ich bin sehr wissbegierig.</i>	4.23	.71	.42
<i>Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.</i>	3.63	1.16	.49
Gesamtskala: Offenheit für Erfahrung	3.80	.54	$\alpha = .73$

Tabelle 10. Itemstatistiken der NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five vor der Itemauswahl (Gesamtstichprobe, $N = 216$) – fortgesetzt

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}
Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein.	4.27	.79	.36
<i>Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen.^a</i>	4.31	.91	.44
<i>Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.^a</i>	3.92	1.05	.52
Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten, als mit ihnen zu wetteifern.	4.19	.96	.23
<i>Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.^a</i>	3.49	1.13	.46
Ich glaube, dass man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zulässt. ^a	3.26	1.20	.26
<i>Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.</i>	4.04	.70	.43
<i>Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.^a</i>	4.20	.99	.57
In Bezug auf meine Einstellungen bin ich nüchtern und unnachgiebig. ^a	3.26	1.05	.27
Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.	4.12	.76	.39
Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen. ^a	3.19	1.04	.38
<i>Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.^a</i>	3.96	1.09	.31
Gesamtskala: Verträglichkeit	3.70	.60	$\alpha = .74$
<i>Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.</i>	3.65	1.04	.51
Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	3.50	1.13	.52
Ich bin kein sehr systematisch vorgehender Mensch. ^a	3.65	1.16	.52
Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	4.37	.73	.45
<i>Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.</i>	3.36	1.04	.53
<i>Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit einer Arbeit beginne.^a</i>	3.17	1.26	.56
<i>Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.</i>	3.68	.89	.46
Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	4.47	.75	.43
Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte. ^a	3.67	1.13	.44
<i>Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.</i>	3.79	.84	.61
Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen. ^a	3.98	1.09	.40
<i>Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.</i>	3.19	1.21	.42
Gesamtskala: Gewissenhaftigkeit	3.84	.51	$\alpha = .83$

Anmerkungen. ^a Item wurde umkodiert.

Kursiv gesetzte Items wurden für die Erfassung des Big Five-Faktors in der Hauptstudie ausgewählt.

4.4.4 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Arbeitsunzufriedenheit

Abschließend wurde die Skala zur Erfassung von Arbeitsunzufriedenheit einer Reliabilitätsprüfung unterzogen (Tabelle 11). Die interne Konsistenz der Skala ließ sich entlang eines Cronbachs Alpha von .89 als gut bewerten. Die Trennschärfen der Items waren allesamt zufriedenstellend ($r_{it} > .30$), so dass der Skalenentwurf ohne Änderungen in der Hauptstudie eingesetzt wurde.

Tabelle 11. Itemstatistiken der Skala Arbeitsunzufriedenheit
(Teilstichprobe der Berufstätigen; $n = 149$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Ich bin zufrieden mit meinem Beruf.	2.12	1.03	.82
Ich würde mich jederzeit wieder für meinen Beruf entscheiden.	2.27	1.16	.73
Mein Beruf macht mir Freude.	2.04	.93	.79
Meiner beruflichen Zukunft sehe ich eher pessimistisch entgegen. ^a	2.30	1.17	.51
Ich bin stolz darauf, in meinem Beruf arbeiten zu können.	2.19	1.01	.69
In meinem Beruf kann ich mich verwirklichen.	2.36	.103	.73
Meine beruflichen Angelegenheiten gestalten sich einfach nicht so, wie ich es gerne hätte. ^a	2.52	1.25	.62
Gesamtskala	2.26	.85	$\alpha = .89$

Anmerkung. ^aItem wurde umkodiert.

4.5 Diskussion und Schlussfolgerungen für die Hauptstudie

Das Ziel der Pilotstudie bestand in der Erprobung, Verbesserung und vor allem auch Kürzung der zum Teil neu entwickelten Messinstrumente, bevor anhand dieser die Berufseinstiegs-situation von ÄrztInnen in der Hauptstudie erfasst wurde. Berufseinstiegs-/arbeitskontext-spezifische Parameter, wie z.B. die Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium bzw. die Bewertung des Berufseinstiegs, waren im Vorfeld neu konzipiert worden und kamen erstmalig zum Einsatz. Sie sollten hinsichtlich ihrer Praktikabilität überprüft werden. Einzelne Items wurden zwar umformuliert, insgesamt gelang die Messung der Untersuchungsaspekte aber wie beabsichtigt, so dass der Skaleneinsatz in der Hauptstudie möglich war. Die Skalen zur Erfassung ausgewählter Persönlichkeitsvariablen (*Big Five* und arbeitsspezifische Coping-funktionalität) wurden daten- und inhaltsgeleitet deutlich gekürzt, um ihre ökonomische Messung in der Hauptstudie zu gewährleisten.

5 HAUPTSTUDIE

Gegenstand der Hauptstudie war die Untersuchung des Beanspruchungserlebens der Jung-ÄrztInnen im Betrachtungszeitraum sowie die Erklärung interindividueller Unterschiede in diesem anhand der Arbeitsbelastung und in Abhängigkeit von psychischen Ressourcen. Das zweite große Interesse galt Veränderungen in der Persönlichkeit über den Berufseinstieg bzw. die ersten Arbeitsmonate hinweg.

5.1 Studiendesign und Stichprobenentwicklung

Im Rahmen einer prospektiv angelegten Kohortenstudie wurden StaatsexamensabsolventInnen der Medizinischen Fakultäten im gesamtdeutschen Raum erstmalig im Herbst 2006 (Kohorte 1) bzw. im Frühjahr 2007 (Kohorte 2) und dann weitere zwei Male im ersten Jahr der ärztlichen Weiterbildung befragt. Die drei Untersuchungszeitpunkte lagen dabei jeweils sechs Monate auseinander. Im Rahmen der Initialbefragung (T1) konnten 266 Personen (70.3% Frauen) für eine Teilnahme gewonnen werden. An der zweiten Befragung (T2) ein halbes Jahr nach dem Staatsexamen (und für die Mehrheit der jungen ÄrztInnen nach nunmehr erfolgtem Berufseinstieg) nahmen insgesamt 252 Personen (69.8% Frauen) teil. Die dritte und letzte Befragung (T3) ein Jahr nach dem Staatsexamen absolvierten wiederum 252 Jung-ÄrztInnen (71.0% Frauen). Tabelle 12 gibt einen Überblick über die Teilnahmeentwicklung im Untersuchungszeitraum. In den Analysen wurden nur die Jung-ÄrztInnen berücksichtigt, die (a) an allen drei Befragungen teilgenommen und (b) zu T2 tatsächlich in den Beruf eingestiegen waren ($N = 185$ bzw. 63.8% der TeilnehmerInnen überhaupt).

Tabelle 12. Überblick über die Befragungsteilnahmen und den Berufseinstieg (sofern bekannt) im Untersuchungszeitraum

Teilnahme am Messzeitpunkt	N	%	Zeitpunkt der Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit vor T2	
			ja	nein
T1 & T2 & T3	219	75.5	185	34
T1 & T2	14	4.8	9	5
T1 & T3	14	4.8	unbekannt	unbekannt
T2 & T3	11	3.8	9	2
T1	18	6.2	unbekannt	unbekannt
T2	7	2.4	4	3
T3	7	2.4	unbekannt	unbekannt
Teilnahmen insgesamt	290	100.0	---	---

Anmerkung. Zu T2 wurde der genaue Zeitpunkt (Monat/Jahr) des Berufseinstiegs erfasst. Für TeilnehmerInnen, die den zweiten Fragebogen nicht beantworteten, liegt diese Information somit nicht vor.

Jung-ÄrztInnen, die nach T1 bzw. spätestens nach T2 aus der Studie ausschieden, unterschieden sich von den zu allen drei Befragungszeitpunkten teilnehmenden Personen nicht hinsichtlich der zu T1 erfassten soziodemografischen und ausbildungsrelevanten Aspekte sowie bezüglich ihrer mittleren Ausprägungen in den Persönlichkeitsmerkmalen sowie Beanspruchungsindikatoren.

5.2 Analysestichprobe

Zunächst wird die untersuchte Stichprobe von Jung-ÄrztInnen entlang einiger allgemeiner demografischer Angaben beschrieben. Im Anschluss daran werden ausbildungs- und berufsbiografische Angaben dokumentiert, die die Stichprobe weiterführend charakterisieren.

5.2.1 Allgemeine demografische Angaben

Die Analysestichprobe besteht aus $N = 185$ Jung-ÄrztInnen (71.4% Frauen). Wie bereits erläutert, wurden zwei Studiumsabschluss-Kohorten befragt. Von den TeilnehmerInnen der Analysestichprobe gehörten 84 (45.4%) der ersten Kohorte mit der Initialbefragung im Herbst 2006 und 101 (54.6%) mit der Erstbefragung im Frühjahr 2007 an. Da sich beide Kohorten hinsichtlich der soziodemografischen und berufsbiografischen Aspekte sowie der Persönlichkeitsmerkmalsausprägungen zu T1 nicht signifikant voneinander unterschieden, wurden sie in allen Analysen zusammengefasst betrachtet.

Das durchschnittliche Alter der ÄrztInnen in der Analysestichprobe betrug zu T1 $M = 27.4$ Jahre ($SD = 2.3$; Range: 24 - 38). Verheiratet waren zum Zeitpunkt der ersten Befragung 14 TeilnehmerInnen (7.6%), 117 Personen (63.2%) lebten in einer festen

Partnerschaft. Nur sechs Frauen (4.5%) bzw. drei Männer (5.7%) hatten schon eigene Kinder. Von den 185 TeilnehmerInnen in der Analysestichprobe besaßen 171 (92.4%) die deutsche Staatsangehörigkeit. Tabelle 13 gibt Aufschluss über die regionale Herkunft der befragten Personen in Deutschland.

Tabelle 13. Überblick über die regionale Herkunft der Jung-ÄrztInnen (T1)

Bundesland	N	%	Bundesland	N	%
Berlin	30	16.2	Schleswig-Holstein	7	3.8
Nordrhein-Westfalen	27	14.6	Thüringen	6	3.2
Baden-Württemberg	23	12.4	Sachsen-Anhalt	5	2.7
Bayern	23	12.4	Mecklenburg-Vorpommern	4	2.2
Hessen	20	10.8	Hamburg	2	1.1
Rheinland-Pfalz	9	4.9	Brandenburg	2	1.1
Niedersachsen	9	4.9	Saarland	2	1.1
Sachsen	8	4.3	Kein Wohnsitz in Deutschland	4	2.2

50.8% (94 Personen) der TeilnehmerInnen wohnten zum Zeitpunkt der Erstbefragung mit dem/der Partner/-in bzw. der Familie (sofern Kinder schon dazugehörten) zusammen. 27.6% (51 TeilnehmerInnen) der Jung-ÄrztInnen lebten allein, weitere 21.1% (39 TeilnehmerInnen) lebten in einer WG. Ein einzige Person (0.5%) gab an, allein mit Kind zu leben.

5.2.2 Ausbildungs- und berufsbiografische Angaben

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung unmittelbar nach dem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg beantworteten die TeilnehmerInnen eine Reihe von Fragen zu ihrem abgeschlossenen Studium, zu ihren Plänen für das kommende halbe Jahr und zu ihren Wünschen für die nahende Berufstätigkeit.

Während die Mehrheit der Analysestichprobe den Medizin-Regelstudiengang absolviert hatte (163 TeilnehmerInnen, 88.1%), gaben 18 (9.7%) Personen an, AbsolventInnen eines Modellstudiengangs (z.B. *Reformstudiengang Medizin* an der Charité – Universitätsmedizin Berlin) zu sein. Von bereits im Vorfeld des Studiums gesammelten Erfahrungen im medizinischen Bereich (z.B. im Rahmen einer Ausbildung, des Zivildienstes, eines Freiwilligen Sozialen Jahres oder Praktikums) berichteten 85 (45.9%) der befragten Personen. Das Medizinstudium wurde von der Mehrzahl der TeilnehmerInnen (144 bzw. 77.8%) mindestens mit der Note 2 abgeschlossen; 41 (22.1%) junge ÄrztInnen hatten ihr Studium mit den Noten 3 bzw. 4 beendet.

Mit Blick auf das nach der Initialbefragung folgende halbe Jahr berichteten 144 (77.8%) der Jung-ÄrztInnen von ihrem Plan, sich zu bewerben bzw. eine Anstellung als Assistenzarzt/-ärztin zu erhalten. 118 (63.8%) der Befragten gaben an, (zudem) ihre Promotion beenden zu

wollen.²⁰ Lediglich vier (2.2%) TeilnehmerInnen planten ein Praktikum oder außermedizinisches Engagement (z.B. im pharmazeutischen Bereich). Zeit für Reisen, Sprachurlaube, Umzüge bzw. die Kinderbetreuung wollten sich insgesamt 47 (25.4%) der befragten Jung-ÄrztInnen nehmen.

Hinsichtlich ihrer zukünftigen Berufstätigkeit gaben die Jung-ÄrztInnen mehrheitlich (179 bzw. 96.8%) an, vollzeit arbeiten zu wollen. Nur fünf (2.7%) TeilnehmerInnen wünschten sich eine Teilzeit-Anstellung mit einem Umfang von 25 bis 35 Stunden pro Woche. Viele Jung-ÄrztInnen (122 bzw. 66.0%) strebten eine rein klinische Arbeitstätigkeit an, 59 (31.9%) Personen wollten demgegenüber sowohl klinisch als auch wissenschaftlich tätig werden. Allein vier (2.2%) Berufseinsteiger planten eine ausschließlich wissenschaftliche Beschäftigung. Tabelle 14 gibt weiterführend Auskunft darüber, welche Facharztausbildung die Jung-ÄrztInnen zum Zeitpunkt der Initialbefragung anstrebten. Am häufigsten wurden die Innere Medizin, die Anästhesie und die Pädiatrie genannt.

Tabelle 14. Überblick über die angestrebte Facharztausbildung (T1)

Angestrebte Facharztausbildung	N	%		N	%
Allgemeinmedizin	8	4.3	Neurologie	16	8.6
Anästhesie	28	15.1	Orthopädie (ggf. Unfallchirurgie)	9	4.9
Augenheilkunde	2	1.1	Pädiatrie	25	13.5
Chirurgie	14	7.6	Pathologie	3	1.6
Dermatologie	3	1.6	Pharmakologie	1	0.5
Gynäkologie	16	8.6	Psychiatrie	10	5.4
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	3	1.6	Radiologie	4	2.2
Innere Medizin	37	20.0	Urologie	2	1.1
Laboratoriumsmedizin	2	1.1			
unentschieden	2	1.1			

Anmerkung. Sofern mehrere Ausbildungswünsche genannt wurden, ist hier immer die Erstnennung aufgeführt.

Zum zweiten und dritten Befragungszeitpunkt thematisierten zahlreiche Fragen die nunmehr aufgenommene Arbeitstätigkeit bzw. das Arbeitsplatzgeschehen. Tabelle 15 stellt zunächst einmal die anstellenden Fachbereiche der befragten Jung-ÄrztInnen zu T2 im Überblick dar. Es wird deutlich, dass über die Hälfte der befragten ÄrztInnen (100 bzw. 54.1%) eine Anstellung in den schon vor dem Berufseinstieg erstplazierten Fachbereichen Innere Medizin und Anästhesie sowie in der Chirurgie gefunden hatte.

²⁰ Zu T1 hatten 30 Jung-ÄrztInnen (16.1%) ihre Promotion bereits abgeschlossen.

Tabelle 15. Überblick über die anstellenden Fachbereiche nach dem Berufseinstieg (T2)

Anstellender Fachbereich	N	%		N	%
Anästhesie	28	15.1	Neurologie	19	10.3
Augenheilkunde	2	1.1	Orthopädie (ggf. Unfallchirurgie)	4	2.2
Chirurgie	25	13.5	Pädiatrie	19	10.3
Geriatric	1	0.5	Palliativmedizin	1	0.5
Gynäkologie	15	8.1	Pathologie	1	0.5
HNO	3	1.6	Psychiatrie	11	5.9
Innere Medizin	47	25.4	Radiologie	5	2.7
Klinische Chemie & Laboratoriumsmedizin	2	1.1	Urologie	2	1.1

Während zum Zeitpunkt der zweiten Befragung nur wenige (drei bzw. 1.6%) der befragten Jung-ÄrztInnen von einem frühen Arbeitsplatzwechsel berichteten, waren es zu T3 bereits 23 (12.4%), die angaben, den Arbeitsplatz seit dem Berufseinstieg gewechselt zu haben (zwei davon berichteten von einem zweifachen Wechsel).

Die meisten TeilnehmerInnen (161 bzw. 87.0% zu T2) hatten, für dieses Berufstadium typisch, einen befristeten Vertrag mit ihrem Arbeitgeber abgeschlossen, wobei die Vertragslaufzeiten erheblich schwankten (T2: $M = 32.8$ Monate, $SD = 20.0$; Range: 2 - 72).

Außerhalb ihrer Assistenzarztstätigkeit gingen zum zweiten Befragungszeitpunkt nur 38 (20.5%) Jung-ÄrztInnen neben-, ehrenamtlichen oder sonstigen Tätigkeiten nach. Benannt wurden hier u.a. Dozenturen, (Sport-)Betreuungsengagements und Tätigkeiten im ursprünglichen Ausbildungsberuf (z.B. Physiotherapie). Auch der Promotionsstatus als parallele Tätigkeit zum praktischen Arbeitsdasein wurde erfasst: Zu T2 promovierten 119 (64.3%), d.h. die Mehrheit der Berufseinsteiger, wobei die Mehrzahl (120 Personen bzw. 64.8%) angab, die Dissertationsschrift zur Hälfte bzw. nahezu gänzlich fertig gestellt zu haben. 34 Jung-ÄrztInnen (18.4%) berichteten von ihrer bereits abgeschlossenen Promotion zu T2, zu T3 waren es 43 Jung-ÄrztInnen (23.2%).

Die nachfolgend berichteten Ergebnisse beleuchten das Arbeitsumfeld der Jung-ÄrztInnen. Da vergleichsweise nur wenige Berufseinsteiger einen Arbeitsplatzwechsel berichteten und somit davon ausgegangen werden kann, dass das Arbeitsumfeld für die meisten der TeilnehmerInnen von T2 zu T3 bestehen blieb, wird das Augenmerk der Darstellung zugunsten der Übersichtlichkeit auf die T2-Angaben gerichtet.

Von den 185 Jung-ÄrztInnen der Analysestichprobe fanden 55 (29.7%) eine Anstellung in einem Universitätsklinikum. Die Mehrzahl (126 Berufseinsteiger bzw. 68.1%) berichtete von ihrer Assistenzarztstätigkeit in einem anderen Krankenhaus (u.a. akademische Lehrkrankenhäuser, Bundeswehrkrankenhäuser, kleinere Kreiskrankenhäuser).

Tabelle 16 veranschaulicht entlang von Bettenzahl und Personalstärke die Größe der Stationen, auf denen die Jung-ÄrztInnen zum Zeitpunkt der zweiten Befragung angestellt waren.

Tabelle 16. Überblick über die Stationsgröße der anstellenden Fachbereiche (T2)

Betten/Station	N	%	ÄrztInnen/Station	N	%
10 - 20 Betten	37	20.0	1 - 2 ÄrztInnen	79	43.9
21 - 30 Betten	61	33.0	3 - 4 ÄrztInnen	55	30.6
über 30 Betten	47	25.4	5 - 6 ÄrztInnen	16	8.9
z.Zt. keine Stationstätigkeit	40	21.6	> 6 ÄrztInnen	30	16.7
fehlend	---	---	fehlend	5	2.8

Mit Blick auf die Arbeitszeiten lässt sich zunächst einmal festhalten, dass die Mehrzahl (140 bzw. 75.7%) der befragten ÄrztInnen im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche beschäftigt war. Während 32 junge ÄrztInnen (17.3%) sechs Tage pro Woche ihrer Arbeitstätigkeit nachgingen, waren es allein drei TeilnehmerInnen, die lediglich eine Drei- bzw. Vier-Tage-Woche durchliefen. Abbildung 8 stellt die tägliche Arbeitszeit exemplarisch für den zweiten Messzeitpunkt dar. Es zeigt sich, dass 74.6% der Jung-ÄrztInnen 9- bis 11.5-Stunden-Tage zum zweiten Messzeitpunkt absolvierten. Pro Woche (Anzahl der Arbeitsstunden mal Anzahl der Arbeitstage) arbeiteten sie im Durchschnitt $M = 50.0$ Stunden ($SD = 9.0$; Range: 21 - 84). Zum dritten Messzeitpunkt hatte die mittlere wöchentliche Arbeitszeit geringfügig zugenommen ($M = 51.4$ Stunden, $SD = 9.4$; Range: 20 - 78).

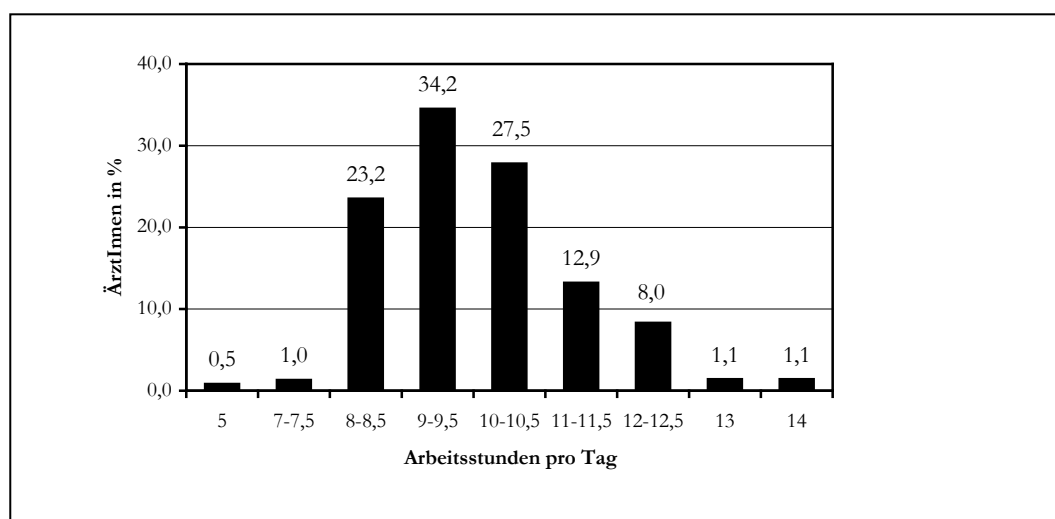


Abbildung 8. Überblick über die täglichen Arbeitszeiten/Arbeitsstunden (T2)

In Tabelle 17 sind die Sonderdienste, die von den Jung-ÄrztInnen abzuleisten waren, aufgeführt. An dieser Stelle sind auch die T3-Angaben aufgeführt, da sich entlang dieser eine Zunahme der Sonderdienstleistungen im Untersuchungszeitraum zeigt.

Tabelle 17. Überblick über die zu absolvierenden Sonderdienste im Rahmen der Assistenzarzt-tätigkeit (T2/T3)

	T2		T3	
	N	%	N	%
Überstunden/Woche				
unter 5h/Woche	60	32.4	55	29.7
5 - 10h/Woche	70	37.8	76	41.1
11 - 15h/Woche	41	22.2	34	18.4
über 15h/Woche	13	7.0	17	9.2
fehlend	1	0.5	3	1.6
Nachtdienste/Monat				
keine	65	35.1	31	16.8
1 - 2x/Monat	19	10.3	18	9.7
3 - 4x/Monat	53	28.7	61	33.0
5 - 6x/Monat	34	18.4	51	27.6
über 6x/Monat	14	7.6	21	11.4
fehlend	---	---	3	1.6
Wochenenddienste/Monat				
keine	45	24.3	17	9.2
1 - 2x/Monat	108	58.4	115	62.2
3 - 4x/Monat	32	17.3	49	26.5
fehlend	---	---	4	2.2

Der mögliche Ausgleich der geleisteten Sonderdienste ist exemplarisch entlang der entsprechenden T3-Angaben der Jung-ÄrztInnen in Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18. Möglichkeit zum und Form des Ausgleich/s von geleisteten Sonderdiensten (T3)

Vergütung von Sonderdiensten	Überstunden		Nachtdienste		Wochenenddienste	
	N	%	N	%	N	%
ja	109	58.9	134	72.4	126	68.1
nein	72	38.9	34	18.4	46	24.9
fehlend	4	2.2	17	9.2	13	7.0
Geld	11	5.9	45	24.3	59	31.9
Freizeit	68	36.8	56	30.3	35	18.9
Geld & Freizeit	31	16.8	34	18.4	33	17.8

Es wird deutlich, dass – auch wenn die Zahl derer, für die eine Ausgleichsmöglichkeit der geleisteten Sonderdienste bestand, stets überwog – der Anteil der Jung-ÄrztInnen für die das nicht möglich war, doch substanziell war. Sofern der Ausgleich angeboten wurde, war dieser – mit Ausnahme der Vergütung von Wochenenddiensten – zumeist eher freizeithlicher als

finanzieller Natur. Für einen nicht unerheblichen Anteil der befragten Jung-ÄrztInnen mit Ausgleichsmöglichkeit der Sonderdienste bestand aber auch die Möglichkeit/Wahl zwischen finanzieller und freizeithlicher Vergütung.

Zu allen drei Befragungszeitpunkten wurden die Zukunftspläne/-vorstellungen der Berufseinsteiger erfasst. Diese sind – inklusive der T1-Angaben – in Tabelle 19 vergleichend aufgeführt. Es zeigt sich, dass für die Mehrzahl der Jung-ÄrztInnen zunächst einmal der Facharzt-Status erstrebenswert war. Ein vergleichbar großer Anteil unter ihnen beabsichtigte aber auch die Erreichung des Oberarzt-Status, der karrierestufenhöher angesiedelt ist. Interessant ist die Zunahme von T1 zu T2/T3 derer, die in einem nicht-medizinischen Bereich tätig werden wollten. Wie aus Tabelle 19 weiterführend ersichtlich ist, wurden mit Aufnahme der Arbeitstätigkeit höhere Karriereziele attraktiver (s. z.B. Zunahme der Zahl derer, die das Karriereziel Oberärztin/-arzt verfolgten).

Tabelle 19. Zukunftsvorstellungen der Jung-ÄrztInnen (T1/T2/T3)

Zukunftsvorstellungen	T1		T2		T3	
	N	%	N	%	N	%
Hausärztin/-arzt	13	7.0	17	9.2	18	9.7
Fachärztin/-arzt	49	26.5	74	40.0	62	33.5
Oberärztin/-arzt	53	28.6	72	38.9	84	45.4
Chefärztin/-arzt	5	2.7	7	3.8	5	2.7
anderer Bereich der Medizin	4	2.2	11	6.0	8	4.3
nicht im medizinischen Bereich	---	---	1	0.5	4	2.2
fehlend	61	33.0	3	1.6	4	2.2

Angesichts der Diskussion um hohe Abwanderungsraten von ÄrztInnen ins Ausland (s. Einleitung) wurden die Berufseinsteiger in der vorliegenden Untersuchung zu ihren möglichen Auslandsplänen befragt. Abbildung 9 verdeutlicht, dass die Mehrheit der Jung-ÄrztInnen eine Beschäftigung als Ärztin/Arzt im Ausland durchaus als Möglichkeit erachtete. Zu T2 war die Zahl derer, die eine Abwanderung ins Ausland für möglich hielt, am höchsten. Womöglich begründete sich dies im unmittelbaren Erleben des Berufseinstiegs als kritisches Lebensereignis. Die Idee einer Anstellung anderswo mag zu diesem frühen Zeitpunkt nach dem Berufseinstieg besonders attraktiv sein.

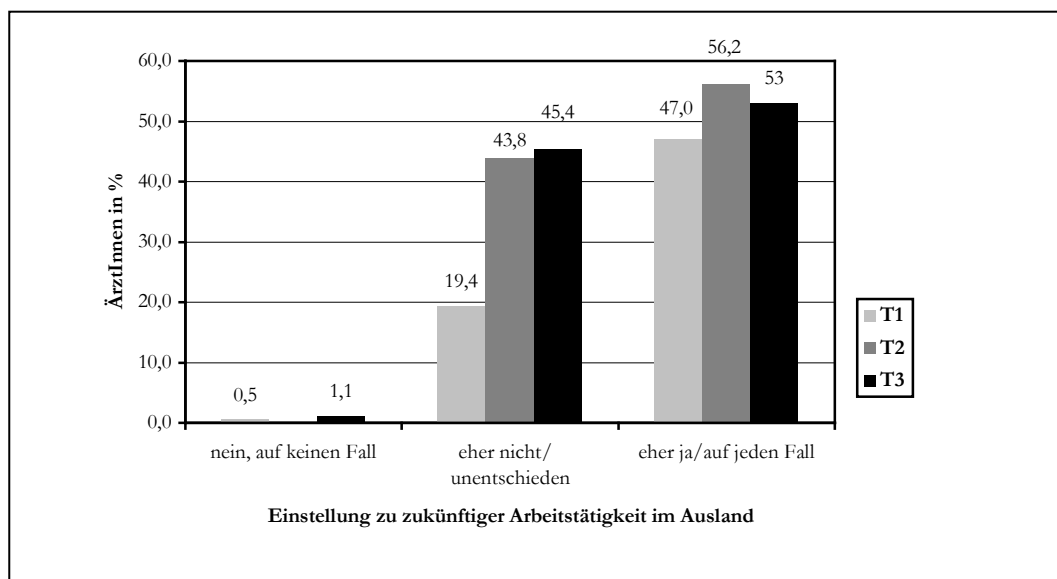


Abbildung 9. Einstellung der Jung-ÄrztInnen zu einer möglichen Beschäftigung als Ärztin/Arzt im Ausland (T1/T2/T3)

Das Antwortverhalten auf die Frage nach der Betreuungsqualität der Assistenzarztstätigkeit (im Sinne des Mentorings/der Anleitung durch die Vorgesetzten) soll die Darstellung ausbildungs- und berufsbiografischer Parameter abschließen. Abbildung 10 stellt die Notenvergabe durch die Jung-ÄrztInnen zu T2 und T3 vergleichend dar. Zunächst einmal zeigt sich, dass sich über die Hälfte der Befragten zu T2 (56.8%) und T3 (54.1%) gut bzw. im zumindest befriedigenden Maße betreut fühlte (s. Vergabe der Noten 2 und 3). Dies negiert jedoch nicht den nicht unerheblichen Anteil derer, die sich von ihren Vorgesetzten als nur genügend bzw. ungenügend angeleitet erachteten (zu T2: 27.6%, zu T3: 34.1%). Entlang der deutlich selteneren Vergabe der Note 1 bei gleichzeitig häufigerer Vergabe der Noten 4 und 5 wird deutlich, dass sich die Jung-ÄrztInnen zu T3 gegenüber T2 schlechter betreut fühlten.

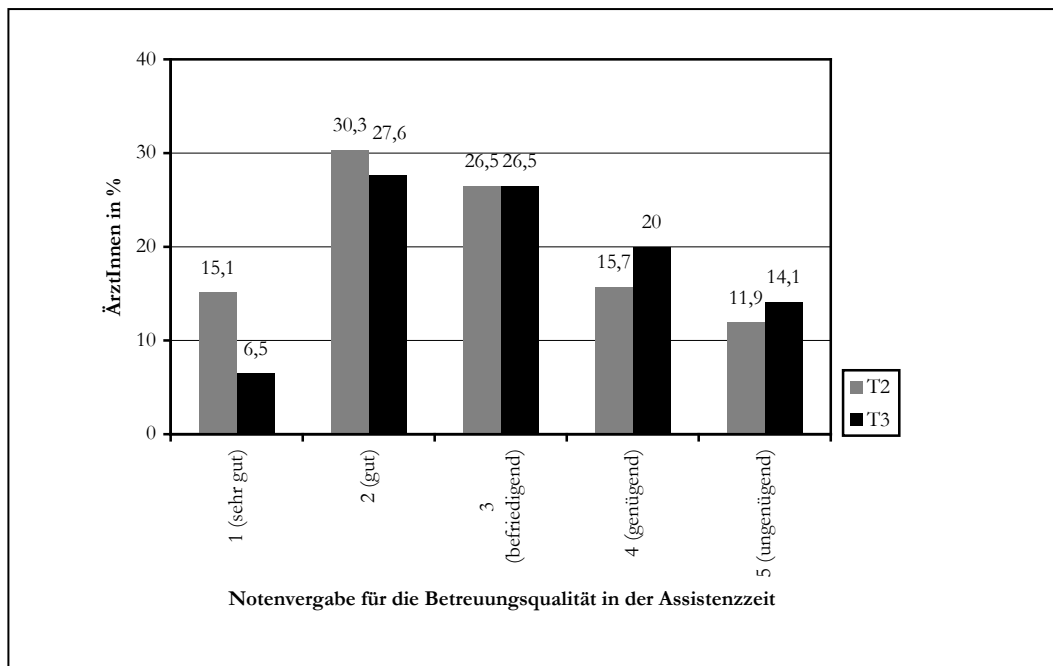


Abbildung 10. Betreuungs-/Anleitungsqualität der Jung-ÄrztInnen durch ihre Vorgesetzten (T2/T3)

5.3 Instrumente

Bevor die einzelnen Untersuchungsaspekte bzw. ihre Erfassung näher erläutert werden, sind sie in Tabelle 20 zunächst einmal im Überblick aufgeführt. Die Übersicht offeriert (1) eine inhaltliche Klassifikation der verschiedenen Parameter, veranschaulicht (2) zu welchen Zeitpunkten sie erhoben wurden und benennt (3) schon einmal die Erhebungsinstrumente. Die Fragebogeninhalte wurden über die beiden untersuchten Abschlusskohorten hinweg permutiert. Entsprechende Analysen ergaben keine Reihenfolgeeffekte, d.h. keine systematischen Gruppenunterschiede in Abhängigkeit von der Antwortfolge, so dass die beiden Kohorten in den Analysen zusammengefasst werden konnten. Im Anhang sind der zu T1 zum Einsatz gekommene Fragebogen sowie die zu T2 und T3 neu aufgenommenen Maße abgebildet.

Tabelle 20. Betrachtete Parameter zu den einzelnen Befragungszeitpunkten und ihre Erhebungsinstrumente

Erhebungsinstrumente		T1	T2	T3
Betrachtungsparameter & Facetten				
Belastung				
Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	neu konzipierte Skala: 6 Items	x		
Arbeitsbelastung	basierend auf der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) sowie arbeitspsychologischen Verfahren zur Erfassung von Belastungsfaktoren des Arbeitsumfeldes (z.B. Büssing & Glaser, 2002; Stern, 1996; Rimann & Udris, 1993) z.T. neu konzipierte Skala: 26 Items (u.a. Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld, Kompetenzerleben, Vorgesetztenverhalten und Mentoring, Kommunikation und Kooperation im Team, Gratifikation)		x	x
Bewertung des Berufseinstiegs				
Bewertung des Berufseinstiegs	in Anlehnung an die von Filipp (1995) diskutierten subjektiven Ereignismerkmale kritischer Lebensereignisse neu konzipierte, im Rahmen der Analysen der Hauptstudie noch einmal gekürzte Skala: 4 Items (Valenz, Belastungsgrad, Bewältigungszuversicht und Bedrohlichkeit)	x		
Persönlichkeit				
<i>(a) Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit</i>				
- Resilienz	<i>Resilienzskala – RS</i> (Schumacher et al., 2005): 25 Items	x		x
- arbeitsspezifische Copingfunktionalität	in Anlehnung an den <i>Stressverarbeitungsfragebogen – SVF</i> (Janke et al., 1985) neu konzipierte Skala: 10 Items	x		x
- wahrgenommene soziale Unterstützung	Kurzskala in Anlehnung an das <i>Erleben sozialer Unterstützung des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters – AVEM</i> (Schaarschmidt & Fischer, 1996) und die <i>Berliner Social Support Scales – BSSS</i> (Schulz & Schwarzer, 2003): 6 Items	x		x
<i>(b) Kernmerkmale der Persönlichkeit</i>				
- <i>Big Five</i>	Kurzform des <i>NEO-Fünf-Faktoren Inventar – NEO-FFI</i> (Borkenau & Ostendorf, 1993): 30 Items	x		x
Beanspruchung				
<i>(a) allgemein</i>				
- Depressivität	Kurzversion der <i>Allgemeinen Depressionskala – ADYS-K</i> (Hautzinger & Bailer, 1993): 15 Items	x	x	x
- psychosomatische Beschwerden	basierend auf eigenen Vorarbeiten (Felber, 2005) und in Anlehnung an etablierte Verfahren (z.B. <i>Freiburger Beschwerdeliste – FBL</i> von Fahrenberg, 1975; Adaptation von Stern, 1996) neu zusammengestellte Beschwerdenliste: 18 Items	x	x	x
<i>(b) kontextspezifisch</i>				
- berufsbezogene Angst	Kurzskala basierend auf eigenen Vorarbeiten (Felber, 2005) in Anlehnung des <i>Leistungsmotivationsinventar – LMI</i> (Schuler, Prochaska & Frintrup, 2001) und die <i>Berufliche Selbstwirksamkeitsskala (BSW-Skala)</i> , Abele, Stief & Andri, 2000): 7 Items		x	x
- Arbeitsunzufriedenheit	in Anlehnung an die deutsche Übersetzung der <i>Satisfaction with Life Scale – SWLS</i> (Schumacher et al., 2003) neu konzipierte Skala: 6 Items		x	x

5.3.1 Erfassung der Belastung

Die berufseinstiegsspezifische Belastung wurde zum ersten Messzeitpunkt durch die (schlechte) Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, zum zweiten und dritten Messzeitpunkt durch die Arbeitsbelastung repräsentiert und entsprechend erfasst.

5.3.1.1 Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium.

Die selbstberichtete Vorbereitungsqualität auf den Arztberuf durch das Medizinstudium wird in der vorliegenden Arbeit als ereignisrelevanter Belastungsfaktor vor dem Berufseinstieg (T1) betrachtet. Die Erfassung anhand von sechs Items, die es auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) zu beantworten galt, wurde zuvor – wenngleich medizinkontextunspezifisch – in der Pilotstudie erprobt. Indem sich die Itemzusammenstellung in dieser schon im ausreichenden Maße als intern konsistent erwies (Cronbachs Alpha von .70) und die Trennschärfen der Einzelitems im Wesentlichen im zufriedenstellenden Bereich lagen (Tabelle 6), kam die getestete Skala – lediglich ergänzt um ein weiteres, medizinkontextspezifisches Item („*Durch das Absolvieren der Famulaturen und des Praktischen Jahres habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten*“) – zum Einsatz.

5.3.1.2 Arbeitsbelastung.

Die Erfassung der Arbeitsbelastung war bereits Gegenstand der eigenen Vorarbeit und ist in ihrer Konzeption dort im Detail beschrieben (Felber, 2005). An dieser Stelle soll eine Zusammenfassung der Entwicklung des Maßes genügen. Diese vollzog sich in Anlehnung an bereits bestehende Verfahren (z.B. Rimann & Udris, 1993; Stern, 1996). Folgende Aspekte der Arbeitssituation wurden damals als relevant für berufseinsteigende ÄrztInnen erachtet und anhand von insgesamt 49 Items erfasst:

- ◆ Arbeitstätigkeit (u.a. Transparenz der Anforderungen, Eigenverantwortlichkeit)
- ◆ Vorgesetzte (u.a. Feedback, Anleitung, Kommunikationsverhalten)
- ◆ Pausenregelung (u.a. Zeitregelung, tatsächliche Nutzungsmöglichkeit)
- ◆ Unterstützung (u.a. Unterstützung durch KollegInnen, Supervision)
- ◆ Arbeitsstress (u.a. Zeit- und Verantwortungsdruck, Arbeitspensum)
- ◆ Arbeitsklima (u.a. Kollegialität, Konkurrenzdruck, Krankenhaushierarchien)
- ◆ Zukunftsvorstellungen (u.a. Berufserfolg, Arbeitsplatzunsicherheit)

- ◆ Diskrepanzerleben (u.a. Diskrepanz von Praxiserfahrungen im Studium vs. Berufsdasein, Qualifikationserleben)
- ◆ Auswirkungen auf das Privatleben (u.a. Belastung des Privatlebens durch die Berufstätigkeit, Unvereinbarkeit von Privatleben und Beruf)
- ◆ Stellung der Frauen (u.a. Benachteiligung, Rollenkonflikt: Mutterschaft – Beruf)

Für die vorliegende Arbeit wurde das Maß überarbeitet, um verschiedene Schwächen, die im Rahmen der ersten Verwendung augenscheinlich wurden, zu beheben. Dazu wurden weitere etablierte, zum Teil auch medizinberufsspezifische Verfahren, wie z.B. das *Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren im Krankenhaus – TAA-KH* von Büssing und Glaser (2002), gesichtet. Es erfolgte ein Abgleich der Parameter verschiedener Kataloge belastender Arbeitsplatzbedingungen, woraufhin (a) ausgewählte Kriterien (z.B. Ausstattung, Erschwernisse, Fluktuation/Absentismus) neu in den Arbeitsbelastungskatalog aufgenommen und (b) einzelne Merkmale differenzierter erfasst wurden (z.B. Transparenz der Anforderungen, Qualität der Arbeitstätigkeit).

In einem weiteren Überarbeitungsschritt wurden die Itemformulierungen insofern verändert, als dass die vormals verwandten Ich-Aussagen nun neutral, d.h. als bloßer Sachverhalt präsentiert wurden. Es ist ein vielfach diskutiertes Problem arbeitspsychologischer Erhebungsverfahren, dass sich in der Beantwortung von Fragen zu spezifischen Arbeitsplatzbedingungen durchaus auch subjektive Bewertungen oder die Beanspruchung des Befragten und nicht allein die objektiven Gegebenheiten spiegeln (s. Kapitel 2.2.4). Daher war es ein Anliegen, auch entlang der Itemformulierungen einen Beitrag zur zumindest objektivierten Erfassung der Arbeitsbelastung zu leisten.

Zuletzt galt es im Rahmen der Überarbeitung des Arbeitsbelastungsmaßes die Itemzahl signifikant zu reduzieren. Die als relevant erachteten, potenziellen Belastungsaspekte der ärztlichen Arbeitstätigkeit sollten nunmehr nur noch anhand von ein oder zwei Items erfasst werden. Schlussendlich bestand der Katalog aus 26 Items, die von den befragten Jung-ÄrztInnen gemäß ihrer aktuellen Arbeitsplatzsituation (Abteilung/Station) auf einer fünfstufigen Skala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) beantwortet wurden. Nachfolgend sind einige Items beispielhaft aufgeführt; in Tabelle 22 ist die Skala vollständig abgebildet.

- ◆ Die Arbeitstätigkeit bringt einen hohen Verantwortungsdruck mit sich.
- ◆ Die Anweisungen des Vorgesetzten sind klar und eindeutig.
- ◆ Man ist immer wieder gezwungen, die Pausen zu verkürzen oder ausfallen zu lassen, weil man etwas fertig machen muss.

5.3.2 Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs

Die Erfassung der subjektiven Bewertung des Berufseinstiegs zu T1 entlang der im *Heuristischen Modell zur Analyse kritischer Lebensereignisse* (s. Abbildung 1 in Kapitel 2.1.1.2) spezifizierten Ereignismerkmale wurde aus der Pilotstudie übernommen (Tabelle 9). Die reliable Skala besteht aus sechs Items mit fünfstufigem Antwortformat von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*).

5.3.3 Erfassung der Persönlichkeit

Ausgewählte Persönlichkeitsvariablen wurden zum ersten und dritten Befragungszeitpunkt erhoben. Zwei Gruppen von Persönlichkeitsvariablen werden – wie auch schon aus Tabelle 20 hervorgeht – unterschieden: (a) protektive Oberflächenmerkmale (Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung) und (b) Kernmerkmale der Persönlichkeit (die *Big Five*).

5.3.3.1 Protektive Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit.

Resilienz

Die von Schumacher et al. (2005) teststatistisch überprüfte deutschsprachige Version der *Resilience-Scale* (Wagnild & Young, 1993) wurde zur Erfassung von Resilienz bzw. psychischer Widerstandsfähigkeit eingesetzt. Die Skala umfasst 25 Items, die in der Studie von Schumacher et al. auf einer siebenstufigen Antwortskala von 1 (*ich stimme nicht zu*) bis 7 (*ich stimme zu*) beantwortet wurden. Für die vorliegende Untersuchung wurde dieses Antwortformat dem fünfstufigen Antwortformat der anderen Skalen von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) angepasst. Schumacher et al. berichten für die deutschsprachige Version eine interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von .95, welches die Skala als ein reliables Messinstrument zur Erfassung psychischer Widerstandsfähigkeit ausweist. Auch in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) bewies die Skala eine gute interne Konsistenz (Cronbachs Alpha von .83). Die von Wagnild und Young diskutierte zweifaktorielle Struktur der Skala (*Persönliche Kompetenz* und *Akzeptanz des Selbst und des Lebens*) konnte von Schumacher et al. (2005) nicht in befriedigender Weise faktorenanalytisch repliziert werden. Die Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation ergab vielmehr eine Drei-Faktoren-Lösung mit einem varianzstarken ersten Faktor, so dass die Autoren die Eindimensionalität der Skala schlussfolgern. Nachfolgend sind Itembeispiele der Skala aufgeführt; in Tabelle 24 ist die Skala vollständig abgebildet.

- ◆ Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.
- ◆ Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.
- ◆ Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.
- ◆ Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.
- ◆ Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.

Arbeitspezifische Copingfunktionalität

Die Erhebung der arbeitspezifischen Copingfunktionalität wurde bereits unter 4.2.3 erläutert. Aus den 20 getesteten Items, die – basierend auf dem *Stressverarbeitungsfragebogen – SVF* von Janke et al. (1985) – funktionale und dysfunktionale Bewältigungsstrategien abbildeten, wurden die 10 Items mit den höchsten Trennschärfen ausgewählt (Tabelle 8). Die so neu gebildete Skala bewies eine zufriedenstellende interne Konsistenz. Die Jung-ÄrztInnen beantworteten die 10 Items auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*).²¹

Wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit

Die in Anlehnung an bestehende Verfahren (*AVEM* von Schaarschmidt & Fischer, 1996; *BSSS* von Schulz & Schwarzer, 2003) neu formulierten Items zur Erfassung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit wurden vorgetestet (Tabelle 9). Die Skala erwies sich als reliabel und kam folglich in erprobter Form, d.h. mit sechs Items, die auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) einzuschätzen waren, zum Einsatz.

5.3.3.2 *Big Five als Kernmerkmale der Persönlichkeit.*

Auf Grundlage der Ergebnisse der Pilotstudie wurde das *NEO-FFI* von Borkenau und Ostendorf (1993) vor seinem Einsatz in der Hauptuntersuchung gekürzt (Tabelle 10). Die Erfassung der *Big Five*-Faktoren *Neurotizismus*, *Extraversion*, *Offenheit für Erfahrung*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* erfolgte daraufhin anhand von 30 Items (sechs pro Dimension) auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*).

5.3.4 *Erfassung der Beanspruchung*

Das Beanspruchungserleben von Jung-ÄrztInnen angesichts der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung wurde in der vorliegenden Arbeit entlang allgemeiner

²¹ Die Jung-ÄrztInnen wurden zu T1, d.h. vor dem Berufseinstieg, instruiert, ihre arbeitspezifische Copingfunktionalität auch mit Blick zurück, d.h. auf frühere Arbeitserfahrungen (im Praktischen Jahr, in den Famulaturen), zu berichten.

(Depressivität, psychosomatische Beschwerden) und arbeitskontextspezifischer Indikatoren (Arbeitsunzufriedenheit, berufsbezogene Angst) betrachtet. Die Erfassung der einzelnen Indikatoren wird im Folgenden genauer erläutert. In den hypothesenprüfenden Analysen fanden sie zum Teil Berücksichtigung als Einzelindikatoren, mehrheitlich wurden sie aber zusammengefasst, d.h. als Gesamtmaß der Beanspruchung, betrachtet (s. Kapitel 5.5.5). Das allgemeine Beanspruchungserleben junger ÄrztInnen wurde zu allen drei Befragungszeitpunkten erhoben, das kontextspezifische nur zum zweiten und dritten Messzeitpunkt, d.h. nach dem Berufseinstieg.

5.3.4.1 Allgemeine Beanspruchung.

Depressivität

Die in der vorliegenden Untersuchung zum Einsatz gekommene *Allgemeine Depressionskala – ADS* ist die von Hautzinger und Bailer (1993) übersetzte und teststatistisch überprüfte deutschsprachige Form der *Center for Epidemiological Studies Depression Scale – CES-D* von Radloff (1977). Die *ADS* ist ein aus 20 bzw. 15 Items (Lang- bzw. Kurzform) bestehendes Selbstbeurteilungsinstrument, welches gezielt für den Einsatz in Untersuchungen an nicht-klinischen Stichproben, Bevölkerungsgruppen und epidemiologischen Gemeindestichproben entwickelt wurde. Ziel ist dabei (a) die Erfassung depressiver Affekte, körperlicher Beschwerden, motorischer Hemmung und negativer Denkmuster an sich und (b) die Erfassung der Dauer der Beeinträchtigung durch diese. Die Autoren berichten sowohl für die Langform mit einer durchschnittlichen Itemtrennschärfe von $r_{ii} = .52$ und einem Cronbachs Alpha von .89 als auch für die in dieser Studie verwendete Kurzform (*ADS-K*) mit einer internen Konsistenz von .90 und einer durchschnittlichen Trennschärfe der Items von $r_{ii} = .58$ zufriedenstellende Reliabilitäten.²² Während im Rahmen einer Faktorenanalyse für die Langversion die vier Faktoren *Depressiver Affekt*, *Somatische Beschwerden* und *Antriebslosigkeit*, *Interpersonelle Erfahrungen* und *Positiver Affekt* gefunden wurden, konnten für die *ADS-K* nur noch die Faktoren *Depressiver Affekt* und *Somatische Beschwerden* interpretiert werden. Nachfolgend sind Itembeispiele der *ADS-K* aufgeführt. Der Bezugszeitraum für die Beantwortung ist ‚die letzte Woche‘, das Antwortformat ist vierstufig und reichte in der vorliegenden Arbeit von 1 (*selten oder überhaupt nicht/weniger als 1 Tag*) bis 4 (*meistens, die ganze Zeit/5 oder 7 Tage lang*). In Tabelle 28 ist die Skala vollständig abgebildet.

²² Die Angaben beziehen sich auf die von Hautzinger und Bailer (1993) betrachtete Gesamtstichprobe.

Während der letzten Woche ...

- ◆ hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.
- ◆ war ich deprimiert/niedergeschlagen.
- ◆ war alles anstrengend für mich.
- ◆ habe ich schlecht geschlafen.
- ◆ konnte ich mich zu nichts aufraffen.

Indem mit der *ADS-K* ein normiertes Verfahren vorliegt, wurde deren vierstufiges Antwortformat in der Hauptuntersuchung beibehalten und nicht den vereinheitlichten, fünfstufigen Antwortformaten der anderen Maße angepasst. Das ermöglichte die vergleichende Betrachtung der Stichprobe junger ÄrztInnen mit den von Hautzinger und Bailer (1993) publizierten Normwerten und die Betrachtung der Prävalenzrate von Depressivität in der vorliegenden Stichprobe mit der aus anderen Studien zur Situation junger ÄrztInnen.

Psychosomatische Beschwerden

Psychosomatische Beschwerden als Reaktion auf die Arbeitsbelastung wurden in der vorliegenden Studie anhand der schon in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) zum Einsatz gebrachten Beschwerdenliste erfasst. Sie entstammt der Studie von Stern (1996), der sich bei seiner Symptomzusammenstellung an der Kurzversion der *Freiburger Beschwerdenliste* (Fahrenberg, 1975) orientierte. Sterns Beschwerdenliste umfasste 33 Items, die auf einer dreistufigen Häufigkeitsskala von 1 (*nie*) über 2 (*ab und zu*) zu 3 (*häufig*) beantwortet werden sollten. Für die Gesamtskala berichtete er einen guten Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha von .89); die Faktorenanalyse ergab eine Fünf-Faktoren-Lösung für die Skala, wobei der erste Faktor hauptsächlich Items aus dem Bereich *Anspannung/Erschöpfung* enthielt und 23% der Varianz erklärte. Schon im Rahmen der eigenen Vorarbeit wurde diese Symptomliste im Interesse einer ökonomischeren Erfassung psychosomatischer Beschwerden gekürzt. Dabei wurden einzelne Items eliminiert (z.B. *Nieren- und Blasenbeschwerden, Gleichgewichtsstörungen*) und andere, häufig zusammen auftretende Symptome (*Schwindel und Übelkeit, Rückenschmerzen und Nackenschmerzen*) zusammengefasst. Letztendlich enthielt die in der eigenen Vorarbeit eingesetzte Symptomliste 24 Beschwerden, die mit Blick auf *die letzten Wochen* auf einer fünfstufigen Antwortskala von 1 (*nie*) bis 5 (*ständig*) beantwortet werden sollten. Die interne Konsistenz der Skala und Trennschärfen der Einzelitems lagen mehrheitlich im zufriedenstellenden Bereich (Cronbachs Alpha .88; $r_{ii} > .25$).

Für die vorliegende Studie wurde die *Beschwerdenliste* nochmals gekürzt. Nach Ausschluss bzw. Ergänzungen/Zusammenfassungen einzelner Items auf Grundlage der Item- und Skalen-

statistiken in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) setzte sich die Skala aus nunmehr 18 Items zusammen. Das fünfstufige Antwortskalenformat wurde beibehalten. Zur Veranschaulichung sind nachfolgend einige Beschwerden der Liste aufgeführt; in Tabelle 29 ist die Skala dann vollständig abgebildet.

- ◆ Rückenschmerzen/Nackenschmerzen/Schulterschmerzen
- ◆ Kopfschmerzen/Migräne/Druckgefühl im Kopf
- ◆ Muskelverspannungen
- ◆ Übelkeit/Schwindel
- ◆ Schlafstörungen
- ◆ Magen- und/oder Darmbeschwerden

5.3.4.2 Kontextspezifische Beanspruchung.

Arbeitsunzufriedenheit

Die Konzeption und Testung der Skala wurde bereits unter 4.2.4 bzw. 4.4.4 erläutert. Die Skala, die aus sieben Items besteht und in der Pilotstudie eine zufriedenstellende interne Konsistenz aufwies (Tabelle 11), wurde von den Jung-ÄrztInnen auf einer fünfstufigen Antwortskala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) beantwortet.

Berufsbezogene Angst

In Anlehnung an bereits gegebene Verfahren (z.B. *Berufliche Selbstwirksamkeits-Skala – BSW-Skala* von Abele et al., 2000; *Leistungsmotivationsinventar – LMI* von Schuler et al., 2001) wurde die Skala zur Erfassung berufsbezogener Angst im Rahmen der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) neu konzipiert. Das Ziel bestand darin, arbeitskontextspezifische Angst bzw. Verunsicherung zu erfassen. Die Konzeption, Prüfung und auch der Einsatz der Skala im Rahmen der eigenen Vorarbeit war erfolgreich, so dass die Skala ohne Änderungen in der Hauptuntersuchung Anwendung fand. Sie setzt sich aus sechs Items zusammen, die auf einer fünfstufigen Skala von -2 (*trifft nicht zu*) bis +2 (*trifft zu*) beantwortet werden. In der Vorarbeit lag die interne Konsistenz der Skala mit einem Cronbachs Alpha von .81 im zufriedenstellenden Bereich; die Trennschärpen der Items waren gut ($r_{ii} > .30$). Nachfolgend finden sich Itembeispiele; in Tabelle 30 ist die Skala vollständig aufgeführt.

- ◆ Ich habe oft Angst, in meinem Beruf zu versagen.
- ◆ Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.
- ◆ Ich werde immer unsicherer, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten besitze.

5.4 Durchführung

StaatsexamensabsolventInnen der Medizinischen Fakultäten im gesamtdeutschen Raum wurden von Oktober 2006 bis Juli 2008 befragt. Dabei betrachtete die erste von insgesamt drei Befragungen die Ausgangssituation unlängst examinierter, aber noch nicht in den Beruf eingestiegener ÄrztInnen (ein bis zwei Wochen nach dem Staatsexamen). Die zweite Erhebung fand sechs Monate nach der Erstbefragung, die dritte Befragung dann ca. 12 Monate nach dem ersten Messzeitpunkt/dem Staatsexamen und im Schnitt 9.5 Monate²³ nach dem Berufseinstieg statt.

Verschiedenste Wege wurden beschritten, um die Untersuchung unter Jung-ÄrztInnen zu bewerben und sie daraufhin für eine Teilnahme zu gewinnen. So wurden rechtzeitig vor den zwei berücksichtigten Staatsexamenszyklen Informationsschreiben an die Dekanate, Fachschaften und Bibliotheken der Medizinischen Fakultäten in Deutschland mit der Bitte um Weiterleitung über hausinterne E-Mailverteiler versandt. Landesprüfungsämter, die sich für die Ausstellung und Verschickung der Approbationsurkunde nach dem Staatsexamen verantwortlich zeichnen, fügten ihren Schreiben an die Jung-ÄrztInnen entsprechende Informationen über die geplante Studie bei. Interessenvereinigungen wie die Landesärztekammern, der Marburger Bund sowie der Hartmann Bund, Kassenärztliche Vereinigungen, für Jung-ÄrztInnen relevante Internetseiten und -lernforen (z.B. Medizinstudent.de, Medilearn.de, thieme.de/viamedici) sowie Zeitschriften machten in Newslettern, auf ihren Internetseiten und in ihren Printmedien auf die Untersuchung aufmerksam. Des Weiteren wurden Universitätskliniken in Deutschland mit der Bitte um Weiterleitung der Information an jüngst approbierte/neu eingestellte Jung-ÄrztInnen kontaktiert.

Die Durchführung erfolgte als Onlinebefragung, welche die Teilnahme von ÄrztInnen aus dem gesamten Bundesgebiet ermöglichte. In den publizierten Werbeschreiben, Aushängen, Artikeln usw. wurden die ÄrztInnen zunächst über die Untersuchung informiert: Ihnen wurden u.a. das (Online-)Prozedere, d.h. die dreimalige Befragung im Laufe des ersten Jahres nach dem Staatsexamen, die Kontaktierung zu den einzelnen Messzeitpunkten im Untersuchungszeitraum, Umfang und Dauer der Befragungen sowie Anonymität und Freiwilligkeit näher erläutert. Bei gegebenem Interesse an einer Teilnahme waren die Jung-ÄrztInnen dann angehalten, dem aufgeführten Link zu einer Internetseite zu folgen, auf der sie sich für die Teilnahme registrierten. Dazu wurden die Kontaktdaten sowie das Datum der letzten Staatsexamensprüfung erfasst. Die letzte Angabe war essentiell, um die ÄrztInnen direkt nach ihrem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg erstmalig kontaktieren und befragen zu können.

²³ Der Wert basiert auf der Erfassung des Zeitpunkts des Berufseinstiegs zu T2.

Aufgrund der Angaben zum zweiten Befragungszeitpunkt wurde deutlich, wer den Berufseinstieg tatsächlich absolviert hatte. Jene ÄrztInnen wurden für die Analysestichprobe ausgewählt. Jung-ÄrztInnen, die zum zweiten (und zum dritten) Untersuchungszeitpunkt noch nicht in den Beruf eingestiegen waren, nahmen zwar auch an der Studie teil, wurden aber zu Befragungsbeginn schon auf einen anderen Fragebogen geleitet, der neben Elementen des Hauptfragebogens auch spezifische Fragen zu ihrer gegenwärtigen Situation und Berufs(einstiegs)perspektive enthielt. Die Analyse ihrer Daten ist – auch aufgrund ihrer Geringzahligkeit – nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

5.5 Voraussetzungsprüfung für hypothesenprüfende Analysen

Bevor unter 5.6 die Überprüfung der Fragestellungen und Hypothesen erfolgt, sind nachfolgend zunächst die deskriptiven Item- und Skalenstatistiken sowie die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung der Maße dargestellt. Anschließend werden die Befunde konfirmatorischer Faktorenanalysen²⁴, auf Grundlage derer ausgewählte Untersuchungsaspekte für die hypothesenprüfenden Verfahren zusammengefasst wurden, präsentiert und diskutiert.

5.5.1 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Belastungsmaße

Während zum ersten Messzeitpunkt eine (schlechte) Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium die berufseinstiegsrelevante Belastung darstellte, wurde zum zweiten und dritten Messzeitpunkt die Arbeitsbelastung als solche erfasst.

Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium

In Tabelle 21 sind die deskriptiven Statistiken der Items bzw. der Gesamtskala zur Erfassung der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium sowie die Resultate der Reliabilitätsprüfung aufgeführt. Sowohl die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha von .74) als auch die Itemtrennschärfen sind als zufriedenstellend zu bewerten. Allein Item 2 weist eine Trennschärfe von $r_{ii} < .30$ auf. Indem die Eliminierung dieses Items aber nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Homogenität der Skala beigetragen hätte, wurde es in der Skala belassen, die dann in der vorliegenden Form in die hypothesenprüfenden Analysen einging.

²⁴ Die konfirmatorischen Faktorenanalysen wurden mit dem Programm *AMOS 7.0*, alle anderen Analysen – sofern nicht anders vermerkt – mit dem Programm *PASW 17.0* durchgeführt.

Tabelle 21. Itemstatistiken der Skala Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium (T1)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
Das Studium hat mich nur unzureichend auf die zukünftige Arbeitstätigkeit vorbereitet.	3.61	1.17	.57
Im Rahmen meines Studiums habe ich eine solide theoretische Ausbildung erhalten. ^a	2.17	.99	.28
Durch das Absolvieren von Praktika im Studiumsverlauf habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten. ^a	2.19	1.11	.43
Im Studium habe ich auch psychosoziale (z.B. kommunikative und kooperative) Kompetenzen vermittelt bekommen. ^a	3.49	1.29	.38
Das Studium hat mich für die berufliche Tätigkeit hinreichend qualifiziert. ^a	3.41	1.14	.67
Auf den mitunter auch emotional herausfordernden Arbeitsalltag fühle ich mich nach Abschluss des Studiums gut vorbereitet. ^a	3.32	1.16	.54
Gesamtskala	3.04	.76	$\alpha = .74$

Anmerkung. ^aItem wurde umkodiert.

Arbeitsbelastung

In Tabelle 22 sind die deskriptiven Statistiken der Items und ihre Trennschärfekoeffizienten sowie die Skalenstatistiken und Resultate der internen Konsistenzprüfung aufgeführt. Die interne Konsistenz der Skala Arbeitsbelastung ist zu beiden Befragungszeitpunkten als gut zu bewerten (Cronbachs Alphas von .90/.89). Einzelne Itemtrennschärfen sind zwar unzureichend ($r_{it} < .30$); die Items wurden jedoch in der Skala belassen, da (a) die Homogenität der Skala zu beiden Messzeitpunkten gegeben war und (b) ihre Eliminierung die interne Konsistenz der Skala zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant verbessert hätte. Mit $r_{23} = .69^{**}$ weist die Arbeitsbelastung der Jung-ÄrztInnen eine hohe Stabilität²⁵ auf.

Tabelle 22. Itemstatistiken der Skala Arbeitsbelastung (T2/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
		(T2)		(T3)		
Die Arbeit ist interessant und herausfordernd. ^a	1.69	.83	.38	1.75	.85	.17
In der Regel weiß man, welche Aufgaben in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallen. ^a	2.15	1.15	.55	2.11	1.01	.58
Die Anforderungen, die an einen im Arbeitsalltag gestellt werden, sind nicht immer klar.	3.10	1.23	.50	3.09	1.25	.56
Man weiß ausreichend über die Aufgabenteilung im Krankenhaus Bescheid (u.a. zwischen Kollegen, Abteilungen, Leitungsebene). ^a	2.73	1.20	.54	2.53	1.18	.59
Man kann seine Arbeit selbstständig planen und einteilen. ^a	3.41	1.20	.20	2.92	1.26	.37
Die Arbeitstätigkeit bietet einem Möglichkeiten zu eigenen Entscheidungen. ^a	2.21	1.02	.32	2.10	.98	.33
Bisweilen verfügt man über eine nur unzureichende Qualifikation für die gegebenen Arbeitsanforderungen.	4.02	1.03	.35	3.98	1.02	.33
Die Arbeitstätigkeit bringt einen hohen Verantwortungsdruck mit sich.	4.25	.89	.22	4.37	.79	.19
Die Anweisungen des Vorgesetzten sind klar und eindeutig. ^a	2.91	1.24	.63	2.95	1.18	.59

²⁵ Bei Stabilitätskoeffizienten von über .60 lässt sich von einer hohen Stabilität sprechen (vgl. Mroczek, 2007).

Tabelle 22. Itemstatistiken der Skala Arbeitsbelastung (T2/T3) – fortgesetzt

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
		(T2)		(T3)		
Wenn der Vorgesetzte Kritik übt, ist sie in der Regel konstruktiv und fair formuliert. ^a	2.25	1.18	.52	2.52	1.24	.49
Die Vorgesetzten leiten einen im Rahmen der Ausbildung hinreichend an. ^a	2.96	1.31	.66	3.17	1.32	.63
Die Ausstattung der Arbeitsplätze mit Arbeitsräumen und Arbeitsgeräten/-mitteln ist angemessen. ^a	2.73	1.39	.50	2.66	1.29	.42
Die personelle Ausstattung mit ausgebildeten Arbeitskräften ist angemessen. ^a	3.35	1.44	.67	3.29	1.47	.54
Das Arbeitsklima in der Abteilung ist von Teamarbeit und Kollegialität geprägt. ^a	2.05	1.06	.53	2.00	1.10	.59
Die Kommunikation und Kooperation in der Abteilung klappt gut. ^a	2.60	1.17	.65	2.50	1.14	.67
Man wird immer wieder mit Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert.	2.03	1.22	.22	1.96	1.31	.33
In der Abteilung gibt es wegen Personalwechsel und Abwesenheiten immer wieder Probleme.	3.44	1.44	.47	3.52	1.31	.44
Bei Schwierigkeiten in der Arbeit hat man die Möglichkeit, Entlastung im Gespräch mit Kollegen zu finden. ^a	2.15	1.12	.42	2.22	1.07	.36
Die Arbeit in der Abteilung ist wegen unheilbarer Erkrankungen/des häufigen Todes von Patienten sehr schwierig.	2.06	1.16	.26	2.32	1.30	.16
Man arbeitet immer wieder unter schwierigen ergonomischen Umständen (z.B. schlechte Lichtverhältnisse, Lärm, schlechte klimatische Verhältnisse).	2.77	1.42	.48	2.80	1.44	.40
Man hat bei der Arbeit immer wieder zuviel auf einmal zu tun und kann einzelne Aufgaben (z.B. Patientengespräche, Dokumentationen) nicht in der nötigen Ruhe erledigen.	3.94	1.23	.63	4.10	1.06	.46
Man gerät bei der Arbeit wegen kurzfristiger Terminvorgaben (z.B. von Vorgesetzten, anderen Abteilungen) immer wieder unter Zeitdruck.	3.73	1.22	.64	3.80	1.20	.58
Man erhält immer wieder Arbeitsaufträge, die sich nicht miteinander vereinbaren lassen.	3.01	1.37	.69	3.22	1.32	.70
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass die Qualität der eigenen Arbeit darunter leidet.	3.41	1.26	.73	3.54	1.25	.67
Man ist immer wieder gezwungen, die Pausen zu verkürzen oder ausfallen zu lassen, weil man etwas fertig machen muss.	3.84	1.35	.53	3.95	1.31	.52
Das Einkommen/die Vergütung wird der Arbeitstätigkeit gerecht. ^a	3.54	1.28	.39	3.60	1.25	.46
Gesamtskala	2.93	.65	$\alpha = .90$	2.95	.64	$\alpha = .89$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

5.5.2 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalyse der Skala Bewertung des Berufseinstiegs

In Tabelle 23 sind die deskriptiven Statistiken der Skala zur Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs (T1) und ihrer Items aufgeführt. Die interne Konsistenz ist mit einem Cronbachs Alpha von .75 als zufriedenstellend zu bewerten. Die Trennschärfen der Items lagen ebenfalls – mit Ausnahme von Item 3 – im zufriedenstellenden Bereich ($r_{ii} > .30$). Die Eliminierung des wenig trennscharfen Items 3 und des inhaltlich unpräzisen Items 4 verbesserte die interne Konsistenz der Skala auf ein Cronbachs Alpha von .81 und ergab für die Skala einen Mittelwert von $M = 3.74$ ($SD = .87$). Diese Vier-Item-Skala wurde in den weiterführenden Analysen berücksichtigt.

Tabelle 23. Itemstatistiken der Skala Bewertung des Berufseinstiegs (T1)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
<i>Wenn ich an meinen Berufseinstieg bzw. an die sich mit diesem neu eingestellten Arbeits- und Lebensbedingungen denke, dann:</i>			
freue ich mich.	4.07	1.02	.61
belastet mich das. ^a	3.10	1.23	.57
ist das von großer Bedeutung für mich.	4.65	.58	.13
fühle ich mich herausgefordert.	4.63	.58	.34
habe ich das Gefühl, dass ich damit schon gut zurecht kommen werde.	3.90	.94	.65
fühle ich mich unwohl, mitunter davon regelrecht bedroht. ^a	3.86	1.19	.61
Gesamtskala	4.04	.64	$\alpha = .75$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

5.5.3 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Persönlichkeitsmaße

Ausgewählte Persönlichkeitsvariablen der Jung-ÄrztInnen wurden zu T1 und T3 erfasst. Nachfolgend werden zunächst die Resultate der Reliabilitätsanalysen für die protektiven Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit, im Anschluss dann die für die *Big Five* als Kernmerkmale vorgestellt.

5.5.3.1 Protektive Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit.

Resilienz

Die psychische Widerstandsfähigkeit der Jung-ÄrztInnen wurde anhand der *Resilienzskala – RS* (Schumacher et al., 2005) erfasst. In Tabelle 24 sind die deskriptiven Statistiken der Items und ihre Trennschärfekoeffizienten sowie die Skalenstatistiken und Resultate der internen Konsistenzprüfung aufgeführt. Die interne Konsistenz der Skala ist zu beiden Befragungszeitpunkten zufriedenstellend (Cronbachs Alphas von .77/.78). Einzelne Itemtrennschärfen sind zwar unzureichend ($r_{it} < .30$); die Items wurden jedoch im Interesse, die Originalskala in den hypothesenprüfenden Analysen zu berücksichtigen, in der Skala belassen, da (a) die Homogenität der Skala zu beiden Messzeitpunkten durchaus gegeben war und (b) ihre Eliminierung die interne Konsistenz der Skala zu beiden Messzeitpunkten nicht signifikant verbessert hätte. Mit einem $r_{13} = .57^{**}$ weist die Resilienz junger ÄrztInnen eine mittlere Stabilität von T1 zu T3 auf.²⁶ Analog zum Vorgehen von Schumacher et al. (2005) wurde die von Wagnild und Young (1993) gefundene zweifaktorielle Struktur der Skala (*Persönliche*

²⁶ Wie bereits angemerkt, wird bei Stabilitätskoeffizienten von über .60 von einer hohen Stabilität gesprochen. Viele Persönlichkeitsmerkmale weisen Stabilitäten von .70 oder .80 in einem Zeitraum von 1 - 5 Jahren auf. Über längere Zeiträume hinweg (6 - 10 Jahre) fallen sie zwar geringer aus, liegen aber oftmals immer noch über .50, was für die Stabilität der Persönlichkeit spricht (vgl. Mroczek, 2007). Kernmerkmale zeigen gegenüber Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit eine höhere Stabilität (s. Kapitel 2.4.2.1).

Kompetenz und *Akzeptanz des Selbst und des Lebens*) überprüft. Eine Hauptkomponentenanalyse mit schiefwinkliger Rotation suggerierte wie auch bei Schumacher et al. (2005) eine Drei-Faktoren-Lösung mit einem varianzstarken ersten Faktor (19.2%), was die Eindimensionalität der Skala schlussfolgern lässt.

Tabelle 24. Itemstatistiken der Skala Resilienz (T1/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
		(T1)		(T3)		
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	4.46	.67	.41	4.25	.77	.33
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	4.50	.59	.28	4.37	.61	.24
Ich kann mich eher auf mich als auf Andere verlassen.	3.58	.95	.14	3.63	.96	-.14
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	4.50	.76	.16	4.32	.82	.33
Wenn ich muss, kann ich auch allein sein.	4.43	.88	.18	4.32	1.03	.20
Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe.	4.38	.82	.37	4.29	.81	.39
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	3.71	1.02	.42	3.60	1.05	.46
Ich mag mich.	4.18	.72	.44	4.11	.75	.35
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	4.04	1.02	.25	3.99	.89	.44
Ich bin entschlossen.	4.01	.86	.43	3.81	.91	.45
Ich stelle mir selten Sinnfragen.	2.28	1.18	-.01	2.31	1.14	-.01
Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	3.45	1.07	.10	3.59	1.12	.20
Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.	4.22	.76	.61	4.14	.75	.43
Ich habe Selbstdisziplin.	4.12	.89	.41	3.92	.93	.42
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	4.22	.85	.21	4.01	.96	.43
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	4.60	.69	.37	4.45	.83	.35
Mein Glaube an mich selbst, hilft mir auch in harten Zeiten.	3.76	.98	.50	3.73	.92	.57
In Notfällen kann man sich auf mich verlassen.	4.63	.63	.31	4.49	.62	.24
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	4.19	.80	.21	4.09	.86	.25
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	4.28	.67	.32	4.14	.79	.27
Mein Leben hat einen Sinn.	4.44	.76	.48	4.24	.88	.48
Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.	3.26	1.18	.25	3.28	1.18	.28
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	4.27	.54	.48	4.10	.69	.48
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	4.11	.82	.36	3.68	1.04	.32
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	3.73	1.22	.35	3.46	1.25	.35
Gesamtskala	4.07	.35	$\alpha = .77$	3.93	.57	$\alpha = .78$

Arbeitspezifische Copingfunktionalität

Für die Skala zur Erfassung arbeitspezifischer Copingfunktionalität fand sich mit Cronbachs Alphas von jeweils .80 eine gute interne Konsistenz zu beiden Messzeitpunkten. Die Trennschärfen aller Items sind zufriedenstellend ($r_{it} > .30$). In Tabelle 25 finden sich die Item- und Skalenstatistiken sowie die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfungen. Mit einem $r_{13} = .52^{**}$ weist das Merkmal arbeitspezifische Copingfunktionalität in der Stichprobe junger ÄrztInnen eine

mittlere Stabilität von T1 zu T3 auf. Die Skala wurde ohne Änderungen in den hypothesenprüfenden Analysen berücksichtigt.

Tabelle 25. Itemstatistiken der Skala arbeitsspezifische Copingfunktionalität (T1/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T1)	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	<i>r_{it}</i>
<i>Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden am Arbeitsplatz beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Ungleichgewicht gebracht werde, dann:</i>						
bin ich mit mir selbst unzufrieden. ^a	2.30	1.12	.50	2.35	1.20	.50
nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.	2.26	1.00	.57	2.24	1.12	.55
habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen. ^a	2.68	1.16	.31	2.68	1.17	.37
sage ich mir, alles ist halb so schlimm.	2.97	1.09	.42	3.06	1.11	.48
geht mir die Situation lange Zeit nicht mehr aus dem Kopf. ^a	2.15	1.03	.62	2.17	1.08	.63
versuche ich die Situation mit einem gewissen Humor zu nehmen.	3.39	1.08	.43	3.44	1.13	.47
kreisen meine Gedanken um den- oder diejenigen, die in meinen Augen für das Problem verantwortlich sind. ^a	2.42	1.06	.46	2.49	1.10	.39
sage ich mir, du kannst damit fertig werden.	4.00	.82	.38	3.92	.80	.38
mache ich mir Vorwürfe. ^a	2.92	1.16	.55	2.74	1.09	.60
denke ich, morgen ist sicher wieder alles vergessen.	2.61	1.08	.51	2.60	1.10	.44
Gesamtskala	2.77	.63	$\alpha = .80$	2.77	.65	$\alpha = .80$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

Wahrgenommene soziale Unterstützung

Die Skala zur Erfassung der Wahrnehmung von Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit durch das soziale Umfeld erwies sich zu beiden Messzeitpunkten als reliabel. Die interne Konsistenz betrug .83 (T1) bzw. .86 (T3); die Trennschärfen aller Items lagen im zufriedenstellenden Bereich ($r_{it} > .30$). Folglich fand die Skala in der in Tabelle 26 aufgeführten Fassung Eingang in die hypothesenprüfenden Analysen. Die Rangordnungsstabilität betrug $r_{13} = .61^{**}$ und ist damit als vergleichsweise hoch einzuschätzen.

Tabelle 26. Itemstatistiken der Skala wahrgenommene soziale Unterstützung (T1/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T1)	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	<i>r_{it}</i>
Mir nahestehende Menschen zeigen Verständnis für meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	4.42	.82	.66	4.09	1.03	.67
Wenn ich berufliche Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	4.43	.88	.57	4.11	1.06	.66
Von mir nahestehenden Menschen wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme. ^a	3.89	1.17	.65	3.71	1.17	.69
Wenn ich beruflich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	4.23	.97	.49	3.86	1.17	.58
Mit Blick auf meinen Beruf wünschte ich mir manchmal mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung. ^a	3.90	1.15	.70	3.53	1.20	.75
Mir nahestehende Menschen interessieren sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme. ^a	4.31	.91	.61	4.10	1.06	.60
Gesamtskala	4.20	.74	$\alpha = .83$	3.90	.85	$\alpha = .86$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

5.5.3.2 *Big Five als Kernmerkmale der Persönlichkeit.*

Wie aus Tabelle 27 hervorgeht, ließen sich zufriedenstellende interne Konsistenzen der Skalen Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung zu beiden Messzeitpunkten herausstellen (Cronbachs Alphas von .73 bis .80). Die Reliabilitäten der Skalen Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit sind noch als ausreichend zu bewerten (Cronbachs Alphas von .67 bis .69); die der Skala Extraversion sind unzureichend (Cronbachs Alphas von .63/.55). Die Trennschärfen der Extraversions-Items zu T3 sind zum Teil gering ($r_{it} < .30$). Ihre Eliminierung hätte die Konsistenz der Skala zu beiden Messzeitpunkten jedoch nicht verbessert, so dass sie in der Skala belassen wurden. Die Extraversions-Skala wurde in den hypothesenprüfenden Analysen berücksichtigt; die Ergebnisse sind jedoch aufgrund der unzureichenden Skalenhomogenität mit Vorsicht zu interpretieren. Die Rangordnungsstabilitäten (r_{13}) der *Big Five* gestalten sich wie folgt: Neurotizismus: .65**, Extraversion .75**, Offenheit für Erfahrung .71**, Gewissenhaftigkeit .68** und Verträglichkeit .70**. Diese sind erwartungsgemäß hoch und demonstrieren die erwartete Stabilität der Kernmerkmale der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum.

Tabelle 27. Itemstatistiken der gekürzten NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five (T1/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T1)	r_{it}	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	r_{it}
Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	2.49	1.13	.46	2.52	1.10	.51
Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	2.70	1.22	.52	2.86	1.26	.51
Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	1.91	1.17	.63	1.95	1.13	.61
Ich empfinde selten Furcht oder Angst. ^a	3.09	1.28	.60	3.15	1.22	.42
Ich bin selten traurig oder deprimiert. ^a	2.89	1.16	.54	3.04	1.18	.49
Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	2.10	1.08	.61	2.14	1.11	.44
Gesamtskala: Neurotizismus	2.54	.84	$\alpha = .80$	2.61	.79	$\alpha = .75$
Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	3.57	1.18	.39	3.47	1.15	.32
Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	4.46	.65	.34	4.25	.79	.41
Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	2.80	1.17	.36	2.79	1.18	.21
Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	4.09	.85	.52	3.99	.91	.40
Ich bin kein gut gelaunter Optimist. ^a	3.61	1.286	.33	3.70	1.30	.20
Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen. ^a	3.27	1.21	.31	3.16	1.22	.29
Gesamtskala: Extraversion	3.63	.64	$\alpha = .63$	3.54	.65	$\alpha = .55$
Ich finde philosophische Diskussionen langweilig. ^a	3.89	1.17	.55	3.83	1.24	.60
Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	3.85	1.13	.51	3.81	1.16	.51
Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	3.75	1.28	.44	3.85	1.19	.40
Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren. ^a	4.19	1.01	.48	3.91	1.18	.57
Ich bin sehr wissbegierig.	4.29	.78	.42	4.07	.78	.35
Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	3.62	1.15	.42	3.48	1.18	.44
Gesamtskala: Offenheit für Erfahrung	3.94	.72	$\alpha = .73$	3.82	.75	$\alpha = .74$

Tabelle 27. Itemstatistiken der gekürzten NEO-FFI-Skalen zur Erfassung der Big Five (T1/T3)
– fortgesetzt

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T1)	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	<i>r_{it}</i>
Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen. ^a	4.36	.84	.28	4.16	.96	.32
Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig. ^a	4.04	1.03	.44	3.88	1.11	.57
Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch. ^a	3.86	1.20	.46	3.55	1.12	.42
Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	4.21	.68	.33	3.77	.57	.12
Manche Leute halten mich für kalt und berechnend. ^a	4.12	1.09	.58	4.06	1.07	.51
Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren. ^a	3.99	1.07	.43	3.90	1.02	.39
Gesamtskala: Verträglichkeit	4.10	.63	$\alpha = .69$	3.97	.64	$\alpha = .67$
Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	3.74	1.05	.36	3.71	1.08	.48
Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	3.98	1.00	.60	3.63	1.00	.59
Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit einer Arbeit beginne. ^a	3.43	1.25	.39	3.59	1.23	.30
Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	4.23	.79	.49	3.94	.92	.51
Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	4.12	.72	.53	4.11	.76	.52
Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	3.60	1.09	.29	3.55	1.11	.23
Gesamtskala: Gewissenhaftigkeit	3.85	.63	$\alpha = .69$	3.75	.63	$\alpha = .69$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

5.5.4 Deskriptive Statistiken und Reliabilitätsanalysen der Beanspruchungsmaße

Nachfolgend sind die deskriptiven Item- und Skalenstatistiken sowie Reliabilitätsprüfungen der vier Beanspruchungsindikatoren dargestellt. Indem die Jung-ÄrztInnen zu T1 noch nicht in den Beruf eingestiegen waren, wurde im Rahmen der Erstbefragung (ein bis zwei Wochen nach dem Staatsexamen) lediglich ihre allgemeine Beanspruchung erfasst. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wurden dann sowohl diese als auch die arbeitskontextspezifischen Beanspruchungsindikatoren erhoben.

5.5.4.1 Allgemeine Beanspruchung.

Depressivität

Mit der *ADS-K* (Hautzinger & Bailer, 1993) kam ein in der Forschungsliteratur etabliertes Instrument zur Erfassung der Depressivität der Jung-ÄrztInnen zum Einsatz. Die Skala demonstrierte mit Cronbachs Alphas von .90 bzw. .91 Homogenität über alle drei Messzeitpunkte hinweg. Die Trennschärfen der Items waren zufriedenstellend ($r_{ii} > .30$). In Tabelle 28 sind die Item- und Skalenkennwerte sowie Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung aufgeführt. Die Rangordnungsstabilitäten lagen mit $r_{12} = .46^{**}$, $r_{23} = .57^{**}$ und $r_{13} = .43^{**}$ im mittleren

Bereich. Die *ADS-K* wurde ohne Änderungen in den hypothesenprüfenden Analysen berücksichtigt.

Tabelle 28. Itemstatistiken der Skala Depressivität (T1/T2/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T1)	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i> (T2)	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	<i>r_{it}</i>
<i>Während der letzten Woche ...</i>									
haben mich die Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	1.58	.78	.65	1.64	.78	.56	1.65	.79	.63
konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern.	1.51	.79	.74	1.51	.84	.73	1.52	.77	.70
hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	1.69	.80	.48	1.80	.84	.57	1.78	.77	.48
war ich deprimiert/niedergeschlagen.	1.60	.77	.80	1.74	.83	.78	1.76	.81	.76
war alles anstrengend für mich.	1.94	.97	.61	2.21	1.01	.59	2.13	.84	.58
dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	1.13	.46	.53	1.16	.56	.51	1.17	.50	.56
hatte ich Angst.	1.75	.92	.58	1.66	.80	.57	1.58	.76	.44
habe ich schlecht geschlafen.	1.78	.94	.53	1.83	.98	.43	1.86	.89	.43
war ich fröhlich gestimmt. ^a	1.91	.84	.64	1.99	.75	.69	2.02	.78	.74
habe ich weniger als sonst geredet.	1.52	.80	.56	1.59	.81	.53	1.65	.80	.49
fühlte ich mich einsam.	1.58	.88	.53	1.88	.98	.55	1.80	.91	.58
habe ich das Leben genossen. ^a	2.00	.97	.66	2.36	.90	.61	2.35	.96	.61
war ich traurig.	1.67	.80	.72	1.72	.85	.73	1.75	.83	.76
hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	1.26	.62	.52	1.43	.75	.40	1.36	.64	.38
konnte ich mich zu nichts aufraffen.	1.53	.74	.53	1.73	.95	.55	1.75	.84	.49
Gesamtskala	1.63	.53	$\alpha = .91$	1.75	.55	$\alpha = .90$	1.74	.52	$\alpha = .90$

Anmerkung.

^a Item wurde umkodiert.

Um Aussagen über den Anteil der depressiv auffälligen Jung-ÄrztInnen zu den drei Messzeitpunkten treffen zu können, wurden ihre Rohwerte (1 bis 4) in die Originalskalierung (0 bis 3) umgewandelt. Item 9 und 12 wurden umkodiert. Im Anschluss daran wurden die Itemwerte aufsummiert; der Summenwertebereich lag damit zwischen 0 und 45 Punkten. Entlang des Cut-off-Werts der *ADS-K*, der bei 17 liegt (Hautzinger & Bailer, 1993), wurde der Anteil depressiv auffälliger Jung-ÄrztInnen ermittelt. In der Gesamtgruppe aller Jung-ÄrztInnen lagen zu T1 16.2%, zu T2 19.0% und zu T3 19.6% über dem kritischen Wert von 17, was auf eine ernsthafte depressive Störung hinweist. Der Anteil der zu T2 bzw. T3 depressiv auffälligen Personen entspricht in etwa dem von Hautzinger und Bailer für die Bevölkerungsstichprobe angegebenen Anteil (19.5%). In der geschlechtsspezifischen Betrachtung fand sich kein

vergleichsweise größerer Anteil depressiv auffälliger Frauen (T1: 16.7%, T2: 18.3%, T3: 15.6%), wie er von Hautzinger und Bailer berichtet wurde (24.7% depressiv auffällige Frauen in der Bevölkerungsstichprobe). Im Gegenteil: Der Anteil depressiv auffälliger Jung-Ärzte lag in dieser Stichprobe zum Teil über dem der Frauen (T1: 15.1%, T2: 20.8%, T3: 20.8%) und gerade zu T2 und T3 beachtlich über dem von Hautzinger und Bailer berichteten Anteil depressiver Männer in der Bevölkerungsstichprobe (14.3%).

Psychosomatische Beschwerden

Das vor dem Einsatz in dieser Studie gekürzte Maß zur Erfassung psychosomatischer Beschwerden bewies zu allen drei Messzeitpunkten mit Cronbachs Alphas von .86 bis .90 eine gute interne Konsistenz. Die Trennschärfen der Items lagen mehrheitlich im zufriedenstellenden Bereich ($r_{it} > .30$). Die Eliminierung weniger trennscharfer Items (z.B. *Erkältungen/Atembeschwerden*) hätte die ohnehin schon gegebene Skalenhomogenität nicht verbessert, so dass sie jeweils in der Skala belassen wurden. In Tabelle 29 sind die Item- und Skalenstatistiken sowie die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfungen des Maßes zu jedem Messzeitpunkt aufgeführt. Die Rangordnungsstabilitäten lagen bei $r_{12} = .49^{**}$, $r_{23} = .70^{**}$ und $r_{13} = .51^{**}$.

Tabelle 29. Itemstatistiken der Skala psychosomatische Beschwerden (T1/T2/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}	<i>M</i>	<i>SD</i>	r_{it}
		(T1)		(T2)	(T3)				
Müdigkeit/Mattigkeit	3.01	.95	.57	3.51	.86	.55	3.43	.82	.50
Reizbarkeit	2.53	.97	.57	2.52	.91	.55	2.70	.98	.62
Rückenschmerzen/Nackenschmerzen/Schulterschmerzen	2.34	1.30	.57	2.49	1.33	.56	2.37	1.21	.41
Kopfschmerzen/Migräne/Druckgefühl im Kopf	2.10	1.06	.60	2.20	1.15	.49	2.10	1.14	.41
Erkältungen/Atembeschwerden	1.75	1.10	.26	1.84	1.05	.28	1.81	1.09	.19
Nervosität/Unruhe	2.50	1.23	.62	2.07	1.01	.48	2.17	1.08	.46
Hautprobleme	1.90	1.20	.29	1.97	1.27	.31	2.04	1.34	.29
Grübelneigung	2.39	1.24	.57	2.08	1.17	.59	2.25	1.17	.57
Konzentrationsschwäche	2.07	1.01	.61	2.03	.93	.56	2.14	1.00	.59
Muskelferspannungen	2.27	1.31	.65	2.46	1.31	.57	2.42	1.29	.58
Sexuelle Lustlosigkeit	2.15	1.19	.53	2.36	1.27	.55	2.42	1.29	.54
Übelkeit/Schwindel	1.61	.89	.46	1.44	.82	.44	1.48	.82	.33
Rasche Erschöpftheit	2.04	1.13	.66	2.16	1.12	.63	2.20	1.08	.63
Schlafstörungen	2.08	1.26	.57	1.95	1.21	.50	2.02	1.17	.42
Heißhunger/Appetitlosigkeit	2.19	1.23	.56	2.19	1.26	.42	2.24	1.27	.45
Depressive Verstimmungen/Neigung zum Weinen	1.84	1.06	.59	1.72	1.05	.62	1.86	1.14	.56
Sehstörungen/Druck auf den Augen	1.46	.96	.51	1.36	.82	.55	1.38	.81	.32
Magen- u/o Darmbeschwerden	2.01	1.17	.53	1.83	1.10	.47	1.86	1.16	.51
Gesamtskala	2.13	.68	$\alpha = .90$	2.12	.63	$\alpha = .88$	2.17	.62	$\alpha = .86$

5.5.4.2 Kontextspezifische Beanspruchung.

Arbeitsunzufriedenheit

Das Instrument bewies mit Cronbachs Alphas von .89 und .87 sowohl zu T2 als auch zu T3 eine gute interne Konsistenz (Tabelle 30). Die Trennschärfen der Items sind zu beiden Messzeitpunkten als gut zu bewerten ($r_{it} > .30$). Mit $r_{23} = .65^{**}$ weist die Arbeitsunzufriedenheit in der Stichprobe junger ÄrztInnen eine vergleichsweise hohe Stabilität auf. Die Skala wurde ohne Änderungen in den hypothesenprüfenden Analysen berücksichtigt.

Tabelle 30. Itemstatistiken der Skala Arbeitsunzufriedenheit (T2/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T2)	r_{it}	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	r_{it}
Ich bin zufrieden mit meinem Beruf. ^a	2.17	1.21	.76	2.20	1.07	.77
Ich würde mich jederzeit wieder für den ärztlichen Beruf entscheiden. ^a	2.09	1.27	.69	2.11	1.21	.61
Mein Beruf macht mir Freude. ^a	1.84	.93	.81	1.84	.91	.79
Ich bin stolz darauf, in meinem Beruf arbeiten zu können. ^a	1.72	.88	.57	1.74	.98	.61
In meinem Beruf kann ich mich verwirklichen. ^a	2.32	1.13	.78	2.43	1.19	.74
Meine beruflichen Angelegenheiten gestalten sich einfach nicht so, wie ich es gerne hätte.	2.47	1.37	.65	2.58	1.27	.60
Gesamtskala	2.10	.91	$\alpha = .89$	2.15	.86	$\alpha = .87$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

Berufsbezogene Angst

Abschließend wurden die deskriptiven Item- und Skalenstatistiken der bereits in der eigenen Vorarbeit (Felber, 2005) zum Einsatz gekommenen Skala zur Erfassung von berufsbezogener Angst betrachtet. Diese sind – zusammen mit den Ergebnissen der Reliabilitätsprüfungen – in Tabelle 31 aufgeführt. Mit Cronbachs Alphas von .84 und .83 bewies die Skala zu T2 und T3 Homogenität. Die Trennschärfekoeffizienten aller Items sind als gut zu bewerten ($r_{it} > .30$). Die Rangordnungsstabilität lag bei $r_{23} = .66^{**}$ und ist damit als vergleichsweise hoch einzuschätzen. Die Skala zur Erfassung berufsbezogener Angst fand ohne Änderungen Eingang in die hypothesenprüfenden Analysen.

Tabelle 31. Itemstatistiken der Skala berufsbezogene Angst (T2/T3)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i> (T2)	r_{it}	<i>M</i>	<i>SD</i> (T3)	r_{it}
Ich habe oft Angst, in meinem Beruf zu versagen.	3.18	1.23	.67	3.16	1.14	.68
Ich kann vor Sorge, Fehler in meinem Berufsalltag zu begehen, nachts oft nicht schlafen.	1.92	1.19	.57	1.91	1.16	.50
Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann. ^a	3.05	1.06	.68	2.94	1.03	.68

Tabelle 31. Itemstatistiken der Skala berufsbezogene Angst (T2/T3) – fortgesetzt

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{it}</i>
		(T2)			(T3)	
Ich bin mir sicher, alle Schwierigkeiten meines Berufes meistern zu können. ^a	3.19	1.19	.59	3.08	1.18	.61
Ich werde immer unsicherer, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten besitze.	1.80	1.06	.56	1.79	1.05	.51
Ich brauche mich vor keiner Situation in meinem Beruf zu fürchten, weil ich mit meinen Fähigkeiten noch überall durchgekommen bin. ^a	3.20	1.17	.62	3.11	1.12	.60
Gesamtskala	2.72	.85	$\alpha = .84$	2.66	.82	$\alpha = .83$

Anmerkung. ^a Item wurde umkodiert.

Zusammenfassung der Voraussetzungsprüfungen

Die zum Einsatz gekommenen Verfahren bewiesen mehrheitlich eine gute interne Konsistenz zu den jeweiligen Messzeitpunkten. Mit Ausnahme des Maßes zur Erfassung der Bewertung des Berufseinstiegs gingen sie unverändert in die hypothesenprüfenden Analysen ein. Zu beachten ist die geringe Reliabilität der Skala Extraversion, die sich auch durch Itemausschluss nicht hätte verbessern lassen. Die Hypothesenprüfung erfolgte dennoch auch für diesen *Big Five*-Faktor; allerdings sind die Ergebnisse vor dem Hintergrund der unzureichenden Skalengüte mit Vorsicht zu interpretieren. Abschließend ist ein deskriptiver Befund herauszustellen: Wie aus den Tabellen 28 bis 31 hervorgeht, liegen die Skalenmittelwerte der Beanspruchungsindikatoren zu allen Messzeitpunkten, zu denen sie erfasst wurden, unterhalb des theoretischen Skalenmittels. D.h., über die Gesamtstichprobe der befragten Jung-ÄrztInnen hinweg lässt sich zunächst einmal ein vergleichsweise geringes Beanspruchungserleben konstatieren. Auf Geschlechtsunterschiede wird im folgenden Kapitel eingegangen.

5.5.5 Weiterführende Analysen als Grundlage für den Umgang mit ausgewählten Untersuchungsaspekten in der Hypothesenprüfung

Beanspruchung

Wie bereits dargestellt, wurden verschiedene Indikatoren der Beanspruchung junger ÄrztInnen betrachtet. Es stellte sich daraufhin die Frage, ob sich diese zu einem Gesamtmaß der Beanspruchung zusammenfassen lassen. In Tabelle 32 sind zunächst die Interkorrelationen der Beanspruchungsindikatoren dargestellt.

Tabelle 32. Interkorrelationen der Indikatoren der Beanspruchung (T1/T2/T3)

	(2)	(4)	(5)	(6)	(8)	(9)	(10)
(1) T1-Depressivität	.68**						
(2) T1-psychosomatische Beschwerden							
(3) T2-Depressivität		.75**	.58**	.51**			
(4) T2-psychosomatische Beschwerden			.47**	.44**			
(5) T2-Arbeitsunzufriedenheit				.39**			
(6) T2-berufsbezogene Angst							
(7) T3-Depressivität					.71**	.55**	.42**
(8) T3-psychosomatische Beschwerden						.50**	.40**
(9) T3-Arbeitsunzufriedenheit							.32**
(10) T3-berufsbezogene Angst							

Anmerkung. ** $p < .01$.

Es wird deutlich, dass die Indikatoren der Beanspruchung zu den einzelnen Messzeitpunkten zum Teil hoch korrelierten, was ihre Zusammenfassung nahelegte. Das wurde anhand konfirmatorischer Faktorenanalysen, die für die einzelnen Messzeitpunkte durchgeführt wurden, geprüft. In Abbildung 11 sind die für T2 und T3 geprüften Modelle, in denen die vier manifesten Beanspruchungsfaktoren auf dem latenten Faktor der *Gesamtbeanspruchung* luden, dargestellt. Der Modellfit wurde anhand des *comparative fit index* (*CFI*) und des *root-mean-square error of approximation* (*RMSEA*) überprüft. Ein zufriedenstellender Modellfit kann geschlossen werden, wenn der *CFI* hoch ($\geq .95$) und der *RMSEA* sowie der *SRMR* gering ($\leq .08$ bzw. $\leq .10$) sind (Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Müller, 2003). Ein weiteres Gütekriterium ist die χ^2/df -Statistik. Bollen und Long (1993) empfehlen, dass der χ^2 -Wert nicht größer als die Zahl der Freiheitsgrade (*df*) multipliziert mit 2.5 ist. Sowohl für das T2-Modell ($\chi^2(2) = 1.33$, $p = .66$, $CFI = 1.00$, $SRMR = .01$, $RMSEA = 0.00$ [C.I. = .00 - .13]) als auch für das T3-Modell ($\chi^2(2) = 0.63$, $p = .73$, $CFI = 1.00$, $SRMR = .01$, $RMSEA = 0.00$ [C.I. = .00 - .11]) ergab sich ein sehr guter Modellfit.

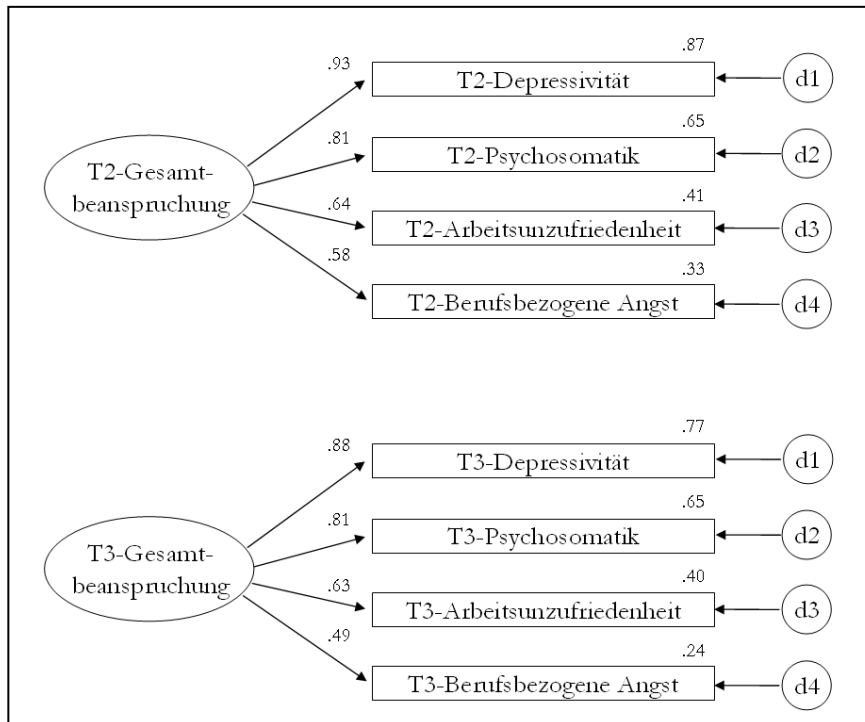


Abbildung 11. Konfirmatorische Faktorenanalysen zur Überprüfung der Zusammenfassung der vier Beanspruchungsindikatoren zu einem Maß der Gesamtbeanspruchung (T2/T3)

Die beiden einfaktoriellen Modelle wurden in einem weiteren, hier nicht im Detail dargestellten Schritt, gegen zweifaktorielle Modelle getestet, in denen die Maße Depressivität und psychosomatische Beschwerden auf dem latenten Faktor *allgemeine Beanspruchung* und die Maße Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst auf dem latenten Faktor *kontextspezifische Beanspruchung* luden. Die beiden latenten Variablen waren im Modell jeweils hoch korreliert ($r > .90^{**}$), was die Zusammenfassung der Beanspruchungsindikatoren zu einem Gesamtmaß der Beanspruchung einmal mehr nahelegte und die zweifaktorielle Lösung nicht weiter verfolgen ließ.

Die beiden zu T1 betrachteten Indikatoren der Beanspruchung Depressivität und psychosomatische Beschwerden sind mit $r = .68^{**}$ hoch miteinander korreliert (Tabelle 32). Das ermöglichte ihre Zusammenfassung zum T1-Gesamtmaß der Beanspruchung, das dann in den hypothesenprüfenden Analysen Berücksichtigung fand. Der Modellfit dieses Messmodells konnte nicht überprüft werden, da mit nur zwei auf einem latenten Faktor ladenden manifesten Variablen die Voraussetzungen für eine konfirmatorische Faktorenanalyse nicht erfüllt sind.

Arbeitsbelastung

Die Arbeitsplatzbedingungen der Jung-ÄrztInnen wurden zu T2 und T3 anhand der unter 5.3.1.2 beschriebenen Skala Arbeitsbelastung erfasst. Sie setzt sich aus 26 Items zusammen, die u.a. die Qualität der Arbeitstätigkeit, den Tätigkeitsspielraum, Zeit- und Verantwortungsdruck,

Kommunikation und Kooperation in der Abteilung, die Pausenregelung und Probleme durch Fluktuation/Absentismus thematisieren. Die Jung-ÄrztInnen beurteilten die Items hinsichtlich ihres Bestehens im eigenen Arbeitsumfeld. Diese Methodik des Selbstberichts wird jedoch kritisch diskutiert, da sie Arbeitsbelastung nicht objektiv, sondern allenfalls objektiviert erfasst. Daher wurde das subjektive Arbeitsbelastungsmaß in der vorliegenden Arbeit durch ein objektives Arbeitszeitbelastungsmaß ergänzt. Im Rahmen der Betrachtung berufsbiografischer Parameter beantworteten die Jung-ÄrztInnen Fragen zu den von ihnen durchschnittlich abzuleistenden Überstunden pro Woche sowie Nacht- und Wochenenddiensten pro Monat (Tabelle 17). Diese drei Arbeitszeitaspekte wurden zu einem Index der objektiven Arbeitszeitbelastung zusammengefasst. In diesen gingen die Angaben der Jung-ÄrztInnen folgendermaßen gewichtet ein:

- (1) Überstunden/Woche: < 5h = 0; 5 - 10h = 1; 11 - 15h = 2; > 15h = 3
- (2) Nachtdienste/Monat: keine = 0; 1 - 2 Dienste = 1; 3 - 4 Dienste = 2;
5 - 6 Dienste = 3; > 6 Dienste = 4
- (3) Wochenenddienste/Monat: keine = 0; 1 - 2 Dienste = 1; 3 - 4 Dienste = 2

Der Wertebereich des objektiven Arbeitszeitbelastungsindex lag somit zwischen 0 und 9. Zu T2 lag der Mittelwert bei $M = 3.49$ ($SD = 2.26$), zu T3 bei $M = 4.29$ ($SD = 1.97$). Die Stabilität ist mit $r_{23} = .61^{**}$ als vergleichsweise hoch einzuschätzen und war – indem die Jung-ÄrztInnen im ersten Jahr ihrer Beschäftigung mehrheitlich keinen Arbeitsplatzwechsel absolvierten und sich damit über die Befragungszeitpunkte hinweg mit ähnlichen Bedingungen konfrontiert sahen – zu erwarten.²⁷

In Tabelle 33 sind die Interkorrelationen der subjektiven Arbeitsbelastung (Skala), der objektiven Arbeitszeitbelastung (Index) und des aus beiden zusammengefassten Arbeitsbelastungsmaßes sowie deren Korrelationen mit dem Gesamtbeanspruchungsmaß jeweils zu T2 und T3 aufgeführt. Es zeigt sich, dass der objektive Arbeitsbelastungsindex zu beiden Messzeitpunkten sowohl mit dem subjektiven Arbeitsbelastungsmaß als auch mit der Beanspruchung signifikant korreliert war. Daraufhin wurden die beiden Arbeitsbelastungsmaße zum Gesamtmaß der *Arbeitsbelastung* zusammengefasst (vorherige z-Standardisierung der Maße und anschließende Mittelwertbildung), das dann Berücksichtigung in den hypothesenprüfenden Analysen fand.

²⁷ Die von den Jung-ÄrztInnen berichtete Arbeitsstundenzahl pro Tag ging nicht in diesen Index ein, da nicht ausgeschlossen werden konnte, dass diese Angabe mit den Angaben zu Überstunden, Nacht- und Wochenenddiensten konfundiert war.

Tabelle 33. Interkorrelationen der objektiven und subjektiven Arbeitsbelastung sowie beider Belastungsmaße mit der Beanspruchung (T2/T3)

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) T2-subjektive Arbeitsbelastung (Skala)	.42**	.84**	.59**	.69**	.26**	.60**	.38**
(2) T2-objektive Arbeitszeitbelastung (Index)	---	.84**	.25**	.27**	.61**	.55**	.10
(3) T2-Gesamtmaß Arbeitsbelastung (Skala + Index)		---	.50**	.58**	.52**	.68**	.29**
(4) T2-Beanspruchung			---	.48**	.11	.37**	.69**
(5) T3-subjektiv Arbeitsbelastung (Skala)				---	.27**	.80**	.54**
(6) T3-objektive Arbeitszeitbelastung (Index)					---	.80**	.15*
(7) T3-Gesamtmaß Arbeitsbelastung (Skala + Index)						---	.43**
(8) T3-Beanspruchung							---

Anmerkung. ** $p < .01$, * $p < .05$.

Geschlechtsunterschiede

Zur Prüfung von Geschlechtsunterschieden, für die in den hypothesenprüfenden Analysen gegebenenfalls kontrolliert werden sollte, wurde vorab eine multivariate Varianzanalyse mit dem Geschlecht als unabhängige Variable und allen in den hypothesenprüfenden Analysen berücksichtigten, messzeitpunktspezifischen Maßen (u.a. Arbeitsbelastung, Einzelindikatoren der Beanspruchung und Gesamtbeanspruchung, Oberflächen- und Kernmerkmale der Persönlichkeit) als abhängige Variablen durchgeführt. Es fand sich ein signifikanter Geschlechtseffekt ($F(30,141) = 2.62, p < .01$), der sich in (zum Teil marginal) signifikanten Geschlechtsunterschieden auf den in Tabelle 34 aufgeführten Variablen begründete.

Tabelle 34. Geschlechtsunterschiede in den Untersuchungsmaßen (T1/T2/T3)

	<i>M (SD)</i>		
	Ärztinnen ($n = 126$)	Ärzte ($n = 46$)	<i>d (p)</i>
T1			
<i>Belastung</i>			
schlechte Vorbereitung auf den Beruf	3.09 (.75)	2.86 (.75)	.31 (.078)
<i>Beanspruchung</i>			
psychosomatische Beschwerden	2.22 (.70)	1.94 (.63)	.41 (.016)
<i>Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit</i>			
Resilienz	4.11 (.34)	3.96 (.35)	.44 (.011)
arbeitsspezifische Copingfunktionalität	2.68 (.61)	2.99 (.69)	.49 (.005)
wahrgenommene soziale Unterstützung	4.28 (.68)	3.97 (.82)	.43 (.015)
<i>Kernmerkmale der Persönlichkeit</i>			
Neurotizismus	2.62 (.83)	2.32 (.81)	.37 (.032)
Verträglichkeit	4.17 (.59)	3.93 (.67)	.39 (.023)
Gewissenhaftigkeit	3.98 (.59)	3.57 (.63)	.69 (.000)
T2			
<i>Beanspruchung</i>			
Arbeitsunzufriedenheit	1.95 (.86)	2.39 (.90)	.51 (.004)

Tabelle 34. Geschlechtsunterschiede in den Untersuchungsmaßen (T1/T2/T3) – *fortgesetzt*

	<i>M (SD)</i>		<i>d (p)</i>
	Ärztinnen (<i>n</i> = 126)	Ärzte (<i>n</i> = 46)	
T3			
<i>Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit</i>			
Resilienz	3.97 (.37)	3.85 (.36)	.33 (.069)
arbeitsspezifische Copingfunktionalität	2.71 (.65)	2.94 (.64)	.36 (.037)
wahrgenommene soziale Unterstützung	3.97 (.80)	3.71 (.94)	.31 (.071)
<i>Kernmerkmale der Persönlichkeit</i>			
Verträglichkeit	4.06 (.59)	3.78 (.68)	.46 (.008)
Gewissenhaftigkeit	3.86 (.61)	3.47 (.63)	.64 (.000)

Es fanden sich keine Geschlechtsunterschiede in der Gesamtbeanspruchung zu allen drei Messzeitpunkten sowie in der Arbeitsbelastung zu T2 und T3 ($p_s < .10$). Daher wird in den hypothesenprüfenden Analysen zur Vorhersage bzw. Erklärung von Beanspruchung das Geschlecht als Kovariate nicht berücksichtigt (Ergebniskomplexe I bis III). Lediglich in der Untersuchung der Entwicklung der Einzelindikatoren der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum werden Geschlechtsunterschiede explorativ betrachtet.

Hinsichtlich der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Persönlichkeitsvariablen zeigten sich hingegen Geschlechtsunterschiede. Ärztinnen waren gegenüber ihren Kollegen zu Beginn und am Ende des Untersuchungszeitraumes psychisch widerstandsfähiger und fühlten sich im stärkeren Maße hinsichtlich ihrer Berufstätigkeit unterstützt. Demgegenüber berichteten Jung-Ärzte zu beiden Messzeitpunkten ein vergleichsweise funktionaleres Coping am Arbeitsplatz. Hinsichtlich der Kernmerkmale der Persönlichkeit, den *Big Five*, fanden sich höhere Ausprägungen von Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit, aber auch Neurotizismus (zumindest zu T1) bei Jung-Ärztinnen. In die Analysen zur Erklärung von Persönlichkeitsveränderungen geht daher das Geschlecht als Kovariate ein (Ergebniskomplex IV).

5.5.6 Interkorrelationen

Tabelle 35 gibt Aufschluss über die Interkorrelationen der für die nachfolgend dargestellten Hypothesenprüfungen relevanten Maße.

Tabelle 35. Interkorrelationen der T1-/T2-/T3-Maße

	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
(1) T1-(schlechte) Vorbereitung auf den Beruf	-.27**	-.08	-.16*	-.06	.13†	-.20**	-.13†	-.01	.02	.15*	-.01	.28**
(2) T1-(positive) Bewertung des Berufseinstiegs	---	.34**	.38**	.39**	-.56**	.19*	.09	.13†	.09	-.35**	-.24**	-.46**
(3) T1-Resilienz	---	---	.35**	.23**	-.49**	.28**	.20**	.49**	.14†	-.28**	.04	-.22**
(4) T1-arbeitspezifische Copingfunktionalität	---	---	---	.11	-.55**	.26**	.03	-.03	.03	-.26**	-.11	-.30**
(5) T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	---	---	---	---	-.25**	.25**	-.02	.17*	.26**	-.30**	-.25**	-.24**
(6) T1-Neurotizismus	---	---	---	---	---	-.41**	.00	-.11	-.12	.47**	.16*	.43**
(7) T1-Extraversion	---	---	---	---	---	---	.00	.04	.12†	-.22**	-.00	-.21**
(8) T1-Offenheit für Erfahrung	---	---	---	---	---	---	---	.01	.13†	-.14†	-.02	-.09
(9) T1-Gewissenhaftigkeit	---	---	---	---	---	---	---	---	.22**	-.01	.06	-.02
(10) T1-Verträglichkeit	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-.18*	-.10	-.15*
(11) T1-Beanspruchung	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.18*	.45**
(12) T2-Arbeitsbelastung	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.59**
(13) T2-Beanspruchung	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$.

Tabelle 35. Interkorrelationen der T1-/T2-/T3-Maße – fortgesetzt

	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)
(1) T1-(schlechte) Vorbereitung auf den Beruf	.02	.03	-.00	-.00	.08	-.19*	-.08	.11	.03	.13†
(2) T1-(positive) Bewertung des Berufseinstiegs	-.09	.20**	.19*	.24**	-.33**	.09	.13†	.07	.06	-.34**
(3) T1-Resilienz	-.00	.57**	.23**	.12	-.36**	.11	.13†	.23**	.09	-.23**
(4) T1-arbeitspezifische Copingfunktionalität	.02	.18*	.52**	.05	-.32**	.16*	.01	-.09	-.02	-.19**
(5) T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	-.18*	.19*	.04	.61**	-.18*	.13†	.03	.08	.22**	-.21**
(6) T1-Neurotizismus	.09	-.36**	-.36**	-.08	.65**	-.28**	-.08	-.03	-.14†	.34**
(7) T1-Extraversion	.05	.20**	.14†	.01	-.28**	.75**	.04	.02	.05	-.13†
(8) T1-Offenheit für Erfahrung	-.05	.15*	.08	.04	.04	-.00	.71**	-.03	.12	-.11
(9) T1-Gewissenhaftigkeit	-.08	.31**	-.02	.09	-.15*	-.04	-.05	.70**	.17*	-.10
(10) T1-Verträglichkeit	-.16*	.15†	-.06	.31**	-.09	.14†	.12	.12†	.68**	-.23**
(11) T1-Beanspruchung	.20**	-.23**	-.24**	-.30**	.40**	-.18*	-.22**	.08	-.11	.43**
(12) T2-Arbeitsbelastung	.68**	-.16*	-.12	-.27**	.18*	-.01	-.04	.04	-.23**	.38**
(13) T2-Beanspruchung	.37**	-.32**	-.33**	-.32**	.48**	-.22**	-.16*	-.02	-.21**	.69**
(14) T3-Arbeitsbelastung	---	-.30**	-.16*	-.35**	.33**	-.10	.00	-.13†	-.27**	.54**
(15) T3-Resilienz	---	---	.42**	.26**	-.56**	.25**	.27**	.48**	.17*	-.55**
(16) T3-arbeitspezifische Copingfunktionalität	---	---	---	.15†	-.59**	.25**	.11	.04	.05	-.49**
(17) T3-wahrgenommene soziale Unterstützung	---	---	---	---	-.26**	.00	.01	.03	.40**	-.39**
(18) T3-Neurotizismus	---	---	---	---	---	-.38**	-.09	-.21**	-.23**	.64**
(19) T3-Extraversion	---	---	---	---	---	---	.09	.04	.16*	-.23**
(20) T3-Offenheit für Erfahrung	---	---	---	---	---	---	---	.04	.08	-.23**
(21) T3-Gewissenhaftigkeit	---	---	---	---	---	---	---	---	.09	-.18*
(22) T3-Verträglichkeit	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-.24**
(23) T3-Beanspruchung	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anmerkungen. ** $p < .01$, * $p < .05$, † $p < .10$.

5.6 Hypothesenprüfende Analysen

Dieser Abschnitt gliedert sich, der Gruppierung der Fragestellungen und Hypothesen folgend, in vier Teile. Im ersten Abschnitt wird die Ausgangssituation der Jung-ÄrztInnen, d.h. ihre Situation unmittelbar nach dem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg, untersucht. Im zweiten Ergebniskomplex wird, die Längsschnittanalysen herleitend, die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung der ÄrztInnen nach dem Berufseinstieg, d.h. zum zweiten und dritten Messzeitpunkt betrachtet und die Bedeutsamkeit protektiver Persönlichkeitsvariablen in dieser ergründet. Gegenstand des dritten Teils sind dann die Entwicklung der Beanspruchung und die Erklärung dieser anhand der Belastung und der protektiven Persönlichkeitsvariablen im zeitlichen Verlauf. Im vierten und letzten Abschnitt werden Veränderungen in der Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen im Befragungszeitraum untersucht und als Folge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis Berufseinstieg erklärt.

5.6.1 Ergebniskomplex I: Zur Ausgangssituation berufseinsteigender ÄrztInnen (T1-Querschnitt)

Zunächst stellte sich die Frage, wie sich die Situation junger ÄrztInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums, d.h. noch vor dem Berufseinstieg, gestaltet. Zur Überprüfung der Hypothesen zur Ausgangssituation der Jung-ÄrztInnen wurden Pfadanalysen²⁸ durchgeführt, die (a) eine Verringerung des Zusammenhangs zwischen der individuell erlebten Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium (Belastung) und der Beanspruchung unter Kontrolle der Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs sowie (b) die Moderation des Zusammenhangs von individuell erlebter Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und Bewertung des Berufseinstiegs durch die protektiven Persönlichkeitsvariablen Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung spezifizierten. Die Zusammenhänge zwischen diesen psychischen Ressourcen und der Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs wurden mittels einer hierarchischen Regressionsanalyse überprüft (Hypothesen 1.1 bis 1.6).

Zunächst wurde die Mediation getestet (vgl. MacKinnon, 2008). Es zeigte sich der postulierte indirekte Effekt, d.h. die Bewertung des Berufseinstiegs vermittelte den Zusammenhang zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und die Beanspruchung zum ersten Messzeitpunkt. Demnach waren Jung-ÄrztInnen, die sich schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten, zum ersten Messzeitpunkt beanspruchter, weil sie ihren

²⁸ Die Auswertung erfolgte mit dem Programm *Mplus 5.0*.

Berufseinstieg auch negativer bewerteten (indirekter Effekt: $\beta = .09^{**}$, direkter Effekt: $\beta = .15^{*}$; Abbildung 12).²⁹ Die Hypothesen 1.1 bis 1.4 können damit als bestätigt gelten.

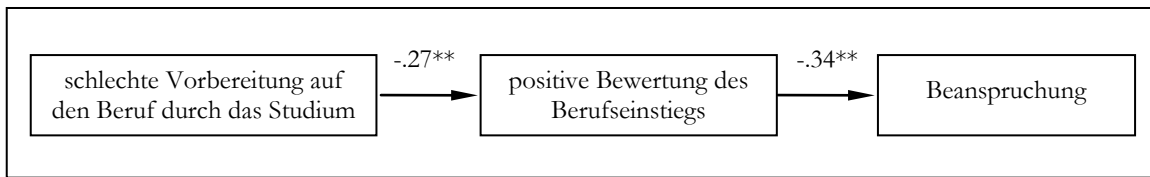


Abbildung 12. Mediation des Zusammenhangs zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der Beanspruchung durch die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs (T1-Querschnitt)

Vor der Prüfung der in Hypothese 1.6 spezifizierten Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die Beziehung zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und die Bewertung des Berufseinstiegs wurde – unter Kontrolle der Vorbereitungsqualität – die Bedeutung von Resilienz, arbeitsspezifischer Copingfunktionalität und wahrgenommener sozialer Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit für die Bewertung des Berufseinstiegs untersucht. Dazu wurde eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt, in die im ersten Schritt die Vorbereitungsqualität als Kovariate und im zweiten Schritt dann die drei Persönlichkeitsvariablen als Prädiktoren der Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs eingingen. Alle drei Ressourcen erwiesen sich als signifikante Prädiktoren der Bewertung des Berufseinstiegs (Modell 2: $F(4,184) = 21.81, p < .01$). Wie aus Tabelle 36 ersichtlich, gingen eine höhere Resilienz, funktionaleres Coping am Arbeitsplatz und die stärkere Wahrnehmung sozialer Unterstützung mit einer positiveren Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs durch die Jung-ÄrztInnen einher. Hypothese 1.5 wurde damit bestätigt.

Tabelle 36. T1-Bewertung des Berufseinstiegs in Abhängigkeit von Unterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	-.32	.08	-.27**
2	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	-.23	.07	-.20**
	T1-Resilienz	.41	.17	.16*
	T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	.35	.09	.25**
	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	.37	.08	.31**

Anmerkungen. $R^2 = .08^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .25^{**}$ für Modell 2. $^{**}p < .01$, $^{*}p < .05$.

Die Untersuchung der Ausgangssituation der Jung-ÄrztInnen abschließend wurden Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die Beziehung zwischen der Vorbereitung

²⁹ Indem das geprüfte Querschnittsmodell ein gesättigtes Modell ist, können keine Indices zur Modellgüte berichtet werden.

auf den Beruf durch das Studium und der Bewertung des Berufseinstiegs im Pfadmodell geprüft (Hypothese 1.6). Dazu wurden die Prädiktoren z-standardisiert und anschließend multipliziert (zur Berechnung von Interaktionstermen vgl. Baron & Kenny, 1986).

Zunächst wurden alle drei Persönlichkeitsvariablen konkurrierend als Moderatoren im Modell mit schon herausgestellter Mediation untersucht. Der Modellfit war allerdings ungenügend ($\chi^2(3) = 10.27, p = .02, CFI = .85, SRMR = .04, RMSEA = .11$ [C.I. = .04 - .20]), so dass die hypothetisierten Moderatoreffekte der drei Persönlichkeitsvariablen einzeln geprüft wurden. Dabei erwies sich allein die arbeitsspezifische Copingfunktionalität als Moderator der Beziehung zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der Bewertung des Berufseinstiegs ($B = .15, SE B = .07, \beta = .16^*$). Die Modellfit-Parameter sind als sehr gut zu interpretieren ($\chi^2(1) = .40, p = .53, CFI = 1.00, SRMR = .01, RMSEA = .00$ [C.I. = .00 - .17]). Wie aus Abbildung 13 hervorgeht, gestaltet sich der Moderatoreffekt der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität erwartungskonform: Jung-ÄrztInnen, die sich vergleichsweise schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten, sich aber durch eine höhere arbeitsspezifische Copingfunktionalität auszeichneten, zeigten eine positivere Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs als sich schlechter vorbereitet fühlende Jung-ÄrztInnen mit geringerer Copingfunktionalität. Hypothese 1.6 (b) wurde somit bestätigt.

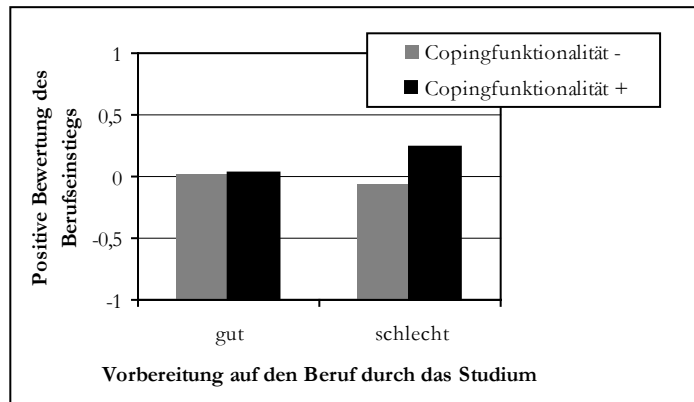


Abbildung 13. Moderatoreffekt der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität auf die Beziehung zwischen der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der den Zusammenhang zwischen der Vorbereitungsqualität und Beanspruchung vermittelnden Bewertung des Berufseinstiegs (T1-Querschnitt)

Zusammenfassung der Untersuchung der Ausgangssituation von ÄrztInnen vor ihrem Berufseinstieg

Es lässt sich für den T1-Querschnitt, d.h. die Situation junger ÄrztInnen vor dem Berufseinstieg, festhalten, dass die Bewertung des nahenden Berufseinstiegs den Zusammenhang zwischen der (schlechten) Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium und der Beanspruchung vermittelt. Unterschiede in protektiven Persönlichkeitsvariablen sagten die

Bewertung des Berufseinstiegs vorher: Jung-ÄrztInnen, die vor ihrem Berufseinstieg höhere Ausprägungen der betrachteten Schutzfaktoren der Persönlichkeit aufwiesen, bewerteten ihren Berufseinstieg positiver. Die protektive Persönlichkeitsvariable arbeitsspezifische Coping-funktionalität pufferte ferner den Zusammenhang zwischen der Vorbereitungsqualität und der Bewertung im Mediationsmodell.

5.6.2 Ergebniskomplex II: Beanspruchung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und Erklärung dieser durch Arbeitsbelastung und Persönlichkeit

Es folgen die T2- und T3-Analysen, im Rahmen derer zunächst die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhänge geprüft werden. Anschließend wird der Erklärungswert von interindividuellen Ausgangsunterschieden in den personalen Ressourcen für die Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt sowie der ihrer Veränderungen im Befragungszeitraum auf die Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt untersucht. Das Kapitel schließt mit der Prüfung von Moderatoreffekten der protektiven Persönlichkeitsmerkmale auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zu T2 und T3.

5.6.2.1 Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt.

Zur Überprüfung der Hypothesen 2.1 und 2.2, die den Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhang zu T2 bzw. T3 postulierten, wurden hierarchische Regressionsanalysen durchgeführt.

Unter Kontrolle der T1-Belastung (Vorbereitungsqualität) und T1-Beanspruchung sagte die T2-Arbeitsbelastung die T2-Beanspruchung hoch signifikant dergestalt vorher, dass Jung-ÄrztInnen, die sich kurz nach ihrem Berufseinstieg mit einer starken Arbeitsbelastung konfrontiert sahen, auch vergleichsweise stärker beansprucht waren (Modell 2: $F(3,183) = 45.19$, $p < .01$; Tabelle 37). Hypothese 2.1 konnte somit bestätigt werden.

Tabelle 37. Vorhersage der T2-Beanspruchung anhand der T2-Arbeitsbelastung

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	.22	.07	.22**
	T1-Beanspruchung	.41	.07	.41**
2	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	.23	.06	.23**
	T1-Beanspruchung	.33	.06	.33**
	T2-Arbeitsbelastung	.44	.06	.44**

Anmerkungen. $R^2 = .24^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .19^{**}$ für Modell 2. $**p < .01$.

Auch zu T3 war die Arbeitsbelastung – unter Kontrolle der T2-Arbeitsbelastung und T2-Beanspruchung – hoch signifikant positiv mit der Beanspruchung assoziiert (Modell 2: $F(3,178) = 73.11, p < .01$). Jung-ÄrztInnen, die sich mit einer stärkeren Arbeitsbelastung zum dritten Messzeitpunkt konfrontiert sahen, fühlten sich stärker beansprucht. In Tabelle 38 sind die Regressionskoeffizienten dargestellt. Hypothese 2.2 konnte somit bestätigt werden.

Tabelle 38. Vorhersage der T3-Beanspruchung anhand der T3-Arbeitsbelastung

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>β</i>
1	T2-Arbeitsbelastung	-.07	.06	-.07
	T2-Beanspruchung	.72	.06	.72**
2	T2-Arbeitsbelastung	-.34	.07	-.33**
	T2-Beanspruchung	.70	.06	.70**
	T3-Arbeitsbelastung	.40	.07	.40**

Anmerkungen. $R^2 = .47^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .08^{**}$ für Modell 2. $^{**}p < .01$.

5.6.2.2 Auswirkungen interindividueller Ausgangsunterschiede in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen auf die T2- und die T3-Arbeitsbelastung.

T2-Arbeitsbelastung

In Hypothese 2.3 wurde der Einfluss von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auf die Arbeitsbelastung zu T2 spezifiziert. Mittels einer hierarchischen Regressionsanalyse, in der im ersten Schritt für die zum zweiten Messzeitpunkt gegebene Beanspruchung kontrolliert wurde und im zweiten Schritt dann die drei protektiven Persönlichkeitsvariablen Berücksichtigung fanden, wurde die Annahme überprüft. Wie aus Tabelle 39 ersichtlich, erwiesen sich Ausgangsunterschiede in der Resilienz und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung als Prädiktoren der T2-Arbeitsbelastung (Modell 2: $F(4,183) = 18.92, p < .01$). Eine stärkere Wahrnehmung sozialer Unterstützung sagte – wie in Hypothese 2.3 (c) postuliert – eine geringere Arbeitsbelastung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg vorher. Der Befund für die Resilienz stellte sich in der vorliegenden multivariaten Analyse jedoch erwartungswidrig dar: Eine höhere psychische Widerstandsfähigkeit zu T1 war mit einer höheren Arbeitsbelastung zu T2 assoziiert. Angesichts des bivariat nicht gegebenen Zusammenhangs zwischen der T1-Resilienz und der T2-Arbeitsbelastung (Tabelle 35) war hier ein Suppressoreffekt zu vermuten. In weiterführenden Analysen zeigte sich dann auch entsprechend, dass die Partialkorrelation zwischen der T1-Resilienz und T2-Arbeitsbelastung unter Kontrolle der T2-Beanspruchung signifikant wird. Auf die inhaltliche Interpretation dieses erwartungswidrigen Befunds wird in der Diskussion eingegangen. An dieser Stelle lässt sich

festhalten, dass Hypothese 2.3 zwar im Teil (c), nicht aber in den Teilen (a) und (b) bestätigt werden konnte.

Tabelle 39. T2-Arbeitsbelastung in Abhängigkeit von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1)

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T2-Beanspruchung	.50	.06	.50**
2	T2-Beanspruchung	.50	.07	.50**
	T1-Resilienz	.57	.20	.20**
	T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	-.02	.11	-.01
	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	-.23	.09	-.17*

Anmerkungen. $R^2 = .25^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .05^{**}$ für Modell 2. $^{**}p < .01$, $^*p < .05$.

T3-Arbeitsbelastung

Hypothese 2.4 postulierte einen Erklärungswert der T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen für die T3-Arbeitsbelastung. Dahinter steht die Annahme, dass sich die Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und die wahrgenommene soziale Unterstützung als weniger stabile bzw. situationssensitivere Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit im Zuge der Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg als kritisches Lebensereignis verändern. Insofern sollte T1-Ausgangsunterschieden kein, hingegen aber dem Maß bzw. der Richtung ihrer Veränderungen (im Sinne einer Zu- vs. Abnahme) Erklärungswert für die T3-Situation der Jung-ÄrztInnen obliegen.

Zur Ermittlung der Veränderungen wurde zunächst das Residuum des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals durch Vorhersage der T3-Merkmalsausprägung anhand der T1-Merkmalsausprägung ermittelt. Das Residuum stellt den durch den Prädiktor nicht erklärten Varianzanteil des Kriteriums dar. D.h., dass das Residuum die Differenz zwischen der T1- und T3-Messung des jeweiligen Persönlichkeitsmerkmals in sich birgt. Kleinere Residuumswerte stehen dabei für eine Abnahme des Persönlichkeitsmerkmals im Betrachtungszeitraum bzw. ist die Verringerung der Merkmalsausprägung von T1 zu T3 umso größer, je kleiner das Residuum ist.

Gemäß Hypothese 2.4 sollten Jung-ÄrztInnen, die eine Abnahme in der Resilienz, der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung von T1 zu T3 offenbaren, zu T3 – unter Kontrolle ihrer Beanspruchung zu diesem Zeitpunkt – eine höhere Arbeitsbelastung berichten. Diese Hypothese konnte jedoch in der dazu durchgeführten Regressionsanalyse in allen drei Teilen nicht bestätigt werden ($ps > .10$).

5.6.2.3 Auswirkungen interindividueller Ausgangsunterschiede in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen auf die T2- und die T3-Beanspruchung.

T2-Beanspruchung

Hypothese 2.5 postulierte einen Einfluss von Ausgangsunterschieden in der Resilienz, der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die Beanspruchung zu T2. Zur Überprüfung dieser Annahme wurde eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei wurde im ersten Schritt für die T2-Arbeitsbelastung kontrolliert, im zweiten Schritt gingen dann die Persönlichkeitsvariablen als Prädiktoren der T2-Beanspruchung ein. Wie aus Tabelle 40 hervorgeht, erwiesen sich Ausgangsunterschiede in den Persönlichkeitsvariablen Resilienz und arbeitsspezifische Copingfunktionalität, nicht aber in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung als signifikante Prädiktoren der Beanspruchung zu T2 (Modell 2: $F(4,183) = 22.88, p < .01$). Eine vor dem Berufseinstieg bestehende, höhere psychische Widerstandsfähigkeit und funktionaleres Coping im Arbeitskontext sagten eine geringere Beanspruchung zu T2 vorher. Hypothese 2.5 wurde somit in den Teilen (a) und (b) bestätigt.

Tabelle 40. T2-Beanspruchung in Abhängigkeit von Ausgangsunterschieden in den protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1)

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T2-Arbeitsbelastung	.50	.06	.50**
2	T2-Arbeitsbelastung	.47	.06	.47**
	T1-Resilienz	-.46	.19	-.16*
	T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	-.29	.10	-.19**
	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	-.09	.09	-.07

Anmerkungen. $R^2 = .25^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .09^{**}$ für Modell 2. $^{**}p < .01$, $^*p < .05$.

T3-Beanspruchung

Hypothese 2.6 spezifizierte die Vorhersage der T3-Beanspruchung anhand von T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen. Jung-ÄrztInnen, die sich durch zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen in der Resilienz, arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und wahrgenommenen sozialen Unterstützung auszeichneten, sollten am Ende des Untersuchungszeitraums – unter Kontrolle der Arbeitsbelastung, mit der sie sich zu diesem Zeitpunkt konfrontiert sehen – stärker beansprucht sein. In der Tat sagten Abnahmen in allen drei Persönlichkeitsvariablen eine höhere Beanspruchung zu T3 vorher (Modell 2: $F(4,172) = 32.00, p < .01$; Tabelle 41). Hypothese 2.6 konnte somit in vollem Umfang bestätigt werden.

Tabelle 41. T3-Beanspruchung in Abhängigkeit von T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T3-Arbeitsbelastung	.44	.07	.44**
2	T3-Arbeitsbelastung	.29	.06	.28**
	T1-T3 Δ -Resilienz	-.31	.07	-.31**
	T1-T3 Δ -arbeitspezifische Copingfunktionalität	-.24	.07	-.24**
	T1-T3 Δ -wahrgenommene soziale Unterstützung	-.13	.06	-.13*

Anmerkungen. $R^2 = .19^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .24^{**}$ für Modell 2. $^{**}p < .01$, $^*p < .05$.

5.6.2.4 *Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die T2- und die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung.*

T2-Beanspruchung

Hypothese 2.7 beinhaltete die Vorhersage der T2-Beanspruchung anhand der Interaktion von T2-Arbeitsbelastung und den T1-Ausprägungen der protektiven Persönlichkeitsvariablen Resilienz, arbeitspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung. Vor der Testung der Annahme, dass die protektiven Persönlichkeitsvariablen eben die Beziehung zwischen der sich mit dem Berufseinstieg eingestellten Arbeitsbelastung und der Beanspruchung moderieren, indem sie – im Falle einer hohen Ausprägung – den Effekt der Arbeitsbelastung puffern, wurden die Prädiktoren z-standardisiert und multipliziert (vgl. wiederum Baron & Kenny, 1986). Anschließend wurde eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Dabei gingen in die Vorhersage der T2-Beanspruchung zunächst die T1-Belastung (schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium) und die T1-Beanspruchung als Kovariaten ein. Es folgte die Aufnahme der T2-Arbeitsbelastung und der T1-Ausprägungen der drei Persönlichkeitsvariablen im zweiten Schritt. Die Regressionsanalyse abschließend fanden dann im dritten Schritt die Interaktionsterme (T2-Arbeitsbelastung x T1-Persönlichkeitsvariable) Berücksichtigung.

Wie Tabelle 42 zu entnehmen ist, konnten – über die (marginal) signifikanten Haupteffekte der T2-Arbeitsbelastung, der Resilienz und der arbeitspezifischen Copingfunktionalität hinaus – Moderatoreffekte der zu T1 erfassten Resilienz und arbeitspezifischen Copingfunktionalität (im Trend), nicht aber ein Moderatoreffekt der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die Beziehung zwischen der Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt bestätigt werden (Modell 3: $F(9,183) = 18.25$, $p < .01$). Abbildung 14 stellt die beiden Moderatoreffekte dar.

Tabelle 42. Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen (T1) auf die T2-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Modell		B	SE B	β
1	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	.22	.07	.22**
	T1-Beanspruchung	.41	.07	.41**
2	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	.22	.06	.22**
	T1-Beanspruchung	.27	.06	.28**
	T2-Arbeitsbelastung	.44	.06	.44**
	T1-Resilienz	-.11	.06	-.11†
	T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	-.11	.06	-.11†
	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	.00	.06	.00
3	T1-schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium	.21	.06	.21**
	T1-Beanspruchung	.28	.06	.28**
	T2-Arbeitsbelastung	.41	.06	.42**
	T1-Resilienz	-.11	.06	-.11†
	T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	-.11	.06	-.11†
	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	.01	.06	.01
	T2-Arbeitsbelastung x T1-Resilienz	.19	.06	.18**
	T2-Arbeitsbelastung x T1-arbeitsspezifische Copingfunktionalität	-.10	.06	-.10†
	T2-Arbeitsbelastung x T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	-.04	.05	-.05

Anmerkungen. R² = .24** für Modell 1, ΔR² = .21** für Modell 2, ΔR² = .03* für Modell 3. **p < .01, *p < .05, †p < .10.

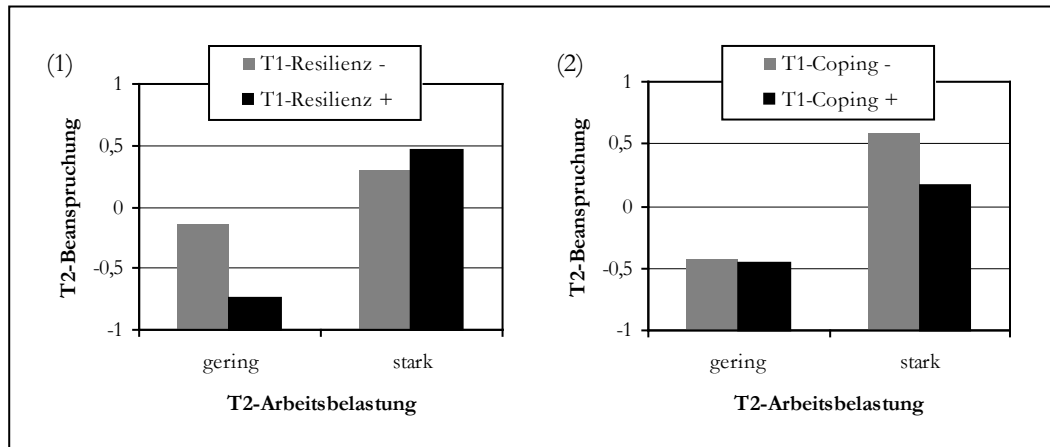


Abbildung 14. Moderatoreffekte der T1-Resilienz und T1-arbeitsspezifischen Copingfunktionalität auf die T2-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Aus Abbildung 14 wird zunächst der Haupteffekt der T2-Arbeitsbelastung in der Vorhersage der T2-Beanspruchung ersichtlich: Stärker belastete Jung-ÄrztInnen waren per se beanspruchter. Der Moderatoreffekt der Resilienz besteht, wie aus Abbildungsteil (1) hervorgeht, im Falle geringer Arbeitsbelastung. Die geringste T2-Beanspruchung wiesen wenig arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit hoher psychischer Widerstandsfähigkeit auf. Der marginal signifikante Puffereffekt der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität gestaltet sich erwartungs-

konform: Zu T2 stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die vor ihrem Berufseinstieg funktionaleres Coping am Arbeitsplatz berichtet hatten, waren zu T2 weniger beansprucht als Jung-ÄrztInnen mit starker T2-Arbeitsbelastung und geringerer Copingfunktionalität zu T1 (Abbildungsteil 2). Damit konnte Hypothese 2.7 (a) nicht, Hypothese 2.7 (b) aber zumindest im Trend bestätigt werden.

Abschließend wurde der im Hypothesenteil 2.7 (c) spezifizierte Moderatoreffekt der wahrgenommenen sozialen Unterstützung hinsichtlich der Berufstätigkeit auf die Beziehung zwischen der Arbeitsbelastung und der Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt noch einmal allein betrachtet. Die Frage war, ob er sich – auch wenn ihm in der konkurrierenden Betrachtung der Moderatoreffekte aller drei Merkmale kein eigenständiger Beitrag zur Erklärung von Kriteriumsvarianz oblag – aber an sich doch herausstellen lässt. Die T2-Arbeitsbelastung und T1-wahrgenommene soziale Unterstützung interagierten jedoch auch in der Einzelanalyse nicht in Vorhersage der T2-Beanspruchung ($p > .10$), was Hypothese 2.7 (c) endgültig widerlegt.

T3-Beanspruchung

Im nächsten Schritt wurde der Einfluss der T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zum dritten Messzeitpunkt untersucht. Hypothese 2.8 postulierte dabei – unter Kontrolle der zum zweiten Messzeitpunkt gegebenen Arbeitsbelastung und Beanspruchung – die vergleichsweise stärkste Beanspruchung bei stärker arbeitsbelasteten Jung-ÄrztInnen, die zu T3 gegenüber T1 verringerte Ausprägungen in der Resilienz, der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung aufwiesen.

Zur Überprüfung der Hypothese 2.8 wurde wiederum eine hierarchische Regressionsanalyse durchgeführt. Im ersten Schritt gingen die T2-Arbeitsbelastung und T2-Beanspruchung als Kovariaten ein. Im zweiten Schritt wurden die T3-Arbeitsbelastung und die T1-T3-Veränderungsmaße der psychischen Ressourcen in das Regressionsmodell aufgenommen. Im dritten Block fanden dann die drei Interaktionsterme der standardisierten Variablen (T3-Arbeitsbelastung x T1-T3-Veränderung der Persönlichkeitsvariable) Berücksichtigung.

Wie aus Tabelle 43 ersichtlich, oblag – über die signifikanten Haupteffekte der T3-Arbeitsbelastung, der T1-T3-Abnahmen der Resilienz und der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität hinaus – den T1-T3-Veränderungen der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung eine Moderatorwirkung in der Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zu T3 (Modell 3: $F(9,171) = 46.57, p < .01$). In Abbildung 15 sind die Moderatoreffekte dargestellt.

Tabelle 43. Moderatoreffekte der T1-T3-Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T2-Arbeitsbelastung	-.06	.07	-.06
	T2-Beanspruchung	.72	.06	.72**
2	T2-Arbeitsbelastung	-.23	.07	-.23**
	T2-Beanspruchung	.60	.05	.60**
	T3-Arbeitsbelastung	.26	.06	.25**
	T1-T3 Δ -Resilienz	-.25	.05	-.25**
	T1-T3 Δ -arbeitspezifische Copingfunktionalität	-.19	.05	-.19**
	T1-T3 Δ -wahrgenommene soziale Unterstützung	-.06	.05	-.06
3	T2-Arbeitsbelastung	-.23	.06	-.22**
	T2-Beanspruchung	.59	.05	.59**
	T3-Arbeitsbelastung	.30	.06	.30**
	T1-T3 Δ -Resilienz	-.22	.05	-.22**
	T1-T3 Δ -arbeitspezifische Copingfunktionalität	-.15	.05	-.15**
	T1-T3 Δ -wahrgenommene soziale Unterstützung	-.03	.05	-.03
	T3-Arbeitsbelastung x T1-T3 Δ -Resilienz	-.02	.05	-.02
	T3-Arbeitsbelastung x T1-T3 Δ -arbeitspezifische Copingfunktionalität	-.12	.05	-.12*
	T3-Arbeitsbelastung x T1-T3 Δ -wahrgenommene soziale Unterstützung	-.12	.05	-.11*

Anmerkungen. $R^2 = .48^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .21^{**}$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .03^{**}$ für Modell 3. $^{**}p < .01$, $^*p < .05$.

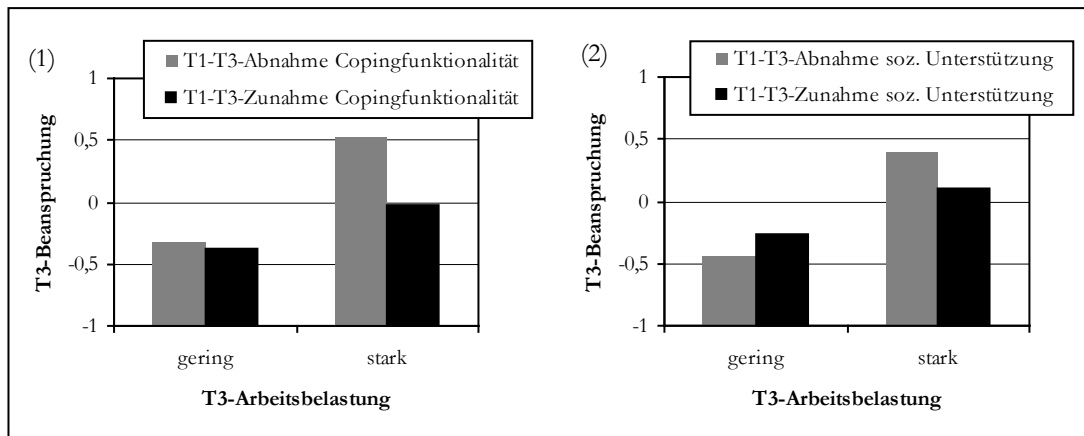


Abbildung 15. Moderatoreffekte der T1-T3-Veränderungen der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Abbildung 15 veranschaulicht zunächst den Haupteffekt der T3-Arbeitsbelastung in der Vorhersage der T3-Beanspruchung: Zu T3 stärker belastete Jung-ÄrztInnen waren gleichzeitig beanspruchter. Die Moderatoreffekte der T1-T3-Veränderungen von arbeitsspezifischer Copingfunktionalität und wahrgenommener sozialer Unterstützung gestalten sich erwartungskonform: Zu T3 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, deren Copingfunktionalität und

wahrgenommene soziale Unterstützung im Untersuchungszeitraum abgenommen hatte, wiesen zum dritten Messzeitpunkt die stärkste Beanspruchung auf. Hypothese 2.8 konnte somit in den Teilen (b) und (c) bestätigt werden.

Nachdem sich in der simultanen Analyse der hypothetisierten Moderatoreffekte der drei Persönlichkeitsvariablen kein entsprechender Effekt für die Resilienz fand, wurde dieses Merkmal bzw. seine postulierte Moderatorwirkung noch einmal allein betrachtet. Die Frage war, ob sich ein hypothesenkonformer Moderatoreffekt der Resilienz auf die Beziehung zwischen der Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt herausstellen lässt, der in der konkurrierenden Betrachtung der Moderatoreffekte aller drei Merkmale keinen eigenständigen Beitrag mehr zur Erklärung von Kriteriumsvarianz leistete. Wie aus Tabelle 44 ersichtlich, zeigte sich – über die Haupteffekte von Arbeitsbelastung und der T1-T3-Veränderung der Resilienz hinaus – tatsächlich ein signifikanter Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der psychischen Widerstandsfähigkeit auf die Beziehung zwischen der Arbeitsbelastung und Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt (Modell 3: $F(5,176) = 68.99$, $p < .01$). Dieser ist in Abbildung 16 dargestellt.

Tabelle 44. Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der Resilienz auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
1	T2-Arbeitsbelastung	-.07	.06	-.07
	T2-Beanspruchung	.72	.06	.72**
2	T2-Arbeitsbelastung	-.27	.07	-.27**
	T2- Beanspruchung	.63	.05	.63**
	T3-Arbeitsbelastung	.30	.07	.30**
	T1-T3 Δ -Resilienz	-.33	.05	-.33**
3	T2-Arbeitsbelastung	-.26	.07	-.26**
	T2-Beanspruchung	.63	.05	.63**
	T3-Arbeitsbelastung	.31	.06	.31**
	T1-T3 Δ -Resilienz	-.28	.05	-.28**
	T3-Arbeitsbelastung x T1-T3 Δ -Resilienz	-.14	.05	-.14**

Anmerkungen. $R^2 = .48^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .18^{**}$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .02^{**}$ für Modell 3. ** $p < .01$.

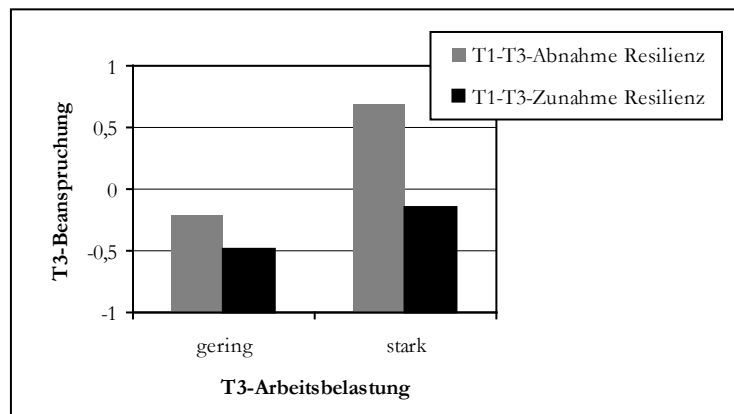


Abbildung 16. Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der Resilienz auf die T3-Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung

Der Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der Resilienz stellt sich, wie in Abbildung 16 veranschaulicht, erwartungsgemäß dar: Zu T3 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, deren psychische Widerstandsfähigkeit im Untersuchungszeitraum abgenommen hatte, wiesen die vergleichsweise stärkste Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt auf. Indem dieser Moderatoreffekt jedoch in der simultanen Betrachtung der Moderatorfunktion aller drei protektiven Persönlichkeitsvariablen keinen eigenständigen Erklärungswert für die T3-Beanspruchung besaß, kann Hypothese 2.8 (a) zwar inhaltlich als bestätigt gelten; sie muss jedoch formal verworfen werden.

Zusammenfassung der Befunde zur Vorhersage und Erklärung der T2- und T3-Beanspruchung

Es zeigte sich zum einen, dass eine stärkere Arbeitsbelastung zu beiden Messzeitpunkten mit einer stärkeren Beanspruchung assoziiert war. Darüber hinaus erklärten Ausgangsunterschiede in protektiven Persönlichkeitsvariablen die Arbeitsbelastung und die Beanspruchung der Jung-ÄrztInnen zum zweiten Messzeitpunkt. Jene, die sich schon vor dem Berufseinstieg im geringeren Maße sozial unterstützt fühlten, berichteten kurzzeitig nach dem Berufseinstieg eine stärkere Arbeitsbelastung. Erwartungswidrig erwiesen sich aber unter Kontrolle der T2-Beanspruchung auch zu T1 psychisch widerstandsfähigere Jung-ÄrztInnen nach dem Berufseinstieg als stärker arbeitsbelastet. Hier liegt ein in der Diskussion noch einmal aufzugreifender Suppressoreffekt vor. Wiederum hypothesenkonform zeigte sich mit Blick auf die T2-Beanspruchung, dass Jung-ÄrztInnen, die sich zu T1 durch eine höhere psychische Widerstandsfähigkeit und funktionaleres Coping am Arbeitsplatz ausgezeichnet hatten, kurzzeitig nach dem Berufseinstieg weniger beansprucht waren. Es fand sich ferner ein marginal signifikanter, hypothesenkonformer Puffereffekt der T1-Copingfunktionalität im Arbeitskontext

auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zu T2. Der Puffereffekt der Resilienz auf diese Beziehung bestand im Falle geringer Arbeitsbelastung.

Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsvariablen von T1 zu T3 zeigten nicht den hypothetisierten Erklärungswert für die T3-Arbeitsbelastung. Verringerungen in allen drei betrachteten psychischen Ressourcen gingen jedoch mit einer stärkeren Beanspruchung zu T3 einher. In der Prüfung von Moderatoreffekten der T1-T3-Veränderungen in den Persönlichkeitsmerkmalen auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zu T3 fanden sich hypothesenkonforme Effekte für die arbeitsspezifische Copingfunktionalität und die wahrgenommene soziale Unterstützung. Ein Moderatoreffekt der T1-T3-Verringerung der Resilienz zeigte sich lediglich in der alleinigen Betrachtung dieses Merkmals.

5.6.3 Ergebniskomplex III: Entwicklung der Beanspruchung im Längsschnitt und Erklärung dieser durch Belastung und Persönlichkeit

Nachdem zuvor das Beanspruchungserleben von Jung-ÄrztInnen nach ihrem Berufseinstieg zu T2 und T3 betrachtet und anhand der gegebenen Arbeitsbelastung sowie anhand von Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsmerkmalen bzw. deren Veränderungen über den Berufseinstieg hinweg erklärt wurde, gilt das Interesse im Folgenden der Entwicklung der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum und der Erklärung interindividueller Unterschiede im Längsschnitt.

5.6.3.1 Entwicklung der Indikatoren des Beanspruchungserlebens im Untersuchungszeitraum.

Hypothese 3.1 postulierte eine nach dem Berufseinstieg, d.h. zu T2 und T3 gegenüber T1 signifikant höhere allgemeine Beanspruchung. Hypothese 3.2 spezifizierte, vor dem Hintergrund der Annahme einer Adaptation der Jung-ÄrztInnen an das durch das kritische Lebensereignis Berufseinstieg aufgehobene Person-Umwelt-Passungsgefüge, weiterführend jedoch eine signifikante Abnahme der allgemeinen und nun auch arbeitsspezifischen Beanspruchung zu T3 gegenüber T2. Die Prüfung der Hypothese 3.1 erfolgte für die Einzelindikatoren der allgemeinen Beanspruchung Depressivität und psychosomatische Beschwerden, nicht aber für die kontextspezifischen Beanspruchungsindikatoren Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst, die erst nach dem Berufseinstieg, d.h. zu T2 und T3 erfasst wurden. Hypothese 3.2 wurde hingegen für alle vier Beanspruchungsindikatoren empirisch geprüft. Dass hier die Einzelindikatoren betrachtet wurden (und nicht die in allen anderen Analysen berücksichtigte Gesamtbeanspruchung), diente dem Ziel, einen differenzierten Einblick in das Befinden der

Jung-ÄrztInnen zu gewähren. Explorativ wurden dabei Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung der Beanspruchung im Verlauf betrachtet.

Zur Hypothesenprüfung wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung für die Einzelindikatoren der Beanspruchung durchgeführt. In den Analysen zur Prüfung von Hypothese 3.1 und 3.2 für die allgemeinen Beanspruchungsindikatoren Depressivität und psychosomatische Beschwerden stellten die drei Messzeitpunkte jeweils den Innersubjektfaktor und das Geschlecht den Zwischensubjektfaktor dar. In den Analysen zur Prüfung von Hypothese 3.2 auch für die kontextspezifischen Beanspruchungsindikatoren Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst stellten der zweite und dritte Messzeitpunkt den Innersubjektfaktor und das Geschlecht den Zwischensubjektfaktor dar.

In den Analysen für Depressivität und psychosomatische Beschwerden zeigte sich ein Haupteffekt des Messzeitpunkts auf Depressivität ($F(2,348) = .97, p < .01$), jedoch nicht auf die psychosomatischen Beschwerden ($p > .10$). Die Innersubjektkontraste von Depressivität näher betrachtet, ergaben sich signifikante Unterschiede – jeweils im Sinne einer höheren Ausprägung zum späteren Zeitpunkt – sowohl zwischen dem ersten und zweiten ($F(1,174) = 13.24, p < .01$) als auch zwischen dem ersten und dritten Messzeitpunkt ($F(1,174) = 8.33, p < .01$). Eine signifikante Abnahme der Depressivität von T2 zu T3 ließ sich hingegen nicht herausstellen ($p > .10$). Es fanden sich keine Interaktionseffekte von Messzeitpunkt und Geschlecht für beide Beanspruchungsindikatoren ($ps > .05$). Somit wurde Hypothese 3.1 (a), nicht aber (b) bestätigt. Hypothese 3.2 muss in den Teilen (a) und (b) verworfen werden.

In der Analyse der T2-T3-Entwicklung der kontextspezifischen Beanspruchungsindikatoren Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst fanden sich keine Haupteffekte des Messzeitpunkts ($ps > .10$). Interaktionseffekte von Messzeitpunkt und Geschlecht bestanden ebenfalls nicht. Es zeigte sich abschließend noch ein Zwischensubjekteffekt ($F(1,177) = 6.81, p < .05$): Jung-Ärzte wiesen gegenüber Ärztinnen eine stärkere T2-Arbeitsunzufriedenheit auf ($p < .01$; s. Kapitel 5.5.5). Hypothese 3.2 ließ sich daher auch in den Teilen (c) und (d) nicht bestätigen.

Abbildung 17 veranschaulicht die Entwicklungsverläufe der Beanspruchungsindikatoren über die drei bzw. zwei Messzeitpunkte hinweg. Indem sich keine Geschlechtsunterschiede bzw. keine geschlechtsspezifischen Entwicklungsverläufe der Beanspruchungsindikatoren im Untersuchungszeitraum zeigten bzw. diese bereits erläutert wurden, erfolgt die Darstellung für die Gesamtstichprobe aller Jung-ÄrztInnen. Zu beachten ist, dass die Skala zur Erfassung von Depressivität – anders als die anderen Beanspruchungsindikatoren – kein fünfstufiges, sondern ein vierstufiges Antwortformat aufwies. Es zeigt sich die beschriebene Zunahme der Beanspruchung in der Depressivität von T1 zu T2. Von T2 zu T3, d.h. nach dem Berufseinstieg,

finden sich keine signifikanten Mittelwertsveränderungen bzw. nicht die hypothetisierten Abnahmen auf allen vier Beanspruchungsmaßen. Das bedeutet, dass – versteht man die Prüfung der Hypothesen 3.1 und 3.2 als Untersuchung des Haupteffekts des Berufseinstiegs – sich in der Gesamtgruppe aller befragten Jung-ÄrztInnen kein Effekt dieses normativen kritischen Lebensereignisses abbildet. Vielmehr erklären, wie in den vorherigen Ergebniskomplexen schon herausgestellt, das Ausmaß der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung und interindividuelle Unterschiede in psychischen Ressourcen die Höhe des Beanspruchungs-erlebens nach Aufnahme der Arbeitstätigkeit.

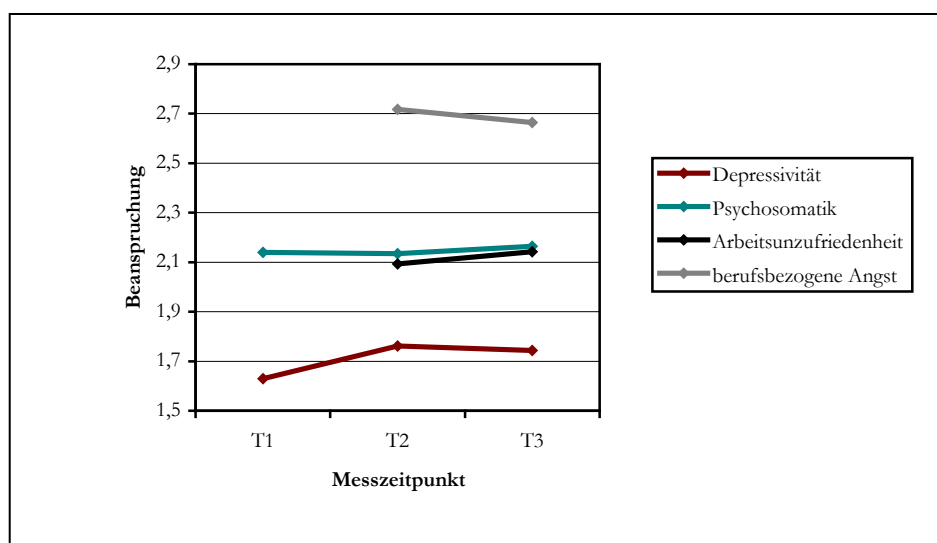


Abbildung 17. Entwicklung der Beanspruchungsindikatoren im Untersuchungszeitraum (T1-T2-T3)

5.6.3.2 Zur Situation berufseinstiegender ÄrztInnen im Längsschnitt (T1-T2-T3-Betrachtung).

Gegenstand der nachfolgend dokumentierten Analysen war die längsschnittliche Betrachtung des Berufseinstiegs junger ÄrztInnen unter Berücksichtigung aller drei Messzeitpunkte. Überprüft wurde die Vorhersage der Beanspruchung zu T2 anhand der zu T1 gegebenen Belastung im Sinne einer als schlecht empfundenen Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium (Hypothese 3.3) sowie die Erklärung der T3-Beanspruchung anhand der T2-Arbeitsbelastung (Hypothese 3.4). D.h., es wurden Kausaleffekte der Belastung auf die Beanspruchung untersucht. Des Weiteren wurden im Längsschnittmodell konkurrierend Moderatoreffekte der zu T1 erfassten protektiven Persönlichkeitsvariablen (Resilienz, arbeits-spezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung) in der Vorhersage der T2-Beanspruchung anhand der Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium zu T1 (Hypothese 3.5) sowie der T1-T3-Veränderungen der Persönlichkeitsvariablen in der Vorhersage der T3-Beanspruchung anhand der T2-Arbeitsbelastung (Hypothese 3.6) getestet.

Das erforderte die Spezifikation der zuvor schon in hierarchischen Regressionsanalysen (s. Kapitel 5.6.2.3) untersuchten Haupteffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen und ihrer T1-T3-Veränderungen auf die T2- bzw. T3-Beanspruchung im Gesamtmodell (Hypothesen 2.5 und 2.6).

Das Modell weist nach den Kriterien von Schermelleh-Engel et al. (2003, vgl. auch S. 160 dieser Arbeit) auf ($\chi^2(29) = 60.09, p = .00, CFI = .93, SRMR = .05, RMSEA = .08$ [C.I. = .05 - .10]). Wie aus Abbildung 18 ersichtlich wird, ist nicht nur die zum zweiten Messzeitpunkt bestehende Arbeitsbelastung mit der T2-Beanspruchung assoziiert, sondern auch der zu T1 gegebene Belastung junger ÄrztInnen obliegt Erklärungswert für diese: Jung-ÄrztInnen, die sich zum Zeitpunkt der Erstbefragung vergleichsweise schlecht auf den Beruf durch ihr Studium vorbereitet fühlten, waren zu T2 auch stärker beansprucht. Hypothese 3.3 konnte somit bestätigt werden. Im Lichte der zu T1 und T2 gegebenen Belastung und über den T1-T2-Stabilitätspfad der Beanspruchung hinaus, sagten nur Ausgangsunterschiede in der arbeits-spezifischen Copingfunktionalität als protektive Persönlichkeitsvariable die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg vorher: Jung-ÄrztInnen mit funktionalerem Copingverhalten im Arbeitskontext waren weniger beansprucht. Das korrespondiert mit dem schon in der hierarchischen Regressionsanalyse (Tabelle 40) herausgestellten Befund bzw. bestätigt Hypothese 2.5 (b) auch in der Betrachtung über alle drei Messzeitpunkte hinweg. Der in der hierarchischen Regressionsanalyse noch herausgestellte Effekt der Resilienz fand sich hingegen nicht mehr. Indem ferner auch Ausgangsunterschiede in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung keinen Erklärungswert für die T2-Beanspruchung besaßen, muss Hypothese 2.5 in den Teilen (a) und (c) im Rahmen der Prüfung des Gesamtmodells verworfen werden. Weiterführend zeigten sich auch – anders als in Hypothese 3.5 postuliert – keine Moderatoreffekte der protektiven Persönlichkeitsvariablen auf die T1-T2-Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung.

Ebenfalls nicht bestätigt werden konnte Hypothese 3.4. Die T3-Beanspruchung wurde nicht durch die T2-Arbeitsbelastung vorhergesagt, sondern war nur mit der querschnittlich gegebenen Arbeitsbelastung assoziiert. Der in der hierarchischen Regressionsanalyse (Tabelle 41) bereits herausgestellte Erklärungswert von T1-T3-Verringerungen in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen Resilienz und arbeitsspezifische Copingfunktionalität für die Beanspruchung am Ende des Untersuchungszeitraums fand sich hingegen auch im hier betrachteten Gesamtmodell, was die Hypothese 2.6 zumindest in den Teilen (a) und (b) erneut bestätigt. Hingegen ließ sich der zuvor aufgezeigte Haupteffekt der T1-T3-Abnahme der Wahrnehmung sozialer Unterstützung im Gesamtmodell nicht mehr aufzeigen; allerdings interagierten die T2-Arbeitsbelastung und die T1-T3-Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung in der Vorhersage der T3-Beanspruchung (Hypothese 3.6c).

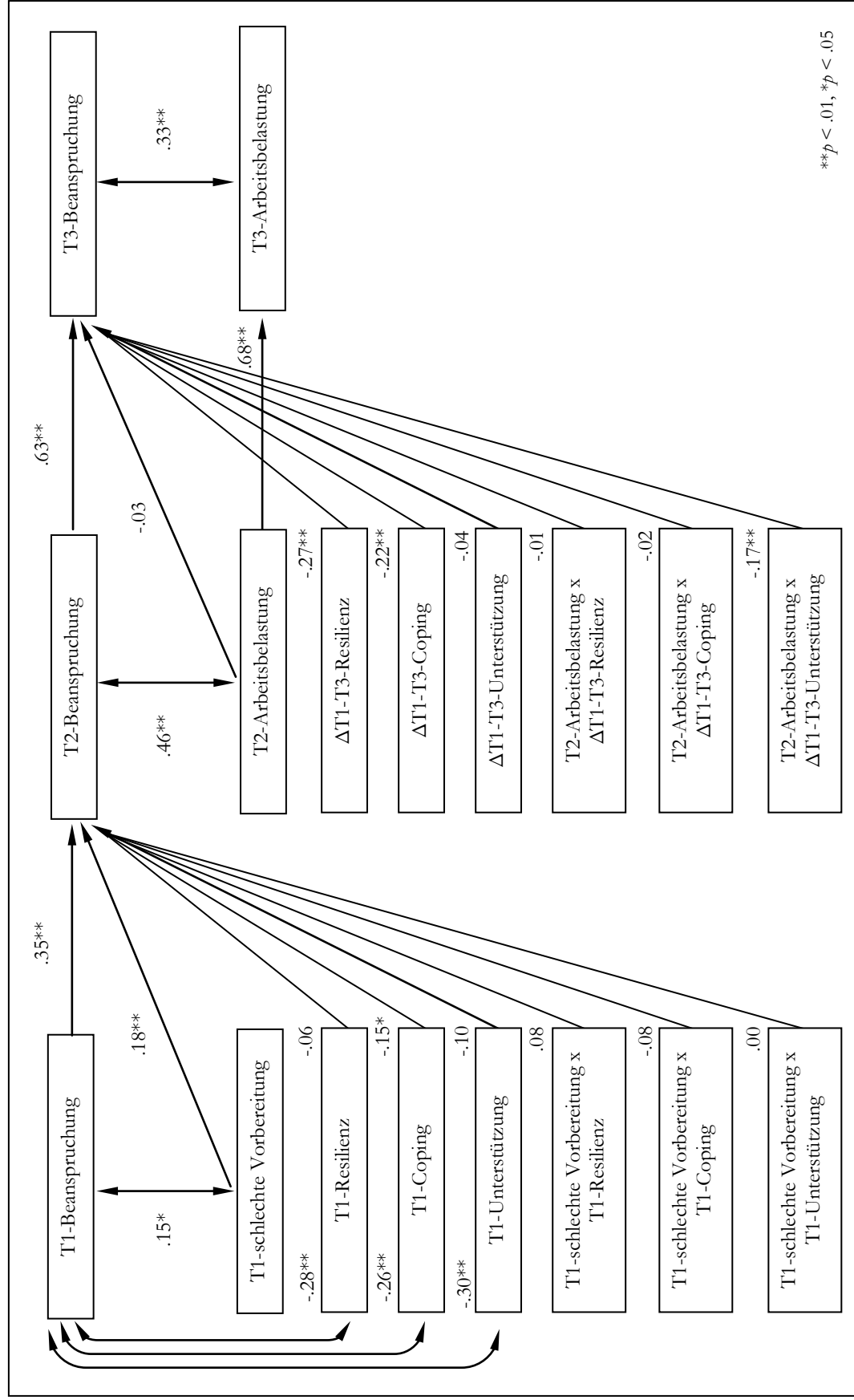


Abbildung 18. Längsschnittliche Betrachtung des Berufseinstiegs von Jung-ÄrztInnen – Vorhersage der Beanspruchung anhand der zum vorherigen Messzeitpunkt gegebenen Belastung und Moderation dieser Beziehungen durch protektive Persönlichkeitsmerkmale

In Abbildung 19 ist der Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung dargestellt. Mit Blick auf die rechte Seite der Abbildung zeigt sich zunächst erwartungsgemäß, dass zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die sich im Untersuchungszeitraum zusehends weniger sozial unterstützt fühlten, zu T3 beanspruchter waren als stark belastete KollegInnen, deren Wahrnehmung sozialer Unterstützung im Untersuchungszeitraum zunahm. Letztere wiesen die (zumindest im Trend) geringste T3-Beanspruchung aller Jung-ÄrztInnen auf, was das Pufferpotenzial dieser personalen Ressource unterstreicht. Allerdings zeigt sich in der Abbildung auch, dass die T3-Beanspruchung der zum zweiten Messzeitpunkt stark arbeitsbelasteten Jung-ÄrztInnen mit einer Abnahme der wahrgenommenen sozialen Unterstützung über den Untersuchungszeitraum hinweg praktisch gleichermaßen hoch war wie die ihrer zu T2 gering arbeitsbelasteten KollegInnen, deren Wahrnehmung sozialer Unterstützung zwischenzeitlich zugenommen hatte. Hypothese 3.6 (c), in der die höchste Beanspruchung bei stark arbeitsbelasteten Jung-ÄrztInnen mit einer T1-T3-Abnahme der Wahrnehmung sozialer Unterstützung postuliert wurde, konnte somit nicht bestätigt werden.

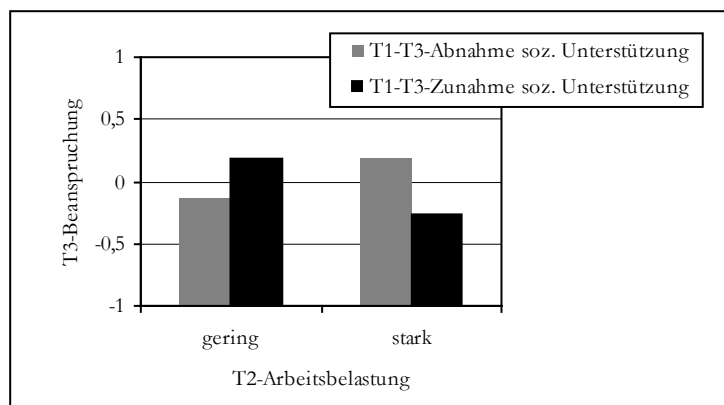


Abbildung 19. Moderatoreffekt der T1-T3-Veränderung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung auf die T2-Arbeitsbelastungs-T3-Beanspruchungs-Beziehung

Wie bereits dargestellt, besteht der Pfad von der T2-Arbeitsbelastung auf die T3-Beanspruchung nicht. Explorativ wurde daraufhin in einer Cross-Lagged-Panel-Analyse der Frage nachgegangen, ob die umgekehrte Kausalität, d.h. ein Effekt der T2-Beanspruchung auf die T3-Arbeitsbelastung, besteht und gegebenenfalls zu diskutieren ist. Tatsächlich sollte dies nicht der Fall sein, da die Arbeitsbelastung, zwar im Selbstbericht erhoben, so doch aber gegebene, arbeitskontextspezifische Stressoren erfasst. Die Dokumentation dieser im Zuge der Beantwortung der Arbeitsbelastungs-Items zu T3 sollte daher nicht von der individuell erlebten T2-Beanspruchung beeinflusst sein. Wie aus Abbildung 20 hervorgeht, besteht dieser alternative Pfad auch nicht.

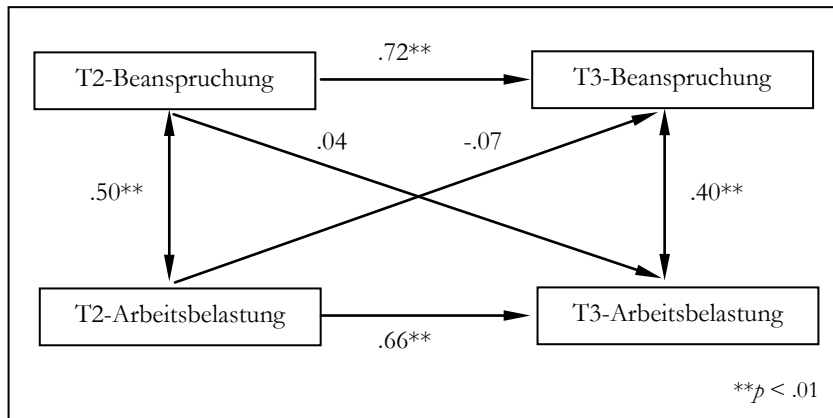


Abbildung 20. T2-T3-Cross-Lagged-Panel-Analyse der Arbeitsbelastung und Beanspruchung

Zusammenfassung der Längsschnittbetrachtungen

In der, den Ergebniskomplex III einführenden Analyse der Entwicklung der Beanspruchungsindikatoren im zeitlichen Verlauf zeigten sich über alle befragten Jung-ÄrztInnen hinweg erst einmal nur wenige Veränderungen: Der Berufseinstieg bzw. die Auseinandersetzung mit diesem und seine Bewältigung zeigen nicht per se einen Effekt auf das Befinden der MedizinerInnen. Vielmehr hängt die individuelle Reaktion auf den Berufseinstieg von der gegebenen Arbeitsbelastung und von personalen Ressourcen, d.h. der Verfügbarkeit protektiver Persönlichkeitsvariablen, ab (Haupt- und Puffereffekte; s. Kapitel 5.6.2). Im Pfadmodell zeigte sich, dass – neben dem querschnittlich bestehenden Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhang – eine als schlechter empfundene Vorbereitung auf den Beruf zu T1 eine stärkere Beanspruchung unmittelbar nach dem Berufseinstieg (T2) bedingte. Die T3-Beanspruchung war mit der zum gleichen Messzeitpunkt bestehenden Arbeitsbelastung, nicht aber mit der vorausgegangenen (T2) assoziiert. Des Weiteren erwiesen sich die protektiven Persönlichkeitsvariablen als wenig bedeutsam für die beiden kausalen Belastungs-Beanspruchungs-Pfade. Allein die T1-T3-Veränderung der protektiven Persönlichkeitsvariable wahrgenommene soziale Unterstützung moderierte die Beziehung zwischen der T2-Arbeitsbelastung und der T3-Beanspruchung; dies allerdings nicht hypothesenkonform: Zu T2 stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit zwischenzeitlicher Verringerung ihrer sozialen Unterstützungswahrnehmung waren im gleichen Maße beansprucht wie jene mit geringer T2-Arbeitsbelastung und zwischenzeitlicher Zunahme dieses protektiven Persönlichkeitsmerkmals.

5.6.4 *Ergebniskomplex IV: Persönlichkeitsveränderungen im Untersuchungszeitraum und Erklärung dieser durch die individuelle Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg*

Gegenstand der nachfolgenden Darstellungen sind zunächst die Veränderungen in der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum und daran anschließend die Erklärung dieser anhand der konkurrierenden Testung der (a) Arbeitsbelastung als objektives bzw. Umweltmerkmal des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg vs. (b) der Beanspruchung als individuelles Erleben der Erschütterung des bisherigen Person-Umwelt-Arrangements. Während bis zu diesem Punkt das Untersuchungsinteresse allein den psychischen Ressourcen als Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit galt, erfolgt die Analyse von Persönlichkeitsveränderungen bei den jungen ÄrztInnen im ersten Jahr nach ihrem Staatsexamen explorativ auch für die Kernmerkmale der Persönlichkeit, den *Big Five*.

5.6.4.1 *Entwicklung der Oberflächenmerkmale im Untersuchungszeitraum.*

Hypothese 4.1 postulierte signifikante Verringerungen in den drei Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen vom ersten zum dritten Messzeitpunkt. Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Im Rahmen dieser stellten die zwei Messzeitpunkte jeweils den Innersubjektfaktor und das Geschlecht den Zwischensubjektfaktor dar (aufgrund der vorhandenen Geschlechtsunterschiede; s. Kapitel 5.5.5). Es zeigten sich Haupteffekte des Messzeitpunkts für die Resilienz ($F(1,176) = 22.78, p < .01$) und die wahrgenommene soziale Unterstützung ($F(1,176) = 21.65, p < .01$), nicht aber für die arbeitsspezifische Copingfunktionalität ($p > .05$). Wie aus Abbildung 21 hervorgeht, nahmen die Ausprägungen von Resilienz und wahrgenommener sozialer Unterstützung im Mittel von T1 zu T3 ab. Hypothese 4.1 kann somit in den Teilen (a) und (c) als bestätigt gelten. Interaktionseffekte von Messzeitpunkt und Geschlecht ergaben sich nicht ($ps > .05$).

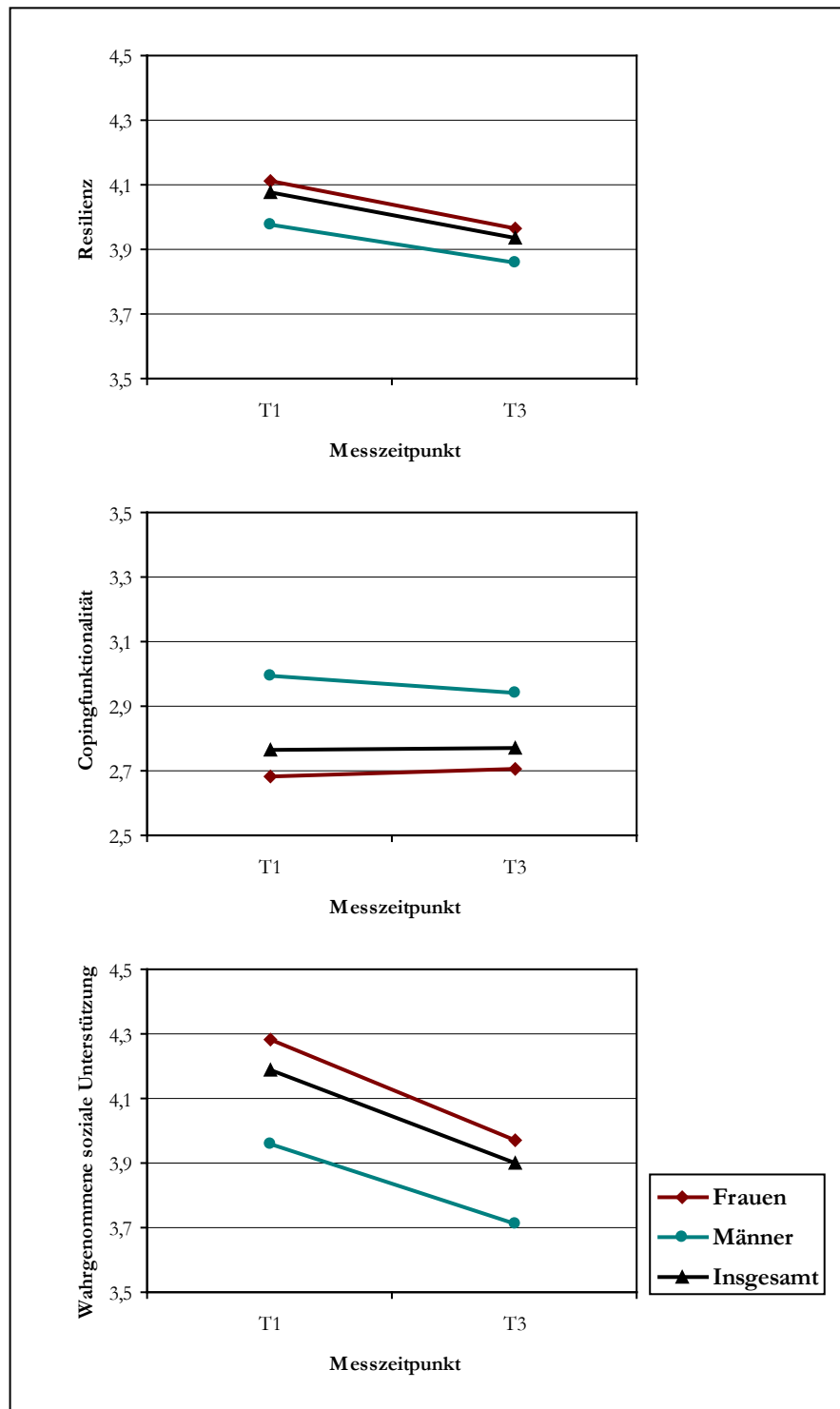


Abbildung 21. Entwicklung der Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum (T1-T3)

5.6.4.2 Erklärung der Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen.

Im nächsten Analyseschritt wurde Hypothese 4.2 überprüft. Diese postulierte, dass es nicht die Arbeitsbelastung, sondern die individuelle Beanspruchungsreaktion auf diese Ereignisbelastung zu T2 bzw. deren Entwicklung vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt ist, die Persönlichkeitsveränderungen im Untersuchungszeitraum erklärt.

Vor Durchführung der hierarchischen Regressionsanalysen wurden die T3-Arbeitsbelastung auf die T2-Arbeitsbelastung sowie die T3-Beanspruchung auf die T2-Beanspruchung regressiert und die Residuen ermittelt, die dann als Veränderungsmaße Eingang in die Analysen fanden. Das Kriterium in diesen war die T3-Ausprägung der jeweiligen protektiven Persönlichkeitsvariable (Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung). Im ersten Block der Regressionsanalyse wurde die T1-Ausprägung der jeweils betrachteten Persönlichkeitsvariable eingegeben. Als Kovariaten wurden im zweiten Block dann das Geschlecht und die T1-Beanspruchung berücksichtigt.³⁰ Im dritten Block gingen die T2-Arbeitsbelastung sowie ihr T2-T3-Veränderungsmaß, im vierten Block die T2-Beanspruchung und im fünften und letzten Block dann deren T2-T3-Veränderungsmaß ein (zum Prozedere der Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen vgl. Fleeson, 2007).³¹ Größere Residualwerte stehen für eine Zunahme der Arbeitsbelastung bzw. Beanspruchung von T2 zu T3. Weist der standardisierte Regressionskoeffizient (Beta) des jeweiligen Veränderungsmaßes ein signifikantes negatives Vorzeichen auf, bedeutet dies, dass die T2-T3-Zunahme des entsprechenden Prädiktors der Persönlichkeitsveränderung mit einer Verringerung der jeweils betrachteten personalen Ressource vom ersten zum dritten Messzeitpunkt assoziiert ist.

Tabelle 45 stellt die Ergebnisse der Regressionsanalysen für die drei Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit dar.³² Es zeigt sich, dass nicht die Arbeitsbelastung als eher objektives bzw. Umweltmerkmal des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg, sondern vielmehr die individuelle Reaktion auf diese, d.h. das Ausmaß psychischer Beanspruchung der Jung-ÄrztInnen, die T1-T3-Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit Resilienz (Modell 5: $F(7,176) = 27.37, p < .01$), arbeitsspezifische Copingfunktionalität (Modell 5: $F(7,172) = 18.98, p < .01$) und wahrgenommene soziale Unterstützung (Modell 5: $F(7,176) = 20.17, p < .01$) erklärt. Eine stärkere Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufs-

³⁰ Die T1-Beanspruchung wurde als Kovariate berücksichtigt, um so für den Effekt ihrer Stabilität zu kontrollieren bzw. um so konkret den Effekt der auf den Berufseinstieg zurückzuführenden Beanspruchung ergründen zu können.

³¹ Die T2-Beanspruchung und das Veränderungsmaß der Beanspruchung von T2 zu T3 wurden getrennt in das Regressionsmodell eingegeben, um den Zuwachs an Varianzaufklärung im Kriterium abzubilden.

³² Der Übersichtlichkeit halber ist immer nur der letzte Block mit signifikantem Zuwachs in R^2 aufgeführt. Der Gewinn an Varianzaufklärung durch jeden Block ist jedoch in den Anmerkungen zur Tabelle dokumentiert.

einstieg bzw. eine Zunahme der Beanspruchung im Laufe der folgenden Monate führte zu einer Abnahme der psychischen Ressourcen. Die Ergebnisse bestätigen Hypothese 4.2.

Tabelle 45. Erklärung der T1-T3-Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
<i>Resilienz</i>				
5	T1-Resilienz	.52	.06	.50**
	Geschlecht	-.02	.02	-.05
	T1-Beanspruchung	.03	.02	.09
	T2-Arbeitsbelastung	-.01	.03	-.02
	T2-T3 Δ -Arbeitsbelastung	-.01	.02	-.02
	T2-Beanspruchung	-.08	.03	-.22**
	T2-T3 Δ -Beanspruchung	-.15	.02	-.42**
<i>arbeitspezifische Copingfunktionalität</i>				
5	T1-arbeitspezifische Copingfunktionalität	.48	.07	.47**
	Geschlecht	.04	.05	.05
	T1-Beanspruchung	.03	.04	.04
	T2-Arbeitsbelastung	.00	.05	.00
	T2-T3 Δ -Arbeitsbelastung	-.01	.04	-.01
	T2-Beanspruchung	-.13	.05	-.20*
	T2-T3 Δ -Beanspruchung	-.25	.04	-.38**
<i>wahrgenommene soziale Unterstützung</i>				
5	T1-wahrgenommene soziale Unterstützung	.61	.07	.53**
	Geschlecht	-.03	.06	-.03
	T1-Beanspruchung	-.04	.06	-.04
	T2-Arbeitsbelastung	-.09	.07	-.09
	T2-T3 Δ -Arbeitsbelastung	-.06	.05	-.07
	T2-Beanspruchung	-.11	.06	-.13†
	T2-T3 Δ -Beanspruchung	-.15	.05	-.17**

Anmerkungen. Resilienz: $R^2 = .32^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .04^{**}$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .02^*$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .14^{**}$ für Modell 5; Copingfunktionalität: $R^2 = .27^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .03^\dagger$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .02^*$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .12^{**}$ für Modell 5; wahrgenommene soziale Unterstützung: $R^2 = .37^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .02^\dagger$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .03^{**}$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .02^{**}$ für Modell 5.
 $^{**}p < .01$, $^*p < .05$, $^\dagger p < .10$.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Erklärung der T1-T3-Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit sind in Abbildung 22 noch einmal grafisch dargestellt.

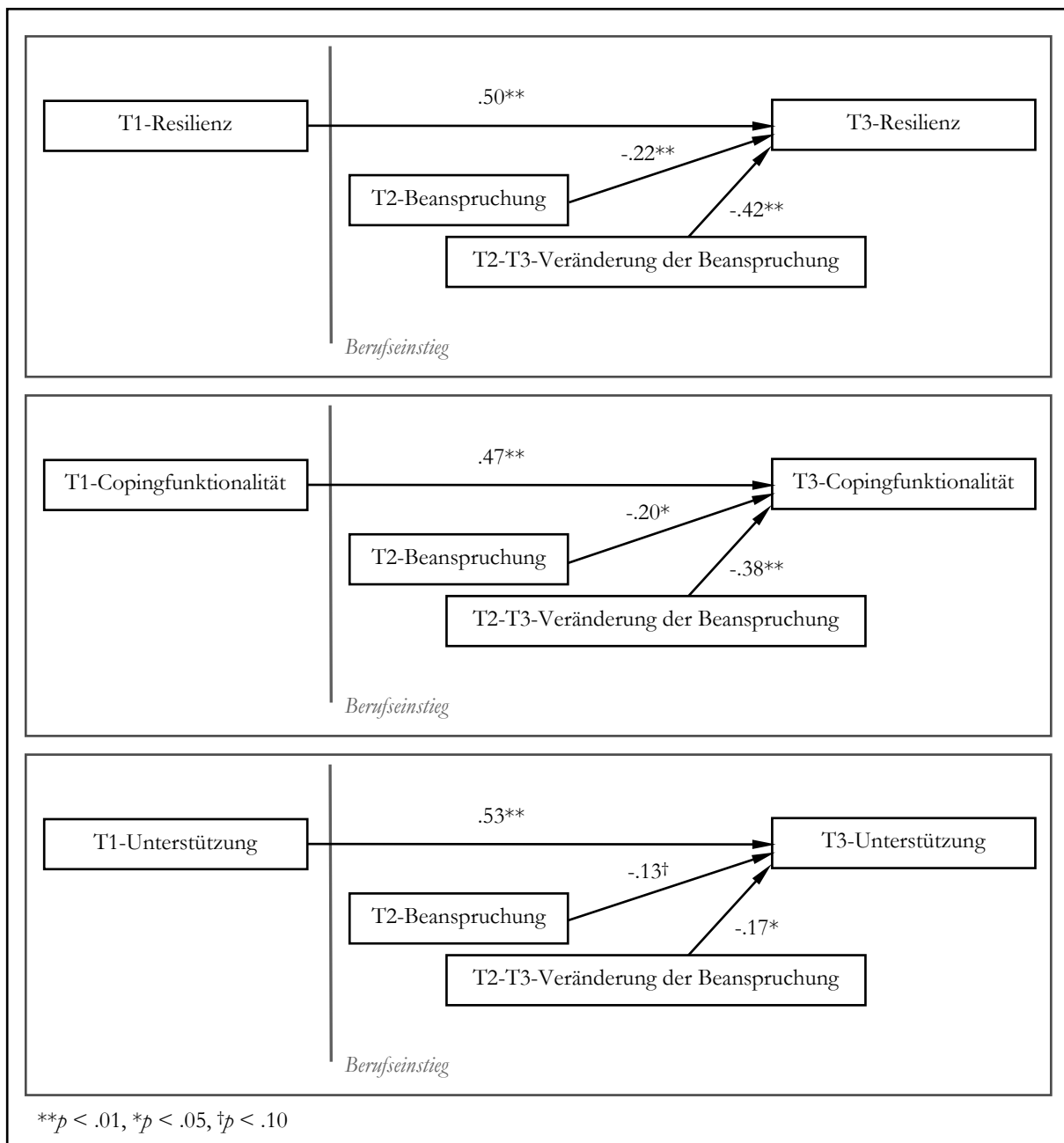


Abbildung 22. Erklärung der Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit durch die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) und deren Entwicklung in den Folgemonaten (T2-T3)

5.6.4.3 Entwicklung der Kernmerkmale im Untersuchungszeitraum.

Explorativ wurde die Entwicklung der *Big Five*-Faktoren im Untersuchungszeitraum betrachtet. Die Frage war, ob sich Veränderungen auch in den vergleichsweise stabileren Kernmerkmalen der Persönlichkeit aufzeigen lassen. Dazu wurden wiederum zweifaktorielle Varianzanalysen mit Messwiederholung durchgeführt. Die zwei Messzeitpunkte stellten dabei jeweils den Inner-subjektfaktor und das Geschlecht den Zwischensubjektfaktor dar. Es zeigten sich Haupteffekte des Messzeitpunkts auf den *Big Five*-Faktoren Extraversion ($F(1,176) = 8.72, p < .01$), Offenheit ($F(1,176) = 6.25, p < .05$), Verträglichkeit ($F(1,176) = 10.44, p < .01$) und Gewissenhaftigkeit ($F(1,176) = 7.60, p < .01$). Ein zumindest marginal signifikanter Haupteffekt ließ sich auch für Neurotizismus ($F(1,176) = 2.93, p < .10$) herausstellen. Wie aus Abbildung 23 hervorgeht, bestehen die Veränderungen über die Zeit in signifikanten Abnahmen von Extraversion, Offenheit, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit sowie einer marginal signifikanten Zunahme von Neurotizismus von T1 zu T3. Interaktionseffekte von Messzeitpunkt und Geschlecht zeigten sich nicht ($ps > .05$). Auf die zu beiden Messzeitpunkten gegebenen Geschlechtsunterschiede auf den Faktoren Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit zugunsten der Frauen wurde bereits in Kapitel 5.5.5 eingegangen.

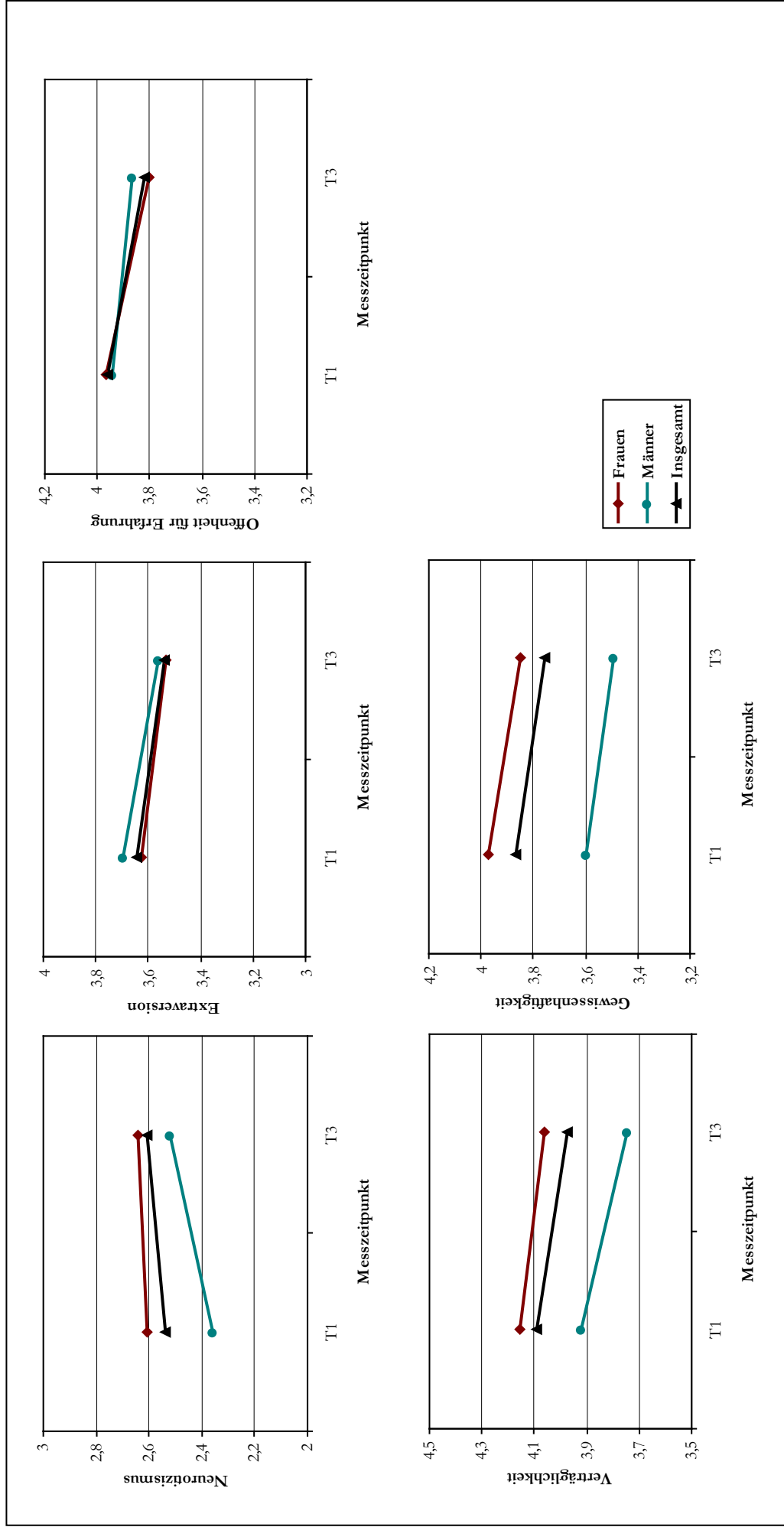


Abbildung 23. Entwicklung der Big Five-Faktoren im Untersuchungszeitraum (T1-T3)

5.6.4.4 Erklärung der Veränderungen in den Kernmerkmalen.

Auch in der Erklärung der Veränderungen in den *Big Five* als Kernmerkmale der Persönlichkeit war die Annahme, dass es nicht die Arbeitsbelastung als objektives Ereignismerkmal des Berufseinstiegs, sondern vielmehr die individuelle Reaktion auf das kritische Lebensereignis ist, die darüber entscheidet, wie sie sich im Untersuchungszeitraum entwickeln. Im Rahmen hierarchischer Regressionsanalysen wurde daher wiederum überprüft, ob eine zu T2 stärkere Beanspruchungsreaktion und darüber hinaus eine von T2 zu T3 zunehmende Beanspruchung – unter Kontrolle der T2-Arbeitsbelastung und der T2-T3-Veränderung der Arbeitsbelastung – geringere Ausprägungen der Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit und höheren Neurotizismus zu T3 gegenüber T1 bedingen. Das Prozedere entsprach dabei dem unter 5.6.4.2 beschriebenen Vorgehen. Weist der standardisierte Regressionskoeffizient (Beta) des jeweiligen Veränderungsmaßes in der Regressionsanalyse ein negatives Vorzeichen auf, bedeutet dies, dass die T2-T3-Zunahme des entsprechenden Prädiktors der Persönlichkeitsveränderung mit einer Verringerung des jeweils betrachteten *Big Five*-Faktors vom ersten zum dritten Messzeitpunkt assoziiert ist. Allein in der Vorhersage des T3-Neurotizismus sollte – sofern statistisch bedeutsam – das Beta positiv sein, da hohe Ausprägungen auf diesem Faktor für hohen Neurotizismus stehen.

Tabelle 46 stellt die Ergebnisse der Regressionsanalysen³³ für die *Big Five*-Faktoren dar. Eine höhere Beanspruchung zu T2 und darüber hinaus eine von T2 zu T3 zunehmende Beanspruchung sagten höhere Neurotizismus-Werte zu T3 gegenüber T1 vorher (Modell 5: $F(7,176) = 40.64, p < .01$). Verringerungen in den *Big Five*-Faktoren Extraversion (Modell 5: $F(7,176) = 35.53, p < .01$), Offenheit (Modell 5: $F(7,176) = 28.39, p < .01$) und Gewissenhaftigkeit (Modell 5: $F(7,176) = 28.40, p < .01$) begründeten sich in einer von T2 zu T3 zunehmenden Beanspruchung, nicht aber in der Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg, d.h. zu T2. Zumindest im Trend war die Arbeitsbelastung, hingegen nicht die Beanspruchung, für die Veränderung der Verträglichkeit im Untersuchungszeitraum verantwortlich (Modell 3: $F(5,176) = 33.60, p < .01$): Jung-ÄrztInnen, die sich zu T2 mit einer stärkeren Arbeitsbelastung konfrontiert sahen, waren zu T3 gegenüber T1 weniger verträglich.

³³ Der Übersichtlichkeit halber ist wiederum immer nur der letzte Block mit signifikantem Zuwachs in R^2 aufgeführt. Der Gewinn an Varianzaufklärung durch jeden Block ist jedoch auch hier in den Anmerkungen zur Tabelle dokumentiert.

Tabelle 46. Erklärung der T1-T3-Veränderungen in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit

Modell		<i>B</i>	<i>SE B</i>	<i>ß</i>
<i>Neurotizismus</i>				
5	T1-Neurotizismus	.49	.05	.52**
	Geschlecht	.01	.04	.01
	T1-Beanspruchung	-.03	.05	-.04
	T2-Arbeitsbelastung	-.07	.05	-.08
	T2-T3Δ-Arbeitsbelastung	.04	.04	.05
	T2-Beanspruchung	.24	.05	.30**
	T2-T3Δ-Beanspruchung	.30	.04	.38**
<i>Extraversion</i>				
5	T1-Extraversion	.76	.05	.76**
	Geschlecht	-.01	.04	-.01
	T1-Beanspruchung	.03	.04	.04
	T2-Arbeitsbelastung	.00	.04	.00
	T2-T3Δ-Arbeitsbelastung	-.05	.04	-.08
	T2-Beanspruchung	-.05	.04	-.08
	T2-T3Δ-Beanspruchung	-.07	.04	-.11**
<i>Offenheit</i>				
5	T1-Offenheit	.73	.06	.69**
	Geschlecht	.03	.05	.03
	T1-Beanspruchung	-.06	.05	-.07
	T2-Arbeitsbelastung	-.03	.05	-.03
	T2-T3Δ-Arbeitsbelastung	.08	.04	.10
	T2-Beanspruchung	-.04	.05	-.06
	T2-T3Δ-Beanspruchung	-.11	.04	-.15*
<i>Verträglichkeit</i>				
3	T1-Verträglichkeit	.67	.06	.66**
	Geschlecht	-.07	.04	-.10
	T1-Beanspruchung	.01	.04	.02
	T2-Arbeitsbelastung	-.09	.04	-.12*
	T2-T3Δ-Arbeitsbelastung	-.01	.04	-.02
<i>Gewissenhaftigkeit</i>				
5	T1-Gewissenhaftigkeit	.68	.06	.66**
	Geschlecht	-.06	.04	-.08
	T1-Beanspruchung	.08	.04	.12*
	T2-Arbeitsbelastung	.02	.05	.02
	T2-T3Δ-Arbeitsbelastung	.01	.04	.01
	T2-Beanspruchung	-.04	.04	-.06
	T2-T3Δ-Beanspruchung	-.12	.04	-.19**

Anmerkungen. Neurotizismus: $R^2 = .42^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .04^{**}$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .04^{**}$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .12^{**}$ für Modell 5; Extraversion: $R^2 = .57^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .01^\dagger$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .01^*$ für Modell 5; Offenheit: $R^2 = .50^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01^\dagger$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .02^*$ für Modell 5; Verträglichkeit: $R^2 = .47^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .01^\dagger$ für Modell 3; Gewissenhaftigkeit: $R^2 = .50^{**}$ für Modell 1, $\Delta R^2 = .01$ für Modell 2, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 3, $\Delta R^2 = .00$ für Modell 4, $\Delta R^2 = .03^{**}$ für Modell 5.
 $^{**}p < .01$, $^*p < .05$, $^\dagger p < .10$.

Die Ergebnisse der Regressionsanalysen zur Erklärung der Veränderungen in den *Big Five* als Kernmerkmale der Persönlichkeit sind in Abbildung 24 noch einmal grafisch veranschaulicht.

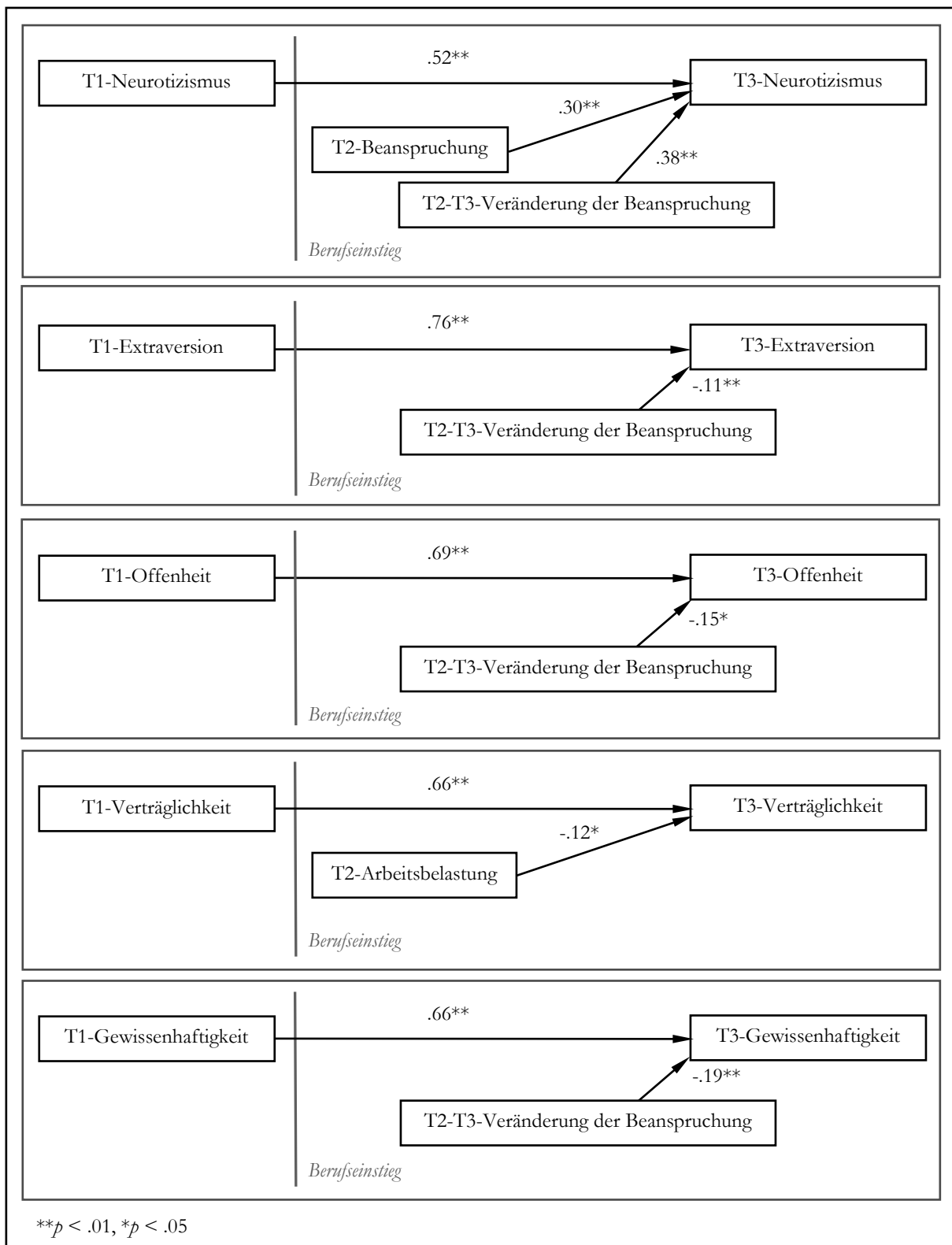


Abbildung 24. Erklärung der Veränderungen in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit durch die Arbeitsbelastung vs. Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) und deren Entwicklung in den Folgemonaten (T2-T3)

Zusammenfassung der Analysen zu Veränderungen in der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum und Erklärung dieser

Es zeigten sich Veränderungen in zwei der drei untersuchten Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit: Die Jung-ÄrztInnen hatten im Mittel zum dritten gegenüber dem ersten Messzeitpunkt an Widerstandsfähigkeit verloren und nahmen sich durch ihr Umfeld weniger unterstützt wahr. Aber auch in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit, den *Big Five*-Faktoren, fanden sich ungünstige Veränderungen: Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit nahmen im Mittel ab, Neurotizismus hingegen (zumindest marginal signifikant) zu. Erklären ließen sich interindividuelle Unterschiede in den Veränderungen der Oberflächenmerkmale anhand der sich im Zuge des Berufseinstiegs herausbildenden Beanspruchung bzw. deren Entwicklung vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt: Jung-ÄrztInnen, die stark beansprucht auf den Berufseinstieg reagiert hatten und deren Beanspruchung in den Folgemonaten zunahm, zeigten mit größerer Wahrscheinlichkeit Abnahmen in der Resilienz, arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und wahrgenommenen sozialen Unterstützung. Auch für die Erklärung der Veränderungen in den *Big Five* als Kernmerkmale der Persönlichkeit waren die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg und/oder deren Zunahme vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt bedeutsam. Hier zeigte sich aber – zumindest im Trend – für den Faktor Verträglichkeit auch ein Einfluss der Arbeitsbelastung. Jung-ÄrztInnen, die sich unmittelbar nach dem Berufseinstieg mit einer höheren Arbeitsbelastung konfrontiert sahen, wurden im Untersuchungszeitraum weniger verträglich.

6 DISKUSSION

Gegenstand der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung des Berufseinstiegs junger ÄrztInnen als normatives kritisches Lebensereignis. Dazu wurde eine Längsschnittuntersuchung mit drei Messzeitpunkten im Abstand von jeweils sechs Monaten durchgeführt. Die Jung-ÄrztInnen nahmen unmittelbar nach ihrem Studiumsabschluss und noch vor dem Berufseinstieg (T1), ein zweites Mal sechs Monate später nach dem nunmehr erfolgten Berufseinstieg (T2) und ein letztes Mal 12 Monate nach der Erstbefragung (T3; im Schnitt 9.5 Monate nach dem Berufseinstieg) an der Studie teil. Während im Rahmen der Erstbefragung die empfundene Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium, die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs sowie Ausgangsunterschiede in der Persönlichkeit und Beanspruchung erfasst wurden, galt das Interesse zum zweiten und dritten Messzeitpunkt der sich mit dem Berufseinstieg eingestellten Arbeitsbelastung und Beanspruchung. Zum dritten Messzeitpunkt beantworteten die Jung-ÄrztInnen zudem noch einmal Fragen/Aussagen zu ihrer Persönlichkeit. Die vorliegenden Daten ermöglichten die Beantwortung folgender zentraler Fragestellungen der Arbeit:

- ◆ Wie gestaltet sich die Situation bzw. das Erleben junger ÄrztInnen unmittelbar nach Abschluss des Studiums, d.h. nach dem Staatsexamen und noch vor dem Berufseinstieg?
- ◆ Inwieweit obliegt der vor dem Berufseinstieg gegebenen Belastung und Beanspruchung Erklärungswert für das Erleben des Berufseinstiegs bzw. die Reaktion auf diesen?
- ◆ Welche Bedeutung kommt Ausgangsunterschieden in protektiven Persönlichkeitsmerkmalen zu: Inwiefern nehmen psychische Ressourcen Einfluss auf die Wahrnehmung der Arbeitsbelastung und auf die Beanspruchung? Zeigt die Persönlichkeit darüber hinaus einen Puffereffekt in der Belastungs-Beanspruchungs-Beziehung?
- ◆ Gibt es Veränderungen in der Persönlichkeit junger ÄrztInnen im ersten Jahr nach dem Staatsexamen bzw. über den Berufseinstieg hinweg?
- ◆ Lassen sich interindividuelle Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen auf das kritische Lebensereignis Berufseinstieg zurückführen?

Bisher wurden vergleichsweise nur wenige Untersuchungen zur Situation junger ÄrztInnen in Deutschland durchgeführt. Diese waren zumeist querschnittlicher Natur (z.B. Quantz et al., 2008; Rockenbauch et al., 2006; Stern, 1996). Die wenigen Längsschnittstudien deutscher Arbeitsgruppen verfolgten mitunter andere Fragestellungen (z.B. Abele, 2006; Dettmer &

Kuhlmei, 2010), untersuchten weniger differenziert die Situation konkret im ersten Jahr nach dem Berufseinstieg und/oder schlussfolgerten zwar bestimmte Effekte des Berufseinstiegs, prüften diese aber nicht immer systematisch (z.B. Stiller & Busse, 2008b). International liegen schon mehr, vor allem auch längsschnittliche Befunde vor (z.B. Baldwin et al., 1997a, 1997b; Brewin & Firth-Cozens, 1997 sowie McManus et al., 2004, für Jung-ÄrztInnen in Großbritannien; Bellini et al., 2002, für Jung-ÄrztInnen in den USA; Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2008b, 2008c, 2010b, für Jung-ÄrztInnen in der Schweiz; Tyssen et al., 2000, 2001a, 2001b, 2004, für Jung-ÄrztInnen in Norwegen), aber auch diese gewähren nur begrenzt Einblick in die Situation junger ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs bzw. im Laufe der ersten Arbeitsmonate. Das Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Gefüge bei ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs, die Bedeutung der Persönlichkeit in diesem, aber auch Veränderungen der Persönlichkeit über den Arbeitsbeginn hinweg bzw. in den ersten Arbeitsmonaten sind noch nicht hinreichend ergründet. Die vorliegende Arbeit leistet einen Beitrag zur Erklärung interindividueller Unterschiede (a) in der Reaktion auf den Berufseinstieg bzw. auf die sich mit ihm einstellende Arbeitsbelastung sowie (b) in Veränderungen der Persönlichkeit junger ÄrztInnen im Zuge ihres Berufseinstiegs.

6.1 Zusammenfassende Betrachtung und Diskussion der Befunde

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit noch einmal dargestellt und diskutiert. Zunächst werden deskriptive Befunde beleuchtet. Es folgt dann die Diskussion der Befunde zu den Auswirkungen des Berufseinstiegs (a) aus klinisch-gesundheitlicher Perspektive (d.h. auf das Befinden der Jung-ÄrztInnen) und (b) aus entwicklungspsychologischer Perspektive (d.h. auf die Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen).

6.1.1 *Deskriptive Ergebnisse: Bewertung des Berufseinstiegs, Belastung, Beanspruchung und personale Ressourcen*

Im Mittel bewerteten die angehenden ÄrztInnen ihren Berufseinstieg zum ersten Messzeitpunkt eher positiv, was mit Befunden von z.B. Buddeberg-Fischer et al. (2002b) korrespondiert. Die von der Teilnehmergruppe insgesamt hingegen nur als durchschnittlich beurteilte Vorbereitungsqualität überrascht nicht. Schon Jungbauer et al. (2003) fanden, dass sich nur 38% der von ihnen befragten AbsolventInnen gut auf die ärztliche Tätigkeit vorbereitet fühlten. Hinsichtlich der Arbeitszeitbelastung zeigte sich, dass die Jung-ÄrztInnen im Durchschnitt 50 Stunden pro Woche arbeiteten, wobei die Spannweite erheblich war. Die Daten zur Arbeitszeit-

belastung entsprechen in etwa denen anderer Studien für junge MedizinerInnen im deutschsprachigen Raum (z.B. Biaggi et al., 2003; Buddeberg-Fischer et al., 2005a, 2005b; Stiller & Busse, 2008b). Als bedeutsamste Belastungsfaktoren im Arbeitskontext erwiesen sich entlang ihrer mittleren Ausprägungen u.a. der hohe Zeit- und Verantwortungsdruck, die fehlende Kenntnis des eigenen Zuständigkeitsbereichs, die unzureichende Qualifikation sowie ein schwieriges Arbeitsklima. Mit Blick auf die untersuchten personalen Ressourcen fanden sich bei den Jung-ÄrztInnen zum ersten Messzeitpunkt, wie auch schon z.B. bei Buddeberg-Fischer et al. (2002b), vergleichsweise hohe Ausprägungen. Die mittleren Ausprägungen der Beanspruchungsindikatoren Depressivität und psychosomatische Beschwerden lagen zum ersten Messzeitpunkt unter dem theoretischen Skalenmittel. Allerdings fand sich schon zu diesem Zeitpunkt ein kritischer Depressionswert für 16% der TeilnehmerInnen. Diese Zahl bewegt sich im mittleren Bereich der von Dyrbye et al. (2005) berichteten Prävalenzraten von 2 bis 26%. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt wies ein Fünftel der Jung-ÄrztInnen eine ernsthafte depressive Störung auf, wobei dieser Anteil noch der von Hautzinger und Bailer (1993) berichteten Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Dabei war jedoch der Anteil depressiver Jung-Ärztinnen gegenüber dem der Frauen in der Allgemeinbevölkerung geringer; der von Jung-Ärzten mit depressiver Störung war hingegen nicht nur größer als der ihrer Kolleginnen, sondern auch als der depressiver Männer in der Normstichprobe. Insgesamt lag der Anteil depressiver Jung-ÄrztInnen über dem von schweizerischen Jung-ÄrztInnen im ersten Berufsjahr (16%; Buddeberg-Fischer et al., 2005b), aber unter dem US-amerikanischer oder britischer Berufseinsteiger (ca. 30%; z.B. Baldwin et al., 1997a; Clark et al., 1984; Firth-Cozens, 1987; Revicki et al., 1993). Die mittleren Ausprägungen von Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogener Angst lagen zum zweiten und dritten Messzeitpunkt jeweils unter dem theoretischen Skalenmittel. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Jung-ÄrztInnen im Mittel keine bedenklich hohe Beanspruchung aufwiesen. Interessant ist jedoch weniger das Erleben der Berufseinsteiger im Durchschnitt, sondern die Erklärung interindividueller Unterschiede in der Bewältigung des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg.

6.1.2 *Situation von Jung-ÄrztInnen vor dem Berufseinstieg*

Zunächst wurde die Situation der Jung-ÄrztInnen unmittelbar vor Aufnahme ihrer ärztlichen Tätigkeit betrachtet. Das ist ein Gewinn der vorliegenden Arbeit gegenüber früheren Untersuchungen, die diese weniger differenziert betrachteten. Sofern es sich um die Erstbefragung eines Längsschnitts handelte, wurden die Daten mitunter nur als Baseline genutzt; Ausgangsunterschiede in der Belastung, der Beanspruchung und/oder der Persönlichkeit wurden für die

Vorhersage späterer Beanspruchung herangezogen (z.B. Abele, 2006; Brewin & Firth-Cozens, 1997; Buddeberg-Fischer et al., 2005b; Tyssen et al., 2001a). In Querschnittsstudien galt das Interesse entweder den Studiumserfahrungen und Karriereplänen (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2002a, 2002b; Jungbauer et al., 2003) oder auch den Erwartungen und Einstellungen der angehenden ÄrztInnen hinsichtlich ihrer zukünftigen Arbeitstätigkeit (Jurkat et al., 2000). Das Belastungs-Beanspruchungs-Gefüge und die Bedeutung interindividueller, persönlichkeits-assoziierter Unterschiede in der Bewertung des nahenden Berufseinstiegs wurden noch nicht systematisch untersucht. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung konstatieren nicht nur Unterschiede im Ausgangserleben, sondern unterstützen auch ein Verständnis darüber, worin sich diese begründen mögen. Zu beachten ist jedoch, dass die diesbezüglichen Ergebnisse auf Querschnittsanalysen fußen, so dass sich keine Kausalitäten schlussfolgern lassen.

Wie in Hypothese 1.1 postuliert, waren StudiumsabsolventInnen, die sich weniger gut auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen, schon vor dem Berufseinstieg beanspruchter. Darüber hinaus ging eine schlechtere Vorbereitung mit einer negativeren Bewertung des Berufseinstiegs einher (Hypothese 1.2). Diese wiederum war mit einer stärkeren Beanspruchung assoziiert (Hypothese 1.3). Die Bewertung des Berufseinstiegs erwies sich dabei als Mediator des Zusammenhangs zwischen der Vorbereitungsqualität und der Beanspruchung. D.h., sich schlechter vorbereitetühlende Jung-ÄrztInnen waren beanspruchter, weil sie ihren Berufseinstieg auch vergleichsweise negativer antizipierten (Hypothese 1.4). Die Bewertung des nahenden Berufseinstiegs im Sinne antizipierter subjektiver Ereignismerkmale (Filipp, 1995) lässt sich als das Ergebnis individueller Bewertungsprozesse, wie sie von Lazarus und Folkman (1984) im *Transaktionalen Stressmodell* postuliert werden, verstehen. Sie war nicht allein mit der Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium, sondern auch mit interindividuellen Persönlichkeitsunterschieden assoziiert. Hypothese 1.5 unterstützend, bewerteten Jung-ÄrztInnen, die psychischer widerstandsfähiger waren, über ein funktionaleres Bewältigungsverhalten im Arbeitskontext verfügten bzw. sich hinsichtlich ihrer Tätigkeit besser durch ihr privates Umfeld unterstütztühlten, ihren bevorstehenden Berufseinstieg positiver. Das belegt den von Filipp (1995) in ihrem *Heuristischen Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse* (Abbildung 1 in Kapitel 2.1.1.2) spezifizierten Pfad zwischen Personvariablen und subjektiven Ereignismerkmalen. Zudem interagierten die Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium und die Copingfunktionalität in Vorhersage der Bewertung des Berufseinstiegs: Jung-ÄrztInnen, die sich zwar schlecht vorbereitetühlten, im Arbeitskontext aber funktionalere Bewältigungsstrategien einsetzen, bewerteten ihren Berufseinstieg positiver als sich gleichfalls schlecht vorbereitetühlende AbsolventInnen mit geringerer arbeitsspezifischer Coping-

funktionalität. D.h., der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität oblag eine Pufferfunktion. Hypothese 1.5 (b) konnte somit bestätigt werden. In den Teilen (a) und (c) konnte die Hypothese nicht bestätigt werden: Die psychische Widerstandsfähigkeit sowie die wahrgenommene Unterstützung moderierten den Zusammenhang zwischen der Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium und der Bewertung des nahenden Arbeitsbeginns nicht.

Entlang der Ergebnisse verdeutlicht sich die Schutzfunktion der Persönlichkeit für das Erleben der Jung-ÄrztInnen schon vor ihrem Berufseinstieg. Jung-ÄrztInnen, die über höhere Ausprägungen psychischer Ressourcen verfügen, sind ihrem Berufseinstieg gegenüber generell positiver eingestellt. Das lässt sich im Lichte des von Lazarus und Folkman (1984) spezifizierten *sekundären Bewertungsprozesses* diskutieren. Im Rahmen dessen prüft der/die Medizinstudiumsabsolvent/in die Verfügbarkeit von Ressourcen bzw. Bewältigungskompetenzen. Kommt er/sie daraufhin zu dem Schluss, dem Berufseinstieg erfolgreich begegnen zu können, bewertet er/sie diesen weniger negativ. Das verringert das Risiko, Stress zu erleben und folglich auch die Wahrscheinlichkeit beansprucht zu reagieren. Das Resümee einer schlechten Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium stellt einen Belastungsfaktor vor dem Berufseinstieg dar. Sie ist – wie bereits erläutert – mit einer negativeren Bewertung assoziiert. Dass allein die arbeitsspezifische Copingfunktionalität, nicht aber das gewissermaßen globale Selbstverständnis (Resilienz im Sinne generalisierter Kompetenzüberzeugungen und der Akzeptanz des Selbst im Allgemeinen) oder auch die (wahrgenommene) Beziehung zu anderen bzw. ihre Unterstützung, diesen Zusammenhang moderierte, ist nicht unplausibel. Hilfreich im Falle der Wahrnehmung, schlecht vorbereitet in die ärztliche Tätigkeit zu starten, ist das Verfügen über *kontextspezifische* Bewältigungsstrategien, die zuvor schon erfolgreich eingesetzt wurden (z.B. im Rahmen der Famulaturen oder des Praktischen Jahres). Jung-ÄrztInnen mit einem insgesamt funktionaleren Copingverhalten dürften annehmen, mit den antizipierten Überforderungen ob ihrer nicht hinreichend fundierten Ausbildung trotzdem umgehen zu können bzw. diese zu meistern, so dass sie dem Berufseinstieg entsprechend weniger besorgt entgegen sehen.

Fällt die Bewertung des bevorstehenden Berufseinstiegs durch die Jung-ÄrztInnen kritischer aus, geht das auch mit einer stärkeren Beanspruchung einher – die Jung-ÄrztInnen absolvieren den Berufseinstieg folglich schon beeinträchtigt. Es lässt sich vermuten, dass sich das Belastungspotenzial des Berufseinstiegs bei den vulnerablen, da schon vorab beanspruchten Jung-ÄrztInnen umso mehr entfalten kann und deren Beanspruchung aufrecht erhält oder sogar verstärkt. Die Befunde von Brewin und Firth-Cozens (1997) und Tyssen et al. (2001a) stützen diese Annahme: Frühere, d.h. vor dem Berufseinstieg erfasste Beanspruchung sagte die nach dem Berufseinstieg gegebene Beanspruchung vorher. Das folgt auch der Perspektive von Filipp

(1995) auf Antezedenzmerkmale kritischer Lebensereignisse. Demnach bestimmt die vorherige psychische und physische Verfassung der mit einem kritischen Lebensereignis konfrontierten Person darüber mit, ob und inwieweit erfolgreich sie die Erschütterung ihres Person-Umwelt-Passungsgefüges bewältigen kann.

6.1.3 Situation von Jung-ÄrztInnen nach dem Berufseinstieg

Das Belastungspotenzial des Berufseinstiegs präsentiert sich vorrangig als die sich mit ihm einstellende und in der vorliegenden Arbeit auch gezielt betrachtete Arbeitsbelastung. Aus klinisch-gesundheitlicher Perspektive ist die Beanspruchungsreaktion der Jung-ÄrztInnen zu untersuchen. Nicht alle Jung-ÄrztInnen reagieren gleichermaßen beansprucht und so gilt es, interindividuelle Unterschiede in der Stressreaktion zu untersuchen. In der vorliegenden Arbeit wurden die Arbeitsbelastung und personale Ressourcen zur Erklärung dieser herangezogen. Das stellt wiederum eine arbeitspsychologisch geprägte Annäherung an das Verständnis der Konfrontation und Auseinandersetzung junger Ärzte mit dem kritischen Lebensereignis Berufseinstieg und seiner Bewältigung dar.

6.1.3.1 Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung zum zweiten und dritten Messzeitpunkt und die Bedeutung personaler Ressourcen.

Arbeitsbelastung und Beanspruchung

Die Hypothesen 2.1 und 2.2, die einen positiven Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und der Beanspruchung zum zweiten bzw. dritten Messzeitpunkt postulierten, konnten bestätigt werden. Stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen waren – unter Kontrolle früherer Belastung – auch stärker beansprucht. Das korrespondiert mit den Befunden vieler anderer Studien, die gleichfalls den Zusammenhang zwischen der Arbeitsbelastung und verschiedensten Indikatoren der Beanspruchung (z.B. Depressivität, Burnout, Angst, Lebensunzufriedenheit, Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens, psychosomatischen Symptomen und Fehleranfälligkeit in der Patientenversorgung) bei Jung-ÄrztInnen aufzeigen konnten (u.a. Baldwin et al., 1997a; Biaggi et al., 2003; Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2010b; Firth-Cozens, 1987; McManus et al., 2004; Revicki et al., 1993; Rockenbauch et al., 2006; Shanafelt et al., 2002; Tyssen et al., 2000, 2001a, 2001b; s. für ein Resümee Levey, 2001; Tyssen & Vaglum, 2002).

Es sei allerdings angemerkt, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung nicht exklusiv bei berufseinsteigenden Jung-ÄrztInnen besteht, sondern sich bei Berufseinsteigern in unterschiedlichen Professionen zeigt. Christ et al. (2004) und Schonfeld

(2000) konnten ihn beispielsweise auch bei jungen LehrerInnen herausstellen. Für HochschulabsolventInnen im Allgemeinen dürfte der Berufseinstieg eine Herausforderung darstellen. Sie müssen nun u.a. festgeschriebene Arbeits- bzw. Dienstzeiten erfüllen, Anforderungen begegnen, deren Erfüllung ihnen aufgrund ihrer oftmals ungenügenden Praxiserfahrung nach dem theoriebasierten Studium nicht prompt gelingen mag, Gepflogenheiten der anstellenden Institution erst kennen lernen und ihre Position im Arbeitsteam finden. Die Arbeitsbedingungen mögen sie zunächst einmal überfordern – Beanspruchungserleben in der Berufseinstiegsphase ist daher nicht unwahrscheinlich.

Psychische Ressourcen und Arbeitsbelastung

Es wurde davon ausgegangen, dass personale Schutzfaktoren, noch vor dem Berufseinstieg erfasst, Einfluss auf die Beurteilung der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung nehmen. Hinsichtlich der Arbeitsbelastung zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich zwar Hypothese 2.3 (c) bestätigend, dass Jung-ÄrztInnen, die sich zum ersten Messzeitpunkt im geringeren Maße sozial unterstützt fühlten, eine stärkere Arbeitsbelastung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg berichteten. Aber auch jene, die sich vorab durch eine hohe psychische Widerstandsfähigkeit ausgezeichnet hatten, erwiesen sich unter Kontrolle ihrer zu diesem Zeitpunkt gegebenen Beanspruchung als stärker arbeitsbelastet. Der dispositionellen arbeitsspezifischen Copingfunktionalität oblag hingegen und im Unterschied zu den Befunden von Christ et al. (2004) für Lehramtsreferendare kein eigenständiger Erklärungswert für die selbstberichtete Arbeitsbelastung. Die Hypothese 2.3 konnte somit in den Teilen (a) und (b) nicht bestätigt werden.

Dass die Persönlichkeit junger ÄrztInnen Einfluss auf ihre Wahrnehmung und folglich Beurteilung der Arbeitssituation nimmt, korrespondiert mit Befunden von McManus et al. (2004), Røvik et al. (2007) oder auch Buddeberg-Fischer et al. (2010a). Zu diskutieren ist allerdings der erwartungswidrige Befund für die Resilienz in der multivariaten Analyse. Bivariat waren Resilienz und die T2-Arbeitsbelastung nicht korreliert, so dass ein Suppressoreffekt vermutet und in weiterführenden Analysen entsprechend belegt werden konnte: Der bivariate Nullzusammenhang erreichte das Signifikanzniveau, indem für die T2-Beanspruchung kontrolliert wurde. Wie ist der Suppressoreffekt inhaltlich zu interpretieren? Grundlage der Hypothese, dass Jung-ÄrztInnen mit hohen Ausprägungen psychischer Widerstandsfähigkeit den Belastungsgrad ihrer Arbeitsbedingungen geringer einschätzen als Jung-ÄrztInnen mit geringer Resilienz, war einerseits das Wissen darüber, dass im Falle selbstberichteter Arbeitsbelastung die Einflussnahme und daher Mit-Erfassung von Bewertungs- und Deutungsprozessen nicht auszuschließen ist (s. Kapitel 2.2.4) und zum anderen der Kenntnisstand zur

Resilienz als tatsächlich *protektive* Persönlichkeitsvariable. Eine hohe Resilienz sollte, so denn persönlichkeitsbasierte Bewertungen in der Beantwortung von Aussagen zur Arbeitssituation enthalten sind, Jung-ÄrztInnen folglich ‚geschützt‘ auf ihre Arbeitsbedingungen schauen bzw. diese als weniger belastend einschätzen lassen. Die Bestimmungsstücke von Resilienz noch einmal näher betrachtet, lässt sich aber mit Blick auf den vorliegenden Befund überlegen, dass die Berufseinsteiger, die sich vorab durch eine hohe Akzeptanz ihres Selbst und des Lebens sowie persönliches Kompetenzerleben auszeichneten und folglich davon überzeugt gewesen sein mögen, den Herausforderungen des Berufseinstiegs schon begegnen zu können, tatsächlich nicht geschützt, sondern umso mehr durch den Berufseinstieg zu verunsichern waren. Ihr bisheriges Selbstverständnis, auch als Ausdruck eines zuvor vermutlich sehr guten Person-Umwelt-Passungsgefüges (Filipp & Aymanns, 2010), das nun durch den Berufseinstieg erschüttert wurde, mag im vergleichsweise größeren Maße irritiert worden sein. Umgangssprachlich ließe sich auch sagen: Ihre Fallhöhe war größer. Die im Selbstbericht eingeschlossene Bewertung der Arbeitsbelastung mag, indem sie auch auf der gegenwärtigen, nun verunsicherten Resilienz fußt (*sekundäre Bewertung* nach Lazarus & Folkman, 1984), folglich umso negativer gewesen sein und somit die höheren Belastungswerte bei diesen Jung-ÄrztInnen begründen.

Unter der Annahme, dass die resilienteren Jung-ÄrztInnen dem Berufseinstieg gewissermaßen optimistischer entgegen sahen (und dann umso enttäuschter waren), ließe sich das vorliegende Ergebnis auch im Lichte früherer Befunde der Optimismus-Forschung interpretieren. Zwar resümieren auch Filipp und Aymanns (2010) den protektiven Wert von Optimismus in der Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen bzw. deren Bewältigung; sie berichten jedoch auch Studienergebnisse zur Verarbeitung belastender Informationen in Abhängigkeit von interindividuellen Unterschieden im dispositionellen Optimismus. Diese wurden von Probanden mit höheren Optimismuswerten sowohl elaborierter verarbeitet als dann auch besser erinnert, was Filipp und Aymanns schlussfolgern lässt: „Optimisten haben [...] eine besondere Aufmerksamkeitszuwendung zu bedrohlicher Information erkennen lassen, und zwar gerade unter dem Aspekt der Selbstrelevanz“ (S. 278). Dementsprechend könnten die aufgrund ihrer Resilienz optimistischeren Jung-ÄrztInnen kritische Aspekte ihrer Arbeitssituation differenzierter betrachtet und eben diese im Belastungsmaß umso schwerer gewichtet haben.

Auch für die Arbeitsbelastung zum dritten Messzeitpunkt wurde die Bedeutung der Persönlichkeit untersucht. Dabei wurde aber nicht mehr von Effekten der Ausgangsunterschiede in den protektiven Persönlichkeitsvariablen ausgegangen. Vielmehr sollten es die zwischenzeitlichen, d.h. die T1-T3-Veränderungen dieser Ressourcen sein, die einen Beitrag zur

Erklärung des Erlebens der Jung-ÄrztInnen am Ende des Untersuchungszeitraums, d.h. nach dem nunmehr schon länger zurückliegenden Berufseinstieg leisten (Hypothese 2.4). Diese Überlegung begründete sich in der Annahme, dass Oberflächenmerkmale, da im geringeren Maße als Kernmerkmale der Persönlichkeit genetisch verankert, sensitiver gegenüber Erfahrungen sind bzw. stärker durch die Umwelt beeindruckbar sind. Die Jung-ÄrztInnen sammeln in ihren ersten Arbeitsmonaten viele Eindrücke bzw. machen sie mehr oder weniger gute Erfahrungen in der klinischen Praxis. Sie bekleiden die unterste Position in der ärztlichen Hierarchie und müssen sich auf dieser in der klinischen Praxis erst einmal zurechtfinden. Sie bewegen sich unerfahren durch den hektischen, von hoher Belastung geprägten Klinikalltag. Dies dürfte schnell mit Überforderung und, wie schon dargestellt, Beanspruchung einhergehen. Das kann, wie in der vorliegenden Arbeit auch untersucht (s. Kapitel 6.1.4.1), das bisherige Selbstverständnis der Jung-ÄrztInnen verunsichern bzw. sich auf dieses auswirken. Die noch vor dem Berufseinstieg bestehenden Unterschiede in den psychischen Ressourcen sollten folglich deshalb keinen Erklärungswert mehr für die Belastung (und Beanspruchung; s. nachfolgende Ausführungen) nach den ersten Arbeitsmonaten haben, weil sie so nicht mehr bestehen. Effekte ihrer Veränderung (Zu- vs. Abnahme) im Zuge des Berufseinstiegs wären hingegen plausibel. In früheren Studien wurde die Bedeutung von Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen für ihr Arbeitsbelastungs- und Beanspruchungserleben noch nicht untersucht. Insofern wählte die vorliegende Arbeit einen neuartigen Zugang zum Verständnis des Erlebens junger ÄrztInnen im ersten Berufsjahr.

Wider Hypothese 2.4 fanden sich jedoch keine Effekte der Merkmalsveränderungen in der Vorhersage der Arbeitsbelastung zum dritten Messzeitpunkt. D.h., Jung-ÄrztInnen, die zum dritten gegenüber dem ersten Messzeitpunkt verringerte Ausprägungen der Resilienz, arbeits-spezifischen Copingfunktionalität und wahrgenommenen sozialen Unterstützung aufwiesen, berichteten tatsächlich keine stärkere Arbeitsbelastung. Veränderungen in der Persönlichkeit beeinflussen die Reflektion des Belastungsgrads der Arbeitsbedingungen augenscheinlich nicht. Es lässt sich vermuten, dass sich die im Arbeitsbelastungsmaß enthaltene Bewertung der einzelnen Aspekte der Arbeitstätigkeit doch vor allem aus den gegenwärtigen Ausprägungen personaler Ressourcen speist.

Psychische Ressourcen und Beanspruchung

Hinsichtlich der postulierten Effekte protektiver Persönlichkeitsmerkmale auf die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) zeigte sich, dass Jung-ÄrztInnen, die sich vor dem Berufseinstieg durch eine höhere psychische Widerstandsfähigkeit bzw. ein funktionaleres Coping am Arbeitsplatz auszeichneten, unter Kontrolle ihrer Arbeitsbelastung

weniger beansprucht waren. Der Wahrnehmung sozialer Unterstützung oblag hingegen keine eigenständige Schutzfunktion. Damit konnte Hypothese 2.5 in den Teilen (a) und (b) bestätigt werden.

Die Befunde stützen die auch in anderen Studien schon herausgestellte Schutzfunktion der Persönlichkeit. So konnten beispielsweise Buddeberg-Fischer et al. (2005b) die protektive Wirkung des Kohärenzgefühls (der Resilienz konzeptuell ähnlich; s. Kapitel 2.3.2.1), die des Selbstwertgefühls und die einer gesunden (vs. übersteigerten) Verausgabungsbereitschaft herausstellen. In einer anderen Studie wurde der Erklärungswert dysfunktionalen Copings, konkret des Wunschdenkens als Strategie emotionszentrierten Copings, für das Beanspruchungserleben berufseinsteigender ÄrztInnen belegt (Tyssen et al., 2001a). Christ et al. (2004) fanden im Übrigen, wenngleich nur im Querschnitt, den Zusammenhang zwischen einem dysfunktionalen Bewältigungsverhalten und Beanspruchung auch bei berufseinsteigenden LehrerInnen. Den Wert psychischer Ressourcen weiterführend unterstützend, wurde von anderen Autoren eine höhere Beanspruchung wiederum bei jenen Jung-ÄrztInnen gefunden, die höhere Ausprägungen der Risikomerkmale Neurotizismus oder auch dispositionelle Selbstkritik aufwiesen (Brewin & Firth-Cozens, 1997; Clark et al., 1984; Tyssen et al., 2000, 2001b).

Die Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt war, wie in Hypothese 2.6 postuliert, mit Veränderungen in den untersuchten personalen Ressourcen assoziiert. Unter Kontrolle der T3-Arbeitsbelastung erwiesen sich Jung-ÄrztInnen, die sich durch zum dritten im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt verringerte Ausprägungen aller drei protektiven Persönlichkeitsvariablen auszeichneten, als stärker beansprucht. Wie bereits ausgeführt, wurde der Erklärungswert von Veränderungen in protektiven Persönlichkeitsmerkmalen im Zuge des Berufseinstiegs für das Beanspruchungserleben von Jung-ÄrztInnen zuvor noch nicht ergründet. Daher lassen sich die vorliegenden Befunde nicht vergleichend diskutieren. Es wird jedoch schon an dieser Stelle deutlich, dass Verringerungen in den personalen Ressourcen einen ungünstigen Effekt auf das psychische Wohlbefinden berufseinsteigender ÄrztInnen haben. In den nachfolgenden Darstellungen wird dies umso deutlicher.

Moderatoreffekte der psychischen Ressourcen

Die T2- und T3-Betrachtungen abschließend wurden Moderatoreffekte der psychischen Ressourcen auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung untersucht. In früheren Studien zur Situation von Jung-ÄrztInnen wurden diese nicht systematisch geprüft. Allein Höge (2002) fand Hinweise auf eine Pufferfunktion des Kohärenzgefühls und der negativen Affektivität in einer Stichprobe im Krankenhaus tätiger Personen, zu denen auch, aber nicht

ausschließlich ÄrztInnen gehörten. Revicki et al. (1993) konnten spätere Beanspruchung junger ÄrztInnen anhand der Wechselwirkung von zuvor erlebter Intransparenz der Arbeitsanforderungen und als nur gering wahrgenommener Unterstützung am Arbeitsplatz vorhersagen.

In der vorliegenden Arbeit wurde angenommen, dass stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit hohen Ausprägungen auf den drei betrachteten Oberflächenmerkmale der Persönlichkeit, zum zweiten Messzeitpunkt weniger beansprucht waren als jene mit geringeren Ausprägungen (Hypothese 2.7). Es fand sich zwar ein Moderatoreffekt der Resilienz auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung; die Pufferwirkung der psychischen Widerstandsfähigkeit zeigte sich aber – wider Hypothese 2.7 (a) – im Falle geringer Arbeitsbelastung. Eine starke Arbeitsbelastung ging bei Jung-ÄrztInnen mit hoher vs. geringer Resilienz gleichermaßen mit einer hohen Beanspruchung einher. Über den Moderatoreffekt der Resilienz hinaus fand sich zumindest der Hinweis auf einen solchen auch für die arbeitsspezifische Copingfunktionalität. Dieser darf jedoch angesichts seiner knapp verfehlten statistischen Signifikanz ($p < .10$) nur unter Vorbehalt interpretiert werden. Er stellte sich aber, wie in Hypothese 2.7 (b) postuliert, dar: Die stärkste Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg wiesen stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit geringer Copingfunktionalität auf. Der hypothetisierte Puffereffekt der Wahrnehmung sozialer Unterstützung hinsichtlich der Arbeitstätigkeit ließ sich nicht herausstellen. Hypothese 2.7 (c) konnte somit nicht bestätigt werden. Von Bedeutung in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung sind also die Resilienz als Ausdruck eines globalen Selbstverständnisses und kontextspezifisches Bewältigungsverhalten. Dies sind psychische Ressourcen, die – anders als die Reflektion der Beziehung zu anderen bzw. deren Unterstützung – eher die Person selbst (d.h. ihr Selbstkonzept und ihr Strategienrepertoire) thematisieren. Inwieweit die Arbeitsbelastung junger ÄrztInnen mit Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg assoziiert ist, hängt also von eher unmittelbar personbezogenen Variablen ab. Sich sozial gut unterstützt zu fühlen, hilft hingegen (erst einmal) nicht in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Wenngleich Moderatoreffekte der Persönlichkeit auf die Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehung von (Jung-)ÄrztInnen in früheren Studien noch nicht systematisch untersucht wurden, lassen sich die vorliegenden Ergebnisse aber in Zusammenhang mit denen anderer, in verschiedenen Berufsfeldern durchgeführten Studien bringen. So konnten Mäkikangas und Kinnunen (2003) entsprechende Effekte für das Selbstwertgefühl und dispositionellen Optimismus, Jex und Bliese (1999) für das Selbstwirksamkeitserleben, Rothmann et al. (2003) sowie Höge (2005) für das Kohärenzgefühl und Revicki et al. (1993; bei Jung-ÄrztInnen) für wahrgenommene soziale Unterstützung nachweisen.

In der T3-Analyse der Wechselwirkung von Arbeitsbelastung und Veränderungen in den protektiven Persönlichkeitsmerkmalen in Vorhersage der Beanspruchung verdeutlichte sich das Pufferpotenzial der Persönlichkeit weiterführend. Die Interaktionseffekte stellten sich erwartungskonform dar: Stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit Einbußen in der Coping-funktionalität und Wahrnehmung sozialer Unterstützung waren am Ende des Untersuchungszeitraums am stärksten beansprucht. Die Hypothese 2.8 konnte somit in den Teilen (b) und (c) bestätigt werden. Es zeigte sich zwar auch ein Moderatoreffekt der Resilienz, demzufolge stark arbeitsbelastete, aber wenig resiliente Jung-ÄrztInnen eine stärkere Beanspruchung zum dritten Messzeitpunkt berichteten. Allerdings fand sich dieser nur in der Einzelbetrachtung; in der konkurrierenden Betrachtung aller drei Moderatoren bestand er nicht. Die Hypothese 2.8 konnte somit im Teil (c) nicht bestätigt werden.

Es verdeutlicht sich entlang der Ergebnisse die Bedeutung der Persönlichkeit für das Befinden junger ÄrztInnen. Verringerungen der psychischen Ressourcen sind ungünstig, erst recht im Falle einer starken Arbeitsbelastung. Insofern muss diesen vorgebeugt werden – u.a. durch die Verbesserung belastender und folglich beanspruchungsförderlicher Arbeitsbedingungen oder auch durch ein ressourcenstärkendes Mentoring durch Vorgesetzte bzw. Arbeitsklima im Allgemeinen. Zudem könnten Coaching- und/oder Supervisionsangebote helfen, potentiell ressourcenschädigenden Erfahrungen und Empfindungen der in den ersten Arbeitsmonaten sicherlich noch stark verunsicherten Jung-ÄrztInnen zu begegnen (s. Kapitel 6.3). Es gilt zu verhindern, dass sich der *Praxisschock* auch in der Persönlichkeit niederschlägt, weil dies – so zeigen es die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit – die Vulnerabilität der Jung-ÄrztInnen für spätere Beanspruchung erhöht.

6.1.3.2 Entwicklung der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum und Erklärung dieser durch Belastung und Persönlichkeit.

Die Entwicklung der Beanspruchungsindikatoren im Untersuchungszeitraum

In der Untersuchung der Entwicklung der Indikatoren der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum zeigten sich über die Gruppe aller befragten Jung-ÄrztInnen hinweg erst einmal nur wenige Veränderungen. Allein auf dem Indikator Depressivität, nicht aber auf dem psychosomatischer Beschwerden, zeigte sich ein Effekt des Berufseinstiegs. Sie nahm – Hypothese 3.1 (a) bestätigend – im Zuge des Berufseinstiegs deutlich zu und war dann auch noch am Ende des Untersuchungszeitraums gegenüber T1 erhöht. Anders als in Hypothese 3.2 (a) postuliert, verringerte sich die Depressivität vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt jedoch nicht. Die Hypothesen 3.1 (b) und 3.2 (b), die die Entwicklung psychosomatischer Symptome im

Untersuchungszeitraum thematisierten, konnten nicht bestätigt werden. Der Berufseinstieg spiegelt sich folglich eher im psychischen als im körperlichen Erleben wider. Die Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens mag jedoch nur eine Frage der Zeit sein. Die Konfrontation mit einer anhaltend hohen Arbeitsbelastung schlägt womöglich zunächst nur auf das Gemüt der Jung-ÄrztInnen. Sie fühlen sich erschöpft und müde. Hält dieses Empfinden an bzw. verstärkt es sich gar angesichts einer anhaltend hohen Arbeitsbelastung oder auch weil nicht interveniert wird (z.B. im Rahmen von Coachings und/oder Supervision), kann sich das längerfristig sehr wohl auch in körperlichen Symptomen niederschlagen oder in diesen maskieren. Die Ergebnisse anderer Studien an schon berufserfahreneren ÄrztInnen legen das nahe (u.a. Knechta et al., 2010).

Die Arbeitsunzufriedenheit und berufsbezogene Angst der Jung-ÄrztInnen als arbeits-spezifische Beanspruchungsparameter wurden erst nach dem Berufseinstieg erfasst. Die im Sinne eines Gewöhnungseffekts oder auch als Ausdruck von Adaptation an die neue Situation hypothetisierte Abnahme der Beanspruchung auf diesen Indikatoren ließ sich nicht aufzeigen. Hypothese 3.2 konnte somit in den Teilen (c) und (d) nicht bestätigt werden.

Geschlechtsdivergente Entwicklungsverläufe der Beanspruchungsindikatoren fanden sich nicht. Generell ist die Befundlage zur geschlechtsdifferentiellen Entwicklung der Beanspruchung von Jung-ÄrztInnen über ihren Berufseinstieg hinweg bzw. im Laufe der ersten Arbeitsmonate aber auch inkonsistent. Bellini et al. (2002), McManus et al. (2004) und Tyssen et al. (2000) beispielsweise fanden bzw. dokumentieren keine; bei den von Buddeberg-Fischer et al. (2005b) befragten schweizerischen Jung-ÄrztInnen hatte sich jedoch das physische Wohlbefinden der Ärzte gegenüber dem ihrer Kolleginnen deutlich stärker im Laufe des ersten Weiterbildungsjahres verschlechtert. Des Weiteren konnten Brewin und Firth-Cozens (1997) sowie Revicki et al. (1993) eine vergleichsweise stärkere Zunahme von Depressivität bei Jung-Ärztinnen gegenüber Ärzten über das erste bzw. die folgenden Berufsjahre hinweg herausstellen. Unklar bleibt, den Forschungsstand insgesamt betrachtet, ob sich die teilweise herauszustellende, geschlechtsdifferentielle Entwicklung der Beanspruchung in einer tatsächlich über die Zeit hinweg stärker zunehmenden Beanspruchung der Frauen begründet oder aber ob sie – anders als die Männer – nur eher bereit sind, von ihrer Beanspruchung zu berichten. In der Studie von Buddeberg-Fischer et al. (2002a) ist es dann auch eine angehende Ärztin, die aufgrund ihrer Erfahrung im Praktischen Jahr anmerkt: „Schlimm finde ich [...], dass niemand zugibt, dass er/sie gestresst ist. Als Arzt/Ärztin Schwäche zu zeigen, gehört sich offenbar nicht“ (S. 356).

Insgesamt lassen sich die Ergebnisse zur Entwicklung der Beanspruchung im Untersuchungszeitraum im Lichte der Befunde von Girard et al. (1986) und Bellini et al. (2002) diskutieren. Auch sie untersuchten die Entwicklung des Beanspruchungserlebens im ersten Berufsjahr. Ihre Erstbefragung fand jedoch – anders als in der vorliegenden Arbeit – erst unmittelbar nach dem Berufseinstieg statt. In beiden Studien zeigte sich, dass die Beanspruchung über die ersten Berufsmonate hinweg deutlich zunahm, um dann im letzten Viertel des ersten Berufsjahres wieder abzunehmen. Diese Ergebnisse scheinen den *Praxischock* junge ÄrztInnen unmittelbar nach dem Berufseinstieg zu belegen, von dem sie sich dann aufgrund der Adaptation an die Situation langsam erholen. Am Ende des ersten Berufsjahres dürften sie mit den Arbeitsanforderungen und -bedingungen sehr viel vertrauter sein bzw. sich an diese gewöhnt, wichtige Arbeitserfahrungen gesammelt sowie ein neues Selbstverständnis als praktizierende/r Ärztin/Arzt entwickelt haben. Sie mögen eigenen Kompetenzzuwachs erleben und sich zunehmend selbstwirksam fühlen, was zu einem sich verbessernden Wohlbefinden bzw. zu einer Verringerung von Beanspruchung beitragen bzw. diese erklären dürfte. Dass sich dieser Gewöhnungs- oder auch Adaptationseffekt bei den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Jung-ÄrztInnen nicht zeigte, begründet sich womöglich in der Terminierung des zweiten und dritten Messzeitpunkts. Die Ergebnisse von Girard et al. (1986) und Bellini et al. (2002) legen nahe, dass die Beanspruchung ab dem neunten Arbeitsmonat abnimmt. Der letzte Befragungszeitpunkt in dieser Arbeit lag im Schnitt 9.5 Monate nach dem Berufseinstieg. Eine verringerte Beanspruchung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht zu finden – womöglich, weil sie bei den TeilnehmerInnen da erst einsetzt. Den Befunden der anderen Autoren folgend, hätte sie sich wenige Monate später eventuell durchaus zeigen lassen.

Hinsichtlich der Entwicklung der Beanspruchung über das erste Berufsjahr hinaus, lässt sich entlang der von Buddeberg-Fischer et al. (2010b) oder auch Revicki et al. (1993) ermittelten Prävalenzraten von Depressivität eine fortsetzende Abnahme der Beanspruchung vermuten. Tyssen et al. (2001a) fanden demgegenüber einen sich im Laufe der ersten Berufsjahre vergrößernden Anteil norwegischer Jung-ÄrztInnen mit behandlungsbedürftigen, psychischen Problemen. Dennoch resümierten Tyssen und Vaglum (2002) nach Sichtung einer Vielzahl von Befunden, dass die psychische Beanspruchung im ersten Weiterbildungsjahr, d.h. in den ersten Monaten nach dem Berufseinstieg aufgrund der vergleichsweise noch großen Unsicherheit und fehlenden Kompetenz, am höchsten ist und dann aber abnimmt. Die vorliegende Arbeit kann leider keinen Beitrag zur Klärung der noch inkonsistenten Befundlage leisten. Es lässt sich aber annehmen, dass sich die Entwicklung des Beanspruchungserlebens in der Gruppe junger ÄrztInnen über das erste Berufsjahr hinaus in Abhängigkeit von den national unterschiedlich geregelten Arbeitszeitbestimmungen, den jeweils gegebenen Arbeitsbedingungen sowie der

Konzeption und Umsetzung der Weiterbildungsprogramme gestaltet. Hinsichtlich interindividueller Unterschiede in der Beanspruchungsentwicklung sollten aber, wie auch schon für die über den Berufseinstieg bzw. das erste Arbeitsjahr hinweg, vor allem auch personale Ressourcen sowie eine Vulnerabilität aufgrund steter Belastung und schon frühzeitig herausgebildeter Beanspruchung bedeutsam sein.

Pfadanalytische Befunde

In der Längsschnittbetrachtung zeigte sich, über die Stabilität von Beanspruchung hinaus (s. dazu auch Brewin & Firth-Cozens, 1997; Revicki et al., 1993; Tyssen et al. 2000, 2001a) und neben der gleichzeitig bestehenden Arbeitsbelastung, dass die noch vor dem Berufseinstieg erfasste Vorbereitungsqualität auf den Beruf durch das Studium die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg (T2) erklärte (Hypothese 3.3). Jung-ÄrztInnen, die sich schlechter auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlten, waren kurzzeitig nach dem Berufseinstieg stärker beansprucht. Insofern stellt der Zweifel an der eigenen Kompetenz einen Risikofaktor für beeinträchtigtes Wohlbefinden angesichts der Konfrontation mit dem kritischen Lebensereignis Berufseinstieg dar. Der Befund korrespondiert mit dem von Tyssen et al. (2001a), die den Erklärungswert von schon zu Zeiten des Studiums bestehender Belastung sogar noch für Beanspruchung im vierten Arbeitsjahr herausstellen konnten.

Der dispositionellen Copingfunktionalität oblag zwar vor dem Berufseinstieg ein Puffereffekt in der Beziehung zwischen der Vorbereitungsgüte und der Bewertung des Arbeitsbeginns (Hypothese 1.5b); den Effekt einer schlechten Vorbereitung als ereignisspezifische Belastung auf die Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg konnte sie aber, wie auch die anderen beiden Ressourcen nicht abmildern. Hypothese 3.5 konnte somit nicht bestätigt werden. Es bestanden im Gesamtmodell nur die Haupteffekte der Vorbereitung sowie des protektiven Persönlichkeitsmerkmals Copingfunktionalität im Arbeitskontext (Hypothese 2.5b) auf die Beanspruchung zum zweiten Messzeitpunkt.

In der Zeit nach dem Berufseinstieg war die Beanspruchung mit der jeweils gegenwärtigen Arbeitsbelastung assoziiert. Hypothese 3.4, die postulierte, dass eine zum zweiten Messzeitpunkt stärkere Arbeitsbelastung eine zum dritten Messzeitpunkt höhere Beanspruchung nach sich zieht, konnte hingegen nicht bestätigt werden. D.h., ein Effekt früherer Arbeitsbelastung auf die Beanspruchung fand sich – anders als in anderen arbeitspsychologischen Studien (s. für ein Resümee Zapf et al., 1996) – nicht. Der konkurrierend überprüfte Effekt der T2-Beanspruchung auf die T3-Arbeitsbelastung ließ sich erwartungsgemäß aber auch nicht herausstellen.

Der nicht bestehende Kausaleffekt früherer Arbeitsbelastung auf spätere Beanspruchung bzw. die allein querschnittlichen Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Beziehungen überraschen

mit Verweis auf Tyssen und Vaglum (2002) nicht gänzlich. Sie resümierten mit Blick auf die bis dato veröffentlichten Studien: „Work related stress such as perceived overload, emotional pressure from demanding patients and time pressure [...] are current factors [of mental health problems], not true predictors of future difficulties“ (S. 159). Die zum zweiten Messzeitpunkt gegebene Arbeitsbelastung der untersuchten Jung-ÄrztInnen wirkt augenscheinlich über die zum dritten bestehende Arbeitsbelastung auf die Beanspruchung. Der Stabilitätspfad ist hoch ausgeprägt.

Mit Blick auf die Bedeutung personaler Ressourcen zeigte sich im Gesamtmodell, dass Veränderungen in der Resilienz und arbeitsspezifischen Copingfunktionalität nur direkt auf die Beanspruchung zu T3 wirken (s. Diskussion der Hypothese 2.6), nicht aber mit der T2-Arbeitsbelastung in Vorhersage der T3-Beanspruchung interagieren (Hypothese 3.6 a und b). Ein Moderatoreffekt offenbarte sich aber für Veränderungen in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, wobei sich dieser jedoch anders als in Hypothese 3.6 (c) postuliert darstellt: Zwar wiesen zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, die sich im Untersuchungszeitraum zusehends weniger sozial unterstützt fühlten, zu T3 eine höhere Beanspruchung auf als stark arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen, bei denen sich keine Verringerung dieser psychischen Ressource eingestellt hatte (diese zeigten im Übrigen trotz ihrer starken Arbeitsbelastung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg – zumindest im Trend – die geringste Beanspruchung am Ende des Untersuchungszeitraums, was die Schutzfunktion des Merkmals unterstreicht); gleichermaßen stark beansprucht zu T3 waren allerdings auch zu T2 gering arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen mit einer Zunahme sozialen Unterstützungserlebens über den Berufseinstieg hinweg. Dieser Befund überrascht, womöglich lässt er sich aber im Lichte früherer Studien, die auch negative bzw. schädliche Effekte sozialer Unterstützung(wahrnehmungen) aufzuzeigen vermochten, interpretieren. Es sei an dieser Stelle auf den Überblick verwiesen, den Filipp und Aymanns (2010) dazu geben. Sie resümierten, dass (wahrgenommene) soziale Unterstützung „auch schädlich sein [kann], wenn sie auf die zentralen Unterstützungsbedürfnisse und die jeweils drängenden Bewältigungsaufgaben nicht eingeht oder nicht darauf zugeschnitten ist und wenn sie auch die personalen Voraussetzungen des Empfängers [...] nicht berücksichtigt“ (S. 258). Die gering arbeitsbelasteten ÄrztInnen mögen eben nicht aufgrund der Arbeitsbelastung, sondern vielmehr angesichts eines (gegebenenfalls auch inhaltlich inadäquaten) Zuviels an nicht benötigten Unterstützungsangeboten (bzw. der Wahrnehmung dieser) beanspruchter gewesen sein. Vielleicht maskiert die geringe Arbeitsbelastung aber auch ein Unterforderungserleben im Arbeitskontext, welches – ebenso wie Überforderung – für sich genommen Beanspruchung bedingen kann (s. Kapitel 2.2.2.1). Diese mag angesichts erlebter kognitiver Dissonanz hinsichtlich der wahrgenommenen Unterstützungsangebote und des

tatsächlichen Unterstützungsbedarfs gar umso wahrscheinlicher werden und stärker ausfallen. Das Dissonanzerleben selbst könnte sich ferner auch darin begründen, dass sich die gering arbeitsbelasteten Jung-ÄrztInnen entlang der wahrgenommenen Unterstützung mit einer Erwartungshaltung anderer darüber konfrontiert fühlen, wie viel Bedarf sie ob ihrer Arbeits-tätigkeit haben sollten, der sich aber aus einem belastungsarmen, gegebenenfalls auch unterfordernden und damit unzufrieden stimmenden Arbeitsdasein gar nicht ergibt.

6.1.4 Entwicklung der Persönlichkeit junger ÄrztInnen im ersten Berufsjahr und Erklärung dieser anhand der Reaktion auf den Berufseinstieg

Die Betrachtung von Persönlichkeitsentwicklung bzw. Veränderungen in der Persönlichkeit infolge des Berufseinstiegs stellt die entwicklungspsychologische Perspektive auf die Auswirkungen dieses kritischen Lebensereignisses dar. Normative Übergangsphasen bzw. die Übernahme der mit ihnen verbundenen neuen Rollen und Lösung neuer Aufgaben, wie das auch für den Berufseinstieg gilt, können – so formuliert es das *Soziale Investitionsprinzip* – Persönlichkeitsveränderungen/-entwicklung anregen (vgl. Neyer & Lehnart, 2007). Der Berufseinstieg stellt ein einschneidendes Ereignis mit anhaltender Ereignisbelastung für die Jung-ÄrztInnen dar. Sie sind in den ersten Arbeitsmonaten heraus- oder gar überfordert, und machen im Zuge eines *Praxischocks* sicherlich auch Erfahrungen, die ihr Selbstverständnis herausfordern und die in der Folge – so wurde angenommen – zunächst einmal auch ungünstige Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben können.

Es werden nun zunächst die Befunde zu Veränderungen der Persönlichkeit in der Gruppe aller untersuchten Jung-ÄrztInnen diskutiert. Im Anschluss daran werden jene Ergebnisse beleuchtet, die – über die Erklärung interindividueller Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen – dem Verständnis darüber dienen, inwiefern der Berufseinstieg als kritisches Lebensereignis diese Veränderungen bedingt.

6.1.4.1 Entwicklung der Persönlichkeit im Untersuchungszeitraum.

In der Tat ließen sich Veränderungen in Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit der jungen ÄrztInnen im Untersuchungszeitraum aufzeigen. Diese sind als ungünstig zu bewerten. So hatten die berufseinsteigenden ÄrztInnen zum dritten gegenüber dem ersten Messzeitpunkt an psychischer Widerstandsfähigkeit verloren und nahmen sich durch ihr Umfeld weniger unterstützt wahr. D.h., diese psychischen Ressourcen hatten im Zuge des Berufseinstiegs bzw. in den ersten Arbeitsmonaten abgenommen. Hinsichtlich der arbeitsspezifischen Coping-

funktionalität zeigten sich keine Veränderungen. Es sind also eher die Aspekte des (interpersonellen) Selbstverständnisses und nicht des dispositionellen Umgangs mit Belastungen, in denen sich Effekte des Berufseinstiegs zeigen. Hypothese 4.1. konnte somit in den Teilen (a) und (c), nicht aber im Teil (b) bestätigt werden.

Bisher liegen nur wenige Studien zur Persönlichkeitsentwicklung von Jung-ÄrztInnen vor, die diese zumeist nicht im ersten Berufsjahr, sondern über längere Zeiträume, d.h. über die ersten Berufsjahre hinweg untersuchten. Ungünstige Veränderungen in ausgewählten Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit fanden sie aber gleichfalls, wobei sich hier – anders als in der vorliegenden Arbeit – zum Teil auch Geschlechtsunterschiede zeigten. So scheint dispositionelle Selbstkritik bei Jung-Ärztinnen im ersten Weiterbildungsjahr zu- (Brewin & Firth-Cozens, 1997), Selbstvertrauen und berufliches Selbstwirksamkeitserleben über die ersten Berufsjahre hinweg aber abzunehmen (Abele, 2006). Bei Jung-Ärzten ließen sich diese Abnahmen nicht verzeichnen. Sie wiesen nach den ersten Berufsjahren sogar höhere Ausprägungen dieser Ressourcen auf.

Explorativ wurden in der vorliegenden Arbeit auch Veränderungen in den Kernmerkmalen der Persönlichkeit, den *Big Five*, untersucht. Die Kernmerkmale der Persönlichkeit werden aufgrund ihrer stärkeren genetischen Determination zwar als weniger sensibel gegenüber Umwelteinflüssen und folglich als stabiler angenommen; das schließt ihre Beeinflussbarkeit durch die Umwelt vor allem im jungen Erwachsenenalter aber nicht aus. Über die Lebensspanne hinweg erst kommt es zu einer Stabilisierung der Persönlichkeit (*Kumulatives Kontinuitätsprinzip*) – als Funktion des Alters und einer sich zunehmend stabilisierenden Umwelt (die sich, der transaktionalen Perspektive folgend, ihrerseits auch in der stabilisierenden Persönlichkeit begründet). Mittelwerts- und Rangstabilitäten nehmen zu; sie sind aber niemals gänzlich gegeben (*Plastizitätsprinzip*).

Bei den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Jung-ÄrztInnen fanden sich im Mittel und unabhängig vom Geschlecht Abnahmen von Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit sowie eine Zunahme von Neurotizismus (zumindest im Trend). Zum Teil korrespondiert das mit Befunden von Kaufman Cartwright und Wink (1994). In ihrer langfristig angelegten Untersuchung zur Persönlichkeitsentwicklung von US-amerikanischen Jung-Ärztinnen zeigte sich beispielsweise, dass Geselligkeit (als Facette von Extraversion) und Empathie (als Facette von Verträglichkeit) über einen Zeitraum von acht Jahren (T1: Medizinstudium, T2: acht Jahre später und nach dem nunmehr erfolgten Berufseinstieg) abnahmen. Die in der vorliegenden Arbeit herausgestellten Veränderungen sind – auch mit Blick auf die von Roberts et al. (2006) aufgezeigten normativen Veränderungen

(z.B. Abnahme von Neurotizismus, Zunahme von Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit über die Lebensspanne) – insgesamt als eher ungünstig zu beurteilen.

Es lässt sich festhalten, dass die auch in diesem vergleichsweise kurzen Untersuchungszeitraum gefundenen Veränderungen in den mittleren Ausprägungen der Persönlichkeitsvariablen bei den Jung-ÄrztInnen schon beachtlich sind. Der Berufseinstieg hat einen augenscheinlich ungünstigen Effekt auf die Persönlichkeit – es kommt zu Einbußen in protektiven Persönlichkeitsvariablen und auch die basalen Bereiche der Persönlichkeit werden tangiert.

6.1.4.2 Die Erklärung interindividueller Unterschiede in der Persönlichkeitsentwicklung im Untersuchungszeitraum.

Hinsichtlich der herausgestellten Veränderungen stellt sich nun die Frage, ob die Veränderungen in den Oberflächen- und Kernmerkmalen der Persönlichkeit ‚wahre‘ bzw. nachhaltige Veränderungen darstellen oder ob sich hier nicht vielmehr der *Praxischock*/die Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg nur kurzzeitig in der Persönlichkeit spiegelt. Zur schlussendlichen Klärung dieser Frage bedarf es zweifelsohne längerer Untersuchungszeiträume. Die vorliegende Arbeit kann allerdings einen Beitrag zur Erklärung interindividueller Unterschiede in den aufgezeigten Persönlichkeitsveränderungen leisten und darüber auch die Frage nach nachhaltigen vs. kurzzeitigen Veränderungen diskutieren. Für tatsächliche Persönlichkeitsentwicklung würde der Nachweis eines Einflusses der Umwelt, also der Arbeitsbelastung, sprechen. Der Einfluss der Umwelt entfaltet sich jedoch – dem *Prinzip der sozialen Rollen- und Interaktionskontinuität* folgend – erst in stabilen Umwelten. Die Berufseinstiegsphase ist aber wohl kaum durch Stabilität charakterisiert. Insofern wurde in der vorliegenden Arbeit die Arbeitsbelastung als Umweltmerkmal hinsichtlich ihres Erklärungswerts für interindividuelle Unterschiede in den Persönlichkeitsveränderungen mit der Beanspruchungsreaktion auf den Berufseinstieg bzw. in den ersten Arbeitsmonaten kontrastiert. Konkret wurde hypothetisiert, dass nicht die Arbeitsbelastung als Umweltmerkmal, sondern vielmehr die Art und Weise, wie die Jung-ÄrztInnen auf den Berufseinstieg reagieren, interindividuelle Unterschiede in den Veränderungen der Oberflächenmerkmalen erklären. Jung-ÄrztInnen, die stärker beansprucht auf den Berufseinstieg als kritisches Lebensereignis reagieren, sollten mit größerer Wahrscheinlichkeit Einbußen in den betrachteten Persönlichkeitsmerkmalen zeigen (Hypothese 4.2). Das würde die Interpretation der Persönlichkeitsveränderungen als ein eher kurzzeitiges Geschehen sich darin gespiegelter Beanspruchung denn als wirkliche Persönlichkeitsentwicklung nahe legen.

Zunächst sei auf die Erklärung der Veränderungen in den Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit eingegangen. Diese begründeten sich – Hypothese 4.2 im vollem Umfang bestätigend – in der Tat nicht in der Arbeitsbelastung, sondern in der kurzzeitig nach dem Berufseinstieg gegebenen Beanspruchung bzw. deren Entwicklung vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt: Jung-ÄrztInnen, die stark beansprucht auf den Berufseinstieg reagierten bzw. deren Beanspruchung in den Folgemonaten zunahm, zeigten mit größerer Wahrscheinlichkeit Abnahmen in der Resilienz, der arbeitsspezifischen Copingfunktionalität und in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Auch in der Erklärung der explorativ untersuchten Veränderungen in den *Big Five* als Kernmerkmale der Persönlichkeit oblagen der Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg und/oder deren Zunahme vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt Erklärungswert. Jene Jung-ÄrztInnen, die kurzzeitig nach dem Berufseinstieg stark beansprucht waren bzw. deren Beanspruchung dann über die Zeit hinweg zunahm, waren am Ende des Untersuchungszeitraums gegenüber dem ersten Messzeitpunkt neurotischer. Eine vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt zunehmende Beanspruchung bedingte Abnahmen auf den Faktoren Extraversion, Offenheit und Gewissenhaftigkeit. Demgegenüber deutete sich ein Erklärungswert der sich mit dem Berufseinstieg eingestellten Arbeitsbelastung, nicht aber der Beanspruchungsreaktion für die Veränderungen in der Verträglichkeit an. Zu T2 stärker arbeitsbelastete Jung-ÄrztInnen wurden weniger verträglich im Untersuchungszeitraum.

Warum erklären sich Abnahmen in der Verträglichkeit durch die Arbeitsbelastung und nicht – wie für die anderen *Big Five*-Faktoren gezeigt – in der Beanspruchung? Hohe Verträglichkeit lässt sich näher durch zwischenmenschliche Zugewandtheit, Empathie, Verständnis und Unterstützung charakterisieren. Verträglichere Menschen zeichnen sich durch Vertrauen, Kooperativität und Harmoniestreben aus. Die Arbeitssituation junger ÄrztInnen im Krankenhaus ist – wie in der vorliegenden Arbeit wiederholt dargestellt – u.a. durch einen hohen Zeit- und Verantwortungsdruck gekennzeichnet; Vorgesetzte und das Personal, aber auch die PatientInnen stellen hohe Ansprüche an die noch unerfahrenen ÄrztInnen. Sie sind zunächst einmal „das schwächste Glied in der ärztlichen Hierarchie“ (Görg, 2001, S. A1174). Nicht wenige Jung-ÄrztInnen mögen sich ungerecht behandelt fühlen; viele empfinden sich bzw. ihre Arbeitsleistung als nicht hinreichend wertgeschätzt (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2008c). Das beeinflusst u.a. ihr Menschenbild: So berichteten beispielsweise US-amerikanische Jung-ÄrztInnen, im Laufe der ersten Berufsjahre weniger humanistisch und zynischer geworden zu sein (Collier et al., 2002). Das vor dem Berufseinstieg bestehende Ärzteideal – noch von humanistischen, fürsorglichen und vor allem beziehungsorientierten Motiven geprägt – erfährt schon im ersten Berufsjahr eine Ernüchterung. Es verändert sich

dahingehend, dass Jung-ÄrztInnen im zunehmenden Maße eine verstärkt technisch-naturwissenschaftliche Perspektive auf ihre Tätigkeit einnehmen und das eigene Prestige und Voranschreiten als bedeutsamer einschätzen (Abele, 2001). Diese Desillusionierung mag sich dann auch darauf auswirken, wie Jung-ÄrztInnen anderen Menschen begegnen – nämlich weniger verträglich. Kaufman Cartwright und Wink (1994) fanden tatsächlich auch eine Abnahme von Empathie bei schon berufserfahrenen Jung-Ärztinnen. Dieser Befund stützt die aufgrund des aufgezeigten Effekts der Arbeitsbelastung zu ziehende Schlussfolgerung für die Verträglichkeit der Jung-ÄrztInnen in dieser Studie: Die Abnahme ihrer Verträglichkeit stellt wohl keine temporäre, sondern eine nachhaltige Persönlichkeitsveränderung dar.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Persönlichkeit durch das kritische Lebensereignis Berufseinstieg, konkret durch die Reaktion auf diesen, beeinflusst wird. Es ist mehrheitlich die T2-Beanspruchung bzw. die Entwicklung der Beanspruchung vom zweiten zum dritten Messzeitpunkt, die – über die bestehende Stabilität hinaus – Varianz in den am Ende des Untersuchungszeitraums gegebenen Merkmalsausprägungen der Persönlichkeit erklärt.

6.1.5 Zusammenfassung zu den Auswirkungen des Berufseinstiegs als kritisches Lebensereignis

Gewiss wird der Berufseinstieg von jeder Ärztin und jedem Arzt ganz individuell bzw. verschieden von anderen erlebt. Das begründet sich u.a. darin, wie gut sie/er sich auf die ärztliche Tätigkeit vorbereitet fühlt, wie es ihr/ihm zuvor schon ging (im Sinne des Wohlbefindens) und wie gut sie/er den neuen Herausforderungen aufgrund ihrer/seiner Persönlichkeit zu begegnen vermag.

Nichts desto trotz ließen sich in der vorliegenden Arbeit überindividuell Determinanten der Beanspruchung identifizieren bzw. interindividuelle Unterschiede in der Beanspruchungsreaktion erklären. Zum einen war es die Arbeitsbelastung, die mit Beanspruchung assoziiert war; zum anderen ließen sich Annahmen zur Schutzfunktion der Persönlichkeit stützen: Interindividuelle Unterschiede in personalen Ressourcen, schon vor dem Berufseinstieg erfasst, hatten einen direkten Effekt auf das Ausmaß erlebter Beanspruchung nach dem Berufseinstieg. Darüber hinaus pufferten sie aber zum Teil auch den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Beanspruchung kurzzeitig nach dem Berufseinstieg. Die Bedeutung psychischer Ressourcen verdeutlichte sich im Verlauf dann weiterführend. Verringerungen dieser erwiesen sich als ungünstig, insbesondere im Falle starker Arbeitsbelastung.

Natürlich stellen die untersuchten psychischen Ressourcen lediglich eine Auswahl zu betrachtender Schutzfaktoren dar. Sie repräsentieren jedoch sehr verschiedene Facetten der Persönlichkeit (Resilienz im Sinne eines globalen Selbstverständnisses, arbeitsspezifische Copingfunktionalität als ereignisrelevantes Bewältigungsstrategierepertoire, wahrgenommene soziale Unterstützung als eine das interpersonelle Erleben thematisierende Variable). In vielen früheren Studien wurde die Bedeutsamkeit solch' verschiedener Ressourcen, ihr gegenüber anderen Merkmalen bestehender individueller Erklärungswert sowie ihre Pufferwirkung nicht differenziert untersucht. Natürlich sind weitere Person-, aber auch Kontextvariablen an der Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg und seiner Bewältigung beteiligt und folglich in künftigen Studien zu untersuchen. Die vorliegende Arbeit leistet aber bereits einen Beitrag zum Verständnis über ereignisrelevante, zu fördernde Ressourcen von Jung-MedizinerInnen (s. genauer dazu Kapitel 6.3).

Die vorgenommenen Interpretationen und Schlussfolgerungen beziehen sich selbstverständlich nur auf die untersuchten Konstrukte. Zweifelsohne sind mehr als die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Ressourcen an der Auseinandersetzung mit dem Ereignis beteiligt (z.B. tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung). Zudem stellt sich mit dem Berufseinstieg als Lebensereignis nicht nur Arbeits-, sondern auch Belastung in anderen Lebensbereichen ein (z.B. private Beziehungen, Freizeit). Folglich lassen sich seine Auswirkungen gewiss auch noch auf anderen als den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Indikatoren bzw. Bereichen abbilden (z.B. Lebens- oder auch Partnerschaftszufriedenheit).

Des Weiteren gelten die Interpretationen und Schlussfolgerungen allein für den Untersuchungszeitraum, d.h. für die Bewältigung des Berufseinstiegs in den ersten Arbeitsmonaten der Jung-ÄrztInnen. Am Ende des Untersuchungszeitraums ist der Bewältigungsprozess sicherlich nicht abgeschlossen. Er setzt sich entlang andauernder oder aber auch neuer Herausforderungen fort bzw. wird neu initiiert. Verschiedene Studien haben zwar das Erleben von Jung-ÄrztInnen über die ersten Jahre hinweg untersucht und mögen so bestimmte Prognosen für die hier untersuchten Jung-ÄrztInnen nahe legen. Tatsächlich ist die Befundlage aber inkonsistent, so dass Aussagen über zukünftige Entwicklungen gewagt scheinen. Vielmehr sind Längsschnittdesigns über längere Zeiträume zu realisieren (s. Kapitel 6.2.1), deren Ergebnisse aber – international verglichen bzw. diskutiert – auch stets im Lichte nationaler Arbeitsbedingungen/-regelungen und Weiterbildungsverordnungen zu betrachten sind.

Hinsichtlich der untersuchten Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen lässt sich festhalten: In der Tat zeigen sich Persönlichkeitsveränderungen bei Jung-ÄrztInnen in der Berufseinstiegsphase. Die Art und Weise, wie sie sich individuell darstellt, hängt von der Reaktion auf den Berufseinstieg bzw. von der Beanspruchung in der Berufseinstiegsphase/den

ersten Arbeitsmonaten ab. Sie spiegelt sich gewissermaßen in der Persönlichkeit wider. Es lässt sich daraufhin überlegen, dass die Veränderungen – die Verringerung von Verträglichkeit einmal ausgenommen – doch nur temporär sind: Indem sich die Beanspruchung junger ÄrztInnen im Zuge ihrer Adaptation an ihre neue Arbeits- und Lebenssituation (Bellini et al., 2002; Girard et al., 1986) bzw. entlang eines wiederhergestellten Person-Umwelt-Passungsgefüges (Filipp, 1995, 2007) verringert, hebt das womöglich auch die ungünstigen Veränderungen in der Persönlichkeit auf. Auf der anderen Seite fanden Abele (2006) sowie Brewin und Firth-Cozens (1997) Verringerungen in protektiven Oberflächenmerkmalen der Persönlichkeit auch bei schon berufserfahreneren Jung-ÄrztInnen. Womöglich bleiben die ungünstigen Veränderungen also doch erhalten und sind folglich nachhaltiger Natur.

Unabhängig davon, ob die Veränderungen nun umschriebener oder nachhaltiger Natur sind, wird jedoch – die Ergebnisse auch in Beziehung zu denen der Auswirkungen des kritischen Lebensereignisses Berufseinstieg aus klinisch-gesundheitlicher Perspektive gesetzt – folgende Problematik deutlich: Die Persönlichkeit, konkret psychische Ressourcen bestimmen nicht allein darüber mit, wie die Jung-ÄrztInnen ihren Berufseinstieg bewältigen, sondern sie sind ihrerseits von der Bewältigung (im Sinne der Beanspruchung) beeinflusst. Die Jung-ÄrztInnen, die den Berufseinstieg weniger gut absolvieren, reagieren stärker beansprucht auf diesen und sind dann aber wiederum auch diejenigen, deren Persönlichkeit sich im ersten Dreivierteljahr der Berufstätigkeit ungünstig verändert. Jung-ÄrztInnen mit geringen psychischen Ressourcen sind also nicht nur besonders vulnerabel für die Entwicklung von Beanspruchung angesichts belastender Arbeitsbedingungen, sondern ihre vergleichsweise hohe Beanspruchung bedingt eine weitere Verringerung des Schutz- und Pufferpotenzials ihrer Persönlichkeit. Es kommt in diesem Sinne zu einer, ob nun kurzfristigen oder nachhaltigen, ungünstigen Akzentuierung der ohnehin schon vergleichsweise ressourcenschwachen Persönlichkeit, welche die Vulnerabilität für zukünftige Beanspruchung infolge der im Medizinerberuf stets hohen Arbeitsbelastung (Horowitz et al., 2003) erhöht.

6.2 Methodische Limitationen der vorliegenden Arbeit und Ausblick auf künftige Studien

Nachfolgend werden Einschränkungen der vorliegenden Arbeit diskutiert. Es werden der Untersuchungszeitraum, die Erfassung ausgewählter Untersuchungsaspekte sowie die Frage der Repräsentativität der Ergebnisse thematisiert und Implikationen für künftige Studien abgeleitet.

6.2.1 Untersuchungszeitraum

Der Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen wurde in der vorliegenden Arbeit über ein Jahr hinweg untersucht. Am Ende des Betrachtungszeitraums lag der Berufseinstieg im Schnitt 9.5 Monate zurück, d.h. die Jung-ÄrztInnen hatten das erste Berufsjahr noch nicht vollständig absolviert. Die Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg dürfte am Ende des Betrachtungszeitraums noch nicht abgeschlossen sein. Künftige Studien sollten daher längere Zeiträume (wie z.B. von Buddeberg-Fischer et al. (2010a, 2010b, 2010c) in der Schweiz, McManus et al. (2004) in Großbritannien oder auch von Tyssen et al. (2009) in Norwegen realisiert) mit gegebenenfalls auch noch zeitlich näher beieinander liegenden Messzeitpunkten (wie z.B. von Bellini et al. (2002) realisiert) betrachten, um so noch differenziertere Aussagen über die Belastungs-, Beanspruchungs- und Persönlichkeitsentwicklung bis zum Ende des ersten Berufsjahr und über dieses hinaus treffen zu können. Ein besonderes Augenmerk in künftigen Längsschnittuntersuchungen sollte den Persönlichkeitsveränderungen bzw. der Persönlichkeitsentwicklung gelten. Die Betrachtung dieser über die ersten Berufsjahre hinweg dürfte der weiterführenden Erklärung der in der vorliegenden Arbeit herausgestellten Persönlichkeitsveränderungen in den Oberflächen- und Kernmerkmalen der Persönlichkeit dienen. Sowohl die Frage, inwieweit die aufgezeigten Persönlichkeitsveränderungen nur kurzzeitig bestehen oder sich erhalten bzw. weiter akzentuieren als auch jene nach der sich bezüglich zukünftigen Beanspruchungserlebens vergrößernden Vulnerabilität der Jung-ÄrztInnen, die diese Persönlichkeitsveränderungen im besonderen Maße zeigen, sollten in längerfristig angelegten Untersuchungen weiterführend untersucht werden.

6.2.2 Erfassung einzelner Untersuchungsaspekte

Belastung

In dieser Arbeit wurde die Arbeitsbelastung als lebensereignisspezifische Belastung untersucht bzw. in Beziehung zur Beanspruchung junger ÄrztInnen gesetzt. Der Berufseinstieg als kritisches Lebensereignis ist aber gewiss nicht allein durch die sich mit ihm einstellende Arbeitsbelastung charakterisiert. Er nimmt Einfluss auch auf andere Lebensbereiche bzw. führt zu Belastungen in diesen (z.B. Konflikte in privaten Beziehungen (Partnerschaft, Familie, Freude) aufgrund deutlich verringerter Freizeit oder auch fehlender Flexibilität; Tyssen & Vaglum, 2002). Diese mögen sich für Jung-Ärztinnen und -Ärzte im Übrigen auch noch einmal verschieden darstellen – so z.B. im Sinne eines größeren Rollenkonflikts ‚Elternschaft-Beruf‘ bei Jung-Ärztinnen. Darüber hinaus können sich Belastungen zusätzlich zu der durch den Berufs-

einstieg einstellen (Belastung durch andere, positive wie negative kritische Lebensereignisse). In künftigen Studien sollte daher weiteren ereignisassoziierten, aber auch sich zwischenzeitlich neu einstellenden Belastungen in anderen Lebensbereichen Aufmerksamkeit zuteil werden. Von Interesse ist, inwieweit sie die Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg und seine Bewältigung beeinflussen.

Das Interesse der vorliegenden Arbeit galt der sich mit dem Berufseinstieg einstellenden Arbeitsbelastung. Das Arbeitsbelastungsmaß setzte sich aus einem (a) Index objektiv gegebener Arbeitszeitaspekte (Überstunden, Nacht- und Wochenenddienste) und (b) einer Skala subjektiv beurteilter Arbeitsbedingungen zusammen. Ziel der Untersuchung war nicht die Ergründung des differentiellen Erklärungswerts von objektiver vs. subjektiver Arbeitsbelastung für die Beanspruchung. Aufgrund der gleichermaßen substantiellen und im Muster ähnlichen Zusammenhänge der beiden Arbeitsbelastungsmaße mit der Beanspruchung wurden sie zum T2- bzw. T3-Gesamtmaß der Arbeitsbelastung zusammengefasst, das dann Eingang in die hypothesenprüfenden Analysen fand. Hinsichtlich selbstberichteter Arbeitsbelastung bzw. der durch den Arbeitnehmer selbst eingeschätzten Arbeitsbedingungen wird in der arbeitspsychologischen Literatur häufig die mögliche Konfundierung dieser mit der subjektiven Bewertung oder gar des Kriteriums Beanspruchung kritisiert. Es würden demnach nicht die tatsächlich bestehenden Bedingungen des Arbeitskontextes und der Tätigkeit, sondern vielmehr Überforderungserleben angesichts dieser bzw. Stress abgebildet werden (Mohr & Semmer, 2002). Das kann auch für das in der vorliegenden Arbeit berücksichtigte Selbstberichtsmaß nicht gänzlich ausgeschlossen werden, wenngleich entlang objektiver Itemformulierungen versucht wurde, die Konfundierung von Stressor/Stress/Stressreaktion im Arbeitsbelastungsmaß zu verhindern bzw. gering zu halten. Andere Autoren versuchten – mit jedoch noch nicht überzeugendem Erfolg – diesem Konfundierungsproblem zu begegnen, indem sie Variablen, für die sie einen Effekt auf die Wahrnehmung der Arbeitsbedingungen und folglich auf die Beurteilung dieser im Selbstbericht annahmen, herauspartialisierten (z.B. negative Affektivität; Spector, Zapf, Chen & Frese, 2000). Schlussendlich gilt es wohl, das Problem einer möglichen Konfundierung bei der Ergebnisinterpretation von Selbstberichtsdaten anzuerkennen. Deren Zusammenhänge mit Beanspruchungsindikatoren werden häufig überschätzt, die für objektive Daten (z.B. physiologische Messungen, Fremdbeobachtungen; letztere bei ÄrztInnen von Biaggi et al. (2003) realisiert) hingegen unterschätzt. Die Zusammenhänge beider Belastungsmaße sind in der Regel jedoch bedeutsam und – noch wichtiger – im Muster ähnlich (Mohr & Semmer, 2002). Im Prinzip validieren also objektive Arbeitsbelastungsmaße die subjektiven. Darüber hinaus sei angemerkt, dass sich nicht alle potenziell belastenden Aspekte der Arbeitssituation

auch besser objektiv erfassen lassen (z.B. Arbeitsklima, Zeit-/Verantwortungsdruck sowie Probleme mit den Vorgesetzten). Darüber hinaus sind objektive Messmethoden, wie z.B. Fremdbeobachtungen/-beurteilungen, ihrerseits nicht frei von methodischen Problemen (z.B. Urteilsfehler aufgrund subjektiver Theorien, Beobachtungsfehler). In diesem Sinne resümierten auch Mohr und Semmer (2002), dass objektive Messmethoden nicht per se valider und damit besser als Selbstauskünfte seien. Die beiden Erhebungsmethoden ergänzen einander vielmehr. Nicht desto trotz könnte eine in künftigen Studien über den Selbstbericht *und* z.B. die Fremdbeobachtung realisierte Erfassung der Arbeitsbelastung dem Verständnis der Arbeitsbedingungen berufseinstiegender Jung-ÄrztInnen dienen, den Arbeitsbelastungs-Beanspruchungs-Zusammenhang weiter erhellen sowie der Diskussion und Implementierung tatsächlich hilfreicher Arbeitsgestaltungsmaßnahmen nutzen.

Mit Blick auf die durch eine schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium noch vor dem Berufseinstieg gegebene ereignisspezifische Belastung, sei angemerkt, dass diese in künftigen Studien noch differenzierter erhoben werden kann, um so auch zu einem besseren Verständnis konkreter Belastungsfaktoren zu kommen und diese hinsichtlich ihres Erklärungswerts für spätere Beanspruchung untersuchen zu können.

Zur Erfassung der Arbeitsbelastung sei abschließend angemerkt, dass – angesichts der zunehmenden „Feminisierung der Medizin“ (z.B. Blum & Löffert, 2010; Köhler et al., 2003; Schneider, 2010) – in künftigen Studien die Situation von Jung-Ärztinnen besondere Aufmerksamkeit verdient. Im noch stärkeren Maße als Jung-Ärzte sorgen sie sich schon zu Studienzeiten um die Vereinbarkeit von Elternschaft und Beruf (Jurkat et al., 2000). Im Arbeitsalltag dann fühlen sie sich weniger gut durch ihre Vorgesetzten und KollegInnen unterstützt bzw. hinsichtlich ihrer individuellen Karriereplanung gefördert und zeigen sich stärker arbeitszeitbelastet (z.B. Buddeberg-Fischer et al., 2005a, 2005b, 2006b; Cohen & Patten, 2005; Putz et al., 2008; s. zusammenfassend auch Levey, 2001). Der Zielkonflikt vieler Jung-Ärztinnen – die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf – kann sich in den ersten Berufsjahren erst recht ausbilden und verstärken und so einen eigenständigen Beitrag zum Belastungs-Beanspruchungs-Erleben leisten. Aus der Untersuchung dieses spezifischen Belastungsfaktors leitet sich die Konzeption und Realisation bedarfsorientierter Unterstützungsangebote, wie z.B. das Angebot von Wiedereinstiegs- und Kontakthalteprogrammen, Teilzeitarbeitsmodellen, Kinderbetreuungsoptionen und die Beratung bei der Karriereplanung bzw. ein die Elternzeit berücksichtigendes Mentoring, ab (Abele, 2006; Buxel, 2009; Köhler et al., 2003; Schneider, 2010).

Beanspruchung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Depressivität mit einem normierten Maß, der *Kurzversion der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K)* von Hautzinger und Bailer (1993), erhoben. So konnten kritische Ausprägungen der Jung-ÄrztInnen identifiziert (gegebener Cut-off-Wert) und in Vergleich zu Repräsentativdaten gesetzt werden. Die anderen Beanspruchungsindikatoren wurden hingegen mit neu konzipierten, gegenüber etablierten Verfahren kürzeren Instrumenten gemessen. Die Bestimmung von Prävalenzraten kritischer Ausprägungen sowie der Vergleich mit Daten von Normstichproben waren daraufhin nicht möglich. Besteht im Rahmen künftiger Studien Interesse an Aussagen über diese, sollten entsprechend etablierte Verfahren zur Erhebung dieser Beanspruchungsmaße zum Einsatz kommen.

Psychische Ressourcen

In der vorliegenden Arbeit wurden die psychischen Ressourcen Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung über Selbstauskünfte erfasst. Diese spiegelten vorrangig globale und generalisierte Überzeugungen wider; so beispielsweise in Konfliktsituationen diese oder jene Bewältigungsstrategie zum Einsatz zu bringen und/oder im Bedarfsfall sozial unterstützt zu werden. In künftigen Studien ließe sich das tatsächlich gezeigte Bewältigungsverhalten (in situ) oder auch die konkret erhaltene Unterstützung erfassen. Diese Daten ließen sich einerseits in Beziehung zu Selbstauskünften setzen, zum anderen aber auch hinsichtlich ihres gegebenenfalls von den Selbstauskünften abweichenden Erklärungswerts für die Beanspruchung der Jung-ÄrztInnen untersuchen (für wahrgenommene vs. tatsächlich erhaltene soziale Unterstützung s. z.B. Knoll et al., 2011).

Repräsentativität

Die Diskussion der methodischen Limitationen der vorliegenden Arbeit abschließend sei auf die Frage der Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe bzw. auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit eingegangen. Tatsächlich lässt sich wohl für keine Studie, deren Teilnehmerzahl gegenüber der Grundgesamtheit gering ist und deren Teilnehmer-einschluss auf dem Prinzip der Freiwilligkeit basiert, Repräsentativität annehmen. Insofern sind Selbstselektionseffekte auch in diese Studie nicht auszuschließen. So könnten – an dieser Stelle nur auf diese eine Weise spekuliert – Jung-ÄrztInnen, die ihren Berufseinstieg positiv antizipierten bzw. diesem entspannt entgegen blickten, bevorzugt zur Teilnahme bereit gewesen sein, während schon vorab im stärkeren Maße belastete/beanspruchte Jung-ÄrztInnen sie als zusätzliche Belastung empfanden und sich daher dagegen entschieden.

Mit Blick auf die sehr geringe Zahl der über den Untersuchungszeitraum hinweg aus der Studie ausgeschiedenen Jung-ÄrztInnen lässt sich vermuten, dass keine nachträgliche, systematische Selektion stattfand. Sie unterschieden sich von den vollständig teilnehmenden Personen im Übrigen auch nicht hinsichtlich der zum ersten Messzeitpunkt erfassten Aspekte (u.a. soziodemografische und ausbildungsrelevante Aspekte, Persönlichkeit sowie Beanspruchung). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit korrespondieren mit denen früherer Studien. Insofern lässt sich annehmen, dass sie die Situation berufseinstiegender ÄrztInnen durchaus zu erfassen vermochte. Darüber hinaus bestand ihr Ziel weniger in der Erhebung repräsentativer Durchschnittswerte, als in der Erklärung interindividueller Unterschiede in der Beanspruchungsreaktion und in den Persönlichkeitsveränderungen, was auch gelang.

6.3 Ausblick: Implikationen für die Vorbereitung und Unterstützung berufseinstiegender ÄrztInnen

Der Berufseinstieg von Jung-ÄrztInnen ist ein normatives kritisches Lebensereignis. Die sich mit ihm einstellende Arbeitsbelastung geht mit Beanspruchung einher, die ihrerseits Einfluss auf die Persönlichkeit der Jung-ÄrztInnen nimmt. Psychische Ressourcen, wie die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Persönlichkeitsmerkmale psychische Widerstandsfähigkeit, arbeitsspezifische Copingfunktionalität und wahrgenommene soziale Unterstützung, entscheiden über den Erfolg der Auseinandersetzung mit dem Berufseinstieg, d.h. über seine Bewältigung mit. Die vorliegenden Ergebnisse leisten einen Beitrag zur schon länger andauernden Diskussion um Maßnahmen zur Verbesserung der Situation von Jung-ÄrztInnen. Diese sollten, so legen es die Befunde nahe, (a) zu verschiedenen Zeitpunkten ansetzen (im Medizinstudium sowie im Arbeitskontext nach dem Berufseinstieg), (b) verschiedene Aspekte thematisieren (die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, die Konzeption der Facharztausbildung, die Stärkung der Persönlichkeit und/oder auch die Intervention bei schon herausgebildeter Beanspruchung) und (c) auf verschiedenen Ebenen realisiert werden (z.B. strukturell, individuell; Mohr & Semmer, 2002).

6.3.1 Stärkung und Unterstützung angehender ÄrztInnen schon im Medizinstudium

In der vorliegenden Arbeit erwies sich eine schlechte Vorbereitung auf den Beruf durch das Studium als Risikofaktor für die Ausbildung von Beanspruchung nach dem Berufseinstieg. In einer Reihe von Studien berichteten viele deutsche Studierende und AbsolventInnen ihre Unzufriedenheit mit der Ausbildung im Studium (u.a. Dettmer & Kuhlmeier, 2010; Jungbauer et

al., 2003). Sie beklagen unzureichende Praxisanteile sowie die ungenügende Vermittlung psychosozialer Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeiten, der Diagnostik, Therapie und ärztlichen Betreuung, praktischer Fertigkeiten sowie der medizinischen Entscheidungsfindung. Insofern gilt es, die Studieninhalte auf die Anforderungen der späteren ärztlichen Tätigkeit auszurichten bzw. sie problemorientiert sowie praxisnah zu lehren, so dass die Studierenden frühzeitig ein übergreifendes Verständnis von der Relevanz bzw. der Anwendungsfelder des vermittelten Wissens erwerben (Jungbauer et al., 2003; Kurth et al., 2007). Diesbezüglich hat sich in Deutschland in den letzten Jahren einiges getan. Neben den *Regelstudiengängen* der Medizin wurden neu konzipierte Studiengänge als Pilotprojekte durchgeführt. An der Charité – Universitätsmedizin Berlin war dies der sogenannte *Reformstudiengang*, der seit dem Wintersemester 1999/2000 umgesetzt wurde. Während der Regelstudiengang aus zwei großen Abschnitten (1. Abschnitt: Wissen über die Funktionen und den Aufbau des gesunden Menschen, 2. Abschnitt: Krankheitslehre) besteht, gliederte sich der Reformstudiengang in Themenblöcke. In diesen wurde das Wissen anhand konkreter Fallbeispiele fächerübergreifend vermittelt. Die Studierenden lernten zum Teil in Kleingruppen und problemlösungsorientiert an PatientInnen. Darüber hinaus wurden gezielt auch ihre psychosozialen Kompetenzen, z.B. im Rahmen von Arzt-PatientInnen-Interaktionsübungen (häufig mit SimulationspatientInnen), geschult. Der Reformstudiengang wurde von Anbeginn evaluiert; die Ergebnisse überzeugten, und so wurde zum Wintersemester 2010/2011 der sogenannte *Modellstudiengang* eingeführt, der eine Verknüpfung des Regel- und Reformstudiengangs darstellt. Im Modellstudiengang wird zwar nach wie vor in klassischen Vorlesungen und Seminaren gelehrt, es kommen nun aber auch die im Reformstudiengang erprobten Lehrmethoden, wie selbstgesteuerte Lernformen (z.B. eLearning) und Kleingruppenformate, zum Einsatz. Problemlösungsorientiertes Lernen und die Arbeit mit (Simulations-)PatientInnen sowie die Vermittlung von Fähigkeiten der Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit sind zentrale Bestandteile des Studiengangs (Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2011). Die Konzeption des Modellstudiengangs an der Charité Universitätsmedizin Berlin scheint den Anforderungen der späteren ärztlichen Tätigkeit besser und auch der zuvor herausgestellten Kritik vieler deutscher StudentInnen zu begegnen. Es bleibt abzuwarten, ob sich die AbsolventInnen, so wie die des Reformstudiengangs, vergleichsweise besser auf den Beruf durch das Studium vorbereitet fühlen. Die Neuerungen stimmen aber optimistisch.

Schon viele Medizinstudierende sind hoch belastet sowie beansprucht (Dinkel et al., 2008; Dyrbye et al., 2005), und zwar „gerade in den Bereichen (...), in denen sie [mit Blick auf ihre zukünftige Berufstätigkeit] besonders funktionsfähig sein sollten (Kurth et al., 2007, S. 359).

Wie von Kurth et al. (2007) vermutet und in der vorliegenden Arbeit bzw. auch von Tyssen et al. (2001a) gezeigt, sind schon zu Studiumszeiten bestehende Belastung und Beanspruchung Prädiktoren späterer Beanspruchung. Insofern muss frühzeitiger Belastung und Beanspruchung auch frühzeitig begegnet werden – beispielsweise im Rahmen in das Curriculum integrierter Veranstaltungen, in denen – wie von vielen Studierenden im Übrigen auch gewünscht (Aster-Schenck et al., 2010) – funktionale Stressbewältigungs- und Selbstfürsorgestrategien (u.a. im Interesse einer Burnout-Prophylaxe), Lernstrategien, Zeitmanagement und Entspannungsverfahren oder auch Strategien zum Umgang mit Prüfungsangst vermittelt werden (Adams, 2004; Dyrbye et al., 2005; Kjeldstadli et al., 2006; Kurth et al., 2007; Shapiro et al., 2000; Turner et al., 2005). An der Medizinischen Fakultät in Würzburg wurde das Programm *Burnout – die Warnzeichen bei sich selbst erkennen* in das Curriculum für Medizinstudierende im zehnten Semester aufgenommen. Schon im vorklinischen Studiumsabschnitt aber hören die Studierenden auch eine Vorlesung zum Umgang mit Prüfungsangst und erörtern Strategien zur Bewältigung dieser in Kleingruppen (Aster-Schenck et al., 2010).

Über solche Curriculumsteile hinaus dürften psychosoziale Beratungsangebote für Unterstützung suchende Studierende, durchaus hausintern, d.h. von der Medizinischen Fakultät unterbreitet, hilfreich sein. Ein solches Angebot ist das sogenannte *MediCoach*-Projekt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. In diesem können Belastungen, wie z.B. hohe Leistungsanforderungen, Prüfungsangst, Lernschwierigkeiten, Selektionsdruck, fehlende Orientierungshilfen sowie private Schwierigkeiten thematisiert werden. Im Rahmen von Einzel- und Gruppencoachings werden lösungsorientiert Wege des Umgangs mit den Belastungen und Beanspruchungen erörtert bzw. auch konkret vermittelt (MediCoach, 2011). Studien haben leider gezeigt, dass nur vergleichsweise wenige Studierende solche Unterstützungsangebote aus Sorge um ihre Anonymität oder auch Stigmatisierung aufsuchen (Chew-Graham et al., 2003; Dinkel et al., 2008; Dyrbye et al., 2005; Tyssen et al., 2004). Die Zusicherung von Vertraulichkeit, so auch oberstes Gebot des *MediCoach*-Projekts, ist daher zweifelsohne eine wichtige Grundlage für den Erfolg solcher Leistungen.

6.3.2 *Stärkung und Unterstützung von Jung-ÄrztInnen in der Berufseinstiegsphase bzw. in den ersten Berufsjahren*

Mit dem Berufseinstieg stellt sich zumeist eine hohe Arbeitsbelastung der Jung-ÄrztInnen ein, die mit Beanspruchung assoziiert ist. Die Arbeitsbelastungsfaktoren sind vielzählig: Viele und lange Dienste, Zeit- und Verantwortungsdruck, intransparente Anforderungen und wechselnde Über- vs. Unterforderung charakterisieren die Situation junger ÄrztInnen (u.a. Biaggi et al.,

2003; Buddeberg-Fischer et al., 2006b; Gensch, 2010; Levey, 2001; Luthy et al., 2004; Revicki et al., 1993; Stiller & Busse, 2008b). Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, die auf die Verringerung des Stresspotenzials abzielen, sind daraufhin angezeigt. Deren Erfolg hängt jedoch maßgeblich davon ab, inwieweit sie den Entlastungsbedürfnissen der (Jung-)ÄrztInnen tatsächlich auch begegnen. Das setzt die Planung solcher Maßnahmen zusammen mit dem Krankenhauspersonal, aber auch deren Evaluation und notwendige Adaptationen voraus. Zu solchen Arbeitsgestaltungsmaßnahmen im Krankenhaus bzw. zur Verbesserung der Situation von (Jung-)ÄrztInnen zählen u.a. angemessene Arbeitszeitregelungen, die Verringerung des Verwaltungsaufwands durch die Vermeidung von Redundanzen, die Verhinderung von Unterbrechungen bei der Tätigkeitsausführung oder auch die Verbesserung der Transparenz von Arbeitsabläufen (Biaggi et al., 2003; Buxel, 2009; Peter & Ulich, 2003; Revicki et al., 1993).

Derart *strukturelle* oder auch organisationsbezogene Interventionen sind aber, wenn sie nicht nur einen positiven Effekt auf die Arbeitsbedingungen bzw. die Arbeitsbelastung der Jung-ÄrztInnen, sondern auch auf ihr Wohlbefinden haben sollen, gleichfalls mit *individuellen* und/oder *auf Gruppenebene angesiedelten* Interventionen zu verknüpfen (Buddeberg-Fischer et al., 2008c; Firth-Cozens, 1998; Mohr & Semmer, 2002). Letztere sind beispielsweise häufig mit Blick auf das Arbeitsklima, die gegenseitige Unterstützung am Arbeitsplatz und die Beziehungen zwischen Jung-ÄrztInnen und ihren Vorgesetzten vonnöten (u.a. schon Revicki et al., 1993). Mit dem Berufseinstieg beginnen die meisten ÄrztInnen ihre Facharztausbildung, in welcher der Kontakt zu den anleitenden und betreuenden Vorgesetzten sehr wichtig ist. Nicht selten sind diese Beziehungen jedoch problembehaftet (z.B. durch widersprüchliche Anweisungen und intransparente Anforderungen, fehlendes oder inadäquates Feedback), was einen zusätzlichen Arbeitsbelastungsfaktor darstellen kann. In der vorliegenden Arbeit zeigte sich ein substantieller Anteil der Jung-ÄrztInnen unzufrieden mit der Betreuungsqualität: Über 60% von ihnen vergaben für diese zum dritten Messzeitpunkt Noten von 3 bis 5. Das unterstützt das Argument für die Notwendigkeit von Interventionsmaßnahmen, die die Betreuung durch die Vorgesetzten in den Blick nehmen bzw. deren Verbesserung anstreben. Im Ergebnis sollte sie sich u.a. durch die kontinuierliche und fundierte Anleitung der Jung-ÄrztInnen, regelmäßige Kompetenzentwicklungs- und ressourcenstärkende Feedbackgespräche sowie eine individuell abzustimmende Laufbahnberatung/Unterstützung bei der Karriereplanung (v.a. auch für Jung-Ärztinnen; s. Kapitel 6.2.2) auszeichnen (u.a. Buddeberg-Fischer et al., 2008c; Buddeberg-Fischer, Spindler, Peter & Buddeberg, 2003; Buxel, 2009; Kurth et al., 2007).

Aber auch die Weiterbildungsprogramme selbst sind zu betrachten und zu verbessern. Oftmals brauchen Jung-ÄrztInnen aufgrund schlechter Ausbildungsbedingungen deutlich länger als vorgesehen (> fünf Jahre), um den Leistungskatalog zu erfüllen (Buddeberg-Fischer et al.,

2006b). Viele AssistenzärztInnen klagen darüber, nicht hinreichend in ihrer Weiterbildung unterstützt zu werden. Mitunter haben sie auch gar keinen vertraglichen Anspruch auf diese bzw. wird er, sofern er doch besteht, häufig nicht voll erfüllt (Buxel, 2009). Das belastet und beansprucht viele Jung-ÄrztInnen – neben der von vielen ohnehin schon als ungerecht empfundenen Anerkennung ihrer ärztlichen Tätigkeit (u.a. Buddeberg-Fischer et al., 2005b, 2008b, 2008c) – zusätzlich. Im angelsächsischen Raum sind die Weiterbildungsprogramme sehr viel zielorientierter und effizienter konzipiert, so dass die Jung-ÄrztInnen dort deutlich schneller die Facharztausbildung absolvieren (drei bis vier Jahre). Insofern plädiert u.a. Buxel (2009) für eine bessere Organisation der Weiterbildung, die vertragliche Zusicherung dieser und tatsächlich auch zugestandene Erfüllung der Leistungsanforderungen im Klinikalltag (z.B. Durchführung von operativen Eingriffen). Er erachtet eine qualitativ hochwertige und gut strukturierte Weiterbildung als „Bringschuld“ der ChefärztInnen, der weiterbildenden FachärztInnen und der Verwaltungsleitungen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit unterstreichen die Bedeutung psychischer Ressourcen für die Bewältigung des Berufseinstiegs bzw. der sich mit ihm einstellenden Arbeitsbelastung. Dementsprechend sollten sie gefördert werden. Damit ist – wie bereits ausgeführt – schon zu Zeiten des Studiums zu beginnen; erst recht vonnöten ist die Ressourcenstärkung dann aber in der sensiblen Berufseinstiegsphase und in den ersten Berufsmonaten (Arnetz, 2001; Cohen & Patten, 2005; Levey, 2001; Shapiro et al., 2000; Tyssen & Vaglum, 2002; Voltmer et al., 2007, 2008). Die Dringlichkeit der Unterstützung junger ÄrztInnen leitet sich auch aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit ab: Die mittleren Merkmalsausprägungen der psychischen Ressourcen verringerten sich im Zuge des Berufseinstiegs bzw. über die ersten Arbeitsmonate hinweg. Vor allem jene Jung-ÄrztInnen, die kurzzeitig nach dem Berufseinstieg hoch beansprucht waren, waren davon betroffen. Verringerungen in den Schutzfaktoren zeigten ihrerseits dann ungünstige Effekte auf die Beanspruchung im weiteren Verlauf des ersten Berufsjahres. Insofern gilt es also nicht nur, psychische Ressourcen zu stärken, sondern auch zu verhindern, dass – im Falle schon eingetretener Beanspruchung – sich diese (nachhaltig) in der Persönlichkeit niederschlägt.

In der vorliegenden Arbeit konnte u.a. die Bedeutung der psychischen Ressource arbeits-spezifische Copingfunktionalität für die Jung-ÄrztInnen in der Auseinandersetzung mit ihrem Berufseinstieg bzw. dessen Bewältigung aufgezeigt werden. Im Interesse einer Förderung dieser Ressource sollten den Jung-ÄrztInnen – durchaus auch als Teil des Weiterbildungscurriculums konzipiert – funktionale Stressbewältigungsstrategien vermittelt werden. Entsprechende Stressmanagement-Kurse, wie sie schon Gegenstand z.B. kanadischer Weiterbildungs-

programme sind (vgl. Buddeberg-Fischer et al., 2006b) sollten dabei sowohl den Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz als auch Lebensgewohnheiten nach Dienstschluss thematisieren (s. dazu auch Ratanawongsa et al., 2007; Shapiro et al., 2000; Turner et al., 2005). Angesichts der geringeren Copingfunktionalität der Jung-Ärztinnen in der vorliegenden Studie sollten die Angebote diese auch gezielt adressieren. Für die Vermittlung funktionaler Stressbewältigungsstrategien ist gewiss die Förderung von Selbstreflektion und -fürsorge grundlegend. Die Jung-ÄrztInnen sollten u.a. dazu angehalten werden, ihre Arbeitstätigkeit ins Verhältnis zu Lebensbereichen, die ihnen gleichfalls wichtig sind, zu setzen und ihren Interessen nachzugehen bzw. Beziehungen zu pflegen. Schließlich gilt es zu verhindern, dass es – auch schon frühzeitig – zu einer ungünstigen Verschiebung eigener Prioritäten kommt, d.h. die ärztliche Tätigkeit über kurz oder lang zum alleinigen Lebensinhalt wird.

Darüber hinaus sollten – wie auch Cohen und Patten (2005) diskutieren – Jung-ÄrztInnen für eigenes Überforderungs- und Beanspruchungserleben sensibilisiert werden, denn sich dessen nicht gewahr zu sein oder es zu negieren, trägt dazu bei, dass sie selbst im Bedarfsfall durchaus bestehende Unterstützungsangebote nicht aufsuchen und/oder bedenkliches Gesundheitsfürsorgeverhalten erkennen lassen (Baldwin et al., 1997b; Cohen & Patten, 2005; Tyssen et al., 2004). Dass sie vielfach nicht hinreichend sensibel dem eigenen Wohlbefinden gegenüber sind, mag insofern nicht verwundern, als dass ihnen schon im Studium das sowohl in der Gesellschaft als auch in der Ärzteschaft nach wie vor fest verankerte Bild vom „allzeit bereiten, aufopferungsvollen und jederzeit verfügbaren Arzt“ (Jurkat, Reimer & Plewnia, 1999, S. 970) vermittelt wird. Im Zuge des Berufseinstiegs sind es dann „[akademische Aus- und Vorbilder], die ja auch 60-80h wöchentliche Arbeitszeit vorleben und damit [...] ungesunde Maßstäbe vermitteln“ (Mäulen, n.d.). Im Rahmen der Förderung einer hinreichenden Selbstaufmerksamkeit sollten die Jung-ÄrztInnen beispielsweise darüber aufgeklärt werden, wie ein Burnout entsteht, was erste Anzeichen dessen sind und was im Falle der Herausbildung eines solchen (v.a. rechtzeitig) getan werden kann.

Des Weiteren sollten Jung-ÄrztInnen im Rahmen regelmäßiger, nicht allein der fachlichen Konsultation dienender Supervisionen bzw. der Teilnahme an den sogenannten *Balintgruppen* Gelegenheit erhalten, Unsicherheiten und Selbstzweifel anzusprechen (Ratanawongsa et al., 2007; Rockenbauch et al., 2006; Tyssen & Vaglum, 2002). In diesem Zusammenhang sei auf Horowitz et al. (2003) verwiesen, die das sogenannte *reflective practise*-Seminar als festen, zwei Mal im Monat stattfindenden Teil des in ihrem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Weiterbildungsprogramms vorstellen. In diesem haben die Jung-ÄrztInnen die Möglichkeit, Themen, wie z.B. den Umgang mit Krankheit und Tod von PatientInnen und Probleme im Arzt-PatientInnen/Angehörigen-Kontakt, aber auch persönliche Rollenkonflikte anzusprechen. Es

kommt – supervidiert von berufserfahreneren ÄrztInnen – zum Erfahrungsaustausch mit anderen Jung-ÄrztInnen.

Hat sich Beanspruchung bereits eingestellt, sollten auch den Jung-ÄrztInnen die bereits angesprochenen psychosozialen Coaching-/Beratungsangebote zur Verfügung stehen (dazu u.a. auch Levey, 2001). Zentral in diesen sollte natürlich wiederum die Verringerung der Beanspruchung – u.a. durch die Identifikation und Stärkung personaler und kontextueller Ressourcen – sein, um so auch einer Chronifizierung der Beanspruchung sowie ihrem ungünstigen Einfluss auf die Persönlichkeit vorzubeugen. Das, wie auch alle zuvor diskutierten Maßnahmen, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Jung-ÄrztInnen selbst gesund bleiben und die Arbeitstätigkeit trotz ihres wohl stets hohen Belastungspotenzials (Horowitz et al., 2003) auch zukünftig als erfüllend und zufriedenstellend erleben.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abele, A. E. (2001). Arztberuf: Zwischen Erwartung und Realität. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A3009-3011.
- Abele, A. E. (2006). Karriereverläufe und Berufserfolg bei Medizinerinnen. In S. Dettmer, G. Kaczmarczyk & A. Bühren (Hrsg.), *Karriereplanung für Ärztinnen* (S. 35-57). Springer Medizin Verlag: Heidelberg.
- Abele, A., Stief, M. & Andrä, M. (2000). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 145-151.
- Adams, J. (2004). Straining to describe and tackle stress in medical students. *Medical Education*, 38, 463-464.
- Angerer, P., Petru, R., Weigl, M. & Glaser, J. (2010). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 175-184). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arnetz, B. B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*, 52, 203-213.
- Arnetz, B. B., Hörte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E. & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population: Results from a national long-term prospective study and a retrospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 139-143.
- Asendorpf, J. B. & van Aken, M. A. G. (2003). Personality-relationship transaction in adolescence: Core versus surface personality characteristics. *Journal of Personality*, 71, 629-666.
- Asendorpf, J. B. (1999). *Psychologie der Persönlichkeit* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Aßmann, S., Schneiderat, G. & Balck, F. (2008). Warum Medizin – Unterscheiden sich männliche und weibliche Studierende in ihren Beweggründen für ein Medizinstudium und in ihren beruflichen Plänen? In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 73-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Aster-Schenck, I. U., Schuler, M., Fischer, M. R. & Neuderth, S. (2010). Psychosoziale Ressourcen und Risikomuster für Burnout bei Medizinstudenten: Querschnittstudie und Bedürfnisanalyse Präventiver Curricularer Angebote. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 27:Doc61. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2010-27/zma000698.shtml>
- Baldwin, P., Dodd, M. & Wrate, R. (1997a). Young doctors' health - I. How do working conditions affect attitudes, health and performance?. *Social Science and Medicine*, 45, 35-40.

- Baldwin, P., Dodd, M. & Wrate, R. (1997b). Young doctors' health - II. Health and health behaviour. *Social Science and Medicine*, 45, 41-44.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bellini, L. M., Baime, M. & Shea, J. A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1846-1847.
- Bergner, T. (2004). Burn-out bei Ärzten. Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe. *Deutsches Ärzteblatt*, 33, B1866-1868.
- Biaggi, P., Peter, S. & Ulich, E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents – what can be done?. *Swiss Medical Weekly*, 133, 339-346.
- Blades, D. S., Ferguson, G., Richardson, H. C. & Redfern, N. (2000). A study of junior doctors to investigate the factors that influence career decisions. *British Journal of General Practice*, 50, 483-485.
- Blum, K. & Löffert, S. (2010). *Ärztmangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen*. Zugriff am 01.06.2011.
http://www.vpkbb.org/uploads/media/DKG-Studie_Aerztmangel_Endbericht.pdf
- Bolanowski, W. (2005). Anxiety about professional future among young doctors. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18, 367-374.
- Bollen, K. & Long, J. S. (Eds.) (1993). *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar nach Costa und McCrae (NEO-FFI)*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M. & Bouvier-Gallacchi, M. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*, 19, 611-617.
- Brähler, E., Schmutz, G., Gerth, K. & Albani, C. (2008). Psychische Gesundheit von Studierenden der Medizin. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 36-51). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modell assimilativer und akkommodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (S. 413-445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Braun, M., Schönfeldt-Lecuona, C., Freudenmann, R., Mehta, T., Weltin, A., Pajonk, F.-G. et al. (2010). Burnout, Depressivität und Substanzmissbrauch bei deutschen Ärztinnen und Ärzten. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 337-342). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brewin, C. R. & Firth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 242-246.

- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. *Psychological Medicine*, 8, 577-588.
- Brucks, U., Wahl, W.-B. & Schüffel, W. (2000). Psychosomatische Grundversorgung. Fortbildung und Qualitätsmanagement von 1989 bis 1998. *Fortschritte der Medizin*, 118, 19-24.
- Buddeberg-Fischer, B., Dietz, C., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2006a). Swiss residents' arguments for and against a career in medicine. *BMC Health Services Research*, 6:98. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/98>
- Buddeberg-Fischer, B., Illés, C. & Klaghofer, R. (2002a). Karrierewünsche und Karriereängste von Medizinstudierenden – Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews mit Staatsexamenskandidatinnen und -kandidaten. *Gesundheitswesen*, 64, 353-363.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Abel, T. & Buddeberg, C. (2005a). Junior physicians' workplace experiences in clinical fields in German-speaking Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135, 19-26.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, E. & Buddeberg, C. (2005b). Arbeitsstress und gesundheitliches Wohlbefinden junger Ärztinnen und Ärzte. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 163-178.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M. & Buddeberg, C. (2008a). Facharztwahl von jungen Ärztinnen und Ärzten – der Einfluss von Geschlecht, Persönlichkeit, Karrieremotivation und Lebenszielen. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 101-116). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J. & Buddeberg, C. (2008b). Work stress and reduced health in young physicians: Prospective evidence from Swiss residents. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 31-38.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, E., Vetsch, E., Abel, T. & Buddeberg, C. (2002b). Studienerfahrungen und Karrierepläne angehender Ärztinnen und Ärzte. *Schweizerische Ärztezeitung*, 83, 1980-1986.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Zivanovic, I., Vetsch, E. & Buddeberg, C. (2006b). Institutional conditions and individual experiences in the career-entry period of Swiss medical residents – A qualitative study. *Swiss Medical Weekly*, 136, 26-32.
- Buddeberg-Fischer, B., Spindler, A., Peter, Y. & Buddeberg, C. (2003). Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten aus der Sicht von Chefärzten und Chefärztinnen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 128, 20-25.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Bauer, G., Hämmig, O. & Klaghofer, R. (2008c). Arbeitsstress, Gesundheit und Lebenszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte: Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 2441-2447.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C. & Klaghofer, R. (2010a). Chronic stress experience in young physicians: Impact of person- and workplace-related factors. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83, 373-379.

- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C. & Klaghofer, R. (2010b). Angst und Depression bei jungen Ärztinnen und Ärzten – Ergebnisse einer Schweizer Longitudinalstudie. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 325-336). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M. & Klaghofer, R. (2010c). Career paths in physicians' postgraduate training – An eight-year follow-up study. *Swiss Medical Weekly*, 140:w13056. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.smw.ch/content/smw-2010-13056/>
- Büssing, A. & Glaser, J. (2002). *Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S)*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Buxel, H. (2009). Arbeitsplatz Krankenhaus: Der ärztliche Nachwuchs ist unzufrieden. *Deutsches Ärzteblatt*, 37, A1790-1703.
- Caplan, R. O. (1994). Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *British Medical Journal*, 209, 1261-1262.
- Charité – Universitätsmedizin Berlin (2011). *Grundständige Studiengänge*. Zugriff am 01.06.2011. http://www.charite.de/studium_lehre/studieren_an_der_charite/grundstaendige_studiengaenge/modellstudiengang_medizin/#c69052
http://www.charite.de/studium_lehre/studieren_an_der_charite/grundstaendige_studiengaenge/reformstudiengang_medizin/
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A. & Yassin, N. (2003). "I wouldn't want it on my CV or their records": Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37, 873-880.
- Christ, O., van Dick, R. & Wagner, U. (2004). Belastung und Beanspruchung bei Lehrerinnen und Lehrern in der Ausbildung. In A. Hillert & E. Schmitz (Hrsg.), *Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern* (S. 113-119). Stuttgart: Schattauer.
- Clark, D. C., Salazar-Gruoso, E., Grabler, P. & Fawcett, J. (1984). Predictors of depression during the first 6 months of internship. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 1095-1098.
- Cohen, J. S. & Patten, S. (2005). Well-being in residency training: A survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*, 5:21. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/5/21/>
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Collier, V. U., McCue, J. D., Markus, A. & Smith, L. (2002). Stress in medical residency: Status quo after a decade of reform?. *Annals of Internal Medicine*, 136, 384-390.
- Costa, P. T., Jr. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., Herbst, J. H., McCrae, R. R. & Siegler, I. C. (2000). Personality at midlife: Stability, intrinsic maturation, and response to life events. *Assessment*, 7, 365-378.

- Dahlin, M. E. & Runeson, B. (2007). Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: A three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Medical Education*, 7:6. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/7/6>
- Dettmer, S. & Kuhlmeier, A. (2010). Studienzufriedenheit und berufliche Zukunftsplanung von Medizinstudierenden – Ein Vergleich zweier Ausbildungskonzepte. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 103-115). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Dinkel, A., Berth, H. & Balck, F. (2008). Belastungen und psychische Beschwerden von Medizinstudierenden: Ein Überblick. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 11-35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dormann, C. & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: Testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 874-884.
- Ducki, A. (1998). Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In E. Bamberg (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung: Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte* (S. 145-153). Göttingen: Hogrefe.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W. et al. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334-341.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2005). Medical student stress. Causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 80, 1613-1622.
- Edwards, J. R., Caplan, R. D. & van Harrison, R. (1998). Person-environment fit theory. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress* (pp. 28-67). Oxford: Oxford University Press.
- Emmons, R. A., Colby, P. M. & Kaiser, H. A. (1998). When losses lead to gains: Personal goals and the recovery of meaning. In P. T. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 163-178). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdenliste – FBL. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 79-100.
- Felber, J. (2005). *Das Beanspruchungsverleben von Jung-Medizinerinnen infolge ihres Berufseinstiegs*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Institut für Psychologie. Universität Potsdam.
- Filipp, S.-H. (1995). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 3-52). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. (2007). Kritische Lebensereignisse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – Ein Lehrbuch* (S. 337-366). Kohlhammer: Stuttgart.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen – Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal*, 292, 1177-1180.
- Firth-Cozens, J. (1987). Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, 301, 89-91.

- Firth-Cozens, J. & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science and Medicine*, 44, 1017-1022.
- Firth-Cozens, J. (1998). Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practise*, 48, 1647-1651.
- Fleeson, W. (2007). Studying personality processes: Explaining change in between-persons longitudinal and within-person multilevel models. In R. W. Robins, R. C. Fraley & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 523-542). New York: Guilford Press.
- Frese, M. (1999). Social support as a moderator of the relationship between work stressors and psychological dysfunctioning: A longitudinal study with objective measures. *Journal of Occupational Health Psychology*, 4, 179-192.
- Frieling, E. & Sonntag, K. (1999). *Lehrbuch Arbeitspsychologie* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Fung, H. H. & Carstensen, L. L. (2006). Goals change when life's fragility is primed: Lessons learned from older adults, the September 11 attacks, and SARS. *Social Cognition*, 24, 248-278.
- Fuß, I., Nübling, M., Hasselhorn, H.-M., Schwappach, D. & Rieger, M. A. (2008). Working conditions and work-family conflict in German hospital physicians: Psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*, 8:353. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/353>
- Ganster, D. C. & Schaubroeck, J. (1991). Work stress and employee health. *Journal of Management*, 17, 235-271.
- Gensch, K. (2010). Berufsentscheidungen junger Ärztinnen und Ärzte: Auswirkungen auf das ärztliche Versorgungsangebot. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 127-136). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Girard, D. E., Elliot, D. L., Hickam, D. H., Sparr, L., Clarke, N. G., Warren, L. et al. (1986). The internship: A prospective investigation of emotions and attitudes. *Western Journal of Medicine*, 144, 93-98.
- Givens, J. L. & Tjia, J. (2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*, 77, 918-921.
- Goehring, C., Bovier-Gallacchi, M., Künzi, B. & Bovier, P. (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: A cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 135, 101-108.
- Goldacre, M. J., Lambert, T., Evans, J. & Turner, G. (2003). Preregistration house officers' views on whether their experience at medical school prepared them well for their jobs: National questionnaire survey. *British Medical Journal*, 326:1011. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.bmj.com/content/326/7397/1011.full>
- Golembiewski, R. T. & Aldinger, R. T. (1994). Burnout and self-esteem: A replication in a military setting. *Organization Developmental Journal*, 12, 41-48.
- Golembiewski, R. T. & Kim, B.-S. (1989). Self-esteem and phases of burnout. *Organization Development Journal*, 7, 51-58.

- Görg, K. (2001). Universitätskliniken: Wandel um jeden Preis? Klinikärzte im Spannungsfeld zwischen Ökonomie, Technik und Menschlichkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 98, A1172-1176.
- Grassi, L. & Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 329-334.
- Greif, S. (1991). Streß in der Arbeit – Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. K. Semmer (Hrsg.), *Psychischer Streß am Arbeitsplatz* (S. 1-28). Göttingen: Hogrefe.
- Greve, W. & Staudinger, U. M. (2006). Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd Ed., pp. 796-840). New York: Wiley.
- Greve, W. (2008). Bewältigung und Entwicklung. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Aufl., S. 910-926). Weinheim: Beltz.
- Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M. & Creed, F. (1998). Psychological stress and burnout in medical students: A five-year prospective longitudinal study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 91, 237-243.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending. Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Hacker, W. & Richter, P. (1980). *Psychische Fehlbeanspruchung. Psychische Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress* (Spezielle Arbeits- und Ingenieurspsychologie in Einzeldarstellungen Lehrtext 2). Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Hacker, W. (1986). *Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Huber.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionskala*. Göttingen: Beltz Test.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S. & Deeks, J. J. (2001). Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 296-300.
- Heckhausen, D. (1995). *Psychosoziale Belastung von Ärzten: Eine empirische Untersuchung an Gynäkologinnen und Gynäkologen*. München: Quintessenz.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Herschbach, P. (1991). Streß im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 41, 176-186.
- Höge, T. (2002). *Arbeitsbelastung, salutogene Persönlichkeit und Beanspruchung – Eine Untersuchung zum Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen auf den Stressprozess*. Dissertation. Institut für Psychologie. Technische Universität München.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horowitz, M. E., Drutz, J. E. & Frugé, E. (2003). Stressors and strains of medical training and practice. *Swiss Medical Weekly*, 133, 629.

- Hrabal, V., Schüppel, R. & Zenz, H. (1998). Krankheitsverhalten und Arzt-Patient-Beziehungserwartungen bei Medizinstudenten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 301-307.
- Hsu, K. & Marshall, V. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1561-1566.
- Hultsch, D. F. & Cornelius, S. C. (1995). Kritische Lebensereignisse und lebenslange Entwicklung. In S.-H. Philipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 72-90). Weinheim: Beltz.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Der Streßverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Jex, S. M. & Bliese, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multilevel study. *Journal of Applied Psychology*, 84, 349-361.
- Jungbauer, J., Alfermann, D., Kamenik, C. & Brähler, E. (2003). Vermittlung psychosozialer Kompetenzen mangelhaft. Ergebnisse einer Befragung ehemaliger Medizinstudierender an sieben deutschen Universitäten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 319-321.
- Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001a). Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit bei berufstätigen Medizinerinnen in Abhängigkeit von der Fachrichtung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1745-1750.
- Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2001b). Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von berufstätigen Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1739-1744.
- Jurkat, H. B., Reimer, C. & Plewnia, C. G. (1999). Arztideal und der ideale Arzt. Ärztliche Wunsch- und Leitbilder in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. *Der Allgemeinarzt*, 11, 969-972.
- Jurkat, H. B., Reimer, C. & Schröder, K. (2000). Erwartungen und Einstellungen von Medizinstudentinnen und -studenten zu den Belastungen und Folgen ihrer späteren ärztlichen Tätigkeit. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 215-221.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.
- Kasl, S. V., Bernacki, E., Bromet, E., Curtis, E. C., Eaton, W. W., Fine, L. J. et al. (1992). Surveillance of psychological disorders in the workplace. In G. P. Keita & S. L. Sauter (Eds.), *Work and well-being: An agenda for the 1990s* (pp. 73-95). Washington, D.C.: APA.
- Kaufman Cartwright, L. & Wink, P. (1994). Personality change in women physicians from medical student years to mid-40s. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 291-308.
- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2003). Life-event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, 789-796.
- Kessing, L. V., Agerbo, E. & Mortenson, P. B. (2003). Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life?. *Psychological Medicine*, 33, 1177-1184.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, 48, 191-214.

- Kjeldstadli, K., Tyssen, R., Finset, A., Hem, E., Gude, T., Grønvold, N. T. et al. (2006). Life satisfaction and resilience in medical school – A six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Medical Education*, 6:48. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/48>
- Klauer, T. & Greve, W. (2005). Kritische Lebensereignisse und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Bd. C/X/1, S. 237-260). Göttingen: Hogrefe.
- Klauer, T., Niebuhr, A. & Schneider, W. (2008). Sozialer Rückhalt und psychosomatische Beschwerden bei Studierenden des Fachs Humanmedizin. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 52-70). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Knechta, M., Bauera, G. F., Klaghofer, R., Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M. & Hämmiga, O. (2010). Work-life conflict and health among Swiss physicians – in comparison with other university graduates and with the general Swiss working population. *Swiss Medical Weekly*, 140:w13063. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.smw.ch/content/smw-2010-13063/>
- Knoll, N. & Kienle, R. (2007). Fragebogenverfahren zur Messung verschiedener Komponenten sozialer Unterstützung: Ein Überblick. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 57-71.
- Knoll, N., Scholz, U. & Riekman, N. (2011). Einführung in die Gesundheitspsychologie (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. In G. S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of health and illness* (pp. 3-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Köhler, S., Kaiser, R. & Napp, L. (2004). Medizinstudium – und was dann? *Hessisches Ärzteblatt*, 10, 565-568.
- Kopetsch, T. (2009). Arztlöhntwicklung: Hohe Abwanderung ins Ausland – sehr geringe Arbeitslosigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 106, A757-760.
- Kurth, R. A., Klier, S., Pokorny, D., Jurkat, H. B. & Reimer, C. (2007). Studienbezogene Belastungen, Lebensqualität und Beziehungserleben bei Medizinstudenten. *Psychotherapeut*, 52, 355-361.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1995). Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 198-232). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Lehnart, J. & Neyer, F. J. (2006). Should I stay or should I go? Attachment and personality in stable and instable romantic relationships. *European Journal of Personality*, 20, 475-495.
- Levey, R. E. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76, 142-150.

- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 11-21.
- Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37-58). München: Reinhardt.
- Luthy, C., Perrier, A., Perrin, E., Cedraschi, C. & Allaz, A.-F. (2004). Exploring the major difficulties perceived in training: A pilot study. *Swiss Medical Weekly, 134*, 612-617.
- Lykins, E. L. B., Segerstrom, S. C., Averill, A. J., Evans, D. R. & Kemeny, M. E. (2007). Goal shifts following reminders of mortality: Reconciling posttraumatic growth and terror management theory. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 1088-1099.
- MacKinnon, D. P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mäkikangas, A. & Kinnunen, U. (2003). Psychosocial work stressors and well-being: Self-esteem and optimism as moderators in a one-year longitudinal sample. *Personality and Individual Differences, 35*, 537-557.
- Marburger Bund (2004). *Das neue Arbeitszeitgesetz*. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.theokienzle.de/ArbeitszeitG%20neu.pdf>
- Mäulen, B. (n.d.). *Aushalten um jeden Preis? Vor- und Nachteile einer erhöhten Resilienz bei Helfern*.
Zugriff am 01.06.2011. <http://www.aerztegesundheit.de/stress4.htm>
- McAdams, D. P. (1996). Personality, modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry, 7*, 295-321.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1999). A five-factor theory of personality. In L. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 139-153). New York: Guilford Press.
- McManus, I. C., Keeling, A. & Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine, 2:29*. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/2/29>
- McManus, I. C., Winder, B. & Paice, E. (2002). How consultants, hospitals, trusts and deaneries affect pre-registration house officer posts: A multilevel model. *Medical Education, 36*, 35-44.
- MediCoach (2011). Zugriff am 01.06.2011. http://medicoach.charite.de/ueber_medicoach/
- Mehl, M. R. & Pennebaker, J. W. (2003). The social dynamics of a cultural upheaval: Social interactions surrounding September 11, 2001. *Psychological Science, 14*, 579-585.
- Mohr, G. (1990). Arbeit und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie – Ein Lehrbuch* (S. 229-244). Göttingen: Hogrefe.

- Mohr, G. & Semmer, N. K. (2002). Arbeit und Gesundheit: Kontroversen zu Person und Situation. *Psychologische Rundschau*, 53, 77-84.
- Mroczek, D. K. (2007). The analysis of longitudinal data in personality research. In R. W. Robins, R. C. Fraley & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 543-556). New York: Guilford Press.
- Neyer, F. J. & Asendorpf, J. B. (2001). Personality-relationship transaction in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1190-1204.
- Olbrich, E. (1995). Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl., S. 123-138). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (1999). Erziehung zwischen Risiko und Resilienz: Neue Perspektiven für die heilpädagogische Forschung und Praxis. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 9-21). München: Reinhardt.
- Pajonk, F.-G. B., Cransac, P., Teichmann, A. & Weth, I. (2010). Psychische Belastung in Abhängigkeit von der Persönlichkeit bei Notärzten. In F. W. Schwartz & P. Angerer (Hrsg.), *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten* (S. 301-311). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Paykel, E. (2003). Life events: Effects and genesis. *Psychological Medicine*, 33, 1145-1148.
- Peter, S. & Ulich, E. (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (S. 75-98). Bern: Huber.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (2003). Character strengths before and after September 11. *Psychological Science*, 14, 381-384.
- Poulin, M. J. & Heckhausen, J. (2007). Stressful events compromise control strivings during a major life transition. *Motivation and Emotion*, 31, 300-311.
- Pressman, S. D. & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Putz, I., Mosberger, B., Kreiml, T., Kaupa, I. & Denkmayr, E. (2008). *Berufseinstieg, Jobberufungen und Beschäftigungschancen von UNI-AbsolventInnen. Eine empirische Erhebung unter JungabsolventInnen der Studienrichtungen Geschichte, Humanmedizin, Rechtswissenschaften, Translationswissenschaft und Veterinärmedizin*. Zugriff am 01.06.2011.
http://www.abif.at/deutsch/download/Files/84_Endbericht%20Berufseinstieg%20AkademikerInnen%202008.pdf
- Quantz, S., Beelmann, K., Stracke, R., Schwoon, D., Quellmann, C. & van den Bussche, H. (2008). Substanzmissbrauch bei jungen Ärzten und Ärztinnen in Hamburg. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 179-189). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: Questionnaire survey. *British Medical Journal*, 324:878. Zugriff am 01.06.2011. <http://www.bmj.com/content/324/7342/878.full>.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A. & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effect of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-728.
- Ratanawongsa, N., Wright, S. M. & Carrese, J. A. (2007). Well-being in residency: A time for temporary imbalance?. *Medical Education*, 41, 273-280.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Mäulen, B. & Stetter, F. (2001). Zur Problematik der Suchtgefährdung von berufstätigen MedizinerInnen. Lebensqualität und Gesundheitsverhalten von Ärztinnen und Ärzten mit und ohne Substanzabhängigkeit. *Psychotherapeut*, 46, 376-385.
- Resch, M. & Hagge, M. (2003). Ärztgesundheit – Ein lange vernachlässigtes Thema. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen, Ressourcen* (S. 37-57). Bern: Huber.
- Revicki, D. A., Whitley, T. W., Gallery, M. E. & Allison, E. J. (1993). Impact of work environment characteristics on work-related stress and depression in emergency medicine residents: A longitudinal study. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 3, 273-284.
- Richter, V. & Guthke, J. (1996). *Leipziger Ereignis- und Belastungsinventar (LEBI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Rimann, M. & Udris, I. (1993). *Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie* (Forschungsprojekt SALUTE: Personelle und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 3). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule. Institut für Arbeitspsychologie.
- Roberts, B. W. (1997). Plaster or plasticity? Are work experiences associated with personality change in women?. *Journal of Personality*, 65, 205-232.
- Roberts, B. W., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2003). Work experiences and personality development in young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 582-593.
- Roberts, B. W. & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life-course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132, 1-25.
- Rockenbach, K., Meister, U., Schmutzer, G. & Alfermann, D. (2006). Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen der Medizin. Eine empirische Untersuchung zum Vergleich der Lebenszufriedenheit von AbsolventInnen mit Gleichaltrigen sowie zur Aufklärung des Faktors Lebenszufriedenheit. *Gesundheitswesen*, 48, 176-184.
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 38, 193-200.

- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Industriearbeitsplätzen*. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rothmann, S., Jackson, L. T. B. & Kruger, M. M. (2003). Burnout and job stress in a local government: The moderating effect of sense of coherence. *Journal of Industrial Psychology*, 29, 52-60.
- Røvik, J. O., Tyssen, R., Hem, E., Gude, T., Ekeberg, Ø., Moum, T. et al. (2007). Job stress in young physicians with an emphasis on the work-home interface: A nine-year, nationwide and longitudinal study of its course and predictors. *Industrial Health*, 45, 662-671.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R. & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 97-128). New York: Wiley.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. & Pierce, G. R. (Eds.) (1990). *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A. W. (1996). *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*. Frankfurt a.M.: Swets & Zeitlinger.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8, 23-74.
- Schneider, F. (2010). DGPPN-Nachwuchskampagne: Teil 3 „Ärztmangel in Deutschland – ist der Arztberuf als solcher noch attraktiv?“. *Der Nervenarzt*, 81, 114-116.
- Schonfeld, I. S. (2000). An updated look at depressive symptoms and job satisfaction in first-year women teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 363-371.
- Schuler, H., Prochaska, M. & Frintrup, A. (2001). *LMI – Leistungsmotivationsinventar. Dimensionen berufsbezogener Leistungsorientierung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Kläiber, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16-39.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 472-482.
- Schulz, U. & Schwarzer, R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73-82.
- Schwarzer, S. & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology & Health*, 3, 1-15.

- Schwenk, T. L., Gorenflo, D. W. & Leja, L. M. (2008). A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 617-620.
- Scollon, C. N. & Diener, E. (2006). Love, work, and changes in extraversion and neuroticism over time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 1152-1165.
- Sears, S. R., Stanton, A. L. & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive appraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22, 487-497.
- Semmer, N. K. (1984). *Stressbezogene Tätigkeitsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52, 150-158.
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-367.
- Shapiro, S. L., Shapiro, D. E. & Schwartz, G. E. R. (2000). Stress management in medical education: A review of the literature. *Academic Medicine*, 75, 748-759.
- Shirom, A., Nirel, N. & Vinokur, A. D. (2006). Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11, 328-342.
- Shrout, P. E., Link, B. G., Dohrenwend, B., Skodol, A. E., Stueve, A. & Mirotznic, J. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: The role of fateful loss events. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 460-467.
- Shumaker, S. A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Siegrist, J. (1980). Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. *Nervenarzt*, 51, 313-320.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Siegrist, J., Shackelton, R., Link, C., Marceau, L., von dem Knesebeck, O. & McKinlay, J. (1996). Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine*, 71, 298-304.
- Spector, P. E., Zapf, D., Chen, P. Y. & Frese, M. (2000). Why negative affectivity should not be controlled in job stress research: Don't throw out the baby with the bath water. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 79-95.
- Staudinger, U. M. (1999). Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 343-350). München: Reinhardt.
- Stern, K. (1996). *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*. Münster: Waxmann.
- Stewart, S. M., Betson, C., Marshall, I., Wong, C. M., Lee, P. W. H. & Lam, T. H. (1995). Stress and vulnerability in medical students. *Medical Education*, 29, 119-127.

- Stiller, J. & Busse, C. (2008a). Berufliche Karriereentwicklung von Ärztinnen und Ärzten – Die ersten vier Berufsjahre. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 140-161). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stiller, J. & Busse, C. (2008b). Berufliche Belastungen von Berufsanfängern in der klinischen Praxis. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 165-178). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Taylor, S. E. (1991). Asymmetrical effects of positive and negative events: The mobilization-minimization hypothesis. *Psychological Bulletin*, *110*, 67-85.
- Theorell, T. & Karasek, R. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*, 9-26.
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B. & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life-span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 205-220.
- Turner, J. A., Edwards, L. M., Eicken, I. M., Yokoyama, K., Castro, J. R., Tran, A. N.-T. et al. (2005). Intern self-care: An exploratory study into strategy use and effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, *36*, 674-680.
- Tyssen, R., Erlend, H., Gude, T., Grønvold, N. T., Ekeberg, Ø. & Vaglum, P. (2009). Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample – A 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 47-54.
- Tyssen, R., Røvik, J. O., Vaglum, P., Grønvold, N. T. & Ekeberg, Ø. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: Is it the most ill that seeks help?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 989-993.
- Tyssen, R. & Vaglum, P. (2002). Mental health problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harvard Review of Psychiatry*, *10*, 154-165.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T. & Ekeberg, Ø. (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Medical Education*, *34*, 374-384.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T. & Ekeberg, Ø. (2001a). Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Medical Education*, *35*, 110-120.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T. & Ekeberg, Ø. (2001b). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, *64*, 69-79.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung. In C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 429-445). Weinheim: Beltz
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie* (5. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Vaidya, J. G., Gray, E. K., Haig, J. & Watson, D. (2002). On the temporal stability of personality: Evidence for differential stability and the role of life experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1469-1484.

- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (Enzyklopädie der Psychologie, Serie III, Bd. 1, S. 1-42). Göttingen: Hogrefe.
- Voltmer, E., Kieschke, U., Schwappach, D. L. B., Wirsching, M. & Spahn, C. (2008). Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: A cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 8:46. Zugriff am 01.06.2011.
<http://www.springerlink.com/content/q37l0g80632h867m/>
- Voltmer, E., Kieschke, U. & Spahn, C. (2007). Arbeitsbezogenes Verhalten und Erleben bei Ärzten im dritten bis achten Berufsjahr. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 244-257.
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Weary, G. & Edwards, J. A. (1994). Individual differences in causal uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 308-318.
- Whitley, T. W., Gallery, M. E., Allison, J., Jr. & Revicki, D. A. (1989). Factors associated with stress among emergency medicine residents. *Annals of Emergency Medicine*, 18, 1157-1161.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior* (pp. 265-289). Newbury Park, CA: Sage.
- Zapf, D., Dormann, C. & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: A review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 145-169.

ANHANG

Nachfolgend ist zunächst der T1-Fragebogen vollständig abgebildet. Die zum zweiten und dritten Messzeitpunkt zum Einsatz gekommenen Fragebögen sind hingegen nicht in Gänze aufgeführt, da sie in vielen Teilen mit dem T1-Fragebogen übereinstimmten. Es sind nur die neu aufgenommenen Untersuchungsaspekte dargestellt bzw. ist vermerkt, welche zuvor schon verwendeten Maße auch Gegenstand der zweiten und/oder dritten Befragung waren.

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen (T1)

Universität Potsdam, Institut für Psychologie, Postfach 60 15 53, D-14415 Potsdam, Germany
Ein Forschungsprojekt von Dipl.-Psych. Juliane Felber & Prof. Dr. Barbara Krahé

Liebe/r Teilnehmer/in,

wir freuen uns sehr über Ihr Interesse und laden Sie hiermit herzlich zur Teilnahme an der Untersuchung ein!

Sofern Sie bereits hinreichend über das Forschungsprojekt informiert sind, können Sie:

Gleich weiter zum Fragebogen

gehen; ansonsten offerieren wir Ihnen an dieser Stelle noch einmal weiterführende Erläuterungen zur Studie.

Die vorliegende Untersuchung begleitet Ihren Berufseinstieg als Ärztin/Arzt nach Beendigung des Medizinstudiums über den Zeitraum von einem Jahr hinweg.

Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgt im Laufe des kommenden Jahres dreimalig mit einem zeitlichen Abstand von jeweils sechs Monaten. Der Ihnen hier vorliegende Fragebogen stellt den ersten Messzeitpunkt von Ende Mai bis Ende Juli 2007 (unmittelbar nach Abschluss des Staatsexamens) dar. Die beiden weiteren Untersuchungsabschnitte sind wie folgt terminiert:

- 2. Befragungszeitpunkt: Ende November 2007 – Ende Januar 2008
- 3. Befragungszeitpunkt: Ende Mai – Anfang Juli 2008

Dabei möchten wir Sie u.a. zu ausgewählten Aspekten Ihrer Arbeitssituation, zu Ihren aktuellen Lebensumständen und zu Ihrem Wohlbefinden befragen. Ihre Erfahrungen nach dem Medizinstudium interessieren uns auch dann, wenn Sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch unsicher über den Zeitpunkt Ihres Berufseinstiegs sind, diesen auf spezielle Art planen oder aber zunächst einmal noch ganz andere Pläne verfolgen.

Die Befragung zu allen drei Befragungszeitpunkten erfolgt anhand von Onlinefragebögen. Die Beantwortung des ersten Fragebogens wird ca. 30 – 40 Minuten dauern. Wir wissen, dass dies durchaus einen Moment Ihrer Zeit in Anspruch nimmt, hoffen aber dennoch, Sie für die Teilnahme gewinnen zu können. Zum zweiten und dritten Messzeitpunkt werden kürzere Fragebögen mit einer gleichsam geringeren Bearbeitungszeit zum Einsatz kommen. Alle Angaben, die Sie im Zuge der Untersuchung machen, werden von uns selbstverständlich streng vertraulich – den Regeln des Datenschutzes entsprechend – behandelt. Sie dienen allein zu Forschungszwecken und werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

Als Untersuchungsteilnehmer/in werden Sie individuell von uns betreut, d.h. Sie werden zu jedem Messzeitpunkt persönlich via E-Mail kontaktiert und auf den jeweils aktuellen Onlinefragebogen aufmerksam gemacht. Nach Abschluss der Erhebung im Spätsommer 2008 informieren wir Sie detailliert über die Ergebnisse. Darüber hinaus verlosen wir dann auch als kleinen Dank für Ihre Mitarbeit unter allen TeilnehmerInnen 5 Büchergutscheine im Wert von jeweils 20 Euro.

Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen zu dieser Studie haben, so zögern Sie bitte nicht, uns jederzeit via E-Mail (felber@uni-potsdam.de) zu kontaktieren. Sofern Sie weitere Interessierte (z.B. KommilitonInnen) kennen, so würden wir uns über eine Weiterempfehlung (Weiterleitung des Links <http://www.w-lab.de/medizin-info.html> im Sinne des sogenannten Schneeballeffektes) freuen und wären Ihnen dafür sehr dankbar.

Indem Sie nun auf den „Weiter“-Button klicken, beginnt die Befragung.

Mit herzlichem Dank

Dipl.-Psych. Juliane Felber & Prof. Dr. Barbara Krahé

Weiter

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Ihr individueller Code

Wie eingangs bereits erläutert wurde, findet diese Studie ihre Umsetzung über drei Messzeitpunkte hinweg. Für jede/n Teilnehmer/in wird ein **individueller Code** benötigt, der es ermöglichen soll, die zu den drei Messzeitpunkten ausgefüllten Fragebögen einander zuzuordnen, so dass sich Aussagen zu individuellen Verlaufsmustern treffen lassen.

Wir bitten Sie daher an dieser Stelle, einen persönlichen Code zu generieren. Wie Sie sehen, ist dieser so abstrahiert, dass sich keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen lassen und die zugesicherte Anonymität Ihrer Teilnahme an der vorliegenden Untersuchung gewährleistet ist.

Ihr Code setzt sich wie folgt zusammen:

1. Stelle	Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihrer Mutter	z.B. A für Anke	–
2. Stelle	Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihres Vaters	z.B. M für Manfred	–
3. und 4. Stelle	Ihr Geburtsstag (ggf. mit vorangestellter Null):	z.B. 03 oder 19	--
5. und 6. Stelle	Ihr Geburtsmonat (ggf. mit vorangestellter Null):	z.B. 05 für Mai oder 10 für Oktober	--

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 1: Demographie

Bitte beantworten Sie zunächst einige demographische Fragen.

Ihr Geschlecht?	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich
------------------------	--

Wie alt sind Sie?	_____ (Alter in Jahren)
--------------------------	-------------------------

Welcher Nationalität gehören Sie an?	<input type="radio"/> Bitte auswählen.
---	--

In welchem Bundesland (BRD) leben/wohnen Sie?	
<input type="radio"/> Baden-Württemberg	<input type="radio"/> Niedersachsen
<input type="radio"/> Bayern	<input type="radio"/> Nordrhein-Westfalen
<input type="radio"/> Berlin	<input type="radio"/> Rheinland-Pfalz
<input type="radio"/> Brandenburg	<input type="radio"/> Saarland
<input type="radio"/> Bremen	<input type="radio"/> Sachsen
<input type="radio"/> Hamburg	<input type="radio"/> Sachsen-Anhalt
<input type="radio"/> Hessen	<input type="radio"/> Schleswig-Holstein
<input type="radio"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="radio"/> Thüringen
	<input type="radio"/> Kein Wohnsitz in Deutschland

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 2: Berufsbiographische Aspekte

Im folgenden Teil der Studie finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu Ihrer **aktuellen Lebenssituation nach dem Staatsexamen und vor dem Berufseinstieg**. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße bzw. in welcher Form diese auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren bzw. notieren.

Wann haben Sie Ihr Medizinstudium abgeschlossen?

_____ (Monat/Jahr)

Mit welcher Gesamtnote haben Sie Ihr Medizinstudium abgeschlossen?

- 1
- 2
- 3
- 4

Haben Sie Ihre Approbation bereits erworben?

- ja
- nein

Sofern Sie promovieren, haben Sie Ihre Arbeit bereits abgeschlossen?

- ja
- nein

Sind Sie derzeit berufstätig (z.B. im Sinne eines Praktikums, in der Forschung oder auch in einem nicht-medizinischen Bereich)?

- nein
- ja, und zwar in folgendem Bereich: _____ mit: _____ h/Woche

Wird Ihnen diese Tätigkeit vergütet?

- ja
- nein

Was planen Sie für das nächste halbe Jahr?

- Ich beabsichtige, mich zu bewerben und eine Anstellung als Assistenzarzt zu erhalten.
- Ich beabsichtige, meine Promotion zu beenden.
- Ich beabsichtige, ein Praktikum zu absolvieren, und zwar: _____
(Bitte den angestrebten Bereich eintragen.)
- Ich strebe ein außermedizinisches Engagement an, und zwar: _____
(Bitte den angestrebten Bereich eintragen.)
- sonstiges (z.B. Reisen), und zwar: _____ (Bitte eintragen.)

Sofern Sie eine Anstellung als Assistenzarzt anstreben, wo würden Sie gern arbeiten?

- Universitätsklinikum
- anderes Krankenhaus
- egal

Welche Facharztausbildung streben Sie an?

_____ (Bitte eintragen.)

Mit Blick auf Ihre zukünftige Arbeitszeit, wie möchten Sie arbeiten?

- Vollzeit
- Teilzeit mit: _____ Stunden/Woche

Mit Blick auf Ihre zukünftige Arbeitstätigkeit, wie möchten Sie arbeiten?

- klinisch
- wissenschaftlich
- klinisch & wissenschaftlich

Wie sieht Ihre konkrete berufliche Zukunftsvorstellung aus?

- Ich möchte mich als Hausärztin/-arzt niederlassen.
- Ich möchte mich als Fachärztin/-arzt niederlassen.
- Ich möchte Oberärztin/-arzt werden.
- Ich möchte Chefärztin/-arzt werden.
- Ich möchte in einem anderen Bereich der Medizin tätig werden.
- Ich möchte nicht im medizinischen Bereich tätig sein.

Könnten Sie sich vorstellen, später im Ausland als Ärztin/Arzt tätig zu sein?

- nein, auf keinen Fall eher nicht bin unentschieden eher ja ja, auf jeden Fall

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 3: Vorbereitung auf den Beruf & Antizipation des Berufseinstiegs

Nachfolgend stehen das von Ihnen absolvierte **Medizinstudium und Ihr späterer Berufseinstieg** im Mittelpunkt des Interesses. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße bzw. in welcher Form die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft, indem Sie die entsprechende Antwort markieren bzw. notieren.

Hinter jeder der folgenden Aussagen finden Sie fünf Buttons, die den Antwortalternativen entsprechen. Je weiter links Sie Ihre Wahl treffen, umso weniger trifft die Aussage auf Sie persönlich zu. Umgekehrt trifft eine Aussage umso mehr auf Sie zu, je weiter rechts Sie Ihre Wahl treffen.

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Das Studium hat mich nur unzureichend auf die zukünftige Arbeitstätigkeit vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Im Rahmen meines Medizinstudiums habe ich eine solide theoretische Ausbildung erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Durch das Absolvieren der Famulaturen und des <i>Praktischen Jahres</i> habe ich einen umfassenden Einblick in die spätere Arbeitstätigkeit erhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Im Studium habe ich auch psychosoziale (z.B. kommunikative und kooperative) Kompetenzen vermittelt bekommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Das Studium hat mich für die ärztliche Tätigkeit hinreichend qualifiziert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Auf den – mitunter auch emotional herausfordernden – Klinikalltag (z.B. im Umgang mit Patienten) fühle ich mich nach Abschluss des Studiums gut vorbereitet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
<i>Wenn ich an meinen Berufseinstieg bzw. an die sich mit diesem neu einstellenden Arbeits- und Lebensbedingungen denke, dann:</i>						
freue ich mich sehr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
belastet mich das.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ist das von großer Bedeutung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
fühle ich mich herausgefordert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
habe ich das Gefühl, dass ich damit schon gut zurechtkommen werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
fühle ich mich unwohl, mitunter davon regelrecht bedroht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 4: Fragen zur aktuellen Lebenssituation

Im folgenden Teil finden Sie Aussagen zur **Beschreibung Ihrer Lebenssituation**. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren bzw. notieren.

Partnerschaftsstatus

Ich bin ...

- verheiratet
- geschieden
- in einer festen Partnerschaft
- ohne feste Partnerschaft

Kinder

Ich habe ...

- keine Kinder
- 1 Kind im Alter von: _____ (Alter in Jahren)
- 2 Kinder im Alter von: _____ (Alter in Jahren)
- mehr als 2 Kinder im Alter von: _____ (Alter in Jahren)

Bitte trennen Sie mehrere Altersangaben durch ein Komma.

Wohnsituation

Ich wohne ...

- allein
- mit meiner/m Partner/in bzw. Familie zusammen
- mit meinem/n Kinder/n allein
- in einer Wohngemeinschaft
- in einer anderen Wohnform, und zwar: _____ (Bitte eintragen.)

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 5: Aussagen zur Selbstbeschreibung

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von **Aussagen zur Selbstbeschreibung**. Da jeder Mensch einzigartig ist, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren.

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Ich habe gerne viele Leute um mich herum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mir nahestehende Menschen zeigen Verständnis für meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann mich eher auf mich als auf Andere verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich berufliche Sorgen habe, gibt es jemanden, der mir hilft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich muss, kann ich auch allein sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin stolz auf das, was ich schon geleistet habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Von mir nahestehenden Menschen wünschte ich mir mehr Rücksichtnahme auf meine beruflichen Aufgaben und Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich lasse mich nicht so schnell aus der Bahn werfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich mag mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin entschlossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich beruflich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich stelle mir selten Sinnfragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich vertrödele eine Menge Zeit, bevor ich mit einer Arbeit beginne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich nehme die Dinge, wie sie kommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann schwierige Zeiten durchstehen, weil ich weiß, dass ich das früher auch schon geschafft habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe Selbstdisziplin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mit Blick auf meinen Beruf wünschte ich mir manchmal mehr Unterstützung durch die Menschen meiner Umgebung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mein Glaube an mich selbst hilft mir auch in harten Zeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In Notfällen kann man sich auf mich verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin kein gut gelaunter Optimist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin selten traurig oder deprimiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mein Leben hat einen Sinn.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich beharre nicht auf Dingen, die ich nicht ändern kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin sehr wissbegierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe anzuführen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mir nahestehende Menschen interessieren sich nur wenig für meine Arbeitsprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann es akzeptieren, wenn mich nicht alle Leute mögen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Bitte versuchen Sie, die nachfolgenden Aussagen so zu beantworten, wie es Ihnen – auch wenn Sie noch nicht in den Beruf eingestiegen sind – am ehesten entspricht bzw. Ihnen in den Famulaturen und im Praktischen Jahr am ehesten entsprochen hat.

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
<i>Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden am Arbeitsplatz beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Ungleichgewicht gebracht werde, dann:</i>						
bin ich mit mir selbst unzufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
habe ich nur den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sage ich mir, alles ist halb so schlimm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
geht mir die Situation lange Zeit nicht mehr aus dem Kopf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
versuche ich die Situation mit einem gewissen Humor zu nehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kreisen meine Gedanken um den- oder diejenigen, die in meinen Augen für das Problem verantwortlich sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sage ich mir, du kannst damit fertig werden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mache ich mir Vorwürfe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
denke ich, morgen ist sicher wieder alles vergessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 6: Aussagen zum aktuellen Wohlbefinden

Bitte kreuzen Sie bei den nun folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem **Befinden während der letzten Woche** am besten entspricht/entsprochen hat. Dazu stehen Ihnen folgende vier Antwortalternativen zur Verfügung:

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 1 = selten oder überhaupt nicht | (weniger als 1 Tag) |
| 2 = manchmal | (1 bis 2 Tage lang) |
| 3 = öfters | (3 bis 4 Tage lang) |
| 4 = meistens, die ganze Zeit | (5 bis 7 Tage lang) |

	selten oder überhaupt nicht		meistens, die ganze Zeit	
	1	2	3	4
<i>Während der letzten Woche ...</i>				
... haben mich die Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war ich deprimiert/niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war alles anstrengend für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich schlecht geschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war ich fröhlich gestimmt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich weniger als sonst geredet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... fühlte ich mich einsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... habe ich das Leben genossen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... war ich traurig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... konnte ich mich zu nichts aufraffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Im Folgenden finden Sie eine Liste möglicher körperlicher Beschwerden. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße Sie von den jeweiligen Beschwerden betroffen waren/sind.

Folgende fünf Antwortalternativen stehen Ihnen zur Verfügung:

- 1 = nie
- 2 = selten
- 3 = gelegentlich
- 4 = häufig
- 5 = ständig

	nie 1	2	3	4	ständig 5
Müdigkeit/Mattigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen/Nackenschmerzen/Schulterschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen/Migräne/Druckgefühl im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erkältungen/Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervosität/Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grübelneigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelverspannungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexuelle Lustlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Übelkeit/Schwindel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasche Erschöpftheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heißhunger/Appetitlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depressive Verstimmungen/Neigung zum Weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sehstörungen/Druck auf den Augen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen- u/o Darmbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Universität Potsdam, Institut für Psychologie
Ein Forschungsprojekt von Dipl.-Psych. Juliane Felber und Prof. Dr. Barbara Krahé

Sie haben es geschafft!

Sollten Sie weitere Anmerkungen oder Gedanken (zu Ihrer Situation als Ärztin/Arzt oder aber auch zur Studie) äußern wollen, können Sie das in der hier vorbereiteten Textbox gern tun:

<u>Kommentar</u>

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Bitte klicken Sie nun sogleich auf den „Daten absenden“-Button, der den von Ihnen bearbeiteten Fragebogen bzw. Ihre Daten an uns zurücksendet.

Zuvor möchten wir Sie aber an dieser Stelle bitten, Ihre aktuelle E-Mail-Adresse zu hinterlassen, damit wir Sie zum nächsten, d.h. zweiten Untersuchungsabschnitt benachrichtigen können.

Wir garantieren Ihnen eine vom Datensatz unabhängige Speicherung und Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse ausschließlich zur Benachrichtigung zu den beiden nachfolgenden Befragungswellen und zur Ergebnismeldung nach Abschluss der dritten Erhebung. Die Zuordnung der von Ihnen zu den einzelnen Befragungen generierten Daten erfolgt über den eingangs etablierten persönlichen Code.

Daten absenden

Zum zweiten Befragungszeitpunkt ab Ende November 2007 kontaktieren wir Sie wieder rechtzeitig und stellen Ihnen den dann aktuellen Fragebogen vor.

Sofern Sie weitere Interessierte (z.B. KommilitonInnen) kennen, so freuen wir uns über eine Weiterempfehlung ⇒ Weiterleitung des Links <http://www.w-lab.de/medizin>.

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme.

Viele Grüße aus Potsdam

Dipl.-Psych. Juliane Felber & Prof. Dr. Barbara Krahé

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen (T2)

Universität Potsdam, Institut für Psychologie, Postfach 60 15 53, D-14415 Potsdam, Germany
Ein Forschungsprojekt von Dipl.-Psych. Juliane Felber & Prof. Dr. Barbara Krahé

- ◆ Begrüßung/Informationen zur Studie (s. T1)
- ◆ individueller Code (s. T1)
- ◆ Demografie (s. T1, Teil 1)

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 2: Berufsbiografische Aspekte

Im folgenden Teil der Studie finden Sie eine Reihe von Fragen und Aussagen zu Ihrer **aktuellen Arbeits- und Lebenssituation**. Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße bzw. in welcher Form die Fragen/Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren bzw. notieren. Sofern einzelne Fragen für Sie in Ihrer augenblicklichen Situation keine Relevanz besitzen, lassen Sie diese einfach unbeantwortet.

Wann haben Sie Ihre Assistenzarztstätigkeit nach dem Staatsexamen aufgenommen bzw. ggf. Ihren Berufseinstieg absolviert?

_____ (Monat/Jahr)

In welchem Fachbereich sind Sie derzeit angestellt?

_____ (Bitte spezifizieren Sie.)

Sofern der Fachbereich, in dem Sie derzeit tätig sind, nicht der von Ihnen angestrebten Facharztausbildung entspricht, welche Facharztausbildung streben Sie dann an?

_____ (Bitte spezifizieren Sie.)

Haben Sie seit Aufnahme Ihrer Assistenzarztstätigkeit den Arbeitsplatz gewechselt?

- ja, und zwar: ____ mal (Bitte spezifizieren Sie die Häufigkeit – z.B. 1-; 3-; 5-mal.)
- nein

Haben Sie derzeit einen ... Vertrag?

- befristeten, und zwar für: _____ Monate (Bitte spezifizieren Sie.)
- unbefristeten

Wird Ihnen Ihre Tätigkeit finanziell vergütet?

- ja
- nein

Wie gestaltet sich die augenblickliche Betreuungsqualität (Mentoring/Anleitung durch Vorgesetzte) Ihrer Assistenzarztztätigkeit (im Sinne von Schulnoten)?

- 1 = sehr gut
 2 = gut
 3 = befriedigend
 4 = genügend
 5 = nicht genügend

Indem Sie als Assistenzarzt/-ärztin angestellt sind, an dieser Stelle ein paar Fragen zu Ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld ...

(1) Art des Krankenhauses

- Universitätsklinikum
 Akademisches Lehrkrankenhaus
 Sonstiges, und zwar: _____ (Bitte eintragen.)

(2) Stationsgröße

- 10 – 20 Betten
 21 – 30 Betten
 über 30 Betten
 z.Zt. keine Stationstätigkeit

Sofern Sie in einer Poliklinik arbeiten, geben Sie hier bitte die Zahl der täglich ambulant behandelten PatientInnen an: _____ (Bitte eintragen.)

(3) Ärztliche Personalstärke (auf der Station, exklusive Chef- und OberärztInnen)

- 1 – 2 ÄrztInnen
 3 – 4 ÄrztInnen
 5 – 6 ÄrztInnen
 über 6 ÄrztInnen

(4) Wie viele der nachfolgend aufgeführten ÄrztInnen arbeiten auf Ihrer Station? (Angaben in Zahlen)

- ___ StationsärztInnen
 ___ FachärztInnen
 ___ AssistenzärztInnen
 ___ PJler/-innen
 ___ FamulantInnen/sonstige PraktikantInnen

Ich arbeite ...

- klinisch
 wissenschaftlich
 klinisch & wissenschaftlich

Ich arbeite ...

- im 2-Schichtdienst (Früh - Spät)
 im 3-Schichtdienst (Früh - Spät - Nacht)
 nicht im Schichtdienst
 in einem anderen Arbeitsmodell (welcher Art?: _____)

Im Rahmen meiner augenblicklichen Assistenzarztztätigkeit arbeite ich derzeit durchschnittlich ...

_____ Tage/Woche mit ca. _____ Stunden/Tag

Wie viele Überstunden leisten Sie (durchschnittlich) *pro Woche*?

- unter 5 Stunden/Woche
- 5 – 10 Stunden/Woche
- 10 – 15 Stunden/Woche
- über 15 Stunden/Woche

Wie viele Nachdienste leisten Sie (durchschnittlich) *im Monat*?

- keine
- 1 – 2 Dienste/Monat
- 3 – 4 Dienste/Monat
- 5 – 6 Dienste/Monat
- über 6 Dienste/Monat

Wie viele Wochenenddienste leisten Sie (durchschnittlich) *im Monat*?

- keine
- 1 – 2 Dienste/Monat
- 3 – 4 Dienste/Monat

Ist die Möglichkeit eines Ausgleichs von ...

- | | | | | |
|---------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| - Überstunden | <input type="radio"/> ja, in Form von ... | <input type="checkbox"/> Geld | <input type="checkbox"/> Freizeit | <input type="radio"/> nein |
| - Nachdiensten | <input type="radio"/> ja, in Form von ... | <input type="checkbox"/> Geld | <input type="checkbox"/> Freizeit | <input type="radio"/> nein |
| - Wochenenddiensten | <input type="radio"/> ja, in Form von ... | <input type="checkbox"/> Geld | <input type="checkbox"/> Freizeit | <input type="radio"/> nein |

gegeben?

Wie sieht Ihre konkrete berufliche Zukunftsvorstellung aus?

- Ich möchte mich als Hausärztin/-arzt niederlassen.
- Ich möchte mich als Fachärztin/-arzt niederlassen.
- Ich möchte Oberärztin/-arzt werden.
- Ich möchte Chefärztin/-arzt werden.
- Ich möchte in einem anderen Bereich der Medizin tätig werden.
- Ich möchte nicht im medizinischen Bereich tätig sein.

Könnten Sie sich vorstellen, später im Ausland als Ärztin/Arzt tätig zu sein?

- nein, auf keinen Fall
 eher nicht
 bin unentschieden
 eher ja
 ja, auf jeden Fall

Promovieren Sie parallel zu Ihrer derzeitigen Berufstätigkeit?

- ja, und zwar mit einem zusätzlichen Aufwand von ca. _____ Stunden/Woche
- nein

Sofern Sie promovieren/promoviert sind, in welchem Stadium befindet sich Ihre Arbeit im Augenblick?

- Sie steckt noch in den Anfängen.
- Ungefähr die Hälfte ist geschafft.
- Sie ist nahezu fertig.
- Sie ist bereits fertig gestellt.

Haben Sie vor Aufnahme Ihres Medizinstudiums eine Ausbildung bzw. einen Sozialen Dienst (d.h. auch Zivildienst, FSJ, Praktikum o.ä.) im medizinischen Bereich absolviert?

- ja, und zwar im Sinne von/als: _____ (Bitte eintragen.)
- nein

Haben Sie Ihr Studium im Rahmen eines ... absolviert?

- Regelstudiengangs
- Reform-/Modellstudiengangs (o.ä.)

Gehen Sie außerhalb Ihrer Assistenzarztstätigkeit weiteren (Neben-, ehrenamtlichen oder sonstigen) Tätigkeiten nach?

- ja, und zwar: _____ (Bitte spezifizieren Sie.)
- nein

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 3: Aussagen zur aktuellen Arbeitssituation

Zur Beantwortung der nun folgenden Aussagen zu Ihrer **aktuellen Arbeitssituation** stehen Ihnen folgende fünf Antwortalternativen zur Verfügung:

- 2 = trifft nicht zu
- 1 = trifft eher nicht zu
- 0 = neutral
- + 1 = trifft eher zu
- + 2 = trifft zu

Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße die Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren.

Bitte denken Sie im Zuge der Beantwortung der Aussagen immer an Ihren augenblicklichen Arbeitsplatz bzw. an die Abteilung, in der Sie derzeit tätig sind.

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Die Arbeit ist interessant und herausfordernd.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In der Regel weiß man, welche Aufgaben in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Anforderungen, die an einen im Arbeitsalltag gestellt werden, sind nicht immer klar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man weiß ausreichend über die Aufgabenteilung im Krankenhaus Bescheid (u.a. zwischen Kollegen, Abteilungen, Leitungsebene).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man kann seine Arbeit selbstständig planen und einteilen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Arbeitstätigkeit bietet einem Möglichkeiten zu eigenen Entscheidungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bisweilen verfügt man über eine nur unzureichende Qualifikation für die gegebenen Arbeitsanforderungen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Arbeitstätigkeit bringt einen hohen Verantwortungsdruck mit sich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Anweisungen des Vorgesetzten sind klar und eindeutig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wenn der Vorgesetzte Kritik übt, ist sie in der Regel konstruktiv und fair formuliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Vorgesetzten leiten einen im Rahmen der Ausbildung hinreichend an.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Ausstattung der Arbeitsplätze mit Arbeitsräumen und Arbeitsgeräten/-mitteln ist angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die personelle Ausstattung mit ausgebildeten Arbeitskräften ist angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Das Arbeitsklima in der Abteilung ist von Teamarbeit und Kollegialität geprägt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Die Kommunikation und Kooperation in der Abteilung klappt gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man wird immer wieder mit Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In der Abteilung gibt es wegen Personalwechsel und Abwesenheiten immer wieder Probleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bei Schwierigkeiten in der Arbeit hat man die Möglichkeit, Entlastung im Gespräch mit Kollegen zu finden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Die Arbeit in der Abteilung ist wegen unheilbarer Erkrankungen/des häufigen Todes von Patienten sehr schwierig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man arbeitet immer wieder unter schwierigen ergonomischen Umständen (z.B. schlechte Lichtverhältnisse, Lärm, schlechte klimatische Verhältnisse).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man hat bei der Arbeit immer wieder zuviel auf einmal zu tun und kann einzelne Aufgaben (z.B. Patientengespräche, Dokumentationen) nicht in der nötigen Ruhe erledigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man gerät bei der Arbeit wegen kurzfristiger Terminvorgaben (z.B. von Vorgesetzten, anderen Abteilungen) immer wieder unter Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man erhält immer wieder Arbeitsaufträge, die sich nicht miteinander vereinbaren lassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ungünstige Arbeitsumstände führen immer wieder dazu, dass die Qualität der eigenen Arbeit darunter leidet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Man ist immer wieder gezwungen, die Pausen zu verkürzen oder ausfallen zu lassen, weil man etwas fertig machen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Das Einkommen/die Vergütung wird der Arbeitstätigkeit gerecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen

Teil 4: Aussagen zum berufsbezogenen Erleben

Bitte entscheiden Sie, in welchem Maße bzw. in welcher Form die nachfolgenden Aussagen auf Sie zutreffen, indem Sie die entsprechende Antwort markieren.

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Ich bin zufrieden mit meinem Beruf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich würde mich jederzeit wieder für den ärztlichen Beruf entscheiden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mein Beruf macht mir Freude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin stolz darauf, in meinem Beruf arbeiten zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
In meinem Beruf kann ich mich verwirklichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meine beruflichen Angelegenheiten gestalten sich einfach nicht so, wie ich es gerne hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	trifft nicht zu					trifft zu
	-2	-1	0	+1	+2	
Ich habe oft Angst, in meinem Beruf zu versagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann vor Sorge, Fehler in meinem Berufsalltag zu begehen, nachts oft nicht schlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Schwierigkeiten im Beruf sehe ich gelassen entgegen, da ich meinen Fähigkeiten vertrauen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin mir sicher, alle Schwierigkeiten meines Berufes meistern zu können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich werde immer unsicherer, ob ich die für meinen Beruf erforderlichen Fähigkeiten besitze.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich brauche mich vor keiner Situation in meinem Beruf zu fürchten, weil ich mit meinen Fähigkeiten noch überall durchgekommen bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

zusätzlich:

- ◆ allgemeine Beanspruchungsindikatoren (Depressivität, psychosomatische Beschwerden; s. T1, Teil 6)
- ◆ Kommentarmöglichkeit und Information zu T3 (s. T1)

Der Berufseinstieg von ÄrztInnen (T3)

Universität Potsdam, Institut für Psychologie, Postfach 60 15 53, D-14415 Potsdam, Germany
Ein Forschungsprojekt von [Dipl.-Psych. Juliane Felber](#) & Prof. Dr. Barbara Krahe

- ◆ Begrüßung/Informationen zur Studie (s. T1)
- ◆ individueller Code (s. T1)
- ◆ Demografie (s. T1, Teil 1)
- ◆ berufsbiographische Aspekte (s. T2, Teil 2)
- ◆ Lebenssituation (u.a. Partnerschaftsstatus, Kinder, Wohnen; s. T1, Teil 4)
- ◆ Arbeitssituation (s. T2, Teil 3)
- ◆ Beanspruchung (Depressivität, psychosomatische Beschwerden, Arbeitsunzufriedenheit, berufsbezogene Angst; s. T1, Teil 6 sowie T2, Teil 4)
- ◆ Persönlichkeit (*Big Five*, Resilienz, arbeitsspezifische Copingfunktionalität, wahrgenommene soziale Unterstützung; s. T1, Teil 4 und 5)
- ◆ Kommentärmöglichkeit und Information zur Rückmeldung (s. T1)

ERKLÄRUNGEN

Ich versichere, diese Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst zu haben. Bei der Abfassung der Dissertation habe ich nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt. Alle inhaltlich oder wörtlich übernommenen Aussagen habe ich als solche gekennzeichnet.

Ich versichere weiter, dass ich diese Dissertation weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer anderen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule zur Begutachtung im Rahmen eines Promotionsverfahrens vorgelegt habe.

Berlin, den 09. Juni 2011 _____